



www.cuadernosdemedicina.com

CUADERNOS DE

MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica y Psicología

117

Enero - Febrero - Marzo ☆ Año 2016



MONOGRÁFICO ADICCIONES COMPORTAMENTALES

ÓRGANO OFICIAL DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MEDICINA
PSICOSOMÁTICA (SEMP)
Y DE LA SOCIEDAD
MARCÉ ESPAÑOLA DE
SALUD MENTAL
PERINATAL (MARES) Y DE
LA SOCIETAT CATALANA DE
RECERCA Y TERÀPIA DEL
COMPORTAMENT/ SOCIEDAD

CATALANA DE INVESTIGACIÓN Y
TERAPIA DEL COMPORTA-
MIENTO (SCRITC)
INCLUIDO EN LAS BASES
DE DATOS BIBLIOGRÁFICOS
INTERNACIONALES:
PSICODOC E ISOC
EXCERPTA MÉDICA - LATINDEX -
MIAR - CARHUS - ULRICH'S -
ERIH - DIALNET



CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

Editor: *J.M^a. Farré Martí*. Hospital Universitario Dexeus (H.U.D.) Universitat Autònoma. (U.A.B.) Barcelona.

Dirección Científica: *J.J. García Campayo*. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Editores Asociados: *E. Baillès* (SCRITC). U. Pompeu Fabra (UPF). Barcelona.
R. Campos. Hospital Clínico Universitario (H.C.U.) Facultad de Medicina (F.M). Zaragoza.
Ll. García-Esteve (MARES), H. Clinic. U. de Barcelona (HC.UB.). Barcelona.

Editor Honorario: *C. Mur de Viu*. Presidente de la SEMP. Madrid.

Editora Científica: *N. Mallorquí*. Barcelona. H.U.D. Barcelona.

Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva:

COORDINACIÓN: *G. Lasheras*. H.U.D. Barcelona.
B. Farré Sender. H.U.D. Barcelona.
L. Ferraz. F Psicología (FP). U.A.B. Barcelona.
Ll. García Esteve. H.C.U.B. Barcelona
E. Gelabert. FP. U.A.B. Barcelona.

A. Gil. Centro de Salud Molina de Segura.
G. Mestre. H.U.D. Barcelona.
J. Osma. F.P.U. Zaragoza (UZ)
I. Rovira. HCUB. Barcelona
S. Subirá. FP U.A.B. Barcelona.
A. Torres. H.C.U.B. Barcelona.

Sección de Psicopatología Infanto-Juvenil (SPMIJ):

ASESOR: *J. Toro*. F.M.U.B. Barcelona.
COORDINADORES: *M. Agulló*. Dp. Ensenyament Generalitat de Catalunya (DEGC) y *A. Orobitg* (H.U.D.) (Colab). Barcelona.
J.A. Alda. H.S. Joan de Deu. Barcelona.
A. Benito de la Iglesia. FP. U.Complutense Madrid.(UCM)

L. Ezpeleta. FP. UAB. Barcelona.
N. Fort. Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT). Sabadell.
C. Larroy. F.P.U.C.M. Madrid.
L. Lázaro. H.U.C.B. Barcelona
J. Méndez. U. de Murcia
I. Moreno. Universidad Sevilla.
M. Pamias. CSPT. Sabadell.
M. Sánchez-Santacreu. H.U.D. (Colab.) Barcelona.

Sección de Conductas Adictivas Comportamentales

ASESOR: *J.J. de la Gándara*. H.U. Burgos. Burgos.
COORDINACIÓN: *S. Jiménez-Murcia*. H.U. de Bellvitge. U.B. Barcelona.
V. Ferrer-Olives. H.U.D. Barcelona.
V. González. Atención e Investigación de Socioadicciones (AIS). Barcelona.
J.M^a Farré Martí. H.U.D. Barcelona.

Consejo Editorial:

DIRECCIÓN: *A. Lobo*. H.C.U.F.M. U. Z.
COORDINACIÓN: *J.A. Monreal*. C.S.P.T. Sabadell.
J.J. de la Gándara. H.U. Burgos.
E. Echeburúa. U. del País Vasco. S. Sebastián.
E. García-Camba. H. de la Princesa. (U.A.M.). Madrid.
F. Labrador. U.C.M. Madrid.
B. Sandín. UNED. Madrid.
P.A. Soler Insa. H. Mutua de Terrassa. U.B. Terrassa.
M. Valdés. F.M. U.B. Barcelona.
M.A. Vallejo-Pareja. F.P. UNED. Madrid.

Sección de Sexología y Salud Mental

ASESORES: *F. López*. F.P. U. Salamanca
E. Maideu. H. Comarcal del Ripollès. Girona.
COORDINACIÓN: *C. Chiclana*. FM. UCEU-San Pablo. Madrid. SAMP
MIEMBROS: *AL. Montejo*. (AESEXSAME). H.C.U.F.M. Salamanca.
M. Contreras. Madrid.
C. Giménez-Muniesa. C.S.P.T. Sabadell.
G. Mestre. H.U.D. Barcelona.
E. Oller-Ariño. H.U.D. Barcelona.
J.M^a Farré. (AESEXSAME) H.U.D. Barcelona.

Consejo Asesor:

COORDINACIÓN: *L. Ros* (CR). CSPT. Sabadell.
D.Vega (CR). H. Igualada.

E. Álvarez. Barcelona
A. Bados. Barcelona.
R. Bayés. Barcelona.
J. Blanch. Barcelona.
A. Bulbena. Barcelona.
A. Colodrón. Madrid
J. Deus. Barcelona.
S. Dexeus. Barcelona.
F. Fernández. Barcelona.
M.A. Fullana. Barcelona.
LL. García-Sevilla. Barcelona.
F. Gutiérrez. Barcelona
F. Martínez Pintor. Barcelona.
J.C. Mingote. Madrid.

J.J. Mira. Alicante.
A. Moriñigo. Sevilla.
J. Obiols. Barcelona.
F. Ortuño. Pamplona.
D.J. Palao. Sabadell.
T. Palomo. Madrid.
J.M. Peri. Barcelona.
M. Planes. Girona.
R.M. Raich. Barcelona.
M. Roca. Palma de Mallorca.
S. Ros Montalban. Barcelona.
C. Saldaña. Barcelona.
R. Sender. Barcelona.
J. Soler. Barcelona.
A. Tobeña. Barcelona
R. Torrubia. Barcelona.
J. Vallejo-Ruiloba. Barcelona.

International Editorial Board:

EDITOR: *A. Lobo*. H.C.U.F.M.U. Zaragoza.

ASSISTANTS EDITORS: *K. Gunnard*. H.U.D. Barcelona & *J.A. Monreal* C.S.P.T. Sabadell.

G. Cardoso. Lisboa.
D. Clark. Londres.
S. Fortes. Río de Janeiro.
F. Huyse. Amsterdam.
M. Lourenço. Guimarães.
K. Lyketsos. Baltimore.
I. Marks. Londres.
J. Ramírez. México DF.

M. Rigatelli. Modena.
P.M. Salkovskis. Londres.
L. Salvador-Carulla. Sidney.
W. Soëllner. Nuremberg.
D. Souery. Bruxelles.
F. Tremeau. New York.
A. Vaz Serra. Coimbra.

Artículos de Divulgación:

COORDINACION: *J.J. de la Gándarra*. Consejo Editorial. Burgos.

Consejo de Redacción (CR):

COORDINADOR: *M. Agulló*. DEGC. Barcelona.

M. Álvarez-Romero. *S. Andaluza de Sexología*. (SAMP).
J. Arbesu. (SEMERGEN). Madrid.

B. Cejas. H.U.D. Barcelona.
B. Gómez Vicente. Castellón de la Plana.
J. Puntí. (SPMIJ). Sabadell.
M. Sánchez Matas. (SPMIJ). Barcelona.
I. Tolosa. H.U.D. Barcelona.

Psiquiatría de Enlace (CR):

ASESOR: *L. Pintor*. HCUB. Barcelona.

COORDINACIÓN: *G. Parramon*. H.U. Vall Hebrón.
Barcelona.

E. Aubá. Clínica U. Pamplona. Pamplona.
S. Ruiz Doblado. H. de la Merced. Osuna
(Sevilla).

Redacción en Portugal: *S. Morais*. Viseu.

Redacción en Chile: *M. González*. S. de Chile y *M. Valdebenito*. S. de Chile.

Redacción en Colombia: *D. Restrepo*. Medellín.

Redacción en México: *D. Pérez Tobías*. Potosí.

Redacción en Brasil: *M. Demarzo*. São Paulo.

Documentalistas: *M. Catalán*. Sabadell.
E. Salas. Barcelona.

Secretaría de Redacción: *R. Sáez*. Barcelona
N. Sardà. Barcelona.

El Dueto: *H. Domínguez-Cagnon*. Barcelona.

Coordinación Equipos de Trabajo (CR): *I. Olivella*. Barcelona.

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

CUADERNOS ESTÁ INCLUIDO EN LAS BASES DE DATOS BIBLIOGRÁFICOS INTERNACIONALES

PSICODOC E ISOC

(BASE DE DATOS DEL CSIC)

EXCERPTA MÉDICA – LATINDEX – MIAR – CARHUS

ULRICH'S – ERIH – DIALNET

CUADERNOS ES LA REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA (**SEMP**), DE LA SOCIEDAD MARCÉ ESPAÑOLA DE SALUD MENTAL PERINATAL (**MARES**) y DE LA *SOCIETAT CATALANA DE RECERCA I TERÀPIA DEL COMPORTAMENT*/SOCIEDAD CATALANA DE INVESTIGACIÓN Y TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO (**SCRITC**)



Sociedad
Marcé
Española
(MARES)

EDITA **m** editorial
édica

COORDINA: MARISA PRIETO

ISSN Electrónico: 1695-4238

scritc
Societat Catalana de
Recerca i Teràpia del
Comportament

Edición Electrónica: www.editorialmedica.com • E-mail: contacto@editorialmedica.com
twitter: @psicosomatica_c

Año 29 🌀 **Nº 117** 🌀 **Enero - Febrero - Marzo 2016**

Redacción: I.U. Dexeus C/. Sabino Arana, 5-19- 3ª Planta. Consultas Externas Psiquiatría - 08028 Barcelona

Fotocomposición, Fotomecánica y Maquetación: Grupo Fotocomposición. Madrid.

Depósito Legal: M-31719-1986. Solicitado control O.J.D.

LA REVISTA CUADERNOS no se identifica ni se hace responsable de las opiniones de los autores de los trabajos. Autorizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo S.V.R. nº 542

ADMINISTRACIÓN REVISTA CUADERNOS - C/. Gamonal, 5 - 5ª Planta - Nº 9 - 28031 Madrid - ESPAÑA

Por favor, rellene este cupón con la forma de pago más cómoda para Ud.

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Nombre.....

Apellidos.....

Calle y N°.....

Ciudad.....C.P.....Prov.....

Profesión.....Teléfono.....

Correo Electrónico.....

Forma de pago Domiciliación bancaria. Es más cómoda y reduce incidencias

(rellenar boletín adjunto)

PAYPAL (on line)

Firma

Otros países Talón adjunto

Cheque bancario

Precio suscripción de un año (cuatro números)

Instituciones: 75€

España y Países Europeos: 45€

Extranjero: 48\$ USA

Socios SEMP, SEMERGEN y MARES (Con documento acreditativo): 30€

Estudiantes (Con documento acreditativo): 20€

Domiciliación: autorización de pago

Nombre.....

Domicilio.....

Población.....

Titular de la cuenta.....

Ruego acepten con cargo a mi cuenta corriente los recibos que presenten al cobro por la REVISTA CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE en pago de mis cuotas de suscripción a dicha publicación mientras no reciban orden en contrario por mi parte.

Firma Banco o Caja de Ahorros.....

Domicilio.....

Cuenta.....

Sucursal.....C.P.....

N° de cuenta (10 dígitos).....

(Rogamos escriban con letra de imprenta o a máquina)

Enviar suscripción a:

EDITORIAL MÉDICA

C/ Gamonal, 5, 5ª planta, nº 9

28031 Madrid – Correo Electrónico: editorialmedica@editorialmedica.com

MONOGRÁFICO ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Coordinación: S. Jiménez-Murcia, V. Ferrer Olives, V. González
 Grupo Colaborativo en Adicciones Comportamentales
 Sección de Conductas Adictivas Comportamentales

Introducción

Susana Jiménez Murcia7

Editorial Invitada

SEXUAR: Un nuevo verbo para nuestro Diccionario. *Jesus J. de la Gándara Martín*.....9

Artículos Originales

El trastorno de Compra Compulsiva. Compulsive buying disorder. *Dominica Díez Marcet, Ana Valdepérez Toledo, Nuria Aragay Vicente, Mercè Soms Casals*11

Adicción a la comida: Un constructo controvertido. Food Addiction (FA): A controversial subject. *Zaida Agüera, Inés Wolz, Isabel M. Sánchez, Anne Sauvaget, Inés Hilker, Roser Granero, Susana Jiménez Murcia, Fernando Fernández Aranda*17

Diferencias de género en el Trastorno de Juego: Desde los aspectos clínicos hasta la respuesta al tratamiento. Gender differences in Gambling Disorder: From clinical aspects into treatment response. *Anders Hakansson, MD, PhD*31

Diferencias psicopatológicas en mujeres con Dependencia Emocional con y sin uso de sustancias ilegales comórbido. Psychopathological differences in women with Affective Dependence with or without comorbid illegal drug use. *Vega González-Bueso, Juan José Santamaría, Laura Merino, Elena Montero, Margarita Cano Vega, Olatz López-Fernández*39

Psicopatología y Personalidad en la Adicción al sexo. Estudio piloto. Psychopathology and Personality in sex addiction. Pilot study. *Verónica Ferrer Olives, Josep M^a Farré Martí, Borja Farré Sender*47

Validación en población clínica de la Problemática Internet Entertainment Use Scale for Adults (PIEUSAd). Validation in clinical population of the Problematic Internet Entertainment Use Scale for Adults (PIEUSAd). *Olatz López-Fernández, Vega González-Bueso, Elena Montero; Juan José Santamaría, Laura Merino*61

Videojuegos y Salud Mental: de la adicción a la rehabilitación. Video Game and Mental Health: from addiction to rehabilitation. *Ana Isabel Ledo Rubio, Jesús J. de la Gándara Martín, Isabel García Alonso, Rocío Gordo Seco*72

Caso Clínico

Trastorno de Dependencia Grupal en un grupo de manipulación psicológica o secta coercitiva: A propósito de un caso. Group dependence disorder in a group of psychological manipulation or coercitive sect: case of report. *Vega González-Bueso, Juan José Santamaría, Laura Merino, Elena Montero, Margarita Cano Vega*84

contenido

Notas Editoriales

Nota editorial. <i>J.M. Farré</i>	93
Premio Cuadernos SEMP. <i>Iris Tolosa</i>	94
Notas Dispersas. <i>J.M. Farré</i>	95
Portugal Jornadas/Congresos. <i>S. Morais</i>	96

Noticias de Psicósomática. <i>G. Mestre e I. Tolosa</i>	97
---	----

Noticias de Salud Mental Perinatal. <i>Gracia Lasheras, Borja Farré-Sender, Liliana Ferraz, Estel Gelabert, Gemma Mestre, Ingrid Rovira, Elena Serrano</i>	106
--	-----

Noticias de Psicósomática Infanto-Juvenil. <i>Anaïs Oorbitg</i>	114
---	-----

Comentario de Libros

Entrenando recuerdos: Nuevas propuestas de intervención cognitiva en esquizofrenia. <i>H. Domínguez Cagnon</i>	116
¿Parejas felices? Intervención psicológica en terapia de pareja. <i>Iris Tolosa Sola</i>	117
Mindfulness y las adicciones. Recuperación en 8 pasos. <i>Vega González-Bueso</i>	118

Agenda	120
--------------	-----

Introducción

Durante la última década, las adicciones comportamentales, o adicciones sin sustancia, han aumentado de forma significativa, de tal modo que se han convertido en uno de los trastornos emergentes en este inicio de siglo. A pesar de que algunas de estas conductas o actividades, como el juego de azar, las compras o la dependencia emocional a personas o grupos, no son problemas realmente nuevos, el auge de las tecnologías, la aparición de nuevas formas de comunicación y acceso a la información, así como los cambios sociales experimentados en los últimos tiempos, han favorecido la expansión de este tipo de problemáticas. Así, a las viejas adicciones, por llamarlas de algún modo, es decir a las tradicionales (alcohol, tabaco, drogas, juego de azar presencial como las máquinas o el bingo), se les han sumado otras, como el juego de azar online (apuestas deportivas, póker, etc.), compras por Internet, videojuegos online, manipulación psicológica a través de la red, por mencionar solo algunas.

Si bien es cierto que estas conductas no suponen un problema para la mayoría de personas (por ejemplo, la mayoría de nosotros jugamos a algún juego de azar, aunque sea en una época muy concreta del año, como en Navidad) para una minoría, el impacto y deterioro que causarán serán muy significativos. Así, comprar puede resultar una actividad de ocio sin mayores consecuencias, aunque comprar de forma impulsiva o compulsiva (según prevalezca más la búsqueda de gratificación inmediata o la evitación de emociones negativas), por encima de las posibilidades que uno tiene, y con pérdida de autocontrol, puede provocar dificultades importantes, no solo en la economía sino en todas las dimensiones de nuestra vida. Del mismo modo, hablaríamos de nuestra relación con la comida o con el comer (el debate sigue abierto, ¿adicción a los alimentos o a “sustancias” como grasas y azúcares, o adicción al comer, es decir a la conducta de comer?), a jugar a los videojuegos o a la comunicación con los demás.

A pesar de los innegables beneficios de las nuevas tecnologías, también han complicado el panorama de las adicciones sin sustancia, y en este punto sí que el acuerdo es general, las tecnologías de la información y de la comunicación o las TIC, tienen un potencial adictivo significativo. Su accesibilidad durante 24 horas al día, las reducidas tarifas actuales de conexión a Internet (cada vez más y más asequibles), el anonimato, la conveniencia (la conducta se desarrolla en un ambiente cercano y familiar, lo que reduce la percepción de riesgo), la posibilidad de escapar de los problemas y de las preocupaciones a través de esta actividad, la fácil desconexión del entorno, la desinhibición (Internet facilita que los usuarios se muestren más abiertos y comunicativos emocionalmente), la rapidez de conexión, la posibilidad de interacción (es decir, el individuo no es un mero espectador pasivo), pero al mismo tiempo el aislamiento de las relaciones sociales offline, son características que se han asociado al riesgo de que una persona desarrolle una adicción y pierda el control de una actividad que, inicialmente, podía ser lúdica.

Sin embargo, el acceso, disponibilidad, estimulación y gratificación constantes, además del resto de características que acabamos de describir de las TIC, suponen solo un área

de riesgo, concretamente la relacionada con los factores ambientales (aunque existen otros, como la influencia del grupo de iguales, el impacto de la publicidad, etc.), pero además podemos identificar también factores de riesgo individual, como algunas variables sociodemográficas (género, edad, estatus socioeconómico, nivel de estudios, por ejemplo), familiares (estilos de comunicación, límites, dinámicas, aprendizajes, creencias y valores), emocionales (estrés, ansiedad, depresión, etc.) o de personalidad (búsqueda de novedad, impulsividad, persistencia, autodirección, etc.). Y solo por mencionar las vulnerabilidades de tipo psicosocial, aunque cada vez más existen evidencias empíricas de que en las adicciones comportamentales existen también factores de riesgo neurobiológico.

En definitiva, esta monografía se orienta a explorar desde perspectivas distintas algunas de las adicciones comportamentales más prevalentes en los últimos años, además desde el conocimiento y el rigor científico de expertos destacados en este tema. Sin duda, estos artículos contribuirán a ampliar el conocimiento sobre estos trastornos y a mejorar el diseño y aplicación de estrategias terapéuticas más eficaces.

Susana Jiménez-Murcia
Coordinadora de la Sección de Conductas Adictivas Comportamentales
Servicio de Psiquiatría. H. Universitario Bellvitge. Barcelona

SEXUAR: Un nuevo verbo para nuestro Diccionario

Que la sexualidad es cosa importante en la vida de las personas, sobre todo si son humanas, es cosa sabida. Tanto como lo es que casi nunca le prestamos la atención debida, lo cual se debe, en mi opinión, a que no hablamos fácilmente de ella.

Mi teoría es sencilla: los seres humanos, las personas, somos profesionales del sexo y la sexualidad, no meros aficionados. Pero para ser profesional, en su más profunda y verdadera acepción, tenemos que saber hablar de ello. Eso es en realidad lo que significa ser profesional, saber hablar de lo que uno es y hace (profesar viene del griego "phemi", de donde viene "fabla", hablar). Y ocurre que hablar de sexo no es fácil, solemos trivializarlo, ningunearlo o escatologizarlo (¡qué palabreja!). Y eso se debe, insisto, a que nos faltan buenas palabras para hablar de ello. Por ejemplo, un verbo que enuncie y describa las numerosas conductas sexuales y variadas maneras de ejercerlas.

Por eso mismo, y con total seriedad, propongo que la Real Academia Española evalúe, y en su caso admita, una nueva palabra en la próxima edición del Diccionario: el verbo "sexuar".

Me explico, es cierto que ya existe el verbo "sexar", pero se refiere a la acción de determinar el sexo animal, y solo en Honduras se usa para referirse a tener relaciones sexuales. Además es un verbo –paradójicamente– intransitivo. Así pues, lo que propongo es que en la próxima edición se cambie por "sexuar". Me explico: l@s human@s somos animales que además de practicar, acometer o cometer sexo –según los casos– nos divertimos y relacionamos haciéndolo. Es decir además de sexo tenemos sexualidad, que es el sexo, más el placer, más la cultura. Es verdad que para expresar dicha acción tenemos otros verbos, como "copular", pero realmente significa copiar y solo refiere a la acción coital con fines genésicos. También "follar" (de "fuelle"), que vendría a ser algo así como "resoplar" de placer. Y "fornicar", que se refiere al ayuntamiento o cópula carnal fuera del matrimonio; u otras más cursis, como cohabitar (hacerlo en casa) o el afrancesado "hacer-el-amor". Pero realmente no tenemos una palabra española universal para describir en todas sus acepciones, tiempos y modos la acción de mantener relaciones sexuales –no solo sexo– con otra persona. Habría que discutir sobre su uso referido a las relaciones autoeróticas o con animales u objetos. Pero eso vendría después. De momento lo que es evidente es que los avances culturales, sociales y científicos en materia sexual, y la necesidad de describirlos y comunicarlos, nos obligan a disponer de un verbo ajustado y preciso, exento de connotaciones sexistas y morales, eufónico y fácil de conjugar. Y "sexuar" cumple todos esos requisitos. Veamos: yo sexuí, tu sexuarás, el sexuí, nosotros hemos sexuado, vosotros habéis sexuado, ellos sexuaron, etc. Y conste que lo digo totalmente en serio, y me apoyo en mi propia experiencia como autor de artículos y libros sobre sexualidad. Con frecuencia he tenido que hacer todo tipo de malabarismos para describir las acciones sexuales por no disponer de un verbo sencillo y eficaz.

En fin, lo dicho, la sexualidad es cosa seria y divertida, cosa común y extraordinaria,



cosa importante y necesaria, practiquémosla y hablemos de ella, pero hagámoslo bien, profesionalmente.

Paz y amor.

Dr. Jesús J. de la Gándara Martín
Consejo Editorial

El trastorno de Compra Compulsiva

Compulsive buying disorder

Dominica Díez Marcet^{1,2}, Ana Valdepérez Toledo³, Núria Aragay Vicente⁴, Mercè Soms Casals⁵

Recibido: 01/09/2015

Aceptado: 30/11/2015

Resumen

El Trastorno de Compra Compulsiva (CC) se caracteriza 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 18-30 años de edad y el curso tiende a ser crónico. Presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, sobre todo trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por dependencia de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos del control de impulsos. En la población general la prevalencia se sitúa entre un 1 % y un 11,3 % y se observa que es más frecuente en mujeres que en hombres. 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. Las nuevas tecnologías han contribuido a exacerbar este trastorno, encontrándose cifras de CC online 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. No disponemos de tratamientos validados para los pacientes con CC. Sin embargo, los estudios realizados con terapia cognitivo-conductual y con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina han demostrado ser efectivos.

Palabras clave: Compras compulsivas, comorbilidad, adicción.

¹Universitat Autònoma de Barcelona.

²Unitat de Joc Patològic i altres Addiccions no tòxiques, Àmbit d'Atenció a la Salut Mental, Consòrci Sanitari de Terrassa.

³Programa de Joc Patològic i altres Addiccions comportamentals, Unitat de Conductes Addictives, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

⁴Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions no Tòxiques. Divisió de Salut Mental, Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

⁵Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions no Tòxiques, Xarxa de Salut Mental, Institut d'Assistència Sanitària de Girona.

Correspondencia: Dra. Dominica Díez Marcet – E-mail: ddiez@althaia.cat

Summary

Compulsive Buying Disorder is characterized by an irresistible and intrusive shopping behavior, which causes serious negative consequences for the individual and his environment (family and marital conflict, decreased performance at work or school level and financial problems). The average age of onset of the disorder is between 18-30 years of age and the course tends to be chronic. It has a high comorbidity with other psychiatric disorders, especially anxiety disorders, mood disorder, substance dependence disorders, eating disorder and other impulse control disorder. In the general population the prevalence is between 1 % and 11.3 % and it is observed to be more common in women than in men. As for the items purchased, while men tend to buy instrumental and entertainment related objects to the independence and activity objects, women tend to buy more objects associated with the appearance and emotional well-being. New technologies have increased this condition, with prevalence rates of online buying around 16 %. Some authors emphasize the fact that the Internet allows unobserved buying, avoiding social interaction and rapid attainment of satisfaction and strengthening as elements that enhance the behavior of uncontrolled purchase. We don't have validated treatments for patients with compulsive buying, however, studies with cognitive-behavioral therapy and selective inhibitors of serotonin reuptake inhibitors have been shown to be effective.

Key words: Compulsive buying, comorbidity, addiction.

DEFINICIÓN

El trastorno de Compra Compulsiva (CC) se caracteriza por la presencia de preocupación, impulsos y/o comportamientos desadaptativos de compra persistentes, que se experimentan como irresistibles e intrusivos, y ocasionan un perjuicio al individuo y/o otras personas de su entorno. Los episodios de compra son más frecuentes y duran más tiempo del planificado y habitualmente consisten en la adquisición de objetos que no se necesitan (Ros *et al.*, 2012). La CC fue descrita clínicamente por primera vez por Bleuler y Kraepelin a principios del siglo XX con el nombre de "Oniomania". En la actualidad no aparece como una categoría diagnóstica diferenciada en el DSM V (*American Psychiatric Association*, 2013) ni en la CIE-10 (*World Health Organization*, 1992).

La edad media de inicio del trastorno se sitúa entre los 18-30 años de edad, sin embargo, se ha visto que los pacientes tardan una media de diez años en buscar tratamiento especializado (Black, 2010). Frecuentemente es una conducta que se realiza en solitario, comprando en cualquier establecimiento y tiene poca relación con el poder

adquisitivo de la persona; esta variable únicamente establecerá diferencia en el tipo de producto o establecimiento de compra (Black, 2007). El curso del trastorno tiende a ser crónico, con episodios recurrentes con una frecuencia mensual.

La mayoría de pacientes describen el estado de ánimo negativo como un desencadenante de la conducta de compra, pero en ocasiones los estados de ánimo positivos son, también, citados como desencadenantes (Black, 2010; Rose & Segrist, 2014). En este sentido, se ha visto que las mujeres tienen más propensión que los hombres a utilizar las compras como estrategia de regulación emocional. En cuanto a los objetos adquiridos, también se han observado diferencias de género: mientras los hombres tienden a comprar objetos instrumentales y de ocio relacionados con la independencia y la actividad, las mujeres suelen comprar más objetos simbólicos y de autoexpresión asociados con la apariencia y el bienestar emocional (Müller *et al.*, 2011). Las personas con CC experimentan reducción de la ansiedad y elevada excitación y otras emociones positivas durante el acto de comprar. Sin embargo, rápidamente son seguidos por sentimientos de tristeza, culpa o en-

fado cuando se ha adquirido el producto. Por esta razón, en muchas ocasiones los productos no son utilizados o son almacenados. Además del estrés psicológico, las consecuencias negativas de la CC incluyen conflictiva familiar y de pareja, disminución del rendimiento a nivel laboral o escolar, y problemas financieros como elevado endeudamiento y bancarrota (Black, 2010). En los casos más graves han reportado intentos autolíticos (Lejoyeux, Tassian, Solomon, & Ades, 1997).

El diagnóstico de CC no debe realizarse si el comportamiento se produce como parte de un episodio maníaco o hipomaniaco, de ahí la importancia de descartar en estos pacientes un posible trastorno bipolar, ya que uno de los criterios diagnósticos de este trastorno son también las compras irrefrenables (aunque asociadas a otros síntomas de grandiosidad, aumento de actividad, distraibilidad, aceleración del pensamiento...). En el caso de pacientes con CC el patrón de compras carece de la periodicidad observada en los pacientes bipolares, y sugiere una preocupación permanente.

EPIDEMIOLOGÍA

Los diferentes estudios muestran que la compra compulsiva afecta entre un 1 % y un 11,3 % de la población general. La variabilidad en las cifras se explica por la heterogeneidad en las muestras e instrumentos de medida utilizados (Maraz *et al.*, 2015). Entre los distintos países, encontramos Alemania con un 7 % (Mueller *et al.*; 2010), EEUU con un 5,8 % (Koran, Faber, Aboujaoude, Large & Serpe, 2006) y España con un 7,1 % (Otero-Lopez & Villardefrancos, 2014). Además, se observa que es más frecuente en mujeres (80 %) que en hombres (Black 2007). Hasta la actualidad, existen pocos estudios que analicen las principales características sociodemográficas de las personas con posible adicción a las compras *online*. Algunos autores sitúan la prevalencia en torno al 16 % (Duroy, Gorse y Lejoyeux, 2014) y relacionan el mayor descontrol en la conducta de comprar con el hecho de que internet permite comprar sin ser observado, comprar evitando la interacción social y una rápida obtención de la gratificación y el refuerzo (Kukar-Kinney, Ridgway & Monroe, 2009). Igual que en el caso de la adicción a las

compras presenciales (las que se realizan en tiendas o grandes almacenes), la adicción a la compra *online* también se ha visto que afecta mayoritariamente a mujeres.

COMORBILIDAD

La ratio de comorbilidad en pacientes diagnosticados con CC todavía no está clarificada, dado que los resultados que ofrece la investigación son variables. Sin embargo, los estudios muestran que es frecuente que vaya acompañado de otros trastornos psiquiátricos. 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 (5-11 %) (Black, 2007; Aboujaoude, 2014). 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 (Black, 2007).

ETIOLOGÍA

La causa de la CC es desconocida, pero se plantea que factores psicológicos, biológicos y sociales contribuyen a su desarrollo y mantenimiento.

En referencia a los factores psicológicos que más sobresalen, la mayoría de teorías coinciden en la función de la compra como estrategia para mejorar el estado de ánimo y la baja autoestima (Aboujaoude, 2014). También se ha visto que influye la utilización de estrategias de evitación de los problemas (Otero-López & Villardefrancos, 2014). Además, en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, hay evidencia del papel del rasgo de Impulsividad, sobre todo como respuesta a estados de ánimo, tanto positivos como negativos. El estado de ánimo positivo puede incrementar la "urgencia" a realizar la acción reduciendo la atención selectiva y el control inhibitorio (Rose & Segrist, 2014). Así mismo, también se ha demos-

trado que la severidad del trastorno correlaciona con los síntomas depresivos, la sensibilidad al refuerzo y el *hoarding* (Lawrence, Ciorciari & Kyrios, 2014).

A nivel biológico, se plantea que el déficit en el funcionamiento de determinados neurotransmisores (sistema dopaminérgico, serotoninérgico y opioide) explicaría la existencia y mantenimiento de dicha conducta adictiva. Así lo demuestran también las elevadas tasas de comorbilidad en los enfermos de Parkinson (Black, 2010; Weintraub *et al.*, 2006) y la respuesta de determinados individuos ante intervenciones psicofarmacológicas.

También existen pruebas de que la CC se relaciona con aprendizajes de este tipo de conducta en el ambiente familiar, las formas de crianza disfuncionales (excesiva autoridad por parte los padres, falta de afecto durante la infancia...) y la presión de los amigos hacia el consumo. Algunos estudios familiares sugieren un *clustering* de compra compulsiva con una prevalencia del 9,5 % entre familiares de primer grado, aunque dicha asociación también podría ser explicada por modelado en la unidad familiar (Aboujaoude, 2014).

Por último, debido a que la compra compulsiva ocurre principalmente en países “consumistas”, se ha propuesto que determinados factores sociales y culturales pueden causar y promover el trastorno. Entre ellos se encuentra la presencia de una economía de mercado, la gran cantidad de productos disponibles, el crédito fácilmente obtenible y el tiempo libre (Aboujaoude, 2014). En el caso de la compra *online*, por las propias características del canal de compra, la desinhibición que algunos individuos experimentan facilita el actuar de forma impulsiva al no tener el mismo control que en la compra presencial. Además, el acto de gastar se aleja de la experiencia de librar dinero a alguien, y quizás las consecuencias negativas son sentidas también como menos reales (Aboujaoude, 2014).

EVALUACIÓN

Disponemos de algunos instrumentos validados para identificar el trastorno de CC y valorar su gravedad: el *Compulsive Buying Scale* (CBS) (Faber & O’Guinn, 1992), cuestionario de 7 ítems que permite diferenciar entre compradores normales y compradores compulsivos. El *Edwards Com-*

pulsive Buying Scale (ECBS) (Edwards, 1993), 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) (Monahan, Black & Gabel, 1995), de 10 ítems que sirve principalmente para valorar la gravedad de la CC, así como los cambios durante el tratamiento. En nuestro país se han elaborado algunas escalas específicas: el *Cuestionario de Compra Compulsiva* (Gándara, 1996), de 8 ítems con respuesta tipo likert de 5 puntos, que permite detectar diferencias entre compradores compulsivos y no compulsivos. Y el *Test de Adicción a las Compras* (Echeburúa, 1999) 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.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y FARMACOLÓGICO

No disponemos de tratamientos validados para los pacientes con CC. Sin embargo, los estudios realizados con terapia cognitivo-conductual y con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) han demostrado ser efectivos (Leite, Pereira, Nardi & Silva, 2014; Aboujaoude, 2014).

En relación al tratamiento psicológico, una reciente revisión de Leite *et al.* (2014) concluye que el tratamiento más eficaz para las CC es la terapia cognitivo-conductual, tanto en formato individual como grupal. Los objetivos de la terapia se centran en interrumpir y controlar la conducta de compra problemática, establecer patrones de compra sanos, reestructurar pensamientos irracionales y emociones negativas asociadas con la compra y desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas. La mayoría de estudios han demostrado reducción significativa tanto del número de episodios de compra compulsiva como del tiempo invertido en esta conducta, y esos resultados se mantenían a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento (Aboujaoude, Gamel & Koran, 2003; Müller, Arikian, Zwaan *et al.*; 2013). Las técnicas más utilizadas, en el marco de la intervención cognitivo-conductual, que han demostrado mayor efi-

cacia han sido: la exposición con prevención de respuesta (Black, 1996), el entrenamiento en afrontamiento de emociones negativas (Miltenberger *et al.*, 2003), las técnicas de control de estímulos, la exposición programada a situaciones de riesgo, la solución de problemas específicos, la creación de un nuevo estilo de vida, la prevención de recaídas, así como la reestructuración cognitiva (Echeburúa, 1999; Gómez-Peña, Sans, Álvarez-Moya, Aymamí & Jiménez-Murcia, 2005).

Por lo que respecta al tratamiento farmacológico, disponemos de pocos ensayos clínicos, y la mayoría han sido realizados con muestras pequeñas y heterogéneas, que no permiten establecer recomendaciones terapéuticas. A pesar de que no disponemos de ningún fármaco validado por la FDA (*Food and Drug Administration*), algunas revisiones recientes han concluido que los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (Koran, Bullock, Hartston, Elliot & Smith, 2002; Koran, Chuong, Bullock & Smith, 2003), así como la naltrexona son los que han demostrado mayor eficacia (Grant, 2003; Aboujaoude, 2014). Finalmente, un antagonista del glutamato (Memantine), eficaz en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, también resultó ser efectivo en la reducción de síntomas de CC (Grant, Odlaug, Mooney, O'Brien & Kim, 2012).

Aboujaoude (2014) sugiere que, más allá del tratamiento psicológico, son importantes otros tipos de intervención a nivel psicoeducativo, legislativo y familiar para ayudar a las personas que sufren un problema de CC, e incluso, para prevenir la aparición de nuevos casos.

El trastorno de CC es una categoría diagnóstica identificable y diferenciada, descrita ya a principios del siglo pasado y que, probablemente, los valores actuales y las nuevas tecnologías pueden exacerbar. En los últimos veinte años se ha evidenciado un incremento de publicaciones científicas referentes a este trastorno. Su inclusión en futuras revisiones de los manuales DSM-5 e ICD, así como seguir investigando en este campo ayudaría a profundizar en su conocimiento y manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Aboujaoude, E., Gamel, N. & Koran, M.** (2003). A 1-year naturalistic follow-up of patients with compulsive shopping disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64: 946-50.
2. **Aboujaoude, E.** (2014) Compulsive Buying Disorder: A Review and Update. *Current Pharmaceutical Design*, 20: 4021-4025.
3. **American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
4. **Black DW.** (1996). Compulsive buying: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57: 50-4.
5. **Black, D.W.** (2007). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 6: 14-8.
6. **Black, D.W.** (2010). Compulsive Buying: Clinical aspects. Aboujaoude, L.M. Koran (Eds.), (*Impulse Control Disorders*), chapter 1 p. 5-22. New York, Cambridge University Press.
7. **Duroy, D., Gorse, P. & Lejoyeux, M.** (2014). Characteristics of online compulsive buying in Parisian students. *Addictive behaviors*, 39: 1827-1830.
8. **Echeburúa, E.** (1999). ¿Adicciones...sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclée de Brouwer.
9. **Edwards, E.A.** (1993). Development of a new scale for measuring compulsive buying behaviour. *Financial Counselling and Planning*, 4: 67-85.
10. **Faber, R.J. & O'Guinn, T.C.** (1992). A clinical screener for compulsive buying. *Journal of Consumer Research*, 19: 459-469.
11. **Gándara, J.J.** (1996). *Comprar por comprar*. Madrid, Cauce editorial.
12. **Grant, J.E.** (2003). Three cases of compulsive buying treated with naltrexone. *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice*, 7: 223.
13. **Grant, J.E., Odlaug, B.L., Mooney, M., O'Brien, R. & Kim, S.W.** (2012). Open-label pilot study of memantine in the treatment of compulsive buying. *Annals of Clinical Psychiatry*, 24: 119-26.
14. **Gómez-Peña, M., Sans, B., Álvarez-Moya, E., Aymamí, M.N. & Jiménez-Murcia, S.** (2005). Tratamiento cognitivo-conductual de la compra compulsiva, un caso clínico. *Análisis y modificación de conducta*, 31: 25-55.
15. **Koran, L.M., Bullock, K.D., Hartston, H.J., Elliot, M.A. & D'Andrea, V.** (2002). Citalopram treatment of compulsive shopping: an open-label study. *Journal of clinical psychiatry*, 63: 704- 708.
16. **Koran, L.M., Chuong, H.W., Bullock, K.D. & Smith, S.C.** (2003). Citalopram for com-

- pulsive shopping disorder: an open-label study followed by double-blind discontinuation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64: 793-8.
17. **Koran, L.M., Faber, R.J., Aboujaoude, E., Large, M.D., & Serpe, R.T.** (2006). Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163(10): 1806-12.
 18. **Kukar-Kinney, M., Ridgway, N.M., & Monroe, K.B.** (2009). The relationship between consumer's tendencies to buy compulsively and their motivations to shop and buy on the internet. *Journal of Retailing*, 85: 298-307.
 19. **Lawrence, LM., Ciorciari, J. & Kyrios, M.** (2014). Relationships that compulsive buying has with addiction, obsessive-compulsiveness, hoarding, and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55: 1137-1145.
 20. **Leite, L.P., Pereira, V.M., Nardi, A.E. & Silva, A.C.** (2014). Psychotherapy for compulsive buying disorder: a systematic review. *Psychiatry Research*, 219: 411-9.
 21. **Lejoyeux, M., Tassian, V., Solomon, J., Ades, J.** (1997). Study of compulsive buying in depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*; 58: 169-73.
 22. **Maraz, A., Eisinger, A., Hende, B., Urbán, R., Paksi, B., Kun, B., Kökönyei, G., Griffiths, M.D. & Demetrovics, Z.** (2015). Measuring compulsive buying behaviour: psychometric validity of three different scales and prevalence in the general population and in shopping centres. *Psychiatry Research*, 225: 326-334.
 23. **Miltenberger, R.G., Redlin, J., Crosby, R., Stickney, M., Mitchell, J., Wonderlich, S., Faber, R. & Smyth, J.** (2003). Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34: 1-9.
 24. **Monahan, P., Black, D.W. & Gabel, J.** (1995). Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Psychiatry Research*, 64: 59-67.
 25. **Mueller, A., Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Gefeller, O., Faber, R.J., Martin, A., Bleich, S., Glaesmer, H., Exner, C. & de Zwaan, M.** (2010). Estimated prevalence of compulsive buying in Germany and its association with socio-demographic characteristics and depressive symptoms. *Psychiatry Research*, 180: 137-42.
 26. **Müller, A; Smits, D., Claes, L., Gefeller, O., Hinz, A. & de Zwaan, M.** (2011). Does compulsive buying differ between male and female students? *Personality and Individual Differences*; 50(8): 1309-1312.
 27. **Müller, A., Arikian, A., de Zwaan, M., Mitchell, J.E.** (2013). Cognitive-behavioural group therapy versus guided self-help for compulsive buying disorder: a preliminary study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(1): 28-35.
 28. **Otero-López, J.M. & Villardefrancos, E.** (2014). Prevalence, sociodemographic factors, psychological distress, and coping strategies related to compulsive buying: a cross sectional study in Galicia, Spain. *BMC Psychiatry*, 14: 101.
 29. **Rose, P., & Segrist, D.J.** (2014). Negative and positive urgency may both be risk factors for compulsive buying. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2): 128-132.
 30. **Ros, S.** (Coord.). (2012). Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. Soler, P.A., & Gascón, J. (Eds.), (Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales, 4a edición), capítulo 11 p. 329-332. Majadahonda: Comunicación y Ediciones Sanitarias S.L.
 31. **Weintraub, D., Siderowf, A.D., Potenza, M.N., Goveas, J., Morales, K.H., Duda, J.E., Moberg, P.J., & Stern, M.B.** (2006). Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease. *Archives of Neurology*, 63: 69-73.
 32. **World Health Organization.** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Volume 1, 10th edition. World Health Organization: Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.

Adicción a la comida: Un constructo controvertido

Food Addiction (FA): A controversial subject

Zaida Agüera^{1,2}, Inés Wolz^{1,2}, Isabel M. Sánchez¹, Anne Sauvaget^{1,3}, Inés Hilker¹, Roser Granero^{2,4}, Susana Jiménez-Murcia^{1,2,5*}, Fernando Fernández-Aranda^{1,2,5*}

Recibido: 20/07/2015

Aceptado: 10/12/2015

Resumen

El concepto de adicción a la comida (AC) 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. La prevalencia clínica de la AC oscila entre 25-81 % de casos y va asociada a obesidad, Trastorno por atracón y Bulimia nerviosa, principalmente. Los alimentos más frecuentemente ingeridos por los AC serán los hidratos de carbono, azúcares y grasas (78,7-83,6 % de los AC casos, respecto a 17,5-29,6 % en los no-AC casos). Para su evaluación, la escala más comúnmente utilizada es la Yale Food Addiction Scale, que ha sido traducida a diversos idiomas. Las aproximaciones terapéuticas, más utilizadas hasta el momento, coinciden con las utilizadas en Trastornos de la Alimentación y Obesidad, siendo más eficaces las de carácter cognitivo-conductual. Sin embargo, son necesarias nuevas dianas terapéuticas y abordajes innovadores.

Palabras clave: Adicción a la comida. Trastornos alimentarios. Obesidad. Adicciones conductuales. Trastorno por atracón.

¹Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, 08907 Hospitalet del Llobregat, Barcelona.

²Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBEROBn), Instituto Salud Carlos III, Barcelona.

³CAPPA Jacques PREVERT Unité ECT-TMS-Liaison Service d'Addictologie et Psychiatrie de Liaison, Hôtel Dieu, 44000 Nantes, Francia.

⁴Departament de Psicobiologia i Metodologia de les Ciències de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona.

⁵Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina (Campus Bellvitge), Universidad de Barcelona.

* Autores correspondencia:

Fernando Fernández-Aranda, Ph.D., FAED

Coordinador Unidad Trastornos Alimentación, Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL y CIBEROBN

C/ Feixa Llarga s/n – 08907-Barcelona, España

e-mail: ffernandez@bellvitgehospital.cat

Susana Jiménez-Murcia, Ph.D.

Coordinadora Unidad Adicciones Comportamentales, Servicio de Psiquiatría

Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL y CIBEROBN

C/ Feixa Llarga s/n – 08907-Barcelona, España

e-mail: ffernandez@bellvitgehospital.cat

Summary

The concept of food addiction (FA) is a controversial subject that has experienced an increase interest over the past five years. Despite having shown neurobiological similarities to substance addictions, so far it lacks sufficient diagnostic entity. AC clinical prevalence ranges from 25-81 % of cases and is mainly associated with Obesity, Binge eating disorder and Bulimia nervosa. The foods most frequently intake by AC subjects are carbohydrates, sugars and fats (78.7 to 83.6 % of FA cases, about 17.5 to 29.6 % non-FA cases). For assessment, the most commonly used scale is the Yale Food Addiction Scale, which has been translated in several languages. The therapeutic approaches, more frequently used to date, is similar to the one used in Eating Disorders and Obesity, being more effective cognitive-behavioral approaches. However, new therapeutic targets and innovative approaches are needed in the near future.

Key words: Food addiction. Eating disorders. Obesity. Behavioral addictions. Binge eating.

DEFINICIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL TEMA

Durante las últimas décadas se ha debatido mucho sobre si cierto tipo de alimentos podrían tener un potencial adictivo, sobre todo, alimentos que tienen una alta palatabilidad; o incluso si las conductas de sobreingesta y/o el “*craving*” (es decir, el deseo, ansia o urgencia por comer), que presentan los pacientes con bulimia nerviosa (BN), con trastorno por atracón (TA) o con obesidad, podrían tratarse de conductas adictivas (Davis *et al.*, 2011; Granero *et al.*, 2014; Pedram *et al.*, 2013).

El concepto de *adicción a la comida* (AC) fue acuñado por primera vez en 1956 por Theron Randolph (Randolph, 1956). Sin embargo, ha sido en los últimos 6 años, coincidiendo con la creación de la escala de evaluación *Yale Food Addiction Scale* (YFAS) (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009), cuando realmente se ha observado un incremento significativo de publicaciones científicas cuyo foco de estudio es esta nueva adicción (Salamone & Correa, 2013). En esta línea, la búsqueda en *Medline* nos revela que a partir de 2008 se ha incrementado siete veces el número de publicaciones indexadas que contienen el término “*adicción a la comida*” (Pressman, Clemens, & Rodríguez, 2015).

Hasta la fecha, la gran mayoría de estudios han utilizado los criterios de dependencia a sustancias basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (APA, 2000)

para evaluar la sintomatología de AC. La AC se ha definido como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de ciertos alimentos, a pesar de sus consecuencias nocivas –ya sea porque no son saludables (por ejemplo, contienen alto contenido de azúcar o grasas) o porque sean causa de enfermedad u obesidad. Sin embargo, aunque se han constatado similitudes entre los mecanismos neurobiológicos implicados en la adicción y en el consumo de ciertos alimentos, el diagnóstico de AC aún no ha sido reconocido oficialmente.

Si bien el concepto de AC sigue siendo un constructo que sigue en estudio, hasta el día de hoy no es posible diagnosticar ni hablar de trastorno. Sin embargo, parece que las futuras líneas de investigación van dirigidas a poder reconocer la AC como un trastorno adictivo, que pueda ser incluido dentro de la categoría diagnóstica de *Substance-Related and Addictive Disorders* (APA, 2013). Es por ello que estudios recientes indican la importancia de comparar la AC no solo con adicción a sustancias, sino también con adicciones comportamentales, tales como el juego patológico (Meule & Gearhardt, 2014).

EPIDEMIOLOGÍA

Como se apuntaba anteriormente, desde la creación de la YFAS en 2009 (Gearhardt *et al.*, 2009) ha sido más fácil explorar la prevalencia de la lla-

mada AC, dado que se trata del primer instrumento validado (y basado en criterios DSM-IV de dependencia de sustancias) para identificar a individuos que presentan tendencias adictivas hacia la comida. Se validó inicialmente con una muestra no clínica y, posteriormente, ha sido traducida a varios idiomas y validada con distintos tipos de poblaciones (ver apartado 4 de Evaluación).

En relación a la prevalencia de AC, diversos estudios realizados con muestras no clínicas encontraron que entre el 8,8 % y el 11,4 % de los estudiantes en normo-peso presentaban criterios de AC, evaluada mediante la YFAS (Gearhardt *et al.*, 2009; Meule, 2011). Sin embargo, en una muestra nacional de estudiantes sanos solo el 2,4 % presentaba AC (Granero *et al.*, 2014). En un meta-análisis reciente en el que se analizaron 25 estudios sobre AC, las tasas de prevalencia de AC según la YFAS fue del 19,9 %. La prevalencia observada fue más elevada en adultos mayores de 35 años, de sexo femenino y en individuos con sobrepeso u obesidad. Además, encontraron que las poblaciones clínicas cumplían más del doble de criterios de AC que las poblaciones no clínicas (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014).

El auge del concepto de AC también se debe al intento de encontrar una explicación al creciente problema de la obesidad a nivel mundial y a su posible tratamiento (Avena, Gold, Kroll, & Gold, 2012). Por lo tanto, la AC ha sido ampliamente estudiada en población obesa y con sobrepeso, encontrando tasas más elevadas de AC que en la población general (Pedram *et al.*, 2013). Incluso se ha llegado a plantear que la AC podría ser un fenotipo válido de obesidad, dado que en una muestra de adultos obesos se encontró una prevalencia de AC del 25 % (Davis *et al.*, 2011). En obesos que buscan tratamiento para perder peso las tasas de AC aumentan aún más, cumpliendo criterios de AC entre el 41,7 % (Meule, Heckel, & Kübler, 2012) y el 53,7 % (Clark & Saules, 2013) de los que solicitan cirugía bariátrica, mientras que el 34 % de una muestra de obesos que realizan una dieta hipocalórica controlada cumplen dichos criterios (Imperatori *et al.*, 2014).

Respecto a la prevalencia de AC en trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el primer subtipo en ser estudiado fue el TA. Se han encon-

trado tasas de prevalencia de AC que oscilan entre el 41,5 % (Gearhardt, White, Masheb, & Grilo, 2013) y el 56,8 % (Gearhardt, White, & Potenza, 2011) en pacientes diagnosticadas de TA. Además, en el estudio de Davis y cols. (2011), el 72,2 % de las pacientes obesas que recibía un diagnóstico de AC también había sido diagnosticada de TA. En otro estudio se observó una tasa aún más elevada en BN, presentando el 100 % de las pacientes con BN también AC, pero disminuyendo este porcentaje al 30 % en pacientes recuperadas (Adrian Meule, von Rezori, & Blechert, 2014).

En España se ha realizado el primer estudio que explora la prevalencia de AC en una muestra en la que están representados todos los subtipos de TCA. De estas pacientes, el 72,8 % cumplía criterios para este diagnóstico según la YFAS. Por subtipos, se observa la mayor prevalencia en pacientes con BN con una tasa de 81,5 %, seguida del TA con 76,9 %. El 72,2 % de las pacientes diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) presentan criterios de AC, y en el caso de la anorexia nerviosa (AN) sorprendentemente cumplían criterios un 60 % de las pacientes (Granero *et al.*, 2014).

Finalmente, la AC también ha sido estudiada en muestras de niños y adolescentes mediante la *Yale Food Addiction Scale* versión para niños (YFAS-C). En estas poblaciones se ha encontrado una prevalencia de 7,2 % en población infantil general, y una prevalencia mucho mayor, de hasta un 38 %, en una muestra de adolescentes obesos (Adrian Meule, Hermann, & Kübler, 2015).

NEUROBIOLOGÍA

Los sistemas de recompensa del sistema nervioso central se hallan regulados por neurotransmisores, que permiten que el individuo desarrolle conductas aprendidas y que respondan a eventos placenteros o de desagrado. Las sustancias y conductas adictivas actúan sobre el sistema límbico, que está en la parte más interna del cerebro, y provocan una sensación artificial de placer. El uso repetido de estas sustancias y conductas adictivas específicas afecta al funcionamiento del sistema límbico e inicia el proceso de adicción. En esta línea, la teoría de la AC pone de relieve que ciertos alimentos (especialmente aquellos con azú-

car o grasas), así como algunas conductas alimentarias específicas, activarían los mismos circuitos cerebrales que se hayan implicados en las adicciones (Gearhardt *et al.*, 2009). Entre estos circuitos encontramos el sistema dopaminérgico, el sistema opioide, el sistema serotoninérgico y la señalización del glutamato.

Sistema dopaminérgico

Se ha señalado que los mecanismos cerebrales del sistema de la recompensa que implica la dopamina, presentes en la adicción a sustancias y en otras conductas adictivas no relacionadas con sustancias, así como en la obesidad, se hallan en las siguientes regiones del cerebro: áreas prefrontales, estructuras subcorticales (amígdala y estriado) y áreas sensoriales (Blum, Thanos, & Gold, 2014; García-García *et al.*, 2014). En general, los estudios con modelos animales sugieren que tanto el consumo de alimentos como de sustancias pueden

actuar como un intento de aliviar la recompensa reducida, y que las personas pueden hacer uso de sustancias, pero también de alimentos altamente palatables, como un medio de auto-medicación ante un sistema dopaminérgico hipoactivo (Johnson & Kenny, 2010; Leal *et al.*, 2013; Davis *et al.*, 2013).

En este sentido, en nuestro centro, comparamos dos muestra de sujetos, con AC (N=227) y sin AC (N=108), respecto al tipo de alimentos con los que presentaban problemas de descontrol (ver Figura 1). En el grupo de AC, los alimentos con los que tenían generalmente un conducta alimentaria excesiva y/o de descontrol (en más de un 80 % de los casos) eran los que presentaban un mayor contenido calórico y estaban compuestos básicamente por hidratos de carbono, azúcares y grasas (pasta, bollería, helado, pan y derivados). Todos estos componentes nutricionales se caracterizan por ser altamente palatables.

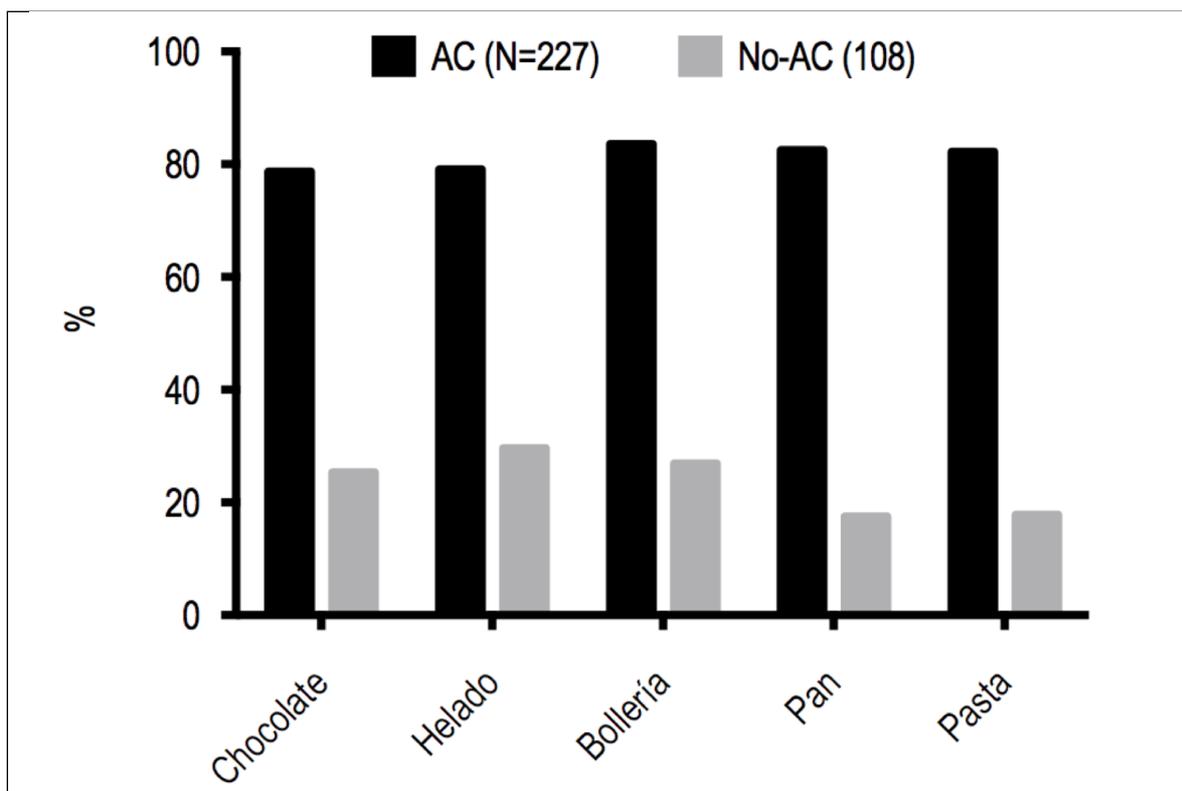


Figura 1

Tipo de alimentos con los que suelen tener problemas para controlar su ingesta excesiva, al comparar un grupo de sujetos mujeres con adicción a la comida (AC, N=227) y un grupo de sujetos mujeres sin adicción a la comida (No-AC, N=108).

Sistema opioide

Los opioides también están implicados en el sistema de recompensa. Estos son importantes para generar reacciones placenteras, particularmente, en sitios específicos de las estructuras límbicas. El consumo de ciertos alimentos y sustancias estimula la producción de opioides endógenos, cuyo impacto hedónico genera las sensaciones de placer (Nogueiras *et al.*, 2012; Solinas *et al.*, 2008).

Sistema serotoninérgico

Unos niveles basales bajos de serotonina pueden disminuir el control inhibitorio sobre el deseo de sustancias o alimentos y aumentar el ansia por consumir alimentos dulces, en contra de la regulación de la impulsividad, sobre todo ante la exposición a alimentos altamente palatables (Lauzurica *et al.* 2013; Ribases *et al.*, 2008). Altos niveles de serotonina también se han asociado con la disminución de los síntomas de abstinencia al tabaco (tales como aumento de ingesta de carbohidratos y aumento de peso) en mujeres en sobre-

peso (Fletcher y Higgins, 2008; Botella-Carretero *et al.*, 2004).

La señalización del glutamato

También se ha hallado relación directa entre el glutamato y la ingesta de alimentos, conductas de búsqueda de sustancias y en las conductas de atracón. Además, parece que esta alteración de la sensibilidad al glutamato potencia las vías neuronales que vinculan el recuerdo del consumo de sustancias o alimentos con el placer, lo que alimenta el deseo de repetir la experiencia (Guardia *et al.*, 2011; Tortorella *et al.*, 2014).

EVALUACIÓN

Hasta el momento existen pocos instrumentos específicos para medir la AC. Sin embargo, podemos encontrar otros cuestionarios para evaluar los procesos básicos relacionados, como es el “craving”, un elemento central de la adicción en general, y de la AC en particular (Adrian Meule & Kübler, 2012). En la tabla 1 presentamos un resumen de los instrumentos que pueden ser útiles en la evaluación de esta nueva adicción.

Tabla 1
Cuestionarios específicos para evaluar la adicción a la comida

Cuestionario	Descripción del cuestionario	Idioma	Población de validación		
			General	Obesos	TCA
Yale Food Addiction Scale (YFAS)	Evalúa la adicción a la comida mediante 25 ítems que conforman las siete escalas de dependencia, derivadas de los siete criterios de dependencia a sustancias del DSM-IV.	Inglés ^{1,2}	✓	✓	✓
		Alemán ³	✓		
		Francés ⁴	✓		
		Castellano ⁵	✓		✓
		Chino ⁶	✓		
– Modified YFAS		Inglés ⁷	✓		
– YFAS for children		Inglés ⁸	✓	✓	
ACORN Assessment Tool	Cuestionario de auto-evaluación para el <i>screening</i> de una posible adicción a la comida	Inglés ⁹			

¹Gearhardt, Corbin & Brownell, 2009: estudiantes universitarios; ²Gearhardt, White, Masheb, Morgan, Crosby & Grilo, 2012: pacientes obesos con TA; ³Meule, Vögele & Kübler, 2012: estudiantes universitarios; ⁴Brunault, Ballon, Gaillard, Réveillère & Courtois, 2014: muestra inespecífica; ⁵Granero *et al.*, 2014: estudiantes universitarios y pacientes con AN, BN, TA o TCANE; ⁶Chen, Tang, Guo, Liu & Chiao, 2015: estudiantes de secundaria (adolescentes); ⁷Flint, Gearhardt, Corbin, Brownell, Field & Rimm, 2014: mujeres adultas; ⁸Gearhardt, Roberto, Seamans, Corbin & Brownell, 2013: niñas; ⁹Werdell, 2005: <http://foodaddictioninstitute.org/for-food-addicts/self-assessment/>.

Tabla 2
Cuestionarios para evaluar el deseo/ansia por comer o hacia a la comida “food craving”

Cuestionario	Descripción del cuestionario	Idioma	Población de validación		
			General	Obesidad	TCA
Food Cravings Questionnaire (FCQ) - Trait (FCQ-T)	Proyecta el deseo a la comida como universal, multidimensional estado motivacional, que puede estar influido por procesos psicológicos y/o fisiológicos El FCQ-T contiene 37 ítems en 9 escalas: (1) intenciones concretas y planes de consumir comida, (2) anticipación de que aumente el ánimo, (3) alivio de emociones negativas, (4) pérdida de control, (5) pensamientos o preocupaciones sobre la comida, (6) hambre, (7) “cues” que desencadenan el deseo, (8) emociones antes o durante el deseo, y (9) culpa resultando del (rendirse al) deseo.	Inglés ¹⁰	✓		
		Castellano ^{11,12,13}	✓		✓
		Holandés ¹⁴	✓		
		Coreano ¹⁵	✓		
		Alemán ¹⁶	✓		
		Italiano ¹⁷		✓	✓
		Inglés ¹⁰	✓		
		Castellano ^{11,12,13}	✓		✓
		Holandés ¹⁴	✓		
		Coreano ¹⁵	✓		
- State (FCQ-S)	El FCQ-S contiene 15 ítems en 5 escalas.	Alemán ¹⁶	✓		
- Reduced Food Craving Questionnaire (FCQ-T-r)	Concepto unifactorial, constituido por 15 ítems.	Alemán ¹⁸	✓		
		Castellano ¹⁹	✓		
		Italiano ^{20,21}	✓	✓	
- Food Chocolate Craving Questionnaire (FCCQ-Ty -S)	Modificado para medir el deseo específico al chocolate.	Inglés ²²	✓		
		Castellano ²²	✓		
Food Craving Inventory (FCI)	Evalúa el deseo de comer en general, y los deseos de alimentos específicos, tales como aquellos con alto contenido en grasa, dulces, carbohidratos, comida rápida...	Inglés ^{23,24}	✓	✓	
		Castellano ²⁵	✓		
		Japonés ²⁶	✓		
Food Cravings Acceptance and Action Questionnaire (FAAQ)	Evalúa mediante 10 ítems la aceptación de los deseos de comer, así como hasta qué punto el individuo intenta controlar o cambiar estos deseos. Se supone que esta aceptación está relacionada con la capacidad de perder peso.	Inglés ²⁷	✓	✓	

¹⁰Cepeda-Benito, Gleaves, Williams & Erath, 2000: estudiantes universitarios; ¹¹Cepeda-Benito, Gleaves, Ferna, Vila, Williams & Reynoso, 2000: estudiantes universitarios; ¹²Cepeda-Benito, Fernández & Moreno, 2003: estudiantes universitarios; ¹³Moreno, Rodríguez, Fernández, Tamez & Cepeda-Benito, 2008: pacientes con AN, BN o TCANE; ¹⁴Nijs, Franken & Muris, 2007: estudiantes universitarios; ¹⁵Noh, Kim, Nam, Lim, Lee & Hong, 2008; ¹⁶Meule, Lutz, Vögele & Kübler (2012): estudiantes universitarios; ¹⁷Innamorati *et al.*, 2014: pacientes con sobrepeso/obesos con o sin TA; ¹⁸Meule, Hermann & Kübler, 2014; ¹⁹Rodríguez-Martín & Molerio-Pérez, 2014: población general (de origen cubano); estudiantes universitarios; ²⁰Iani, Barbaranelli & Lombardo, 2015: población general; ²¹Innamorati *et al.*, 2015: adultos con sobrepeso/obesos; ²²Rodríguez *et al.*, 2007: estudiantes universitarios; ²³White, Whisenhunt, Williamson, Greenway & Netemeyer, 2002: población general americana; ²⁴Nicholls & Hulbert-Williams, 2013: población general británica; ²⁵Jauregui-Lobera, Bolaños, Carbonero & Valero Blanco, 2010: estudiantes y pacientes con depresión, ansiedad, trastornos adaptivos; ²⁶Komatsu, 2008: estudiantes femeninas; ²⁷Juarascio, Forman, Timko, Butryn & Goodwin, 2011: estudiantes universitarios y mujeres con sobrepeso/obesidad.

Tabla 3
Otros cuestionarios relevantes para la evaluación de AC

Cuestionario	Descripción del cuestionario	Idioma	Población de validación		
			General	Obesidad	TCA
Simultaneous assessment of multiple addictions (PROMIS)	Evalúa una variedad de comportamientos adictivos mediante 16 escalas, con 10 ítems por escala: nicotina, drogas recreativas, medicamentos, juego, adicción al sexo, cafeína, pérdida de control sobre la ingesta de comida, restricción de la comida, ejercicio, compra compulsiva, trabajar, relaciones dominantes y sumisas.	Inglés ²⁸	✓		✓
The Power of Food Scale (PFS)	Mide el impacto psicológico de vivir en un ambiente donde la comida es omnipresente. Evalúa el apetito de comida sabrosa más que el consumo en sí.	Inglés ^{29,30}	✓		✓
		Japonés ³¹	✓		
• Children's PFS		Inglés ³²	✓		
The Craving Experience Questionnaire (CEQ)	Evalúa el "craving" en general, aplicable a diferentes sustancias. Considera importante la visualización sensorial de consumir una sustancia, también mide la frecuencia y la intensidad de estos pensamientos intrusivos.	Inglés ³³	✓		
Palatable Eating Motives Scale (PEMS)	Escala de 20 ítems que evalúa los motivos individuales de consumir comida sabrosa/palatable. Basada en cuatro motivos generales, los mismos que se habían encontrado en el consumo de alcohol: social, conformidad, mejora, enfrentamiento ("Coping").	Inglés ³⁴	✓		✓
The Control of Eating Questionnaire (CoEQ)	Compuesto por 21 ítems que valoran la gravedad y el tipo de deseos de comer durante los últimos 7 días. Está formada por cuatro subescalas: control de deseos, emociones positivas, deseo de alimentos dulces y deseo de alimentos salados.	Inglés ³⁵	✓		✓

²⁸Christo, Jones, Haylett, Stephenson, Lefever & Lefever, 2003: pacientes con TCA, adicción al alcohol o drogas, juego patológico y muestra comunitaria; ²⁹Lowe *et al.*, 2009: estudiantes universitarios; ³⁰Cappelleri *et al.*, 2009: adultos con sobrepeso, obesidad o normo-peso; ³¹Yoshikawa, Orita, Watanabe, & Tanaka, 2012: estudiantes universitarios; ³²Laurent, 2015: niños de 10-14 años; ³³May *et al.*, 2014: estudiantes, muestra comunitaria y pacientes dependientes al alcohol/la nicotina; ³⁴Burgess, Turan, Lokken, Morse & Boggiano, 2014: estudiantes universitarios; ³⁵Dalton, Finlayson, Hill & Blundell, 2015: estudiantes y personal universitario, muestra comunitaria.

TRATAMIENTO

Del mismo modo que en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, uno de los síntomas clave en la AC es el “*craving*”. El *craving* ha sido definido como un deseo o ansia apremiante, urgente e irreprimible, lo que resulta en la mayoría de los casos en una pérdida de control (O’Brien, 2011; Skinner & Aubin, 2010). Además, actúa como componente esencial en una dependencia y en el mantenimiento de la abstinencia, por lo que contribuye en el desarrollo, mantenimiento y recaída de una conducta adictiva. Hasta la fecha, los tratamientos de primera elección para tratar las adicciones, y en particular para el *craving*, se basan en tratamientos farmacológicos y/o psicoterapéuticos. Sin embargo, estos muestran ciertas limitaciones (Marazziti, Presta, Baroni, Silvestri, & Dell’Osso, 2014) y manifiestan la necesidad de ahondar en nuevos tratamientos.

Tratamientos psicológicos y/o conductuales

Dado que la AC no tiene aún identidad diagnóstica consensuada y aceptada por la comunidad científica, no podemos hablar de tratamientos psicológicos específicos. Solo se puede hablar de tratamientos psicológicos procedentes del campo de las adicciones (con sus distintos componentes) o de los tratamientos psicológicos aplicados en los TCA, donde la sintomatología se solapa entre ambas.

Lo que comemos, cuándo y cuánto lo hacemos, está determinado por mecanismos cerebrales que generan sensaciones relacionadas con el placer, la palatabilidad del alimento y relacionadas con el apetito y la motivación (Berridge, Ho, Richard, & DiFeliceantonio, 2010). Una de las propuestas más recientes se basa en que una sobreingesta sostenida podría alterar estos sistemas de recompensa y generar una adicción a la comida (Campbell & Eisenberg, 2007; Davis & Carter, 2009); es por ello que los objetivos y componentes de tratamiento han de incluir tanto aspectos nutricionales como psicológicos.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha mostrado resultados satisfactorios tanto en la reducción de síntomas de la AC (evaluado mediante la YFAS) como en la sintomatología y psicopa-

tología alimentaria (Hilker, Sánchez, Jiménez-Murcia, Granero y cols., *in press*). La TCC para TCA, y en concreto para aquellos subtipos en los que la sintomatología de AC está más presente, especialmente BN y TA (Granero *et al.*, 2014), se basa en el modelo que propuso Fairburn y cols. (1993), con sucesivas adaptaciones y modificaciones, aplicado a los síntomas relacionados con la sobreingesta. Los componentes nutricionales del tratamiento permiten a los pacientes mantener unos hábitos alimentarios saludables a través de la psicoeducación (información nutricional) (Davis *et al.*, 1990; Fernández-Aranda *et al.*, 1998), establecimiento de patrones alimentarios regulares, desarrollo de habilidades de planificación (evitar ayunos, largos periodos sin ingesta, fraccionamiento, etc.) y el manejo de situaciones de riesgo (reintroducción en la dieta normal de alimentos característicos de las sobreingestas mediante el control de estímulos) (Crolland & Neumark-Sztainer, 2004). Las técnicas utilizadas están basadas por un lado en la modificación de conducta, con el objetivo de identificar aquellos estímulos (situacionales-contextuales, emocionales y relacionales) que llevan a la pérdida de control sobre la ingesta y, por otro, a nivel cognitivo, la identificación y modificación de pensamientos y sentimientos automáticos que favorecen y mantienen la ingesta compulsiva y la no consecución de objetivos de cambio en la conducta alimentaria. Con la TCC el paciente observa su conducta, pensamientos y emociones y su relación con sus hábitos alimentarios inadecuados, para después buscar otras alternativas más apropiadas, interviniendo en aspectos como la impulsividad, el bajo afrontamiento de problemas, déficits en habilidades sociales, dificultad para regular emociones (tanto negativas como positivas), imagen corporal, autoestima, etc. (Teufel, Becker, Rieber, Stephan, & Zipfel, 2011; Wilson y Schlam, 2004; Agüera *et al.*, 2013). En el caso de la Bulimia nerviosa y el Trastorno por Atracón, su eficacia suele rondar el 65-80 % de casos (Agüera *et al.*, 2013).

La Terapia Interpersonal (TIP) se ha utilizado con buenos resultados en el TA, y en aquellos pacientes en sobrepeso y obesidad que refieren pérdida de control en la ingesta. Esta terapia, que se centra en los problemas interpersonales, mejora el estado de ánimo y aumenta los sentimientos de auto-

eficacia de los pacientes; siendo menos dependientes de la comida al aprender otras formas de afrontar sus problemas interpersonales, disminuyendo los episodios de pérdida de control (Tanofsky-Kraff *et al.*, 2010; Wilfley *et al.*, 2002).

Otro tipo de tratamiento psicológico es la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) propuesta por Linehan 1993 (Koerner & Linehan, 2000). La TDC, centrada en la regulación emocional, fue diseñada en un primer momento para tratar los trastornos límite de personalidad, y posteriormente fue adaptada para su aplicación a los TA. Esta terapia parece presentar resultados prometedores para tratar aspectos asociados a las adicciones (Safer, Telch, & Chen, 2009).

Finalmente, el uso de las nuevas tecnologías, como herramientas terapéuticas para tratar las adicciones, también es de creciente interés en los últimos años. Estudios recientes han puesto de manifiesto que la terapia con realidad virtual (RV) se ha utilizado en pacientes con dependencia al alcohol y otras sustancias (Kuntze *et al.*, 2001; Son *et al.*, 2015) y en adicciones comportamentales, como el juego patológico (Giroux *et al.*, 2013). Asimismo, la realidad virtual se muestra eficaz en pacientes con TCA (Perpiñá *et al.*, 2013), especialmente en aquellos con TA (Ferrer-García *et al.*, 2014), pero también se ha observado su efecto en la modificación del *craving* por la comida (Ferrer-García, Gutiérrez-Maldonado, & Pla, 2013). El término RV describe un conjunto de tecnologías que simulan un entorno tridimensional generado por ordenador, y permite al usuario interactuar en tiempo real con una interfaz que facilita un sentimiento de presencia en dicho entorno y el juicio de realidad de su experiencia. Se ha comprobado que su uso incrementa la motivación y la adherencia al tratamiento y facilita el afrontamiento de sus miedos en un ambiente controlado, permitiendo al paciente aumentar la sensación de control sobre la ingesta (Perpiñá *et al.*, 2013).

Los videojuegos serios o “*serious games*” son videojuegos diseñados con propósitos educativos o de salud que se han desarrollado para el tratamiento de la obesidad, los TCA y el trastorno de control de los impulsos. En concreto, el videojuego terapéutico denominado *Playmancer* es un juego interactivo cuyo objetivo es potenciar sus habilidades de autocontrol emocional y de los im-

pulsos que puede generalizar a su conducta alimentaria (Fernández-Aranda *et al.*, 2012). *Playmancer* fue creado como herramienta terapéutica adicional para tratar aquellos trastornos en los que la impulsividad está muy presente, como en la BN y el TA (Fagundo *et al.*, 2013; Giner-Bartolomé *et al.*, 2015), así como en pacientes con juego patológico (Tárrega *et al.*, *in press*).

Tratamientos biológicos

Tratamientos farmacológicos

Dado que los circuitos neurobiológicos implicados tanto en el TA como en el trastorno por dependencia de sustancias son similares, el tratamiento farmacológico utilizado en ambos trastornos también es similar (Schreiber, Odlaug, & Grant, 2013). En primer lugar, los antagonistas no selectivos de los receptores opioides, como la naltrexona (muy utilizada en dependencia de alcohol), podría disminuir el deseo y consumo de alimentos ricos en azúcar y grasas en personas en normopeso y en pacientes obesos con diagnóstico de BN o TA (Jauch-Chara & Oltmanns, 2014; Schreiber *et al.*, 2013). En segundo lugar, se ha observado que los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (o ISRS) disminuyen los episodios de atracones, así como mejoran el estado anímico en pacientes con TA, comparados con placebo (McElroy, Guerdjikova, Mori, & O'Melia, 2012). Finalmente, el uso de tratamientos basados en el glutamato (utilizado también en dependencia de alcohol) presenta resultados prometedores en pacientes con TA, especialmente en aquellos que se encuentran en obesidad. Tanto el acamprosato (también conocido como acetil homotaurinato de calcio, y que actúa como antagonista del neurotransmisor glutamato) como el topiramato han mostrado resultados positivos, disminuyendo el *craving* por la comida y controlando el aumento de peso en pacientes con dependencia al alcohol (McElroy *et al.*, 2012; Schreiber *et al.*, 2013).

Tratamientos neuromoduladores

Dado que el control homeostático de la ingesta implica un sistema complejo y multidireccional entre el sistema nervioso periférico y el central y, tal como se ha descrito anteriormente, el con-

trol del *craving* también implica vías neurológicas centrales, se sugiere que podría ser de utilidad aplicar técnicas de neuromodulación para tratar la AC, y más concretamente el *craving* hacia la comida. Recientemente, se han estudiado nuevas modalidades de tratamiento como la estimulación cerebral (Grall-Bronnec & Sauvaget, 2014; Ho *et al.*, 2015; Jansen *et al.*, 2013). Las técnicas de neuromodulación, basadas en técnicas de estimulación cerebral, representan nuevas opciones terapéuticas que han demostrado su eficacia especialmente en el *craving* y trastornos asociados (por ejemplo, obesidad y TCA). Las técnicas de estimulación cerebral disponibles, utilizadas en investigación de las conductas adictivas, se clasificarían en las siguientes dos categorías: 1) estimulación cerebral no invasiva (ECNI), donde se encontrarían la estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS) y la estimulación con corriente directa transcraneal (tDCS) (Grall-Bronnec & Sauvaget, 2014; Jansen *et al.*, 2013); y 2) estimulación cerebral invasiva, donde encontramos la estimulación del nervio vago (VNS) y la estimulación cerebral profunda (ECP) (Ho *et al.*, 2015; Val-Laillet *et al.*, 2015).

CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

A modo de conclusión, aunque la AC no está reconocida por ahora como un trastorno mental, es innegable que presenta características tanto neurobiológicas como psicológicas/comportamentales claramente muy cercanas a la adicción. Sin embargo, a pesar de las similitudes neurobiológicas y clínicas entre los trastornos en donde aparecen sobreingestas de alimentos y los trastornos adictivos, el consumo de comida (a diferencia del alcohol, sustancias variadas o el juego) es necesario para vivir, por lo que hace imposible diseñar un tratamiento basado en la abstinencia total.

Dada la alta prevalencia de AC que se ha encontrado en pacientes con TCA, se abre el debate de si la YFAS en realidad está evaluando AC, o los síntomas propios de los TCA estarían sobrestimando las tasas de AC en TCA. Futuras líneas de investigación han de buscar nuevos enfoques que puedan estudiar las diferencias en los procesos psicológicos/biológicos básicos que se encuen-

tran entre pacientes con TCA y AC, en comparación con los pacientes sin AC. Resultados preliminares en pacientes con TCA demuestran que la AC está más relacionada con procesos de refuerzo negativo que con los de refuerzo positivo. Además, se ha observado que pacientes con TCA y AC muestran rasgos de personalidad específicos y diferenciales, principalmente una baja autodirección, al compararlos con pacientes sin AC (Wolz *et al.*, *submitted*).

Para finalizar, destacar la importancia del diseño de nuevos tratamientos, principalmente basados en el uso de las nuevas tecnologías y la neuromodulación, para evaluar la eficacia, seguridad y conceptos éticos. Así como tratar el autocontrol y manejo de emociones implicadas en la AC.

AGRADECIMIENTOS

Los estudios aquí referenciados han sido parcialmente financiados por proyectos del Fondo de Investigación Sanitaria- FIS (PI11/210; PI14/290) y Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER). IW ha recibido ayuda predoctoral de AGAUR (2014FI_B 00372). CIBEROBN es una iniciativa del Instituto de Salud Carlos III.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achab, S., & Khazaal, Y. (2011). Psychopharmacological treatment in pathological gambling: a critical review. *Current Pharmaceutical Design*, 17(14): 1389–95.
2. Agüera Z, Riesco N, Jiménez-Murcia S, Islam MA, Granero R, Vicente E, Peñas-Lledó E, Arcelus J, Sánchez I, Menchon JM, Fernández-Aranda F. (2013). Cognitive behaviour therapy response and dropout rate across purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder: DSM-5 implications. *BMC Psychiatry*, 13, 285. doi: 10.1186/1471-244X-13-285.
3. APA. (2000). DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. Avena, N M., Gold, J.A., Kroll, C. & Gold, M.S. (2012). Further developments in the neu-

- robiology of food and addiction: update on the state of the science. *Nutrition*, 28(4): 341–343.
6. **Berridge, K.C., Ho, C.Y., Richard, J.M., & DiFeliceantonio, A.G.** (2010). The tempted brain eats: pleasure and desire circuits in obesity and eating disorders. *Brain Research*, 1350: 43–64. doi:10.1016/j.brainres.2010.04.003.
 7. **Blum, K., Thanos, P.K. & Gold, M.S.** (2014). Dopamine and glucose, obesity, and reward deficiency syndrome. *Frontiers in Psychology*, 5: 919. doi:10.3389/fpsyg.2014.00919.
 8. **Botella-Carretero JI, Escobar-Morreale HF, Martín I, Valero AM, Álvarez F, García G, Varela C, Cantarero M.** (2004). Weight gain and cardiovascular risk factors during smoking cessation with bupropion or nicotine. *Horm Metab Res.*, 36 (3): 178-82.
 9. **Campbell, B.C. & Eisenberg, D.** (2007). Obesity, attention deficit-hyperactivity disorder and the dopaminergic reward system. *Collegium Anthropologicum*, 31(1): 33–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17600916>.
 10. **Clark, S.M. & Saules, K.K.** (2013). Validation of the Yale Food Addiction Scale among a weight-loss surgery population. *Eat Behav*, 14 (2): 216–219. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.01.002.
 11. **Crolland, J. & Neumark-Sztainer, D.** (2004). Nutrition Counseling for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorders. In T. D. Breimothy (Ed.), *Clinical Handbook of Eating Disorders. An Integrated Approach* (pp. 377–401). Nueva York: CRC Press.
 12. **Davis, R., Olmsted, M.P. & Rockert, W.** (1990). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: assessing the clinical significance of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6): 882–885. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.58.6.882>.
 13. **Davis, C. & Carter, J.C.** (2009). Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite*. doi:10.1016/j.appet.2009.05.018.
 14. **Davis, C., Urtis, C., Levitan, R.D., Carter, J.C., Kaplan, A.S. & Kennedy, J.L.** (2011). Evidence that “food addiction” is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57(3): 711–717.
 15. **Davis, C., Loxton, N.J., Levitan, R.D., Kaplan, A.S. Carter, J.C. & Kennedy, J.L.** (2013). “Food addiction” and its association with a dopaminergic multilocus genetic profile. *Physiol Behav*, 118: 63–69.
 16. **Fagundo, A.B., Santamaría, J.J., Forcano, L., Giner-Bartolomé, C., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., Fernández-Aranda, F.** (2013). Video Game Therapy for Emotional Regulation and Impulsivity Control in a Series of Treated Cases with Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 21: 493–499. doi:10.1002/erv.2259.
 17. **Fairburn, C.G., Marcus, M. & Wilson, G.** (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C.G.F. & G.T. Wilson (Ed.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361–404). New York: Guilford Press.
 18. **Fernández, F. y cols.** (1998). Grupo ambulatorio psicoeducativo en Bulimia nerviosa. Un abordaje de corta duración. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 26 (1): 23-28.
 19. **Fernández-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Santamaría, J.J., Gunnard, K., Soto, A., Kalapanidas, E., Penelo, E.** (2012). Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study. *J Ment Health*, 21(4): 364–374. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=22548300.
 20. **Ferrer-García, M., Gutiérrez-Maldonado, J. & Pla, J.** (2013). Cue-elicited anxiety and craving for food using virtual reality scenarios. *Studies in Health Technology and Informatics*, 191: 105–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23792853>.
 21. **Ferrer-García, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Pla, J., Riva, G., Andreu-Gracia, A., Dakanalis, A., Sánchez-Planell, L.** (2014). Development of a VR Application for Binge Eating Treatment: Identification of Contexts and Cues Related to Bingeing Behavior in Spanish Italian Patients. *Studies in Health Technology and Informatics*, 199: 71–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24875693>.
 22. **Fletcher PJ, Lê AD, Higgins GA.** (2008). Serotonin receptors as potential targets for modulation of nicotine use and dependence. *Prog Brain Res.*, 172: 361-83. doi: 10.1016/S0079-6123(08)00918-7.
 23. **García-García, I., Horstmann, A., Jurado, M.A., Garolera, M., Chaudhry, S.J., Margulies, D.S., Neumann, J.** (2014). Reward processing in obesity, substance addiction and non-substance addiction. *Obesity Reviews?: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 15(11): 853–69. doi:10.1111/obr.12221.
 24. **Gearhardt, A., Corbin, W. & Brownell, K.**

- (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52(2): 430–436.
25. **Gearhardt, A., White, M., Masheb, R. & Griolo, C.** (2013). An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Compr Psychiatry*, 54(5): 500–505.
 26. **Gearhardt, A., White, M. & Potenza, M.** (2011). Binge eating disorder and food addiction. *Curr Drug Abuse Rev*, 4(3): 201–207.
 27. **Giner-Bartolomé, C., Fagundo, A.B., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J.J., Ladouceur, R., Fernández-Aranda, F.** (2015). Can an intervention based on a serious videogame prior to cognitive behavioral therapy be helpful in bulimia nervosa? A clinical case study. *Frontiers in Psychology*, 6(July), 1–9. doi:10.3389/fpsyg.2015.00982.
 28. **Giroux, I., Faucher-Gravel, A., St-Hilaire, A., Boudreault, C., Jacques, C. & Bouchard, S.** (2013). Gambling exposure in virtual reality and modification of urge to gamble. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(3): 224–31. doi:10.1089/cyber.2012.1573.
 29. **Grall-Bronnec, M. & Sauvaget, A.** (2014). The use of repetitive transcranial magnetic stimulation for modulating craving and addictive behaviours: A critical literature review of efficacy, technical and methodological considerations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47C: 592–613. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.10.013.
 30. **Granero, R., Hilker, I., Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Sauchelli, S., Islam, M. A., Fernández-Aranda, F.** (2014). Food Addiction in a Spanish Sample of Eating Disorders: DSM-5 Diagnostic Subtype Differentiation and Validation Data. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 22(6): 389–96. doi:10.1002/erv.2311.
 31. **Guardia D, Rolland B, Karila L, Cottencin O.** (2011). GABAergic and glutamatergic modulation in binge eating: therapeutic approach. *Curr Pharm Des.*, 17 (14): 1396-409. Review.
 32. **Inés Hilker; Isabel Sánchez; Susana Jiménez-Murcia, Roser Granero; Ashley N. Gearhardt; Cristina Martínez; Carlos Dieguez; Ana B. Crujeiras; Felipe F. Casanueva; José M Menchón; Fernando Fernández-Aranda** (in press). Food Addiction in Bulimia Nervosa: Clinical-psychopathological Correlates and association with response to a brief psychoeducational therapy.
 33. **Ho, A.L., Sussman, E.S., Zhang, M., Pendharkar, A.V., Azagury, D.E., Bohon, C. & Halpern, C.H.** (2015). Deep Brain Stimulation for Obesity. *Cureus*, 7(3): e259. doi: 10.7759/cureus.259.
 34. **Imperatori, C., Innamorati, M., Contardi, A., Continisio, M., Tamburello, S., Lamis, D.A., Fabbriatore, M.** (2014). The association among food addiction, binge eating severity and psychopathology in obese and overweight patients attending low-energy-diet therapy. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6): 1358–1362. doi:10.1016/j.comppsy.2014.04.023.
 35. **Jansen, J.M., Daams, J.G., Koeter, M. W.J., Veltman, D.J., van den Brink, W. & Goudriaan, A.E.** (2013). Effects of non-invasive neurostimulation on craving: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(10): 2472–2480. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.07.009.
 36. **Jauch-Chara, K. & Oltmanns, K.M.** (2014). Obesity - A neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Progress in Neurobiology*, 114: 4–101. doi:10.1016/j.pneurobio.2013.12.001.
 37. **Johnson, P.M. & Kenny, P.J.** (2010). Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats. *Nature Neuroscience*, 13(5): 635–41. doi:10.1038/nn.2519.
 38. **Koerner, K. & Linehan, M.M.** (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 23(1): 151–167. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10729937.
 39. **Kuntze, M.F., Stoermer, R., Mager, R., Roessler, A., Mueller-Spahn, F. & Bullinger, A.H.** (2001). Immersive virtual environments in cue exposure. *Cyberpsychology & Behavior?: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 4(4): 497–501. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11708729>.
 40. **Leal E, Fernández-Durán B, Agulleiro MJ, Conde-Siera M, Míguez JM, Cerdá-Reverter JM.** (2013). Effects of dopaminergic system activation on feeding behavior and growth performance of the sea bass (*Dicentrarchus labrax*): a self-feeding approach. *Horm Behav.*, 64(1): 113-21. doi: 10.1016/j.yhbeh.2013.05.008. Epub 2013 Jun 6.
 41. **Lauzurica N, García-García L, Fuentes JA, Delgado M.** (2013). Hypophagia and induction

- of serotonin transporter gene expression in raphe nuclei of male and female rats after short-term fluoxetine treatment. *J Physiol Biochem.*, 69 (1): 69-74. doi: 10.1007/s13105-012-0188-5. Epub 2012 Jun 23.
42. **Marazziti, D., Presta, S., Baroni, S., Silvestri, S. & Dell'Osso, L.** (2014). Behavioral addictions: a novel challenge for psychopharmacology. *CNS Spectrums*, 19(6): 486-95. doi: 10.1017/S1092852913001041.
 43. **McElroy, S.L., Guerdjikova, A.I., Mori, N. & O'Melia, A.M.** (2012). Pharmacological management of binge eating disorder: Current and emerging treatment options. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 8: 219-241. doi:10.2147/TCRM.S25574.
 44. **Meule, A.** (2011). How Prevalent is "Food Addiction"? *Front Psychiatry*, 2: 61.
 45. **Meule, A. & Gearhardt, A.** (2014). Food Addiction in the Light of DSM-5. *Nutrients*, 6: 3653-3671. doi:10.3390/nu6093653.
 46. **Meule, A., Heckel, D. & Kübler, A.** (2012). Factor structure and item analysis of the Yale Food Addiction Scale in obese candidates for bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev*, 20(5): 419-422.
 47. **Meule, A., Hermann, T. & Kübler, A.** (2015). Food addiction in overweight and obese adolescents seeking weight-loss treatment. *European Eating Disorders Review*, in press.
 48. **Meule, A. & Kübler, A.** (2012). Food cravings in food addiction: the distinct role of positive reinforcement. *Eating Behaviors*, 13(3): 252-255. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.02.001.
 49. **Meule, A., von Rezori, V. & Blechert, J.** (2014). Food addiction and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, in press.
 50. **Nogueiras R, Romero-Picó A, Vazquez MJ, Novelle MG, López M, Diéguez C.** (2012). The opioid system and food intake: homeostatic and hedonic mechanisms. *Obes Facts*. 2012; 5(2): 196-207. doi: 10.1159/000338163. Epub 2012 Apr 19.
 51. **O'Brien, C.** (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(5): 866-7. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03144.x.
 52. **Pedram, P., Wadden, D., Amini, P., Gulliver, W., Randell, E., Cahill, F., Sun, G.** (2013). Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *PLoS One*, 8(9): e74832.
 53. **Perpiñá, C., Roncero, M., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Forcano, L. & Sánchez, I.** (2013). Clinical validation of a virtual environment for normalizing eating patterns in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6): 680-686. doi:10.1016/j.comppsy.2013.01.007.
 54. **Pressman, P., Clemens, R.A. & Rodríguez, H.A.** (2015). Food Addiction: Clinical Reality or Mythology. *The American Journal of Medicine*. doi:10.1016/j.amjmed.2015.05.046.
 55. **Pursey, K.M., Stanwell, P., Gearhardt, A.N., Collins, C.E. & Burrows, T.L.** (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, 6(10): 4552-90. doi:10.3390/nu6104552.
 56. **Randolph, T.G.** (1956). The descriptive features of food addiction; addictive eating and drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17 (2): 198-224. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13336254>.
 57. **Ribasés M, Fernández-Aranda F, Gratacòs M, Mercader JM, Casanovas C, Núñez A, Vallejo J, Estivill X.** (2008). Contribution of the serotonergic system to anxious and depressive traits that may be partially responsible for the phenotypical variability of bulimia nervosa. *J Psychiatr Res.*, 42 (1): 50-7. Epub 2006 Oct 20.
 58. **Safer, D., Telch, C. & Chen, E.** (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. New York, NY: Guilford Press.
 59. **Salamone, J.D. & Correa, M.** (2013). Dopamine and food addiction: lexicon badly needed. *Biol Psychiatry*, 73(9): 1-21. doi:10.1016/j.biopsych.2012.09.027.
 60. **Schreiber, L.R.N., Odlaug, B.L. & Grant, J.E.** (2013). The overlap between binge eating disorder and substance use disorders: Diagnosis and neurobiology. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4): 191-8. doi:10.1556/JBA.2.2013.015.
 61. **Skinner, M.D. & Aubin, H.J.** (2010). Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(4): 606-23. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.11.024.
 62. **Son, J.H., Lee, S.H., Seok, J.W., Kee, B.S., Lee, H.W., Kim, H.J., Han, D.H.** (2015). Virtual Reality Therapy for the Treatment of Alcohol Dependence: A Preliminary Investigation With Positron Emission Tomography/Computerized Tomography. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(4): 620-7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26098039>.
 63. **Solinas M, Goldberg SR, Piomelli D.** (2008). The endocannabinoid system in brain reward processes. *Br J Pharmacol.*, 154(2): 369-83. doi: 10.1038/bjp.2008.130. Epub 2008 Apr 14.

64. **Tanofsky-Kraff, M., Wilfley, D.E., Young, J.F., Mufson, L., Yanovski, S.Z., Glasofer, D.R., Schvey, N.A.** (2010). Apilot study of interpersonal psychotherapy for preventing excess weight gain in adolescent girls at-risk for obesity. *The International Journal of Eating Disorders*, 43(8): 701–6. doi:10.1002/eat.20773.
65. **Tárrega, S., Castro-Carreras, L., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Giner-Bartolomé, C., Aymami, N., Jiménez-Murcia, S.** (2015). A serious videogame as an additional therapy tool for severe gambling disorder. *Frontiers in Psychology*, in press.
66. **Teufel, M., Becker, S., Rieber, N., Stephan, K. & Zipfel, S.** (2011). [Psychotherapy and obesity: strategies, challenges and possibilities]. *Der Nervenarzt*, 82(9), 1133–9. doi:10.1007/s00115-010-3230-2.
67. **Tortorella A, Brambilla F, Fabrazzo M, Volpe U, Monteleone AM, Mastromo D, Monteleone P.** Central and peripheral peptides regulating eating behaviour and energy homeostasis in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a literature review. *Eur Eat Disord Rev.*, 22(5): 307-20. doi: 10.1002/erv.2303.
68. **Val-Laillet, D., Aarts, E., Weber, B., Ferrari, M., Quaresima, V., Stoeckel, L.E., Stice, E.** (2015). Neuroimaging and neuromodulation approaches to study eating behavior and prevent and treat eating disorders and obesity. *NeuroImage: Clinical*, 8: 1–31. doi:10.1016/j.nicl.2015.03.016.
69. **Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., Spurrell, E.B., Cohen, L.R., Saelens, B.E., Matt, G.E.** (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(8): 713–21. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12150647>.
70. **Wilson GT, Schlam TR.** (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clin Psychol Rev.* 24 (3): 361-78. Review.
71. **Wolz, I., Hilker, I., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Gearhardt, A., Dieguez, C., Fernández-Aranda, F.** (Submitted). Food addiction in eating disorders: Relevance of personality traits and sex.

Diferencias de género en el Trastorno de Juego: Desde los aspectos clínicos hasta la respuesta al tratamiento

*Gender differences in Gambling Disorder: From clinical aspects into
treatment response*

Anders Hakansson, MD, PhD

Recibido: 12/08/2015

Aceptado: 18/11/2015

Resumen

Es posible que en el trastorno de Juego Patológico existan diferencias entre hombres y mujeres, ya que se ha demostrado que los tipos de juegos utilizados por los hombres y las mujeres son diferentes y, tradicionalmente, una gran mayoría de pacientes que buscan tratamiento han sido hombres. El presente artículo discute la literatura describiendo las diferencias de género en los diferentes tipos de juegos, el desarrollo y prevalencia del trastorno de Juego Patológico, así como el plan de tratamiento y el resultado del tratamiento en los hombres y mujeres que buscan iniciar terapia.

La problemática con los juegos de azar se ha descrito con mayor prevalencia en hombres y, de hecho, en los centros terapéuticos llegan más hombres que mujeres buscando tratamiento para dicha patología. Sin embargo, mientras los hombres suelen tener un inicio más temprano en cualquier juego de azar, estudios identificaron una aceleración más rápida en dicha conducta por parte de mujeres que desarrollaron problemas en el juego. Así mismo, el Juego Patológico en mujeres está más asociado con depresión, ansiedad o conducta suicida comórbida, y en el caso de los hombres se utiliza más comúnmente como una forma de escapar de problemas psicológicos. Además, la violencia de género ha sido asociada en mujeres con problemas con el juego.

En resumen, mientras que los datos de prevalencia y tratamientos comúnmente implican una mayoría de hombres jugadores, los datos existentes actualmente indican la necesidad de futuras investigaciones y de mejorar el tratamiento para mujeres con problemas con el juego.

Palabras clave: Juego patológico, azar, género, diferencias.

Dept of Clinical Sciences Lund, Lund University, Suecia
Malmö Addiction Center, Södra Förstadsgatan 35,
S-205 02 Malmö, Suecia
anders_c.hakansson@med.lu.se

Summary

Gambling disorders are likely to differ between men and women, as the types of games played by men and women have been shown to differ, and traditionally, a large majority of treatment-seeking gamblers have been men. The present paper discusses the literature describing gender differences in types of gambling, development and prevalence of gambling disorder, as well as treatment and treatment outcome in treatment-seeking men and women.

Problematic gambling has been described to be more prevalent in males, and treatment centers appear to reach more men than women for treatment of gambling disorder. However, while men typically have an earlier onset of any gambling, studies have identified a more rapidly accelerating gambling behaviour in women who develop gambling problems. Also, gambling disorder in women is more commonly associated with co-morbid depression, anxiety, or suicidal behaviour, and gambling is more commonly a way of escaping mental health problems than in males. In addition, intimate partner violence has been associated with gambling problems in women.

Altogether, while prevalence and treatment data commonly involve a majority of male gamblers, present data indicate a need for further research and enhanced treatment efforts in women with gambling problems, given a rapid course and a high degree of co-occurring problems in women.

Key words: Pathological gambling, gender, differences.

La ludopatía, o juego patológico, es un trastorno psiquiátrico que está categorizado en el DSM-5 como un trastorno adictivo (American Psychiatric Association, 2013). Como ocurre en muchas otras afecciones, se puede pensar que el género influye en las características individuales de los pacientes afectados por estos trastornos, como la gravedad del problema y los resultados del tratamiento. Durante muchos años, en las fases iniciales de la investigación sobre el juego patológico y los problemas de ludopatía, el conocimiento de esta se derivaba principalmente de estudios realizados con sujetos varones en su mayoría, o exclusivamente con sujetos varones (Tavares, Zilberman, Beites y Gentil, 2001; Ibáñez, Blanco, Moreryra y Sáiz-Ruiz, 2003). En los primeros años de la investigación sobre juego patológico, se daba por sentado que la mayoría de los sujetos serían varones, simplemente porque el tipo de juegos asociados normalmente a adicciones conductuales eran preferidos por los hombres y generalmente eran juegos relacionados con los deportes (Moran, 1970). Cuando empezó a aumentar la literatura sobre el juego patológico a partir de la década de los noventa, los estudios siguieron reflejando que

una gran mayoría de los sujetos en tratamiento por un trastorno patológico del juego en Estados Unidos eran varones y, aunque se creía que solo una cuarta parte de los jugadores patológicos eran mujeres, según estimaciones sobre problemas de juego entre la población general, la predominancia de los varones entre los jugadores sometidos a tratamiento era aún mayor. Esto condujo a prestar mayor atención a las jugadoras que no recibían tratamiento (Volberg, 1994).

¿EXISTE UNA MAYOR PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DEL JUEGO ENTRE LOS VARONES?

En general, hay una mayor incidencia de varones que de mujeres afectados por el trastorno de juego patológico, como se describe en varios estudios realizados entre la población general (Petry, Stinson y Grant, 2005; Ekholm, Eiberg, Davidsen, Holst, Larsen y Juel, 2014; Sherba y Martt, 2015; Husky, Michel, Richard, Guignard y Beck, 2015), y los jóvenes varones adultos se consideran un grupo de riesgo particularmente alto en lo que se refiere a la ludopatía (Götestam y Johan-

sson, 2003). En el amplio estudio de la población general derivado de la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC, Encuesta nacional epidemiológica sobre el alcoholismo y trastornos asociados), el sexo masculino era un factor de riesgo independiente para el juego patológico; además, datos recientes han demostrado que los hombres pueden tener hasta tres veces más propensión que las mujeres a desarrollar problemas de ludopatía (Husky *et al.*, 2015), una cifra comparable con la de informes anteriores sobre una prevalencia de vida de 0,64 % en hombres y un 0,23 % en mujeres (Blanco, Hasin, Petry, Stinson & Grant, 2006).

Aunque las diferencias en la prevalencia de la afición al juego no patológica entre los sexos son menores, la conducta de juego en los varones parece más intensa y con más propensión a volverse patológica (Welte, Barnes, Wiczorek, Tidwell y Parker, 2002). Sin embargo, este no es un hallazgo universal: en un estudio anterior, se demostró que aunque los sexos puedan presentar diferencias en lo relativo a la intensidad del juego entre la población general, esto podría no aplicarse a los hombres y mujeres que presenten una conducta de juego patológico (Hreba y Lee, 1996).

DISTINTAS CONDUCTAS DE JUEGO

Es probable que los tipos de juego sean diferentes entre hombres y mujeres, por motivos que probablemente estén relacionados con factores culturales o por una diferencia en los intereses de unos y otros. No obstante, también es probable que los tipos de juego preferidos cambien con el tiempo y en función de la ubicación geográfica. El sexo femenino se vincula a las máquinas tragaperras y el bingo (Potenza, Steinberg, McLaughlin, Wu, Rounsaville y O'Malley, 2001). Sin embargo, entre los pacientes españoles se determinó que el bingo era la opción de juego prevalente entre las mujeres, pero entre los varones eran las máquinas tragaperras (Ibáñez *et al.*, 2003; Echeburúa, González-Ortega, de Corral y Polo-López, 2011). Al contrario de lo que ocurre en el caso de estos juegos, se observa una afición más extendida entre los hombres en los juegos asociados a estrategia y habilidades (incluidas las apuestas deportivas) y en los juegos «cara a cara», como los de los casi-

nos (Potenza *et al.*, 2001). Cuando Ladd y Petry (2002) examinaron una muestra clínica de hombres y mujeres con juego patológico, los tipos de actividades de juego preferido eran claramente diferentes entre los sexos. Las máquinas tragaperras eran la opción mayoritaria entre las mujeres, pero solo entre algunos hombres, en tanto que las competiciones de carreras de animales, otros juegos de dados y deportes no se observaron entre las mujeres en absoluto. Una gran mayoría de los sujetos que eligieron los juegos de cartas eran hombres (Ladd y Petry, 2002). La representación mayoritaria de los varones en el juego patológico relacionado con deportes y juegos de cartas se ha constatado repetidamente (Grant y Kim, 2002; Toneatto y Wang, 2009).

El tipo de juegos depende del contexto cultural en un entorno determinado y, aunque se observan ciertas tendencias, se ha sugerido que cuando se realiza un control de otros factores individuales y de contexto, el sexo solo es un débil predictor del tipo de juego que prefiere un individuo (LaPlante, Nelson, LaBrie y Schaffer, 2006).

COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y OTRAS CONSECUENCIAS

La imagen clínica total en sujetos que necesitan un tratamiento por juego patológico parece ser muy diferente entre los sexos. Ladd y Petry examinaron a 115 sujetos con trastorno de juego patológico, y los datos sobre el índice de severidad de la adicción (ISA) demostró que las mujeres presentaban una severidad considerablemente superior en el juego, pero una severidad significativamente inferior en los problemas legales, con grandes diferencias en lo que se refiere a la probabilidad de cometer delitos relacionados con el juego (Ladd y Petry, 2002).

Estudios anteriores han indicado que la comorbilidad psiquiátrica es más prevalente en las mujeres que en los hombres con juego patológico (Grant, Odlaug y Mooney, 2012; Díez, Aragay, Soms, Prat y Casas, 2014). En contraste, en cierta medida con esto, Husky y colaboradores determinaron que entre la población general había un aumento comparable en el trastorno de ansiedad y conductas suicidas en hombres y mujeres con juego patológico (Husky *et al.*, 2015). Sin embargo, Desai

y Potenza (2008) observaron que en la gran base de datos NESARC, de datos de la población general, el juego estaba relacionado con una comorbilidad psiquiátrica y que cuanto mayor era la severidad de la conducta de juego mayor era el riesgo de un trastorno psiquiátrico dual. La vinculación con la patología dual, además, era más fuerte entre las mujeres que entre los hombres, lo que apunta a que las mujeres con juego patológico son más susceptibles de tener problemas psiquiátricos que los hombres (Desai y Potenza, 2008). Entre las personas que llaman a las líneas de asistencia telefónica sobre juego patológico, hay más posibilidades de que las mujeres hayan recibido tratamiento psicológico por problemas no relacionados con el juego (Pontenza *et al.*, 2001). En un estudio en España que comparaba cifras iguales de clientes de ambos sexos que solicitaban tratamiento, las mujeres con juego patológico demostraron un perfil psicológico más problemático, según la Symptom Checklist-90 (Granero *et al.*, 2009), y se ha observado que es más probable que las mujeres jueguen como consecuencia de trastorno de ansiedad o conflictos (Toneatto y Wang, 2009). Husky también observó que la conducta suicida era una consecuencia más común del juego patológico entre las mujeres que entre los hombres (Husky *et al.*, 2015).

Entre los pacientes clínicos con juego patológico, se observó que los trastornos afectivos y de ansiedad eran más comunes entre las mujeres que entre los hombres (Desai y Potenza, 2008), en tanto que se observó lo contrario en el caso de patologías de abuso de sustancias (Ibáñez *et al.*, 2003; Tavares *et al.*, 2003; Blanco *et al.*, 2006; Dannon, Lowengrub, Shalgi, Sasson, Tuson, Saphir y Kotler, 2006; Jiménez-Murcia *et al.*, 2009; Echeburúa *et al.*, 2011; Grant *et al.*, 2012). Esto se refiere al consumo de alcohol, tabaco y uso de drogas ilegales (Blanco *et al.*, 2006). Datos sobre la población general de Estados Unidos señalan que existen trastornos de abuso de alcohol vinculados al trastorno de juego patológico entre los hombres, pero no entre las mujeres (Pilver, Libby, Hoff y Potenza, 2013). Del mismo modo, en los pacientes clínicos con juego patológico de Estados Unidos, el consumo de alcohol actual y un largo historial de tratamientos por problemas del alcohol estableció una separación entre hombres y muje-

res, lo que indicaba claramente un vínculo más estrecho entre el juego patológico y el abuso de alcohol en los varones (Ladd y Petry, 2002). En otra muestra clínica, a pesar de ser más jóvenes, los hombres tenían más del doble de probabilidades que las mujeres de tener un historial de tratamiento por abuso de drogas o alcohol (Nelson, Laplante, Labrie y Shaffer, 2006).

Además de la evaluación de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en jugadores patológicos, las mujeres que solicitan un tratamiento para el juego patológico pueden padecer también otros problemas sociales que hay que explorar y abordar. Alguna literatura anterior ha indicado que existe una relación entre la violencia doméstica y el juego patológico (Korman, Collins, Dutton, Dhayanathan, Littman-Sharp y Skinner, 2008), y se ha observado que las mujeres con trastorno patológico del juego están mucho más relacionadas con la violencia doméstica que las mujeres que no presentan un trastorno de juego patológico (Echeburúa *et al.*, 2013). Asimismo, Ladd y Petry (2002) observaron que la probabilidad de que las mujeres con trastorno de juego patológico tuvieran una pareja con problema de abuso de sustancias era mucho mayor que entre los hombres. Esto refuerza la idea de que la patología psiquiátrica dual y las características problemáticas en la vida social de los jugadores patológicos se deben abordar, y que estas pueden ser más variadas e importantes entre las mujeres.

UN PROGRESO DIFERENTE EN EL JUEGO PATOLÓGICO

Aunque es más probable que los problemas de juego patológico sean prevalentes entre los hombres, nada hace pensar que la severidad clínica sea peor entre los hombres que buscan tratamiento que entre las mujeres que lo solicitan. Grant y Kim (2002) observaron un grado de severidad comparable en la imagen clínica de los jugadores patológicos que buscan tratamiento. Asimismo, y siempre entre los pacientes clínicos, la severidad del trastorno patológico del juego era significativamente superior entre las mujeres, según el ISA, y los días de juego recientes, así como las pérdidas actuales y acumuladas, eran comparables (Ladd y Petry, 2002). De acuerdo con los datos de tratamien-

tos de España, el nivel de severidad del problema cuando se solicita tratamiento puede ser equiparable entre hombres y mujeres (Granero *et al.*, 2009).

En general, se ha determinado que existe una diferencia entre la aparición del trastorno del juego patológico y su continuidad entre las mujeres y los hombres. El juego patológico aparece entre las mujeres a una edad más avanzada, pero en el caso de las jugadoras que derivan hacia una conducta patológica, este proceso se produce más rápidamente que entre los hombres y en un contexto fuertemente problemático. La progresión de las mujeres desde que aparece el juego hasta la identificación de una conducta patológica es más rápida, y al parecer las mujeres buscan tratamiento más rápidamente que los hombres (Nelson *et al.*, 2006). La descripción de una aparición más tardía y un proceso más rápido hacia el juego patológico entre las mujeres aparece en varias publicaciones (Grant y Kim, 2002; Ibáñez *et al.*, 2003; Tavares *et al.*, 2003; Nelson *et al.*, 2006; Toneatto y Wang, 2009; Grant *et al.*, 2012; González-Ortega, Echeburúa, Corral, Polo-López y Alberich, 2013; Díez *et al.*, 2014). Entre los pacientes clínicos examinados por Ladd y Petry (2002), la edad de inicio del juego era muy diferente entre hombres y mujeres (16 frente a 32 años), y los hombres también eran más jóvenes cuando intentaban dejar de jugar por primera vez o buscaban tratamiento. Del mismo modo, Tavares y sus colaboradores observaron que, entre los jugadores patológicos, el progreso hacia una conducta patológica era al menos el doble de rápido en las mujeres que entre los hombres (Tavares *et al.*, 2001). Nelson y sus colaboradores observaron que la edad de inicio en el juego se situaba entre los 22 y los 30 años para hombres y mujeres, respectivamente, en los sujetos estudiados por un trastorno patológico del juego. Los hombres son más jóvenes que las mujeres en el momento en que su conducta de juego se percibe como problemática, y el tiempo de búsqueda de tratamiento era tres años menor en el caso de las mujeres (Nelson *et al.*, 2006). En el estudio de Ibáñez y colaboradores, a partir de una muestra clínica, las edades de inicio de la conducta patológica era comparable entre hombres y mujeres, pero un número significativamente mayor de hombres había probado el juego en su adolescencia (Ibáñez *et al.*, 2003).

Sin embargo, en cierto modo en contraste con el rápido avance de los problemas con el juego entre las mujeres, se ha determinado que las mujeres tienen más probabilidades de buscar tratamiento que los hombres y de recuperarse de un juego patológico sin recibir tratamiento formal (Slutske, Blaszczynski y Martin, 2009). Además, en tanto que las vías desde el inicio del juego hasta el tratamiento son diferentes para hombres y mujeres, se ha sugerido que el propio género tiene un papel predictivo marginal y que actúa más bien como una variable sustitutiva de otros factores que influyen en el progreso y el camino hacia el tratamiento de los individuos con juego patológico (Nelson *et al.*, 2006).

¿UN RESULTADO DIFERENTE DEL TRATAMIENTO PARA HOMBRES Y MUJERES?

En la creciente literatura sobre evaluación del tratamiento del juego patológico (ya sea de carácter farmacológico o intervenciones psicosociales de otro tipo), muchos estudios realizados no han dado resultados diferentes en función del sexo o han mostrado un resultado equiparable en el tratamiento de pacientes femeninos y masculinos (Toneatto y Wang, 2009). El resultado del tratamiento era comparable para hombres y mujeres en estudios de evaluación del nalmefeno (Grant, Odlaug, Potenza, Hollander y Kim, 2010) o la naltrexona (Grant, Kim, Hollander y Potenza, 2008). Hodgins y sus colaboradores explicaron que los resultados eran comparables entre hombres y mujeres sometidos a tratamiento psicosocial (Hodgins, Currie y el-Guebaly, 2001). Del mismo modo, los resultados no estaban determinados por el género en una intervención controlada del juego (Robson, Edwards, Smith y Colman, 2002), en intervenciones motivacionales (Grant, Donahue, Odlaug y Kim, 2011), y en un ensayo de estudio de las intervenciones motivacionales y cognitivo-conductuales (Larimer, Neighbors, Lostutter, Whiteside, Crouse, Kaysen y Walker, 2012).

Por el contrario, en la comparación de Toneatto y Wang de hombres y mujeres sometidos a terapia cognitivo-conductual indicaba una prognosis más completa en las mujeres que en los hombres. Las mujeres tienen menos probabilidades de

abstenerse del juego y cumplieran más criterios diagnósticos que los hombres en el seguimiento. Este estudio indicaba, aunque menos nítidamente, que entre las mujeres el índice de satisfacción con el tratamiento era menor (Toneatto y Wang, 2009). Por este motivo, la información relativa a los sexos en lo que se refiere a los resultados de los tratamientos es un área donde hay que mejorar en el futuro, y hasta la fecha los resultados han sido algo contradictorios.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA EL FUTURO

Es evidente que el corpus de investigación sobre el juego patológico, cada vez mayor, ha mejorado el conocimiento sobre el juego y los problemas relacionados con el juego entre las mujeres. El conocimiento actual y las lagunas investigativas pendientes requieren que se preste más atención a las mujeres jugadoras en el entorno de los tratamientos, así como que se estudien en más profundidad los problemas relacionados con el género dentro de las futuras investigaciones sobre el juego patológico. En primer lugar, según varios estudios anteriores que demuestran una prevalencia superior de la comorbilidad psiquiátrica entre las mujeres, las evaluaciones clínicas y los tratamientos deben incluir una búsqueda activa de problemas mentales asociados, y de manera más significativa entre las mujeres que entre los hombres. En segundo lugar, algunos datos indican (para las jugadoras, en concreto) que la violencia doméstica y una psicopatología asociada en las parejas de los jugadores/as patológicos son asuntos que hay que abordar en la evaluación y el tratamiento del juego patológico. En tercer lugar, se necesita una investigación más profunda para establecer el resultado clínico del tratamiento del juego patológico entre las mujeres y los predictores de que los resultados vayan a ser favorables. Hay cierta incoherencia en la literatura acerca de si los hombres y las mujeres tienen una prognosis comparable en el tratamiento, pero en general la literatura no tenía este objetivo específico y al menos una de las publicaciones señala que existe la posibilidad de que las mujeres obtengan resultados menos favorables con los tratamientos. Esto y el progreso claramente diferente del juego patológico

entre hombres y mujeres, antes de acceder al tratamiento, requieren futuros estudios diseñados y habilitados para estudiar el papel del género en el progreso del tratamiento clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association** (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Quinta edición.
2. **Blanco, C., Hasin, D.S., Petry, N., Stinson, F.S. y Grant, B.F.** (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Medicine*, 36(7): 943-953.
3. **Dannon, P.N., Lowengrub, K., Shalgi, B., Sasson, M., Tuson, L., Saphir, Y. y Kotler, M.** (2006). Dual psychiatric diagnosis and substance abuse in pathological gamblers. *Journal of Addictive Diseases*, 25(3): 49-54.
4. **Desai, R.A. y Potenza, M.N.** (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3): 173-183.
5. **Diez, D., Aragay, N., Soms, M., Prat, G. y Casas, M.** (2014). Male and female pathological gamblers: bet in a different way and show different mental disorders. *Spanish Journal of Psychology*, e-pub ahead of print, doi: 10.1017/sjp.2014.88.
6. **Echeburúa, E., González-Ortega, I., de Corral, P. y Polo-López, R.** (2011). Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 27(2): 215-227.
7. **Ekholm, O., Eiberg, S., Davidsen, M., Holst, M., Larsen, CV. y Juel, K.** (2014). The prevalence of problem gambling in Denmark in 2005 and 2010: a sociodemographic and socio-economic characterization. *Journal of Gambling Studies*, 30(1): 1-10.
8. **González-Ortega, I., Echeburúa, E., Corral, P., Polo-López, R. y Alberich, S.** (2013). Predictors of pathological gambling severity taking gender differences into account. *European Addiction Research*, 19(3): 146-154.
9. **Götestam, K.G. y Johansson, A.** (2003). Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: a DSM-IV-based telephone interview study. *Addictive Behaviors*, 28(1): 189-197.

10. **Granero, S., Penelo, E., Martínez-Giménez, R., Álvarez-Moya, E., Gómez-Peña, M., Neus Aymamí, M., Jiménez-Murica, S.** (2009). Sex differences among treatment-seeking adult pathological gamblers. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2): 173-180.
11. **Grant, J.E., Kim, S.W., Hollander, E. y Potenza, M.N.** (2008). Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. *Psychopharmacology*, 200(4): 521-527.
12. **Grant, J.E., Odlaug, B.L., Potenza, M.N., Hollander, E. y Kim, S.W.** (2010). Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 197(4): 330-331.
13. **Grant, J.E., Donahue, C.B., Odlaug, B.L. y Kim, S.W.** (2011). A6-month follow-up of imaginal desensitization plus motivational interviewing in the treatment of pathological gambling. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(1): 3-10.
14. **Grant, J.E., Odlaug, B.L. y Mooney, M.E.** (2012). Telescoping phenomenon in pathological gambling: association with gender and comorbidities. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(11), 996-998.
15. **Grant, J.E. y Kim, S.W.** (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (1): 56-62.
16. **Hodgins, D.C., Currie, S.R. y el-Guebal, N.** (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 69(1): 50-57.
17. **Hraba, J. y Lee, G.** (1996). Gender, gambling and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12(1): 83-101.
18. **Husky, M.M., Michel, G., Richard, J.B., Guignard, R. y Beck, F.** (2015). Gender differences in the associations of gambling activities and suicidal behaviors with problem gambling in a nationally representative French sample. *Addictive Behaviors*, e-pub ahead of print, doi: 10.1016/j.addbeh.2015.01.011.
19. **Ibáñez, A., Blanco, C., Moreryra, P. y Sáiz-Ruiz, J.** (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(3): 295-301.
20. **Jiménez-Murcia, S., Granero Pérez, R., Fernández-Aranda, F., Alvarez Moya, E., Aymamí, M.N., Gómez-Peña, M., Menchón, J.M.** (2009). Comorbidity in pathological gambling: clinical variables, personality and treatment response. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4): 178-189.
21. **Korman, L.M., Collins, J., Dutton, D., Dhayanathan, B., Littman-Sharp, N. y Skinner, W.** (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies*, 24(1): 13-23.
22. **Ladd, G.T. y Petry, N.M.** (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3): 302-309.
23. **LaPlante, D.A., Nelson, S.E., LaBrie, R.A., Schaffer, H.J.** (2006). Men & women playing games: gender and the gambling preferences of Iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies*, 22(1): 65-80.
24. **Larimer, M.E., Neighbors, C., Lostutter, T.W., Whiteside, U., Crouce, J.M., Kaysen, D., Walker, D.D.** (2012). Brief motivational feedback and cognitive behavioral interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial. *Addiction*, 107(6): 1148-1158.
25. **Moran, E.** (1970). Gambling as a form of dependence. *British Journal of Addiction*, 64(3): 419-428.
26. **Nelson, S.E., Laplante, D.A., Labrie, R.A., Shaffer, H.R.** (2006). The proxy effect: gender and gambling problem trajectories of Iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies*, 22(2): 221-240.
27. **Petry, N.M., Stinson, F.S. y Grant, B.F.** (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5): 564-574.
28. **Pilver, C.E., Libby, D.J., Hoff, R.A. y Potenza, M.N.** (2013). Gender differences in the relationship between gambling problems and the incidence of substance-use disorders in a nationally representative population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(1): 204-211.
29. **Potenza, M.N., Steinberg, M.A., McLaughlin, S.D., Wu, R., Rounsaville, B.J. y O'Malley, S.S.** (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9): 1500-1505.
30. **Robson, E., Edwards, J., Smith, G. y Colman, I.** (2002). Gambling decisions: an early intervention program for problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 18(3): 235-255.
31. **Sherba, R.T. y Martt, N.J.** (2015). Overall gambling behaviors and gambling treatment needs

-
- among a statewide sample of drug treatment clients in Ohio. *Journal of Gambling Studies*, 31(1): 281-293.
32. **Slutske, W.S., Blaszczynski, A. y Martin, N.G.** (2009). Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from an Australian community-based twin survey. *Twin Research and Human Genetics*, 12(5): 425-432.
33. **Tavares, H., Zilberman, M.L., Beites, F.J. y Gentil, V.** (2001). Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies*, 17(2): 151-159.
34. **Toneatto, T. y Wang, J.J.** (2009). Community treatment for problem gambling: sex differences in outcome and process. *Community Mental Health Journal*, 45(6): 468-475.
35. **Volberg, R.A.** (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84(2): 237-241.
36. **Welte, J.W., Barnes, G.M., Wieczorek, W.F., Tidwell, M.C. y Parker, J.** (2002). Gambling participation in the US – results from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 18(4): 313-337.

Diferencias psicopatológicas en mujeres con Dependencia Emocional con y sin uso de sustancias ilegales comórbido

Psychopathological differences in women with Affective Dependence with or without comorbid illegal drug use

Vega González-Bueso*, Juan José Santamaría**, Laura Merino**, Elena Montero**, Margarita Cano Vega*, Olatz López-Fernández***.

Recibido: 17/09/2015

Aceptado: 01/12/2015

Resumen

En este artículo se presenta un análisis clínico de las diferencias psicopatológicas entre dos grupos de pacientes, mujeres, con problemas de Dependencia Emocional con y sin consumo de sustancias ilegales comórbido. Las pacientes fueron evaluadas mediante los cuestionarios TDS-100, SCL-90-R, BIS-11 y una entrevista semiestructurada adaptada de la entrevista SCID-I. Los grupos se formaron en función de si existía consumo de drogas o no en el momento de la evaluación.

A través de los resultados hallados, se puede concluir que el grupo de mujeres con un consumo ocasional de drogas presenta una mayor gravedad en la escala de Acomodación medida a través del TDS-100, así como puntuaciones más altas en psicopatología comórbida (Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad, Hostilidad, Ideación paranoide, Psicoticismo y GSI) medida por el SCL-90-R. Finalmente, el grupo con uso de drogas obtuvo puntuaciones significativamente más altas en la subescala Impulsividad Motora medida por el BIS-11.

Palabras clave: Dependencia emocional, dependencia afectiva, trastornos adictivos no relacionados a sustancias, perfil psicopatológico, drogas, impulsividad.

*Clinical Psychologists in the AIS-PRO JUVENTUD Atención e Investigación de Socioadicciones (España).

**Psychologists in the AIS-PRO JUVENTUD Atención e Investigación de Socioadicciones (España).

***Postdoctoral researcher in the Catholic University of Lovain (Belgium).

Correspondencia: Vega González-Bueso
AIS (Atención e Investigación de Socioadicciones)
C/ Forn 7-9 Local
08014, Barcelona, Cataluña, Spain.
Email: vgonzalez@ais-info.org

Summary

In this article we present a clinical analysis of the psychopathological differences between women patients with Affective Dependence problems with and without comorbid substance use. The patients were assessed through the TDS-100, SCL-90-R, BIS-11 questionnaires and a semi-structured interview adapted from the SCID-I interview. The groups were created based on the substance use at the moment of the assessment.

The results reveal that the group of women with occasional use of drugs shows higher severity in the Accommodation scale measured through the TDS-100 and in the comorbid psychopathology measured by the SCL-90R (Interpersonal Sensitivity, Anxiety, Hostility, Paranoid ideation, Psychoticism y GSI). Finally, the group with drug use obtained significantly higher scores in the Motor Impulsiveness subscale measured by the BIS-11.

Key words: Affective dependence, behavioral addictions, psychopathological profile, drugs, impulsivity.

INTRODUCCIÓN

La Dependencia Emocional (DE) es un problema que el profesional de la salud se encuentra frecuentemente en la clínica diaria; sin embargo, se trata de una patología que no está reconocida como tal en el DSM-5 (APA, 2013). En muchos casos, este problema es la base de algunos trastornos afectivos (Castelló, 2005; Sirvent y de la Villa, 2005). El desconocimiento de este ha promovido la necesidad de investigar, con el objetivo de delimitar dicho trastorno como una nueva entidad nosológica.

La Dependencia Emocional ha sido descrita por algunos autores como un tipo de dependencia sentimental, caracterizada por la manifestación de comportamientos adictivos de apego patológico en la relación interpersonal (de la Villa y Sirvent, 2009).

Aunque algunos autores han analizado el perfil psicopatológico asociado a este tipo de pacientes (Castelló, 2005; de la Villa y Sirvent, 2009; González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014; Schaeffer, 1998), todavía son escasas las evidencias empíricas. Aún así, el consumo de sustancias se encuentra como una de las comorbilidades más frecuentes en estas personas (Castelló, 2005). A pesar de esto, la relación entre el consumo de sustancias y la DE no ha sido bien examinada.

Durante los últimos años, se ha ido incrementando la atención sobre la relación entre el uso de drogas y los trastornos psiquiátricos. Varios investi-

gadores han encontrado relación entre estos dos problemas tanto en muestras clínicas como en población general adulta (Breslau *et al.*, 1993; Helzer and Pryzbeck, 1988; Kessler *et al.*, 1996). En estos trabajos se han encontrado asociaciones entre consumo de sustancias y mayor gravedad sintomática en varios trastornos mentales como adicción a internet (Ko *et al.*, 2006), trastornos alimentarios (Mann *et al.*, 2014), esquizofrenia (Talamo *et al.*, 2006) o juego patológico (Petry, 2001), así como con una asociación con una mayor impulsividad (Dawe y Loxton, 2004; Petry, 2001).

Teniendo en cuenta esta información, los objetivos específicos del presente artículo fueron los siguientes: (a) evaluar las características clínicas en individuos con y sin consumo de drogas ilegales, que presentaban un problema de Dependencia Emocional (DE + D versus DE - D); (b) caracterizar las diferencias entre los dos grupos, en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas.

MÉTODO

Muestra

La muestra está formada por 40 pacientes mujeres admitidas consecutivamente, desde 2009 hasta 2013, en la unidad de atención psicológica de la Asociación AIS-PRO JUVENTUD (AIS-Atención e Investigación en Socioadicciones). AIS es una entidad privada, independiente, sin ánimo de lu-

cro y declarada de utilidad pública. Actualmente forma parte, como proveedor, de la “Xarxa Pública de Salut Mental i Addiccions de la Generalitat de Catalunya”. Psicólogos expertos en el abordaje de adicciones no relacionadas con sustancias evaluaron los trastornos en las pacientes, mediante una entrevista semiestructurada adaptada de la entrevista SCID-I destinada a evaluar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV (First *et al.*, 1996) y tests psicométricos. Los criterios de exclusión para la selección de la muestra fueron: ser hombre, consumir alcohol y tener un trastorno psiquiátrico o neurológico primario (p.e., trastorno psicótico, trastorno bipolar, depresión mayor, trastorno de abuso de sustancias, etc.).

Los grupos se formaron en función de si existía consumo de drogas ilegales o no. La primera condición incluyó 28 pacientes con Dependencia

na, cannabis) en el momento de consulta, entendiéndose consumo ocasional como uso intermitente de la/s sustancia/s, sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. La media de edad total de la muestra fueron 42,46 años (DT = 10,32).

En la tabla 1 se pueden observar los datos de las características sociodemográficas para cada uno de los dos grupos. La edad media en el grupo DE + D es ligeramente inferior (37,55) a la del grupo DE – D (44,39), No se encontraron diferencias significativas en esta variable. Un mayor porcentaje de pacientes con consumo de drogas ilegales refirieron intentos de suicidio, tener trabajo y fumar. Los dos grupos habían tenido un número similar de relaciones sentimentales a lo largo de su vida. Finalmente, un número mayor de pacientes del grupo DE + D tenían estudios secundarios o universitarios.

Tabla 1

Variabes sociodemográficas y socioeconómicas de las muestras de pacientes de ambos grupos

Variabes Sociodemográficas	DE - D (N=28)	DE + D (N=12)
Edad (años); media (DT)	44,39 (9,84)	37,55 (10,32)
Situación laboral (empleado); %	63	81,8
Nivel educativo		
% Primaria o menos	28,6	9,1
% Secundaria	32,1	54,5
% Universitarios	39,3	35,4
Nº de relaciones de pareja; media (DT)	2,79 (1,05)	2,73 (1,49)
Intentos autolíticos; % Sí	12,6	20
Fumador; % Sí	25	63,6

DT = Desviación Típica

Emocional sin consumo de drogas (DE–D), la segunda condición la formaron 12 pacientes con Dependencia Emocional y uso de drogas (DE + D). El uso de drogas, en contraposición al abuso, es aquel patrón de consumo en el que no se producen consecuencias negativas para la salud, no aparecen problemas individuales ni dependencia. Los problemas que conlleva el uso de drogas son de índole social (multas por tenencia o consumo en la vía pública). Así, el uso de drogas se definió como consumo ocasional de drogas ilegales (cocaí-

PROCEDIMIENTO

Para la realización de este estudio se obtuvo un consentimiento informado de los participantes y se recibió la aprobación del Comité Ético de la Unió Catalana d'Hospitals. En todo momento se respetó la última versión de la Declaración de Helsinki.

La evaluación se realizó antes del inicio del tratamiento y se llevó a cabo de forma transversal. Consistió en una sola sesión de 90 minutos, en un entorno controlado, donde se aplicaron una

serie de test psicométricos bajo la supervisión de psicólogos expertos. Paralelamente, se efectuó una exploración de las pacientes mediante entrevista semiestructurada, cara a cara, referente a su dependencia afectiva, síntomas psicopatológicos, datos sociodemográficos y consumo de drogas ilegales.

EVALUACIÓN

Test de Dependencias Sentimentales (TDS-100) (Sivert y de la Villa, 2005). Este test evalúa diferentes tipos de dependencia sentimental: Relacional, Bidependencia, Codependencia y Dependencia Afectiva o Emocional; nuestra investigación se concentra en este último tipo de dependencia. **La estructura factorial de este test consta de 7 macrofactores:** triada dependiente, acomodación, autoengaño, sentimientos negativos, identidad y fuerza del ego, antecedentes personales y triada codependiente- **y 23 factores sintomáticos:** -dependencia pura vs. antidependencia, búsqueda de sensaciones, *craving*/abstinencia, acomodación, autoengaño, manipulación, reiteración, mecanismos de negación y no afrontamiento, sentimientos de soledad, vacío emocional, culpabilidad/autodestrucción, inescapabilidad/recreación de sentimientos negativos, identidad/identificación, fuerza del yo (límites débiles y/o rígidos, egoísmo/egocentrismo, control y dominio/juegos de poder), antecedentes personales, orientación rescatadora, sobrecontrol y focalización en el otro-. Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas presentando una elevada fiabilidad con un indicador alpha de Cronbach de 0,985. En este artículo se ha priorizado el análisis de los factores sintomáticos debido al objeto de estudio.

Symptom CheckList-90 items-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1990), mide el estado psicopatológico actual. Evalúa 9 dimensiones sintomáticas primarias: Somatización, Obsesivo-Compulsiva, Sensibilidad Interpersonal, Hostilidad, Depresión, Ansiedad, Ansiedad Fóbica, Psicoticismo e Ideación Paranoide. Validada en España con buenas propiedades psicométricas (Derogatis, 2002), con una media de consistencia interna de 0,75 (coeficiente alpha de Cronbach).

The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) (Patton *et al.*, 1995). Evalúa cuatro tipos de impul-

sividad: impulsividad cognitiva, impulsividad motora, impulsividad no-planificadora e impulsividad total. Validada en España con una media de consistencia interna de 0,78 (coeficiente alpha de Cronbach) (Oquendo *et al.*, 2001).

Por último, se utilizó una entrevista clínica semiestructurada para la obtención de otras variables de interés (clínicas, demográficas, educativas y socio-familiares) relacionadas con la dependencia emocional y el consumo de drogas ilegales (First *et al.*, 1996).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La base de datos, creada con los resultados de los cuestionarios y la entrevista, se analizó con el paquete estadístico SPSS v.21 para Windows. Para las variables sociodemográficas cualitativas se llevó a cabo un análisis descriptivo (frecuencia y porcentaje), para las variables cuantitativas se obtuvieron indicadores de tendencia central (media -M) y dispersión (desviación típica -DT). Finalmente, se realizó un análisis de t-tests para muestras independientes para analizar las diferencias en las variables clínicas (puntuaciones TDS-100, SCL-90-R y BIS-11).

RESULTADOS

Los resultados del TDS-100 confirmaron la presencia de dependencia afectiva/emocional en las pacientes, obteniendo una puntuación media (en esa escala) en el grupo DE + D de 2,06 (DT: 0,34) y en el grupo DE - D de 2,43 (DT: 0,57). La puntuación media dada por los autores para pacientes con dependencia emocional, en la validación española, fue de 2,42 (a menor puntuación mayor presencia) (Sivert y de la Villa, 2005).

Los resultados de la tabla 2 muestran las puntuaciones medias, las desviaciones estándar y el análisis t-tests para muestras independientes de los resultados del cuestionario TDS-100, tanto para Dependencia Afectiva como para el resto de factores sintomáticos.

Las puntuaciones muestran que el grupo con un consumo ocasional de drogas presenta mayor gravedad en todas las escalas sintomáticas, excepto Orientación Rescatadora, aunque estas diferencias solo resultan significativas en la escala Acomodación ($p = .44$).

Tabla 2
Comparación entre DE – D y DE + D de los factores sintomáticos del TDS-100

	Media; Desviación Típica		t-test
	DE – D (N=28)	DE + D (N=12)	p
Puntuaciones TDS-100			
Dependencia Afectiva	2,43; 0,57	2,06; 0,34	0,052
Dependencia	2,58; 0,59	2,16; 0,59	0,173
Búsqueda de sensaciones	2,95; 0,79	2,47; 0,69	0,108
<i>Craving</i> /Abstinencia	2,76; 0,74	2,31; 0,52	0,101
Acomodación	2,87; 0,71	2,29; 0,78	0,044 *
Autoengaño	2,40; 0,62	2,01; 0,52	0,099
Manipulación	3,80; 0,75	3,38; 1	0,19
Reiteración	2,5; 0,96	2,13; 0,78	0,313
Mecanismos de negación	2,46; 0,71	2,11; 0,73	0,216
Sentimientos de soledad	2,41; 0,97	1,78; 0,82	0,089
Vacío emocional	2,13; 0,8	1,64; 0,52	0,096
Inculpación/Exculpación	2,43; 0,66	2,07; 0,68	0,171
Autodestrucción	2,39; 0,83	1,92; 1,05	0,175
Inescapabilidad emocional	1,87; 0,56	1,8; 0,8	0,76
Sentimientos Negativos	2,24; 1,04	1,61; 0,78	0,109
Identidad/Identificación	2,98; 0,87	2,70; 0,7	0,398
Yo débil	2,47; 0,58	2,38; 0,63	0,693
Yo rígido	3,3; 1,06	2,67; 0,86	0,116
Egoísmo/Egotismo/Egocentrismo	3,83; 0,8	3,67; 1,10	0,625
Control y dominio	2,95; 0,61	2,57; 0,64	0,119
Antecedentes personales	2,85; 0,95	2,65; 0,70	0,561
Orientación rescatadora	2,47; 0,68	2,7; 0,75	0,401
Sobrecontrol	2,64; 0,63	2,61; 0,51	0,896
Focalización en el otro/Autodescuido	2,17; 0,61	1,96; 0,61	0,369

*Estadísticamente significativo

La Tabla 3 muestra las puntuaciones medias, las desviaciones estándar y los análisis t-test de la comparación de ambos grupos de pacientes en los índices de las diferentes dimensiones sintomáticas del SCL-90-R y de la BIS-11. La media en las puntuaciones de las pacientes de ambos grupos fueron más elevadas que la población general normativa (Derogatis, 2002) en todas las escalas sintomáticas del SCL-90-R. El grupo que declaró un uso de drogas ocasional (DE + D) obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo DE – D en las escalas Sensibilidad Interpersonal ($p = .02$), Ansiedad ($p = .03$), Hosti-

lidad ($p = .00$), Ideación Paranoide ($p = .09$), Psicoticismo ($p = .06$) y GSI (Índice Global de Severidad).

En los resultados del BIS-11, ambos grupos mostraron puntuaciones de impulsividad superiores a las puntuaciones medias normativas (Oquendo *et al.*, 2001) en todas las subescalas del cuestionario. La comparación estadística muestra que las pacientes del grupo DE + D obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en Impulsividad Motora ($p = .03$). La Impulsividad Total de este grupo también fue superior, aunque la diferencia no fue significativa ($p = .08$).

Tabla 3
Comparación entre DE – D y DE + D de los índices sintomáticos y globales del SCL-90-r y del BIS-11

	Media; Desviación Típica		t-test
	DE – D (N=28)	DE + D (N=12)	p
Puntuaciones SCL-90-R			
Somatización	1,26; 0,77	1,38; 0,7	0,622
Obsesión-compulsión	1,59; 0,82	1,96; 0,62	0,171
Sensibilidad Interpersonal	1,33; 0,71	1,93; 0,78	0,023*
Depresión	1,89; 0,9	2,2; 0,75	0,31
Ansiedad	1,3; 0,86	1,95; 0,77	0,03*
Hostilidad	1,11; 0,97	2,05; 0,95	0,007*
Ansiedad Fóbica	0,43; 0,62	0,63; 0,76	0,477
Ideación paranoide	1,17; 0,86	2,04; 1,03	0,009*
Psicoticismo	0,76; 0,7	1,26; 0,82	0,006*
GSI	1,21; 0,78	1,82; 0,67	0,025*
Puntuaciones BIS-11			
Impulsividad Cognitiva	16,29; 4,34	18,67; 5,53	0,147
Impulsividad Motora	18,43; 7,04	24,42; 8,95	0,029*
Impulsividad No Planeada	19,36; 6,04	18,92; 5,48	0,83
Impulsividad Total	54,07; 11,40	62; 15,36	0,078

GSI = índice Global de Severidad

*Estadísticamente significativo

DISCUSION

En el presente trabajo se presenta un análisis clínico de las diferencias psicopatológicas entre dos grupos de pacientes, mujeres, con problemas de Dependencia Emocional con y sin consumo de sustancias ilegales comórbido, que demandaron tratamiento psicológico en nuestra unidad terapéutica. El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas y sociodemográficas diferenciales en mujeres con problemas de Dependencia Emocional con y sin consumo de drogas ilegales asociado.

Los resultados muestran que las pacientes con este problema (consumidoras o no) tienen puntuaciones más elevadas que la población general en la mayoría de escalas del SCL-90-R. Así mismo, las mujeres de ambos grupos no difieren en la sintomatología propia del trastorno, exceptuando

una escala (Acomodación), en cambio muestran una mayor sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo y mayor índice global de severidad. Estos datos podrían sugerir que estas diferencias no se deben a una severidad mayor del problema de dependencia, e irían en la misma línea que otros autores han encontrado respecto a la relación entre consumo de drogas y gravedad sintomatológica (Marshall y Farrell, 2007).

Por otra parte, las pacientes con consumo asociado presentan también una mayor impulsividad motora. En la línea de otros estudios, la impulsividad parece ser un factor desencadenante tanto para el consumo de sustancias (Koob *et al*, 2010, De Sola, 2013) como para una sintomatología de más gravedad (Goodwin *et al*, 2002). Asimismo, si bien la impulsividad total no difiere significativamente en nuestra muestra, sí se aprecia una ten-

dencia en esta línea. Hipotetizamos que un mayor tamaño muestral podría resaltar esta diferencia. Finalmente, un mayor porcentaje de pacientes con consumo de drogas ilegales refirieron intentos de suicidio. Datos similares han sido encontrados en otras investigaciones relacionadas con la impulsividad (Swann *et al*, 2005).

Futuros estudios deberían centrarse en diseños longitudinales para explorar el rol del uso de drogas ilegales en los factores etiológicos y el curso clínico de este tipo de pacientes. Así mismo, sería de gran interés evaluar la influencia de factores psicopatológicos, neurobiológicos, genéticos y sociales que pueden haber influenciado en el uso de drogas y la impulsividad en personas con problemas de DE.

Las limitaciones de la presente investigación son: los resultados de este estudio están basados en una muestra por conveniencia, lo que dificulta su generalización a otras poblaciones; aun así pueden resultar útiles a nivel clínico e investigador. En relación al tamaño de la muestra, al tratarse de una muestra clínica es suficiente para obtener hallazgos preliminares que puedan confirmarse en futuros estudios. Finalmente, las medidas utilizadas fueron autoadministradas en el caso de los cuestionarios, aunque en todo caso la administración fue supervisada por profesionales entrenados y realizada en un entorno controlado, para poder garantizar la mayor calidad en la recogida de datos. Por todo ello, este estudio aporta evidencia clínica de la Dependencia Emocional.

RECONOCIMIENTOS

Se recibió apoyo financiero parcial del Departament de Salut (7827829310), del Institut Català de les Dones (PS-205/14), del Departament de Benestar Social i Família, del Departament d'Acció Social i Ciutadania - ICASS - (288/3/2014) i Direcció General de Juventut (2014/00138) de la Generalitat de Catalunya, del Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports (14S01411-001), de la Regidoria d'Adolescència i Joventut (14S01546-001) del Ajuntament de Barcelona y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (560/IRPF 2013).

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association. ISBN0890425558.
2. **Breslau, M.; Gibbey, M.; Andreski, P.** (1993). Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: an epidemiologic study of young adults. *Am Psychiatry*, 150: 941-946.
3. **Castelló, J.** (2005). Dependencia emocional: características y tratamiento. (Alianza, Ed.). Madrid, España.
4. **Dawe, S. y Loxton, N.J.** (2004) The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 28 (2004): 343-351.
5. **De la Villa, M., y Sirvent, C.** (2009) Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 43(2): 230-240.
6. **De Sola Gutiérrez, J.; Rubio Valladolid, G y Rodríguez de Fonseca, F.** (2013) La impulsividad: ¿antesala de las adicciones comportamentales?. *Health and Addictions*. 13(2): 145-155.
7. **Derogatis, L.R.** (1990). SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual. Baltimore, MD.
8. **Derogatis, L.R.** (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas-Manual. [Questionnaire of the 90 symptoms-manual]. Madrid.
9. **Echeburúa E., Labrador FJ., Becoña E.** (2009). Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. Madrid: Pirámide.
10. **First, M.; Gibbon, M.; Spitzer, R.; Williams, J.** (1996). Users Guide for the Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders — Research Version (SCID-I, Version 2.0). New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
11. **Goodwin, R., Stayner, D., Chinman, M., Wu, P., Tebes, J. y Davidson, L.** (2002) The Relationship Between Anxiety and Substance Use Disorders Among Individuals With Severe Affective Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4): 245-252.
12. **González-Jiménez, A.J. y Hernández-Ro-**

- mera, M. del M.** (2014). Emotional Dependency Based on the Gender of Young Adolescents in Almeria, Spain. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132: 527–532. doi:10.1016/j.sbspro.2014.04.348.
13. **Helzer, J.E., y Pryzbeck, T.R.** (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Stud Alcohol*, 49(2): 19-224.
 14. **Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A.; Edlund, M.J., Frank, R.G. y Leaf, P.J.** (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am Orthopsychiatry*, 50: 36-43.
 15. **Ko, C., Yen, J., Chen, C., Chen, S., Wu, K., & Yen, C.** (2006). Tridimensional Personality of Adolescents With Internet Addiction and Substance Use Experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(14): 887-894.
 16. **Koob G.F. & Volkow N.D.** (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*. (35): 217-238.
 17. **Mann, A., Phil, M., Accurso, E.C., Stiles-Shields, C., Capra, L., Labuschagne, Z., Karnik N.S. & Le Grange, D.** (2014) Factors Associated With Substance Use in Adolescents With Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*, 55: 182-187.
 18. **Marshall, E.J. & Farrell, M.** (2007). Substance use and psychiatric comorbidity. *Medicine*. Volume 35: Issue 4: 246–249.
 19. **Moral, M.V. & Sirvent, C.** (2009) Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial de Dependientes Afectivos Españoles. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*. Vol. 43, Num 2 pp. 230-240.
 20. **Oquendo, M., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalván, V. & Mann, J.** (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *The European Journal of Psychiatry*, 15(3): 147-155.
 21. **Petry, N.M.** (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63: 29–38.
 22. **Patton, J.H., Stanford, M.S. & Barratt, E.S.** (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (6): 768–74. doi:10.1002/1097-4679(199511)51.
 23. **Schaeffer, B.** (1998). ¿Es Amor o es adicción?. (Apóstrofe, Ed.). Barcelona.
 24. **Sivert, C., y de la Villa, M.** (2005). Test de Dependencias Sentimentales TDS-100. (F. I. Spiral., Ed.). Oviedo, España.
 25. **Swann, A.C., Dougherty, D., Pazzaglia, P., Pham, M., Steinberg, J., Moeller, F.** (2005). Increased Impulsivity Associated With Severity of Suicide Attempt History in Patients With Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*. Volume 162 Issue 9.
 26. **Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J. y Baldessarini, R.J.** (2006) Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 86: 251–255.

Psicopatología y Personalidad en la Adicción al sexo. Estudio piloto

Psychopathology and Personality in sex addiction. Pilot study

Verónica Ferrer Olives¹, Josep M^a Farré Martí¹, Borja Farré Sender¹

Recibido: 28/07/15

Aceptado: 17/12/15

Resumen

La Adicción Al sexo o Hipersexualidad (HP) o Trastorno Hipersexual (THS) primario, no ha sido aceptada como entidad diagnóstica en el DSM-5. Este Trastorno se caracteriza por una frecuencia e intensidad elevadas de fantasías y conductas sexuales, un elevado deseo sexual y conductas sexuales de riesgo que se relacionan con elementos impulsivos o compulsivos, y que provocan malestar en la persona. Debido a la controversia y ambigüedad sobre este trastorno, surge este trabajo. El objetivo del estudio es describir la sintomatología del Eje I comórbida en los participantes, las dimensiones de su Personalidad a partir de la prueba TCI-R, así como el nivel de compulsividad sexual, la conducta hipersexual y el riesgo a padecer adicción al Cibersexo. Para ello, se evaluó una muestra de 49 participantes a los que se les fueron administradas las pruebas SCL-90, TCI-R, SCS, HBI-19 y ISST, además de una tabla sociodemográfica e historia clínica con antecedentes personales. Los resultados indicaron ausencia de sintomatología psiquiátrica clínicamente significativa en los participantes, pero sí se encontró presencia de compulsividad sexual ($X= 61,3$; $SD= 19,03$), conducta hipersexual ($X= 62$, $SD= 19,5$), así como posibilidad de padecer conducta sexual adictiva a través de Internet ($X= 11,44$, $SD= 5,52$). Así mismo, se encontraron puntuaciones elevadas en la subescala (TCI-R) Búsqueda de Novedad ($X= 64,31$, $SD=30,40$), y puntuaciones bajas en Persistencia ($X= 39,67$; $SD= 31,45$) y Autodirección ($X=36,72$; $SD= 32,88$).

Palabras clave: Adicción, hipersexualidad, personalidad, psicopatología.

Summary

Sex Addiction or primary Hypersexuality or Hypersexual Disorder has not been accepted as a diagnostic entity in the DSM-5. This disorder is characterized by a high frequency and intensity of sexual fantasies and behaviors, a high sex drive and sexual risk behaviors that are associated with impulsive or compulsive elements and causing distress in the person. This paper

¹Servei de Psiquiatria, Psicologia i Medicina Psicosomàtica. Hospital Universitari Quirón-Dexeus. Barcelona.

Correspondencia: Josep M^a Farré Martí
psico.dex@quiron.es

comes because of the ambiguity and controversy about this disorder. The objective of the study is to describe the comorbid Axis I symptomatology in participants, the dimensions of his personality from the TCI-R test, and the level of sexual compulsivity, the hypersexual behavior and the risk of developing addiction to cybersex. To do this, it was administered the SCL-90-R, TCI-R, SCS, HBI-19 and ISST tests, a sociodemographic table and a medical and personal history to a sample of 49 participants. The results indicated the absence of psychiatric symptoms in participants. Presence of sexual compulsivity ($X = 61.3$; $SD = 19.03$), hypersexual behavior ($X = 62$. $SD = 19.5$) was found as well as the possibility of developing addictive sexual behavior on the Internet ($X = 11.44$; $SD = 5.52$). Likewise, high scores were found in the subscale (TCI-R) Novelty Seeking ($X = 64.31$; $SD = 30.40$), and low scores in Persistence ($X = 39.67$; $SD = 31.45$) and Self-Direction ($X = 36.72$; $SD = 32.88$).

Key words: Addiction, hypersexuality, personality, psychopathology.

INTRODUCCIÓN

La Adicción al Sexo o Trastorno Hipersexual (THS) podría considerarse como una adicción comportamental, como lo es el Juego Patológico. Sin embargo, siempre ha carecido de un reconocimiento como entidad diagnóstica en las diferentes ediciones del DSM (American Psychiatric Association) y de la CIE (Organización Mundial de la Salud). De hecho, su clasificación hoy en día aún es ambigua y genera controversia.

Se critica la falta de investigación, lo cual no es del todo cierto, ya que es una de las adicciones comportamentales que ha generado más bibliografía en los últimos cinco años. También se argumenta la posibilidad de psiquiatrizar conductas de infidelidad en un contexto de "normalidad" o de trastorno de personalidad, o de utilizarlo como atenuante en peritajes judiciales, sin ser clara su ubicación en patologías diversas (Kafka 2014; Chiclana, 2015). Algunos autores añaden también conceptos como tolerancia y síndrome de abstinencia (presentes en adicciones a Sustancias), encontrando similitudes con los adictos al sexo (Schneider y Irons, 2001). Hasta el momento, los especialistas no han tenido más opción que diagnosticar a los pacientes que presentan un comportamiento sexual desadaptativo, con una marcada impulsividad o compulsividad sexual y que realizaban conductas sexuales de riesgo, dentro de las entidades diagnósticas de Parafilia, de Trastorno destructivo del Control de los Impulsos especificado (312,89) o de Trastorno Sexual no especificado (302,70) utilizando el DSM-5 (American Psy-

chiatric Association, 2013) o como un Impulso Sexual Excesivo si se diagnosticaba mediante la CIE-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 1992).

Como se observa, esta categorización diagnóstica contiene criterios donde el componente impulsivo está muy presente. Así mismo, no se debe dar menos preponderancia al componente compulsivo, por lo que también muchos autores consideran categorizarlo dentro del espectro obsesivo. (Hall, 2011; Schneider y Irons, 2001).

Como todas las adicciones, el Trastorno de hipersexualidad primaria (HP) desarrolla tolerancia, lo que significa conducta de incrementos de niveles de estimulación sexual con presentación de síndromes de abstinencia. Si la HP existe como trastorno psiquiátrico, independiente de otras entidades nosológicas, debe incluirse en el apartado de adicciones comportamentales (Piquet *et al*, 2015); lo cual es evidente para otros grupos de trastornos psiquiátricos, en los que puede solaparse, como lo sería con los trastornos no parafilicos del deseo sexual, los cuales el espectro obsesivo o las conductas impulsivas disruptivas, así como las alteraciones conductuales (Kafka, 2010).

Hoy día se consideran (Chiclana *et al*, 2014; Frías y Vázquez; 2012; Farré *et al*, 2015) las siguientes posibilidades diagnósticas:

- Trastorno Hipersexual(THS), comorbilidad en el eje I (THS-C).

- Hipersexualidad primaria, sin comorbilidad en dicho eje (HP-THS).

En los dos casos se cumplirían los criterios diag-

nósticos reflejados en la Tabla I que acercan el proceso al concepto de adicción, sobre todo cuando se cumplen los ítems de falta de control, excesivo tiempo empleado en conductas sexuales o no tener en cuenta el riesgo. Sin embargo la tolerancia o el síndrome de abstinencia no están presentes en estos criterios; por ello se propone una adenda para considerarlo adicción, que es la que consta en el Manual Diagnóstico DMS 5 para las adicciones sin sustancias (Tabla II).

Proponemos las siguientes clasificaciones, e incluir en los dígitos diagnósticos:

1) Criterios THS – THP + Criterios DSM 5 para adicciones sin sustancias (dígito adicciones sin sustancias).

En estos casos suelen cumplirse los criterios, no obstante, si en circunstancias excepcionales no estuvieran presentes pasaría a criterios THS-HP, sin especificar ninguna otra cuestión.

Tabla I
Trastorno hipersexual

A. Durante al menos seis meses, fantasías sexuales recurrentes e intensas y deseo sexual apremiante, así como conductas sexuales asociadas a cuatro o más de los siguientes cinco criterios:

- (1) Cantidad de tiempo excesiva invertida en fantasías y deseos sexuales, así como en la planificación y realización de conductas sexuales.
- (2) Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a estados de ánimo disfóricos (p.ej., ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad).
- (3) Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a situaciones vitales estresantes.
- (4) Intentos persistentes, pero infructuosos, para controlar o reducir significativamente las fantasías, deseos y conductas sexuales.
- (5) Implicación repetida en conductas sexuales ignorando el riesgo físico, psíquico o emocional que pueda suponer para sí mismo o para otras personas.

B. La frecuencia o intensidad de las fantasías, deseos y conductas sexuales provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la personas.

C. Las fantasías, deseos y conductas sexuales no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a episodios maníacos.

D. El sujeto es mayor de 18 años.

Tabla II
Criterios DSM 5 para adicciones sin sustancias

A. Conducta patológica o problemática persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta 4 o más de los siguientes criterios, durante un periodo de 12 meses:

1. Aumento de la tolerancia.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar la conducta.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar la conducta siempre sin éxito.
4. A menudo tiene la mente ocupada con esta conducta.
5. A menudo realiza la conducta cuando siente desasosiego.
6. Abandono de las obligaciones diarias.
7. Mentiras, engaños.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica /profesional a causa de esta conducta.
9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por esta conducta.

2) THS-C, indicando comorbilidad según Eje I. Incluso si se cumplen criterios AS.

3) Comorbilidades Eje II, si estuvieran presentes.

Algunos autores insisten en los epígrafes “impulsiva”, “compulsiva”, “adictiva”, o “aprendida conductualmente”, una subclasificación que probablemente correlacione tanto THS-C (comorbilidades) como con HP- THS sin comorbilidades en el Eje I, pero que puede prestarse a cierta confusión:

1) La propia conducta adictiva puede reunir en el mismo patrón conductual la impulsividad y la compulsividad, como se comentará más adelante;

2) El aprendizaje conductual es algo inherente a cualquier conducta, sea adictiva o no, ya por refuerzos secundarios o primarios o los dos. Es lo que Chiclana considera como un “hábito enraizado”;

3) La impulsividad en estado puro puede ser correlato de otras patologías como el Trastorno del control de los impulsos o el TDAH; igualmente, la compulsividad sería parte del espectro obsesivo, en el que se han pretendido incluir algunas de las conductas adictivas.

En cualquier caso los criterios que Chiclana (2015) considera en su sentido estricto conductual tienen interés por los datos diferenciales que el autor encontró (Tabla III). Es interesante comprobar que los THS – C presentan mayores índices de impulsividad; no es así en la compulsividad que es pareja. El aprendizaje es más aparente en los THS-HP que en los THS-C, como era de suponer.

Los datos epidemiológicos sobre este trastorno no son concluyentes y las tasas de aparición varían en la literatura. Langstrom y Hanson (2006),

en un estudio con hombres y mujeres de la población general, apuntan que un 12,1 % de hombres y un 6,8 % de mujeres podrían clasificarse como hipersexuales, y encuentran que el 10,5 % de los participantes más activos sexualmente reportan niveles más altos de conductas de riesgo, dificultad de control de la conducta sexual y sintomatología psiquiátrica. En la práctica clínica, entre el 85-90 % de pacientes que demandan atención por este trastorno son hombres (Langstrom y Hanson, 2006).

La adicción al sexo presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, destacando la Depresión Mayor, el abuso de alcohol y drogas (con mayor incidencia la Cocaína) (Echeburúa, 2012) y con Trastornos Parafílicos (Raymond *et al*, 2003). También, ante el incremento del uso de las nuevas tecnologías, el comportamiento sexual a través de Internet ha aumentado en los últimos diez años (Freeman-Longo y Blanchard, 1998). Como afirman Ballester, Llario, Gómez y Gil (2010), el uso de Internet con fines sexuales puede convertirse en patológico, aunque también en este concepto existe controversia. En el estudio de Chiclana (2015) sobre 638 enfermos ambulatorios el Total de THS fue de 80 (12,5 % de la muestra), 72 de los cuales fueron hombres y 8 mujeres. El Total de THS-C (Eje I) fue de 57 (8,9 % del Total y 71,2 % de los THS); sin comorbilidad (HP-THS), 23 (3,6 %; 28,8 % respectivamente). Este porcentaje es el que más se acerca al concepto de Adicción Sexual (AS), lo cual debe tenerse en cuenta que se efectúen, sean del sesgo que sean (neurofisiológicos, terapéuticos, personalidad). En las tablas IV y V, se especifican las comorbilidades

Tabla III
Diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con o sin comorbilidad en el Eje I (Chiclana *et al*, 2015)

	HP (n=23) n (%)	THS (n=57) n (%)	p de significación
Patología Eje II	2 (8,69)	21 (36,84)	0,012*
Impulsividad	2 (8,69)	30 (52,63)	0,000*
Compulsividad	7 (30,43)	36 (63,15)	0,008*
Aprendizaje	18 (78,26)	29 (50,87)	0,024*

*Prueba X2

Tabla IV
Adicción y comorbilidad (THS)

	Chiclana, C., et al. (2015)
↗ T. Depresivo Mayor: 26 %	↗ T. Depresivo: 12 %
↗ T. Bipolar: 8 % ↗ T. Bipolar I: 2 % T. Bipolar II: 6 %	↗ T. Bipolar: 7 %
↗ Distimia: 6,1 %	
↗ Riesgo suicidio: 16,3 %	
↗ Somatización 16,3 %	
↗ T. Ansiedad: 12-46 %	↗ T. Ansiedad: 9 %
↗ TOC: 11 %	↗ TOC: 23 %
↗ TDAH: 24 %	↗ TDAH: 44 %
↗ TAG: 28 %	
↗ Fobias 16 % ↗ Agorafobia: 10,2 % ↗ Fobia Social: 16 %	
↗ T. Pánico: 101 %	

Nancy Raymond, 2003; Farré, Lasheras, 2012; Scanavino, 2013; Farré, V.Ferrer, Mestre, 2013; Chiclana *et al* 2015.

Tabla V
Adicción y comorbilidad (THS)

Adicción sustancias (excepto Cannabis): 14,3 % (otras: 38 %) Cocaína (abuso): 14 % Otras (abuso): 2,3 % Alcohol: 7,1 % (dependencia) / 5,1 % (abuso) Cannabis: 37 % Compra compulsiva: 11 %	Juego Patológico: 3,5 % Cleptomanía: 2 % Tic "pellizcar la piel": 4,1 % T. Explosivo Intermitente: 1,2 % Binge-Eating: 8 % Anorgasmia Masculina: 5 % E.P: 9 % Parafilias: 8 %
---	--

Nancy Raymond, 2003; Farré, Lasheras, 2012; Scanavino, 2013; Farré, V. Ferrer, Mestre, 2013

del Eje I. Aparte de las asociaciones con dimensiones o trastornos de personalidad (que son el objeto del estudio que presentamos), se ha apelado a la teoría del apego (ansioso-evitador en el caso de AS) (Weinsten *et al*, 2015).

En cuanto a las conductas propias de la THS,

una vez más apelamos al extraordinario estudio de Chiclana que nos da la clave de los mismos porcentajes (Tabla VI).

La hipersexualidad, al igual que otras adicciones, se vincula a la conducta impulsiva asociada a la hiperactividad del lóbulo frontal y de los recep-

**Tabla VI
Conductas**

<ul style="list-style-type: none"> •Masturbación compulsiva: 82,6% <ul style="list-style-type: none"> •THS: 91,3% •HP: 96,49% •Pornografía: 72% <ul style="list-style-type: none"> •Heterosexual <ul style="list-style-type: none"> •THS-C: 70% •HP: 56,5% •Homosexual <ul style="list-style-type: none"> •THS-C: 10,5% •HP: 21,5% •Cibersexo: 38,4% <ul style="list-style-type: none"> •THS-C: 21,4% •HP: 17% 	<ul style="list-style-type: none"> •Sexo con prostitución: 20,9% <ul style="list-style-type: none"> •THS-C 9% •HP: 11,9 •“Strip Clubs”: 3,5% •Sexo telefónico: 14% <ul style="list-style-type: none"> •THS-C: 10,5% •HP: 3,5% •Voyeurismo: 2% •Fetichismo: 3% •Desconocidos múltiples: 22,7% <ul style="list-style-type: none"> •THS-C: 14% •HP: 8,7%
--	--

Chiclana *et al*, 2015; Farré, V.Ferrer, Mestre, 2013

tores dopaminérgicos, así como con la búsqueda de sensaciones, el placer, el refuerzo positivo y el impulso sexual primario (Hollander, Kim, Khanna y Pallanti, 2007). Los sistemas dopaminérgicos

con PET cerebral. Se comprobó una significativa disfunción de la región frontal lo que explicaría las tendencias impulsivas. Reid *et al*. (2011) reportan rigidez cognitiva, juicio pobre y déficits en la re-

**Tabla VII
Habitación**



son “sensibilizados” por reactivación con sobreactivación del sistema que deviene inestable (Farré *et al*, 2015). Los posibles déficits serotoninérgicos también estarían presentes, lo que explicaría los resultados positivos con ISRS. Los Ciclos de impulsividad y compulsividad se enfatizan en las Tablas VIII y IX.

Conocemos un único estudio (Miner *et al*, 2009)

gulación emocional. Todo lo cual sugiere que los THS- otros trastornos en los que puede estar presente el descontrol de la adicción (compra compulsiva) están sujetos a las disfunciones dopaminérgicas que anunciamos anteriormente.

En cuanto a patrones de Personalidad, en un estudio realizado entre 2004 y 2011, se encontraron puntuaciones elevadas en la dimensión Búsqueda

Tabla VIII
Ciclo de impulsividad

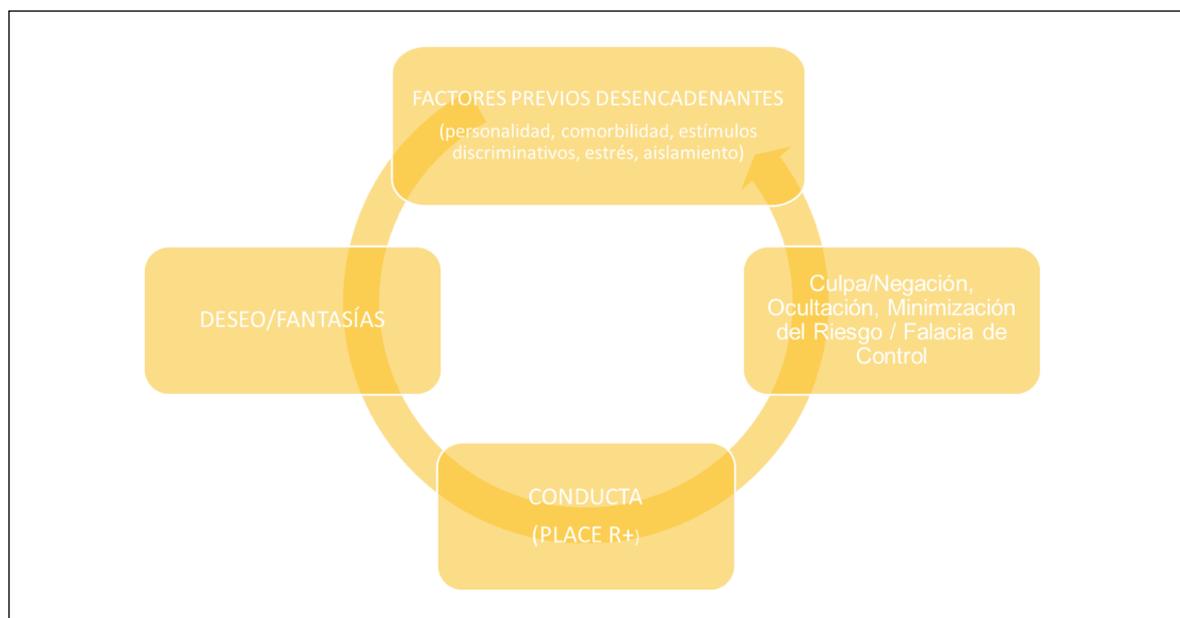
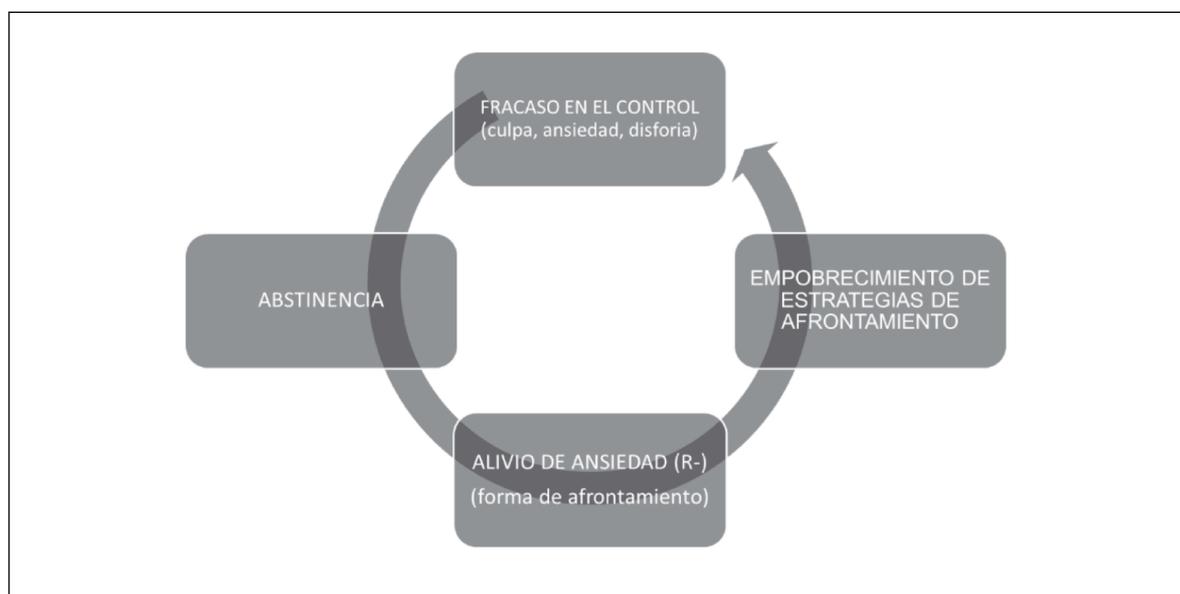


Tabla IX
Ciclo de compulsividad



de Novedad y puntuaciones bajas en Dependencia a la Recompensa, Persistencia, Autodirección y Cooperación, del instrumento TCI-R (Cloninger, 1999) (Farré *et al*, 2013).

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio fueron: describir las dimensiones de Personalidad según la prueba TCI-R que caracterizan a los participantes del es-

tudio, evaluar la presencia psicopatológica comórbida que aparece en los participantes, evaluar la presencia de compulsividad sexual, conducta hipersexual y adicción al cibersexo en los participantes estudiados.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

La muestra del estudio estaba formada por 59 pacientes del Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática del Hospital Universitario Dexeus, todos eran mayores de 18 años y tenían el diagnóstico de Trastorno destructivo del Control de los Impulsos Especificado (312,89) o Trastorno Sexual no Especificado (302,70), siguiendo los criterios DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

De esta muestra inicial (n=59), 8 participantes (n=8) fueron descartados debido a la falta de información en las pruebas de Psicopatología y Personalidad. En este mismo proceso, también se descartaron las dos únicas mujeres que se incluían en la muestra (n=2) con el fin obtener una muestra más homogénea. El grupo final lo formaron 49 participantes. Finalmente, dentro de este, contamos con un subgrupo de 10 participantes que fueron evaluados con las pruebas específicas: Sexual Compulsivity Scale y Hypersexual Behavior Inventory, y un subgrupo de 9 participantes evaluados con la prueba Internet Sex Screening Test. Todos ellos firmaron el documento de Consentimiento informado aceptando participar en la muestra del estudio.

Instrumentos

Las pruebas utilizadas para evaluar a los participantes fueron las siguientes:

- Tabla sociodemográfica: Edad, sexo, orientación sexual, estado civil, nivel educativo y actividad laboral.
- Historia clínica: antecedentes psiquiátricos personales y hábitos tóxicos.
- Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) (Clonninger, 1999). Es un instrumento diseñado por C.R. Clonninger, traducido y adaptado al castellano (Gutiérrez *et al.*, 2001). Se trata de un cuestionario de 240 ítems que utiliza una

escala tipo Likert de 5 puntos para evaluar las siete dimensiones de personalidad.

- Symptom Check List-90 Items- Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1994). Es un autoinforme adaptado y validado en muestra española (De las Cuevas, González, Henry, Monterrey, Rodríguez-Pulido y Gracia, 1991) que evalúa la psicopatología general del eje I. Explora síntomas psicopatológicos a través de tres índices globales y nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental.

- Sexual Compulsivity Scale (SCS) (Kalichman, 1995). Es una escala autoaplicada y validada en muestra española (Ballester, Gómez, Llarío y Salmerón, 2013). Está compuesta por diez ítems que evalúan los pensamientos sexuales, sentimientos y comportamientos de los sujetos. El sistema de respuesta es una escala tipo Likert que van desde 1 (nada característico de mí) a 4 (muy característico de mí). Presenta una alta fiabilidad (A de Cronbach = 0,89) y una consistencia interna a partir de $\alpha = 0,86$ para $\alpha = 0,87$.

- Hypersexual Behavior Inventory- 19 (HBI-19) (Reid *et al.*, 2011). Es un instrumento diseñado para evaluar la conducta hipersexual. Lo componen 19 ítems agrupados en tres factores (Afrontamiento, Consecuencias y Control). El sistema de respuesta es una escala tipo Likert que van desde 1 (nunca) a 5 (muy a menudo). Mayores puntuaciones en cada subescala representan mayores dificultades en cada ámbito. La escala tiene una alta fiabilidad ($\alpha = 0,95$) y una buena validez convergente y discriminante.

- Internet Sex Screening Test (ISST) (Delmonico, 1997.). Es un instrumento autoaplicado adaptado y validado en muestra española (Ballester *et al.*, 2010.). Evalúa la adicción al cibersexo. Está compuesto por 24 ítems agrupados en cinco componentes (Compulsividad sexual online, comportamiento *online* solitario no compulsivo, comportamiento *online* social, gasto económico *online* y percepción de gravedad del comportamiento *online*). Cada ítem se valora como verdadero (un punto) o falso (no se puntúa). El instrumento presenta una consistencia interna de $\alpha = 0,88$ y estabilidad temporal de $\alpha = 0,84$.

Análisis estadístico

Para realizar el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS (21.0). Se realizó la prue-

ba no paramétrica U de Mann- Withney para estudiar las diferencias en las subescalas de Personalidad mediante la prueba TCI-R (variables continuas) en función de las variables dicotómicas: presencia compulsividad (Sexual Compulsivity Scale), presencia de conducta hipersexual (Hypersexual Behavior Inventory) y riesgo de padecer adicción al Cibersexo (ISST). Se procedió de la misma manera y con la misma prueba estadística para estudiar las diferencias en los niveles de psicopatología (SCL-90) (variable continua) en función de las mismas variables. Estas tres variables dicotómicas se describieron como variables continuas para obtener la Media y Porcentaje de cada una de ellas, pero se transformaron en dicotómicas (presencia/ausencia) para ser analizadas con la prueba TCI-R y SCL-90. Además, se optó por realizar la prueba U de Mann Withney, porque las pruebas que evaluaban estas tres variables (SCS, HBI-19 y ISST) solo contaban con 10 sujetos evaluados.

La prueba de Chi- Cuadrado se empleó para explorar la relación entre la variable nominal Nivel de estudios y las variables: psicopatología (SCL-90), presencia de compulsividad sexual (SCS), presencia de conducta hipersexual (HBI-19) y adicción al Cibersexo. Por último, se llevó a cabo la prueba T de Student para grupos independientes, teniendo como variable dependiente las dimensiones de Personalidad de la prueba TCI-R ($n > 30$) y el Nivel de estudios ($n > 30$) como variable independiente. Con anterioridad, se verificaron los supuestos en torno a las dimensiones de Personalidad; por un lado, se verificó el supuesto de normalidad mediante la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y, por otro, se verificó el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos y antecedentes de nuestra muestra se recogen en la Tabla X.

Tabla X

Datos sociodemográficos y antecedentes

	N (%)	M (DE)
Edad (29-67 años)	100	41,84 (9,59)
Estado civil		
• Casados	59,2	
• Solteros	28,6	...

• En pareja	8,2
• Divorciados	4,1
Nivel estudios	
• Primarios	9,8
• F. Profesional	21,6
• Bachillerato	7,8
• Universidad	60,8
Actividad laboral	
• Obreros	14,3
• Administrativos	10,2
• Técnicos	26,5
• Empresarios	10,2
• Prof. Liberales	34,7
• Estudiantes	2
• Paro	2
Orientación sexual	
• Heterosexual	91,8
• Homosexual	8,2
Antecedentes	
• T. Ansioso	2
• T. Depresivo	3,9
• T. Parafílico	9,8
• T. Abuso sustancias	3,9
• TDAH	2
• T. Parafílico + T. Depresivo	2

Presencia de psicopatología

En la Tabla XI se describe la presencia de psicopatología en nuestra muestra.

El 14,6 % de la muestra estudiada presentaba síntomas significativos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Ideación Paranoide y Psicoticismo. Así mismo, el 12,5 % presentaba síntomas significativos para el Trastorno Depresivo.

Dimensiones de Personalidad

En cuanto a las dimensiones de Personalidad, los resultados indicaron puntuaciones elevadas en la dimensión de Búsqueda de Novedad y puntuaciones bajas en las dimensiones de Autodirección, Persistencia, Dependencia a la Recompensa y Cooperación (Tabla XII).

Compulsividad sexual, conducta hipersexual y adicción al cibersexo

En las Tabla XIII y XIV se recogen los resulta-

Tabla XI
Presencia de psicopatología (SCL-90-R)

SCL-90	Presencia psicopatología		
	Media (%)	f (n=47)	%
Somatización	0,65	2	4,2
Obsesión-Compulsión	1,20	7	14,6
Sensibilidad Interpersonal	0,99	4	8,3
Depresión	1,25	6	12,5
Ansiedad	0,77	5	10,4
Hostilidad	0,69	5	10,4
Ansiedad Fóbica	0,36	4	8,3
Ideación Paranoide	0,86	7	14,6
Psicoticismo	0,82	7	14,6

Tabla XII
Dimensiones de Personalidad (TCI-R)

	Búsqueda Novedad	Evitación Riesgo	Dependencia Recompensa	Persistencia	Autodirección	Cooperación	Trascendencia
<i>n</i>	48	48	48	48	48	47	47
Media (%)	64,31	54,44	41,19	39,67	36,72	43,70	48,60
DE	30,405	34,06	28	31,452	32,882	31,589	31,179

Tabla XIII
Descripción de las puntuaciones en los cuestionarios SCS y HBI

	SCS	Afrontamiento (HBI-19)	Consecuencias (HBI-19)	Control (HBI-19)	Total (HBI-19)
<i>n</i>	10	10	10	10	10
Media	61,30	56,13	56	68,75	62
DE	19,03	22,95	27,26	20,25	19,50
Presencia puntuación clínicamente elevada	% 40	50	50	90	50

Tabla XIV
**Descripción de las puntuaciones del
Internet Sex Screening Test**

ISST	Frecuencia	%
Media=11,44 DE=5,525	<i>n</i> =9	
No riesgo	2	22,2
Posible riesgo	6	66,7
En riesgo	1	11,1

dos descriptivos en cuanto a la presencia de compulsividad sexual (SCS), presencia de conducta hipersexual (HBI-19) y adicción al cibersexo (ISST).

En las Tablas XV, XVI, XVII se describen las puntuaciones medias de cada dimensión de Personalidad ante la presencia de puntuaciones clínicamente elevadas en el Sexual Compulsivity Scale, Hipersexual Behavior Inventory-19 e Internet Sex Screening Test (ISST).

Tabla XV
Dimensiones de Personalidad en función de la presencia de compulsividad sexual

Sexual Compulsivity Scale	Búsqueda Novedad	Evitación Riesgo	Dependencia Recompensa	Persistencia	Autodirección	Cooperación	Trascendencia
U de Mann Withney	8,5	10,5	11,5	10,0	6,5	10,0	11,5
Sig. (Bilateral)	p= .454	p=.741	p=.915	p=.670	p=.237	p=.670	p=.915
Media (%)	71	73,5	39,50	33	12,75	43,25	45,50

Tabla XVI
Dimensiones de Personalidad en función de la presencia de conducta hipersexual

Hypersexual Behavior Inventory (HBI-19 Total)	Búsqueda Novedad	Evitación Riesgo	Dependencia Recompensa	Persistencia	Autodirección	Cooperación	Trascendencia
U de Mann Withney	10,5	9,0	8,0	8,0	9,0	6,0	10,50
Sig. (Bilateral)	p=.675	p=.451	p=.346	p=.347	p=.461	p=.175	p=.674
Media (%)	65,80	78,40	45,60	29	17,80	50,40	47,40

Tabla XVII
Dimensiones de Personalidad en función del riesgo de padecer adicción al Cibersexo

Riesgo padecer adicción al Cibersexo (ISST)	Búsqueda Novedad	Evitación Riesgo	Dependencia Recompensa	Persistencia	Autodirección	Cooperación	Trascendencia
U de Mann Withney	5,5	4,0	5,0	3,0	6,5	0,0	3,0
Sig. (Bilateral)	p= .659	p= .372	p= .557	p= .242	p= .882	p= .040	p= .240
Media (%)	61,71	74,71	45,14	35,14	17,43	45,29	54,43

Reportando las Medias de cada grupo para cada subescala de Personalidad, se observó que el grupo que sí presentaba elevada compulsividad sexual, obtuvo puntuaciones medias más elevadas en las dimensiones de Búsqueda de Novedad y Evi-

tación del Riesgo, y puntuaciones más bajas en las dimensiones de Dependencia a la Recompensa, Persistencia y Autodirección, Aun así, según los resultados de la prueba No Paramétrica U de Mann Withney, las diferencias en las puntuaciones de

das las subescalas de Personalidad no fueron estadísticamente significativas entre la presencia y ausencia de compulsividad sexual (p -valor >0.05).

En relación a las dimensiones de Personalidad en función de la presencia de conducta hipersexual, según los resultados de la prueba No paramétrica U de Mann Withney, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p -valor >0.05) entre los dos grupos (presencia/ausencia de conducta hipersexual).

En cuanto al riesgo de padecer adicción al cibersexo, los resultados indican mayores puntuaciones medias en las dimensiones Búsqueda de Novedad y Evitación del Riesgo en el grupo de participantes que presentaba riesgo o posible riesgo de padecer adicción al Cibersexo. Del mismo modo, mediante la realización de la prueba U de Mann Withney, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Cooperación entre el grupo No riesgo y el grupo Riesgo o Posible riesgo de padecer adicción al cibersexo.

Niveles de psicopatología en función de la presencia de compulsividad sexual

Se estudiaron los niveles de psicopatología de la prueba SCL-90-R en función de la presencia de compulsividad sexual (SCS), conducta hipersexual (HBI-19) y riesgo de padecer adicción al cibersexo (ISST), observando diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Psicoticismo. Obtuvieron mayores puntuaciones en Psicoticismo los participantes con puntuaciones elevadas en conducta hipersexual y riesgo elevado de padecer adicción al cibersexo.

CONCLUSIONES

Se han observado puntuaciones elevadas en las pruebas evaluativas de la compulsividad sexual (SCS), conducta hipersexual (HBI-19) y adicción al cibersexo (ISST). Se concluye, por tanto, que la muestra de participantes estudiados presenta problemas en el control de la actividad sexual *online*, una elevada compulsividad sexual y una elevada conducta hipersexual; utilizando la conducta sexual como forma de afrontamiento ante situaciones estresantes o estados de ánimo egodistónicos, percibiendo escaso control sobre dicha conducta y mostrando dificultades en la toma de con-

ciencia de las consecuencias negativas que de ella pueden derivarse.

No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de las subescalas de Personalidad (TCI-R) en función de la presencia de compulsividad sexual y de conducta hipersexual, pero sí se encontraron diferencias en la escala de Cooperación ante el posible riesgo de padecer adicción al cibersexo. En los participantes con puntuaciones elevadas en compulsividad sexual y conducta hipersexual y adicción al cibersexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala psicopatológica Psicoticismo. Aun así, observamos que entre los diez síntomas que componen esta escala del SCL-90-R, se encuentran los ítems: 84 “Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante”, 85. “La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores”, 87. “La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo”, 88 “Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie” y 90 “La idea de que algo anda mal en su mente”. Es por ello que los resultados obtenidos pueden ser debidos a la estrecha relación entre los pensamientos, sentimientos y conductas que frecuentemente presentan los “adictos al sexo” y la sintomatología que compone la escala de Psicoticismo.

En base a los datos encontrados en la literatura, se hipotetizó que los participantes estudiados presentarían sintomatología ansiosa y depresiva (Langstrom y Hanson, 2006; Raymond *et al.*, 2003). Aun así, en un reciente estudio realizado con muestra psiquiátrica del Hospital Universitario Quirón – Dexeus y del Hospital Universitario de Bellvitge, los resultados concluyeron la inexistencia de puntuaciones clínicamente significativas en las subescalas del SCL-90-R (Farré *et al.*, 2013).

En relación a la compulsividad sexual y conducta hipersexual se han obtenido los resultados esperados, según la bibliografía revisada (Bancroft, Jannsen, Carnes, Strong, Goodrich y Long, 2004; Reid, Harper y Anderson, 2009). También se han encontrado resultados esperados en la presencia de conducta adictiva a través de internet (Cibersexo), de acuerdo con otros autores (Langstrom y Hanson, 2006; Freeman-Longo y Blanchard, 1998).

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association** (2013). *Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders – DSM-5*. Five edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. **Ballester, R., Catro-Cobo, J., Gil, M.D., y Giménez-García, C.** Relationship status as an influence on cybersex activity: cybersex, youth and steady partner. *Journal of Sex and Marital Therapy* 40(5) (2014): 444-56.
3. **Ballester, R., Castro, J., Gil, M^a. D., Giménez, C., y Caccete, R.** Exposición involuntaria: impacto en usuarios y no usuarios de Cibersexo. *International Journal of Development and Educational Psychology* nº1, vol. I (2014): 517-526.
4. **Bancroft, J., Janssen, E., Cames, L., Strong, D., Goodrich, D. y Long, J.S.** (2004). Sexual risk taking in young heterosexual men: The relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Journal of Sex Research*, 41: 181-192.
5. **Clonninger, C.R.** (1999). *The Temperament and Character Inventory – Revised*. St. Louis, Washington University.
6. **Chiclana C.** Hipersexualidad, trastorno hipersexual y comorbilidad en el Eje I. Comunicación presentada en: 14 Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2013.
7. **Chiclana, C.** (2014). Hipersexualidad primaria. Comunicación presentada en: 15 Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2014.
8. **Chiclana, C., Contreras, M., Carriles, S., Rama, D.** (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido? *Revista Iberoamericana de de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 115: 19-26.
9. **De las Cuevas, C., González de Rivera, J.L., Henry, M., Monterrey, A.L., Rodríguez-Pulido, F. & Gracia, R.** (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de psiquiatría*, 7 (3): 93-96.
10. **Echeburúa, E.** (2012). Does really sex addiction exist? *Adicciones*, 24 (4): 281-286.
11. **Farré, J.M. et al.** (2013). Diferents fenotips en adiccions comportamentals: adició al joc vs adició al sexe. XXVIII Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica. Barcelona, Spain.
12. **Farré, J.M., Ferrer, V., Mestre G., Lasheras, M.G.** Los Trastornos del deseo: de la inhibición a la adicción. Ponencia en el I Encuentro Ibérico de la Sexualidad y Salud Mental. Salamanca 2015.
13. **Freeman-Longo, R.E., y Blanchard, G.T.** (1998). *Sexual abuse in America: Epidemic of the 21th century*. Brandon: Safer Society Press.
14. **Frías Ibáñez, A. Vázquez Costa, M.** (2012). Primary hypersexuality: Nosological status, pathogenesis, and treatment. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental* 3: 205-207.
15. **Hall, P.** (2011). Abiopsychosocial view of sex addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(3): 217-228.
16. **Hollander, E., Kim S., Khanna, S. & Pallanti, S.** (2007). Obsessive-Compulsive disorder and Obsessive-Compulsive spectrum disorders: diagnostic and dimensional issues. *CNS Spectrums*, 12: 5-13.
17. **Jiménez-Murcia, S., et al.** (2012). Does exposure and response prevention improve the results of group cognitive-behavioral gamblers? *British Journal of Clinical Psychology*, 51: 54-71.
18. **Kalichman, S.C., y Rompa, D.** (2001). The Sexual Compulsivity Scale: Further development and use with HIV-positive persons. *Journal of Personality Assessment*, 76(3): 379-395.
19. **Kafka, M.P.** (2014). What Happened to Hypersexual Disorder? *Archives of Sexual Behaviour* 43(7): 1259-61.
20. **Langstrom, N., y Hanson, R.K.** (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35: 37-52.
21. **Miner, M.H., Raymond, N., Mueller, B.A., Lloyd, M., Lim, K.O.** (2009). Preliminary investigation of the impulsive and neuroanatomical characteristics of compulsive sexual behavior. *Psychiatry Research*. 174 (2): 146-51.
22. **Organización Mundial de la Salud** (2003). *CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Mediator.
23. **Piquet, M., Ferreira, G.M., Melca, L., Fontenelle, L.F.** (2014). DMS-5 and the decision not to include Sex, Shopping or Stealing as Addictions. *Current Addiction Reports*. 1(3): 172-176.
24. **Raymond, N.C., Coleman, E., y Miner, M.H.** (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44: 370-380.
25. **Reid, R.C., Carpenter, B.N., Spackman, M. y Willes, D.L.** (2008) Alexithymia, Emotional Instability, and Vulnerability to Stress Proneness in Patients Seeking Help for Hypersexual Behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*.

-
- rapy, 34, 133–149. doi: 10.1080/00926230701636197.
26. **Reid, R.C., Harper, J.M. y Anderson, E.H.** (2009). Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16: 125-138.
27. **Schneider, J.P. & Irons, R.R.** (2001). Assessment and treatment of addictive sexual disorders: relevance for chemical dependency relapse. *Substance use and misuse*, 36(13): 1795-820.
28. **Weinstein, A., Katz, L., Eberhardt, H., Cohen, K., & Lejo y eux, M.** (2015). Sexual compulsion—Relationship with sex, attachment and sexual orientation. *Journal of behavioral addictions*, 4(1): 22-26.

Validación en población clínica de la Problemática Internet Entertainment Use Scale for Adults (PIEUSAd)

Validation in clinical population of the Problematic Internet Entertainment Use Scale for Adults (PIEUSAd)

Olatz López-Fernández*, Vega González-Bueso**, Elena Montero**, Juan José Santamaría**, Laura Merino**

Recibido: 11/07/2015

Aceptado: 29/11/2015

Resumen

La adicción a las tecnologías ha sido debatida ampliamente tanto científica como clínicamente, siendo una condición a estudiar como potencial trastorno psiquiátrico. Algunas escalas españolas miden la adicción al internet, pero ninguna ha sido validada clínicamente. Los objetivos son describir la muestra clínica de pacientes en tratamiento por una adicción tecnológica, así como validar clínicamente la "Problematic Internet Entertainment Use Scale for Adults" (PIEUSAd). Una muestra clínica a pequeña escala (N=31; 71 % hombres, con una edad media de 33,31) fue seleccionada, se recogieron datos socio-demográficos, clínicos y de uso de tecnologías, así como la PIEUSAd y la "Compulsive Internet Use Scale" a través de una encuesta. El contexto fue un centro de salud pública de Barcelona (España). Los pacientes en tratamiento por una adicción tecnológica como primer diagnóstico eran usualmente hombres jóvenes que sufrían de una e-adicción genuina (sobre todo, adicción a internet, videojuegos o cibersexo); solo la mitad parecía sufrir una patología dual (normalmente otra adicción). Eran normalmente derivados por otros profesionales de la salud y la mayor parte no habían sido tratados psiquiátricamente con anterioridad. La PIEUSAd mostró gran variabilidad en sus puntuaciones, alta validez factorial y de constructo, y excelente fiabilidad ($\alpha=0,98$). En conclusión, la heterogenei-

*Postdoctoral researcher in the Catholic University of Lovain (Belgium)

** Clinical Psychologists in the AIS-PRO JUVENTUD Atención e Investigación de Socioadicciones (España)

Correspondencia: Dr. Olatz López-Fernández
Laboratory for Experimental Psychopathology
Psychological Sciences Research Institute
Université Catholique de Louvain
10, Place du Cardinal Mercier
1348 Louvain-La-Neuve, Belgium
E-mail: olatz.lopez@uclouvain.be; lopez.olatz@gmail.com

dad de las características de los pacientes fue evidenciada. Además, la PIEUSAd ha sido validada clínicamente para poder hacer un mejor cribado en las adicciones tecnológicas, donde la “pérdida de control” y la “evasión” parecen ser los síntomas prevalentes en estos tipos de pacientes.

Palabras clave: Adicciones tecnológicas, adicción a internet, escala, cuestionario, validación clínica.

Summary

Addiction to technologies has been a widely debated scientific and clinically, being a condition for further study as potential psychiatric disorder. Some Spanish scales measure Internet addiction, but no one has been validated clinically. The aims were to describe a clinical sample of patients in treatment for a technology addiction, and to validate clinically the “Problematic Internet Entertainment Use Scale for Adults” (PIEUSAd). Little-scale clinical adult sample (N=31; 71 % men, and an age mean of 33.31) was selected, collecting socio-demographic and clinical data, technological usages, and the PIEUSAd and Compulsive Internet Use Scale in a survey. The setting was a public health center in Barcelona (Spain). The patients in treatment for a technological addiction as primary diagnosis were usually young males, which suffer from a genuine e-addiction (above all, internet addiction, gaming and cybersex); only the middle seems to have a dual pathology (usually another addiction). They are usually referred by other clinician and the majority don't have previous psychiatric care. The PIEUSAd showed large variability in item scored, and high factor and construct validity, and excellent reliability ($\alpha=0.98$). In conclusion, the heterogeneity in the characteristics of patients is evidenced. Moreover, the PIEUSAd has been clinical validated to do a better screen in technological addictions, where “loss of control” and “evasion” seems to be the prevalent addictive symptoms in these types of patients.

Key words: Technological addictions, internet addiction, scale, questionnaire, clinical validation.

Addiction to Information and Communication Technologies (ICT) has been a widely debated field of scientific and clinical research for the last 25 years. Marks (1990) reported that certain behaviours can lead to addiction and generate a similar level of dependency to chemical addictions, while Young (1998a) developed diagnostic criteria for Internet addiction, taking as a reference the criteria for pathological gambling addiction. In the same period, Griffiths (2000, 2005) suggested that these emerging conditions were social in nature, defining them operationally as technology addictions with a series of addictive components (i.e., salience, mood modification, tolerance, withdrawal, conflict and relapse). To date, the only internationally acknowledged behavioural addiction is “Internet Gaming Disorder” (IGD), included as a condition for further clinic and scientific study in the DSM-5 (APA, 2013).

In Spain, which is among the countries with the highest use of technologies and in the top-30 nations according to the ICT Development Index (IDI; 27/166, International Telecommunication Union, 2014), these behavioural addictions have posed certain difficulties to the research community. They have been primarily treated as “e-addictions” or Internet addiction, characterized by the excessive or abusive use of the Internet as a means of accessing the object of the “habit”, according to González, Merino and Cano (2009), who report clinical cases involving online gaming, cybersex, online betting and social networks.

One of the most active areas in this field of study is the development of measurement scales for detecting potential technology addictions (i.e., to Internet, mobile phone and video games) in the general population. Such scales can be used to filter samples to support the evaluation pro-

cess for possible e-addictions; validated measurement scales are therefore a necessary tool for health and education professionals in the detection of addictive problems in the use of ICTs. In Spain, and Spanish-speaking countries, few of the main screening tools of Internet addiction have been adapted, such as the most widely used scale: the Internet Addiction Test (IAT; Young, 1998b; adapted by Delgado *et al.*, 2012). This adapted version has enabled the scale to be used both in Spain (Puerta-Cortés & Carbonell, 2013) and in Latin American countries (e.g., like in Colombia; Puerta-Cortés & Carbonell, 2014). However, other Spanish researchers have created their own Internet addiction scales: the Internet Over-Use Scale (IOS; Jenaro, Flores, Gómez-Vela, González-Gil & Caballo, 2007), the “Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet” (CERM; Beranuy Fargues, Chamarro Lusa, Graner Jordania, & Carbonell Sánchez, 2009) or the Problematic Internet Entertainment Use Scale for Adolescents (PIEUSA; López-Fernández, Freixa-Blanxart, & Honrubia-Serrano, 2013) are available. The latter provides the possibility to apply it to different online entertainments, in concrete: videogames and social networking in children from 11 to 18 years old. For the present study, this scale was adapted to adults doing basically three changes: (i) substituting “video games and/or social networks” for “Internet entertainments”, to provide the opportunity to ask for the main online activity related problem independently of the scales, and (ii) reducing the number of items from 30 to 20 maintaining the underlying addictive symptomatology, and (iii) amplifying the Likert-response scale from 7 to 10 for analytical interpretative purposes.

As far as we are aware, however, to date none of these original Internet-related problem scales or adaptations has been validated in a clinical sample in Spain, almost any Internet addiction scale has been clinically validated elsewhere; that is, none has been tested with patients and with the assistance of clinicians as part of the research team, as IGD is claiming to consider it a future psychiatric disorder (APA, 2013). There are only two exceptions: the Taiwanese “Chen Internet Addiction Scale” (CIAS), clinically validated for adolescents (Ko, Yen, Chen, Chen, & Yen, 2005) and adults (Ko, Yen, Chen, Yang, Lin & Yen,

2009) by the team of the Kaohsiung Municipal Hsiao-Kang Hospital in Chinese; and the French adaptation of the IAT (Khazaal *et al.* 2008), used to evaluate Internet addiction by the Swiss team of the Geneva Addiction Outpatient Clinic of the Geneva University Hospital (Thorens *et al.*, 2014). Moreover, the scientific and clinical community in the field of technological addictions don't have enough evidence about the characteristics of clinical patients that ask for treatment.

The aims of this study are: (i) describe a clinical sample of Spanish patients in treatment for technology addiction as primary diagnosis, and (ii) to validate clinically the adaptation of the Problematic Internet Entertainment Use Scale for Adults (PIEUSAd), because patients treated for these behavioural e-addictions usually were more than 18 years old.

METHOD

This is a descriptive and psychometric exploratory study with a survey research design.

Participants

The sample is composed of 31 consecutive patients who sought treatment for some form of social addiction at the “Asociación AIS-PRO JUVENTUD: Atención e Investigación de Socioadicciones” (AIS) between January and September 2014 (both months inclusive). Of the total sample, 22 patients were men (71 %) and 9 were women (29 %), with an overall average (*M*) age of 33.31 years and a standard deviation (*SD*) of 14.07.

Instruments

The questionnaire was divided into three sections: (a) socio-demographic and clinical data (as Thorens *et al.*, 2014) and details of technology use (López-Fernández *et al.*, 2013), (b) adaptations of the PIEUSAd scale, for measuring problematic Internet usage, and (c) the Spanish adaptation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS; Meerkerk, Van, Vermulst & Garretsen, 2009) to support the convergent construct validity.

PIEUSAd is a scale comprising 20 items related to the use of online forms of entertainment, which are Likert-scored from 1–10 (being 1 “to-

tally disagree” y 10 “totally agree”); this gives a total score range of 20–200, with higher scores indicating more problematic Internet usage. The previous version (PIEUSA; López-Fernández *et al.*, 2013) was validated in an adolescent Spanish population and presented excellent reliability (Cronbach alpha coefficient: 0.92) and acceptable factorial validity (one-dimensionality with an explained variance of 31 %).

The CIUS is a 14-item, 5-point Likert scale (from 0 “never” to 4 “very frequently”) with high internal consistency (Cronbach alpha: 0.89) and good factorial, criterion and concurrent validity. The Spanish adaptation of the CIUS, done with permission of his main author, used the translation and back-translation method. It was included in the study to support the construct validity of the PIEUSAd.

Procedure

Consent for the study was given by the management of this clinical centre and all necessary research permits were provided by those who collaborated in the study in 2014. Written informed consent was received from all patients. The questionnaire was administered at the centre under the supervision of clinical experts in behavioural addictions, with specific training and extensive experience in these types of disorders. A cross-sectional assessment was conducted before treatment, as part of a broader evaluation conducted in a single session lasting approximately 90 minutes.

Data analysis

A descriptive analysis was carried out to assess the socio-demographic and clinical variables, usage types and PIEUSAd results. For the categorical variables, frequencies and percentages were calculated; for the continuous variables, *M* and *SD*. The bivariate analysis consisted of correlation tests (Pearson’s chi-squared test, Pearson’s correlation, Student’s t-test for independent groups or, alternatively, the Mann-Whitney *U* test). The psychometric analyses were performed by calculating the factorial validity [Exploratory Factor Analysis (EFA)] with the Principal Component technique (PC) and construct validity, convergent variant (Pearson’s correlation), and the internal consistency (Cronbach alpha). Statistical analysis was performed in IBM SPSS v. 21, with a significance level set at 0.05.

RESULTS

Descriptive study of clinical status and use of technologies

Of the 31 patients, 21 (67.7 %) sought advice from our clinic on a genuine technology addiction, that is one in which the Internet was a necessary component (e.g. cybersex); the remainder sought advice on behavioural addictions in which technology was not a necessary component (Internet was simply one of a number of possible means of satisfying the addiction; e.g., compulsive buying). The sample characteristics can be seen in Table 1.

Table 1
Socio-demographic, clinic and ICT usages by patients with technological addictions (N=31)
(percentage and frequency, or mean and standard deviation)

Sub-sample	Spain (n=31)	
	% (n)	M(SD)
Socio-demographic		
Gender		
Male	71(22)	
Female	29(9)	
Age		29(33.31)
Civil status		
Single	38.7(12)	
With couple/Married	32.2(10)	

Separated/Divorced	25.8(8)	
Other	3.2(1)	
Educative level		
Primary education	19.4(6)	
Secondary education	38.7(12)	
Higher education	38.7(12)	
Other (i.e., piano player)	3.2(1)	
<i>Clinic and health</i>		
Motive of consultancy		
Internet addiction	19.4(6)	
Online (video) gaming addiction		25.8(8)
Cybersex addiction	19.4(6)	
Online gambling	3.2(1)	
Shopping addiction	22.6(7)	
Other addictions (i.e. sex)	9.7(3)	
Comorbidity		
Anyone	51.6(16)	
Other behavioural addiction (e.g., sex)	9.7(3)	
Other drug addiction (e.g., alcohol)	19.4(6)	
Anxiety disorder	9.7(3)	
Mood disorder	3.2(1)	
Personality disorder	6.5(2)	
Referred by		
Family	29(9)	
Themselves	19.4(6)	
Other clinical and health professional/s	48.4(15)	
Other social professional	3.2(1)	
Treatment time (number of months in AIS)		4.61(6.52)
Previous psychiatric care		
None	77.4(24)	
Institution	6.5(2)	
Private practice	16.1(5)	
<i>ICT usage</i>		
Technologies		
Fixed computer	48.4(15)	
Laptop	64.5(20)	
Mobile phone/Smartphone	90.3(28)	
Tablet	35.5(11)	
Casual games		
Yes	19.4(6)	
First shooter games (FSG)		
Yes	29(9)	
Role games (MMORPGs)		
Yes	25.8(8)	
Social networks (i.e, Facebook)		
Yes	41.9(13)	
Online series		
Yes	29(9)	

Online press	
Yes	22.6(7)
Online shopping	
Yes	16.1(5)
Online porn	
Yes	6.5(2)
Online surfing	
Yes	35.5(11)

Comparative analysis of patients with a genuine addiction and patients with non-genuine addictions revealed few differences, with the exception of gender ($X^2_{(1)}=4.831, p<.05; \phi=.471, p<.01$), with men more likely to present genuine Internet addiction (81.8 %) and women non-genuine Internet addictions (66.7 %); age, with sufferers of genuine addictions younger on average ($M=29.24; DT=12.88$ versus $M=44; DT=11.75; U: Z=-2.62, p<.01$); and compulsion to use the Internet, with genuine

addicts scoring more highly on the CIUS ($M=22.25; DT=15.94$ versus $M=9.11; DT=8.17; U: Z=-2.195, p<.05$).

Descriptive study of the PIEUSAd

The PIEUSAd results for the clinical sample gave a M of 63.64 ($DT=52.96$), with a range of 172 (between 20 and 192). Table 2 contains descriptions of the items in the PIEUSAd.

Table 2
Item analysis and internal consistency in PIEUSAd for Spanish adults under treatment for a technological addiction (N=28) (statement and its symptom, mean (M), standard deviation (SD), median, M of the scale if item is deleted, Variance (V) of scale if the item is deleted, corrected item-total correlation, and Cronbach alpha if item is deleted)

Item n.	PIEUSAd item statement (Spanish adaptation for adults)	M	SD	M if it. del.	V if it del.	It.-total r	α if it. del.
1	When I am not connected to Internet, I usually think about my online activities.	2.61	2.44	61.04	2599.22	.80	.98
2	When I am connected to Internet I spend more time than I had planned.	4.39	3.10	59.25	2553.68	.77	.98
3	When I finish my online activities, I look forward to plan my next session online.	3.04	3.10	60.61	2501.21	.95	.98
4	I need more time online to derive enjoyment than I did at first, in other words, more and more to obtain a similar level of satisfaction.	2.64	2.90	61.00	2542.67	.87	.98
5	When I am connected to Internet, I can forget my duties (e.g., household chores, homework, etc.).	3.71	3.28	59.93	2522.59	.82	.98
6	When I connect with Internet I look for change my mood: to become more tense, trying to answer quickly and be more active... or be more quiet, including relaxed.	3.00	2.83	60.64	2570.02	.79	.98
7	I have tried to control the use that I do with Internet to not exceed, but it's difficult to achieve it.	3.11	3.30	60.54	2489.22	.92	.98
8	When I have to finish an online session, I became uneasy.	2.36	2.16	61.29	2614.95	.84	.98
9	Frequently, when I have been a lot of time connected and I am feeling bad, I have difficulties to leave the session.	2.75	2.82	60.89	2539.66	.90	.98

10	When, for any reason, I have to stop connection before I want to, I get irritable, nervous, in a bad mood, tired... is short, I feel bad.	2.93	2.79	60.71	2548.95	.88	.98
11	Being connected to Internet has helped me to forget my daily problems for a while and just enjoy myself.	4.61	3.54	59.04	2492.48	.85	.98
12	I have arrived to modify my usual patterns (e.g., hours of sleep, meals, etc.) by continuing using Internet.	3.57	3.31	60.07	2497.33	.90	.98
13	I have hidden the truth or the time using Internet.	3.00	3.50	60.64	2517.8	.78	.98
14	I have tried everything possible to get more time of connection or obtain online novelties, do more online contacts, etc.	3.29	3.32	60.36	2498.46	.89	.98
15	When I am in Internet it is usual for me to ask people around me to let me online a little longer.	3.18	2.83	60.46	2537.0	.91	.98
16	I get completely absorbed when I am online and I lose the notion of time.	4.04	3.07	59.61	2536.32	.84	.98
17	I have substitute my personal face-to-face contacts by online contacts.	2.54	2.94	61.11	2534.62	.88	.98
18	My friends, family... get annoyed because for being connected to Internet I have reduced my time with them.	3.00	2.98	60.64	2553.57	.80	.98
19	If for any reason I need to reduce my online activity or stop it, my levels of frustration and irritability will increase.	2.82	3.03	60.82	2517.49	.91	.98
20	If after a reduction or stopping my online activity I could return to it, immediately I return to usual patterns, including, if I could, I use Internet more usually to recover them quickly.	3.07	3.10	60.57	2499.89	.95	.98

Note: "Instructions: Please answer each of the following questions about Internet used in the past year. In each question you are asked to consider your answers from 1 to 10 in this way: "1" = Totally disagree, and "10" = Totally agree."

The results were examined for a possible distinction between genuine e-addicts and patients with non-genuine e-addictions. Those with genuine e-addictions obtained higher average PIEUSAd scores than the non-genuine addicts ($M=77.05$, $SD=58.45$ versus: $M=35.33$, $SD=21.24$); however, the difference was not significant ($U: 48.05$, $Z=-1.822$, $p=068$). The sample was therefore treated globally for the psychometric analysis.

Psychometric study of the PIEUSAd

To validate the adapted PIEUSAd for the clinical sample ($n=28$), EFA was performed with the PCA extraction method, as the original scale indicated a one-dimensional structure (López-Fernández *et al.*, 2013).

The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure (0.53) confirmed the sampling adequacy, and Bartlett's test of sphericity ($X^2_{(190)}=1067.73$; $p<.001$) showed that the correlation between items was sufficient to apply the PC method. Factor extraction generated one factor with eigenvalues greater than 1, with factor loadings above 0.6. The combination accounted for 77.21 % of the total variance of the factor "problematic Internet usage in adults". Internal consistency was high, with a Cronbach alpha of 0.98, indicating excellent reliability of the PIEUSAd in the clinical population (see Table 2).

The CIUS was similarly analysed. The sampling adequacy was confirmed (KMO=0.88), and

Bartlett's test ($X^2_{(91)}=447.49$; $p<.001$) enough correlation between items to apply the PC method. Factor extraction generated one factor solution with eigenvalues greater than 1 (factor loadings above 0.5). The total variance of the factor "compulsive Internet usage in adults" was 71.12 %; with a Cronbach alpha of 0.97, an excellent internal consistency of the CIUS in this clinical population. Construct validity was confirmed by the association between both scales that measure a similar construct (see Figure 1). The correlation between the total scores for the PIEUSAd and the CIUS was positive and statistically significant, with a high effect size ($r=0.89$, $p<.001$, $r^2=0.78$). In other words, the greater the problematic use of the Internet for entertainment, as measured by the PIEUSAd, the greater the compulsive Internet usage, according to the CIUS.

DISCUSSION AND CONCLUSION

The PIEUSAd scale was applied to a clinical sample of patients with genuine and non-genuine social additions involving the use of ICTs. The descriptive findings appear to suggest that e-addicts are usually a heterogeneous group in terms of socio-demographic variables, half of whom have a dual condition and use Internet for the purposes of entertainment; that said, if we consider the differences observed between genuine and non-genuine e-addicts, we find a large proportion of young males who are compulsive Internet users. Although the two sub-groups were not clearly differentiated, the p-value was at a limit that suggests a larger sample size may in fact have revealed a difference. It would be interesting in future research to separate the groups and to identify the specificity

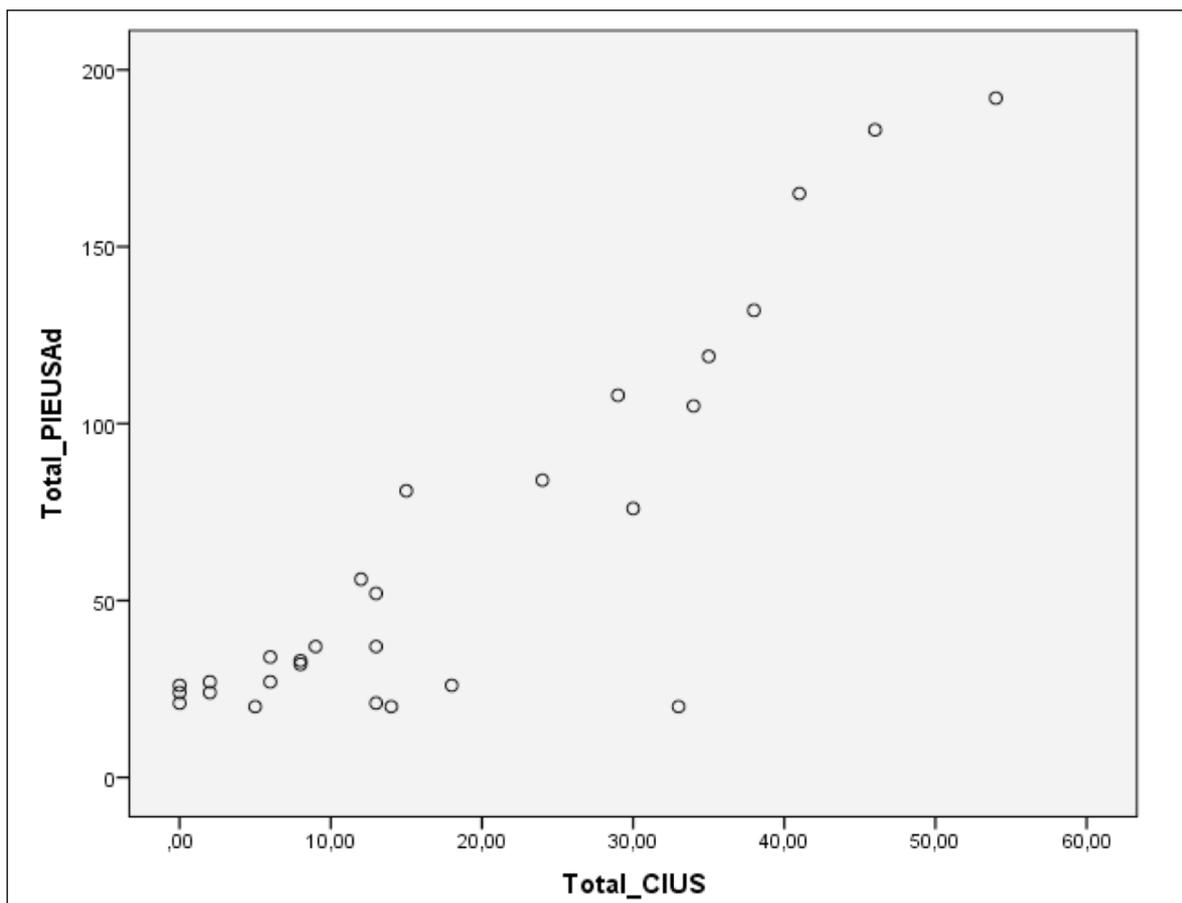


Figura 1

Dispersion graph between the PIEUSAd and the CIUS ($r=0.89$, $p<.001$)

of e-addicts not only in terms of their general Internet use but also in terms of their predominant online activity, as this is where the heterogeneity appears to emerge (Griffiths & Pontes, 2014; Lalconi, Tricard, & Chabrol, 2015).

The PIEUSAd scores are relatively moderate, similar to those found in the general adolescent population (López-Fernández *et al.*, 2013) but with a greater variability that is suggestive of problematic behaviour. This said, the scores per item are below 5 with the exception of items 2 and 28 (loss of control) and item 11 (evasion), which correspond to items 2, 16 and 15, respectively, of the previous version (PIEUSA, López-Fernández, Honrubia-Serrano, Gibson & Griffiths, 2014). In addition, the psychometric parameters of the new version for adult patients gave greater reliability and validity than found in earlier studies (López-Fernández *et al.*, 2013, 2014).

The findings of this study validate our measurement instrument for the analysis of behavioural addictions in healthcare settings. This scale, which is the only one to have been validated in a clinical population in Spain, can help to detect problematic Internet usage in the Spanish adult population, for both clinical and research purposes (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez & Sanz Rubiales, 2011). PIEUSAd allows us to detect possible generic addictions to online entertainment, possibly in combination with scales to measure problematic usage of specific online activities (for example, for cybersex, the Spanish version of “Internet Sex Screening Test” [ISST; Ballester Arnal, Gil Llario, Gómez Martínez & Gil Julià, 2010]), as a clinical battery of tests to detect this type of Internet addiction.

Nevertheless, the limitations of this study must also be acknowledged. The 28-patient sample is small, although this is commonly the minimum feasible sample size for patients with specific conditions that are difficult to research. The preliminary findings suggest that the scores are not as high as would be expected for this type of scale (i.e. IAT), seeming more appropriate for detecting problems in the general population. Thorens *et al.* (2014) offer a number of explanations for this; for example, many of their patients were very young and had been encouraged to visit the centre by their families. This pattern was also observed

in our study, particularly in the case of genuine e-addicts, although it could be due to age, to a lack of self-awareness regarding the problem, or to a discrepancy between the family’s tolerance of problematic Internet usage and the patient’s perception of this use. Analysis of problematic Internet usage is also undermined by a general lack of conceptual clarity, so for future studies it would be ideal to have at least 30 cases of genuine e-addiction to each of the online activities, whereas for the moment we have treated each of the technology addictions equally, whether they are simply an Internet addiction, an addiction to a specific online activity, or concurrent with comorbid conditions. Analysis of the accuracy with which participants are classified would also help to measure the sensitivity and specificity of our scale, which is something we hope to achieve with a larger sample – if possible from the general population – using methods such as those reported by Ko *et al.* (2005, 2009).

Finally, the heterogeneity of technology addictions is also a relevant factor, since in future work PIEUSAd can be associated with each of the online activities to explore possible differences between a patient addicted to online gaming and a patient addicted to cybersex, even in the different categories of “gamers” (e.g., MOBA, MMORPG or FSP) or “cybersex addicts” (e.g., watching pornography, engaging in sex chats or searching online sexual contacts). In sum, we have offered clinical evidence of technological addictions, which is useful for other clinicians, researchers in technological (behavioural) addictions and the APA for the future diagnostic of IGD, and other Internet-related addictive problematics.

ACKNOWLEDGEMENTS

This work was supported by a grant from the Marie Curie Alumni Association “Micro-media Grant 2014), awarded by Olatz López Fernández (Marie Curie fellow leading “Tech Use Disorders”; Grant ID: FP7-PEOPLE-2013-IEF-627999).

CONFLICT OF INTERESTS

All authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

1. **American Psychiatric Association [APA]** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: Author.
2. **Amal, R.B., Gil Llario, M.D., Martínez, S.G. & Juliá, B.G.** (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema*, 22(4): 1048-1053.
3. **Ballester Amal, R., Gil Llario, M.D., Gómez Martínez, S. & Gil Juliá, B.** (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema*, 22(4): 1048-1053.
4. **Beranuy Fargues, M., Chamarro Lusa, A., Graner Jordania, C. & Carbonell Sánchez, X.** (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil. *Psicothema*, 21: 480-485.
5. **Bianchi, A. & Phillips, J.G.** (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1): 39-51. doi:http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2005.8.39
6. **Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M. & Sanz Rubiales, A.** (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An. Sist. Sanit. Navar.*, 34(1): 63-72.
7. **González, V., Merino, L. y Cano, M.** (2009). Las e-adicciones, dependencias en la era digital: Ciberjuego, cibersexo, comunidades y redes sociales. Barcelona: Neus Médica Editores.
8. **Griffiths, M.** (2000). Does Internet and Computer "Addiction" exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology & behaviour*, 3(2): 211-218.
9. **Griffiths, M.** (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10: 191-197.
10. **Griffiths, M.D. & Pontes, H.M.** (2014). Internet addiction disorder and internet gaming disorder are not the same. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 5. e124.
11. **Jenaro, C., Flores, N., Gómez-Vela, M., González-Gil, F. & Caballo, C.** (2007). Problematic internet and cell-phone use: Psychological behavioral, and health correlates. *Addiction Research & Theory*, 15: 309-320.
12. **Khazaal, Y., Billieux, J., Thorens, G., Khan, R., Louati, Y., Scarlatti, E., Zullino, D.** (2008). French validation of the Internet Addiction Test. *CyberPsychology & Behavior*, 11: 703-706.
13. **Ko, C., Yen, J., Chen, C., Chen, S., & Yen, C.** (2005). Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193: 728-733.
14. **Ko, C., Yen, J., Chen, S., Yang, M., Lin, H., & Yen, C.** (2009). Proposed diagnostic criteria and the screening and diagnosing tool of internet addiction in college students. *Comprehensive Psychiatry*, 50: 378-384.
15. **Kwon, M., Kim, D-J., Cho, H. y Yang, S.** (2013). The Smartphone Addiction Scale: development and validation of a short version for adolescents. *PLoS ONE*, 8(12).
16. **Laconi, S., Tricard, N. & Chabrol, H.** (2015). Differences between specific and generalized problematic Internet uses according to gender, age, time spent online and psychopathological symptoms. *Computers in Human Behavior*, 48: 236-244.
17. **López-Fernández, O., Freixa-Blanxart, M. & Honrubia-Serrano, M.** (2013). The problematic internet entertainment use scale for adolescents: Prevalence of problem internet use in spanish high school students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(2): 108-118. doi:http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2012.0250.
18. **López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M.L., Gibson, W. & Griffiths, M.D.** (2014). Problematic Internet use in British adolescents: An exploration of the addictive symptomatology. *Computers in human behavior*, 35: 224-233.
19. **Marks, I.** (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addiction*, 85(11): 1389-1394.
20. **Martínez, J.M.S. & Venegas, J.M.R.** (2002). El screening de la adicción al juego mediante internet. *Adicciones*, 14(3): 303-312.
21. **Meerkerk, G., Van, D.E., Vermulst, A.A. & Garretsen, H.F.L.** (2009). The compulsive internet use scale (CIUS): Some psychometric properties. *CyberPsychology & Behavior*, 12(1): 1-6. doi:http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2008.0181.
22. **Oliva Delgado, A., Hidalgo García, M.V., Moreno Rodríguez, C., Jiménez García, L., Jiménez Iglesias, A., Antolín Suárez, L. y Ramos Valverde, P.** (2012). Uso y riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes andaluces. Sevilla: Agua Clara, S.L.
23. **Puerta-Cortés, D.X. & Carbonell, X.** (2013). Análisis de las propiedades psicométricas de la versión en español del Internet Addiction Test. *Adicciones*, 14, 99-104.
24. **Puerta-Cortés, D.X. & Carbonell, X.** (2014).

-
- El modelo de los cinco grandes factores de personalidad y el uso problemático de internet en jóvenes colombianos. *Adicciones*, 26(1): 54-61.
25. **Thorens, G., Achab, S., Billieux, J., Khazaal, Y., Khan, R., Pivin, E., Zullino, D.** (2014). Characteristics and treatment response of self-identified problematic internet users in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1): 78-81. doi:<http://dx.doi.org/10.1556/JBA.3.2014.008>.
26. **International Telecommunication Union** (2014). *Measuring the Information Society Report 2014: Executive Summary*. Geneva: Author. Retrieved 21/07/2015: <http://www.itu.int/pub/D-IND-ICTOI-2014>.
27. **Young, K.S.** (1998a). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3): 237-244.
28. **Young, K.S.** (1998b). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction—And a winning strategy for recovery*. New York, NY: John Wiley & Sons.

Videojuegos y Salud Mental: De la adicción a la rehabilitación

Video Game and Mental Health: From addiction to rehabilitation

Ana Isabel Ledo Rubio¹, Jesús J. de la Gándara Martín²,
Isabel García Alonso³, Rocío Gordo Seco⁴

Recibido: 03/09/15

Aceptado: 21/12/15

Resumen

La tecnología de los videojuegos ha tenido un gran auge a nivel mundial. Estos se han convertido en una de las actividades recreativas más generalizadas entre niños, jóvenes y adultos, superando incluso a la lectura, el teatro, la música, el cine o el deporte. Se han vertido muchas críticas sobre sus potenciales efectos dañinos para la conducta y la salud mental, pero también hay numerosas investigaciones que avalan los potenciales beneficios de los videojuegos como herramienta de ayuda terapéutica. En la actualidad se está desarrollando una nueva generación de juegos, denominados “serious games” o juegos con fines sanitarios, indicados en afecciones de diversa índole: trastornos del aprendizaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, alteraciones del comportamiento, trastornos del espectro del autismo, fobia social, trastornos de alimentación, adicciones, etc. Así mismo, muchos estudios recogen el potencial efecto antiálgico de los videojuegos y su utilidad en el proceso de rehabilitación física tras accidentes cerebrovasculares. Las características positivas de los videojuegos (diversión, motivación, entrenamiento en habilidades, etc.) favorecen el aprendizaje y la práctica de múltiples estrategias por parte del sujeto, difíciles de conseguir bajo otras condiciones.

Palabras clave: Videojuegos, realidad virtual, uso terapéutico, aprendizaje, cognición, déficit de atención.

Summary

The video games technology has boomed worldwide. They have become one of the most widespread recreational activities among children, youth and adults, surpassing even reading, theater, music, film and sport. They have poured a lot of criticism about its potential harmful

¹Psiquiatra, Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

²Psiquiatra, Jefe de Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

³Profesora Titular, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Burgos.

⁴Psiquiatra, Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, Burgos.

Correspondencia: Dr. Jesús J. de la Gándara Martín
jgandara@saludcastillayleon.es

effects on the behavior and mental health, but there are also numerous studies that support the potential benefits of video games as a tool for therapeutic help. At present it is developing a new generation of games, called "serious games" and games for health purposes indicated in affections of various kinds: Learning disorders, disorder attention deficit and hyperactivity, behavioral disorders, spectrum disorders autism, social phobia, eating disorders, addictions, etc. Also, many studies reflected the potential analgesic effect of video games and their usefulness in the process of physical rehabilitation after strokes. The positive characteristics of video games (fun, motivation, skills training, etc.) promote learning and practice of multiple strategies by the subject, under other conditions get difficult.

Key words: Video games, virtual reality, therapeutic use, learning, cognition, attention deficit.

INTRODUCCIÓN

La generalidad de la opinión pública acepta que usar demasiado las pantallas es malo para la salud mental y social de las personas. Que dejarse llevar por lo que sucede en ellas, que es cambiante, vívido, brillante, atractivo, aburrido, potente, pasivo, divertido, presente, ausente... es peligroso. Que pasarse la vida mirando una pantalla a costa de no ver el resto de la vida es negativo para la convivencia. Que los niños usen y abusen de las maquinillas es malo para su cerebro y su conducta, etc. Y sin embargo, seguimos usando y abusando de ellas. ¿Por qué? Es difícil responder, pero casi seguro es porque en el fondo no serán ni tan malas ni tan adictivas como se dice. A lo mejor son buenas para ciertas cosas, y malas para otras. Pero sucede que en esto tenemos más opiniones que datos, más creencias que certezas. Aceptamos proposiciones no contrastadas como si fueran verdades demostradas y, sin embargo, lo que sabemos apenas se difunde y comparte, y desde luego no genera un estado de opinión colectivo. Es cierto que no sabemos mucho, y que lo que sabemos a menudo es superficial y parcial, pero la verdad es que sobre algunos de los tipos y usos de las pantallas ya hay bastante acumulación de ciencia como para no dejarnos llevar por las opiniones fáciles y las sentencias gratuitas.

En este artículo revisaremos algo de lo que sabemos sobre una utilidad concreta de las pantallas: los videojuegos. El eje central pasa por aceptar que uno de los atractivos inherentes a la actividad modelada por el juego-pantalla es la interactividad. Los videojuegos nos gustan por muchas

cosas. Como todos los juegos, son lúdicos y motivadores (competición, reto, resultados inmediatos); además está el atractivo moderno de la tecnología que añade muchos alicientes: interactuar con una máquina asombrosa, ser protagonistas de lo que sucede, la belleza de diseños y entornos, el realismo y la acción, etc. También gustan por la originalidad y creatividad de los guiones, por su vinculación a personajes fantásticos o mitos eternos, etc. Asimismo, permiten jugar intensamente y saber el resultado inmediatamente, lo que es muy sugestivo y atrayente. Por otra parte, la mayor parte de los juegos están al alcance de cualquiera, se puede aprender a manejarlos de forma intuitiva, casi sin instrucciones, y generan una habilidad inmediatamente. Toda una cultura propia y compartible mediante el intercambio de símbolos, lenguajes, personajes o marcas. Por último, uno de los mayores atractivos de los videojuegos es la competitividad, la superación de retos personales y colectivos, pues la práctica en grupo no solo es posible, sino que es quizá la más divertida y reforzadora de la felicidad basada en la autoestima.

En síntesis, todo un mundo de retos y sensaciones, como diría cualquier publicidad simplona acomodada a los medios hipermodernos. Luego, sin duda, vale la pena que entremos en detalles.

EL VIDEOJUEGO EN CIFRAS

La inserción del videojuego en los hogares europeos continúa en aumento. La aparición de los nuevos géneros, plataformas y vías de consumo ha supuesto la multiplicación del número de aficionados. El volumen económico que genera es in-

menso, ya se habla de los videojuegos como la primera industria de ocio en los países desarrollados, por delante incluso del cine y la música. Según el estudio de EAE Business School, el mercado del videojuego en España movió 763 millones de euros en 2014, lo que supone un crecimiento del 31 % respecto a los datos registrados en 2013. El 94,1 % de los videojuegos que se venden en España son para videoconsola, frente al 92,5 % de 2013, lo que supone un volumen de negocio de 718 millones de euros. El 5,9 % restante corresponde a ordenadores, tanto PC como Mac, con una cifra de negocio de aproximadamente 45 millones de euros. El informe elaborado por EAE Business School presenta una previsión de la situación del mercado del videojuego en España para los años 2015-2018. Se prevé que el mercado español de videojuegos crezca hasta los 890 millones de euros en 2018, un crecimiento del 16,71 % respecto a la cifra actual y un crecimiento anual superior al 4 % en los próximos 4 años.

En síntesis, son cifras muy altas, que más que datos concretos lo que expresan es una magnitud global ingente y creciente de la que obligadamente todos somos o seremos partícipes, luego, de nuevo, el interés por el asunto es evidente.

¿POR QUÉ ENGANCHAN LOS VIDEOJUEGOS?

Los videojuegos son un potente generador de emociones positivas reforzadoras. A eso se debe su potencialidad adictiva. Echeburúa *et. al.* (2009) sugiere que el aspecto adictivo de una conducta no se debe tanto a la frecuencia con que se realiza, sino al tipo de relación que se establece con ella. Los videojuegos generan tales gratificaciones que obligadamente promueven el uso reiterado de los mismos. Son divertidos, ágiles, cambiantes, atractivos y además son retadores, fáciles de usar pero no tan fáciles de dominar, otorgan premios y castigos y por lo tanto son motivadores de la acción, etc. Pero eso lo sabemos todos, la cuestión es cómo sucede eso en el cerebro.

Pues bien, experimentamos todo ese conjunto de sensaciones gracias a los sistemas cerebrales de recompensa. A su vez, la motivación, que es la fuerza que dirige nuestra conducta hacia la adquisición de una determinada meta, promueve la persistencia en

ella. La activación de una conducta para cubrir una necesidad se denomina *conducta motivada*, y estas conductas se regulan por tres sistemas: Primero, el sistema homeostático, que engloba señales periféricas del organismo como cambios en la concentración de hormonas u otras sustancias químicas que llegan al hipotálamo y que señalizan un desbalance del medio interno. Este sistema interviene en necesidades primarias como el hambre, la sed, la regulación de temperatura, el sexo, etc.

Segundo, el sistema hedónico, que regula la sensación subjetiva de placer que genera la consecución de un objetivo. Está integrado por varios núcleos cerebrales, entre ellos el Núcleo Accumbens, ubicado en los ganglios basales. Otro núcleo que está situado en el mesencéfalo es el Área Tegmental Ventral, que libera Dopamina y envía señales activadoras al anterior. Así, ante reforzadores naturales como la comida, el agua o el sexo, y reforzadores artificiales como las drogas de abuso o los videojuegos, el Área Tegmental Ventral libera Dopamina, activando al Núcleo Accumbens, responsable de la sensación de placer.

Finalmente, el sistema de estrés o castigo que está regulado principalmente por la Amígdala, un conglomerado de núcleos alojados en el interior del lóbulo temporal que modula la sensación de miedo. Este permite evitar condiciones dañinas para nuestro organismo.

Los videojuegos mediante una compleja activación, inhibición y retroalimentación de estos tres sistemas de recompensa y evitación suscitan el interés, provocan estimulaciones gratificantes, placenteras, y, por ende, concitan el uso reiterado de los mismos.

EL FENÓMENO DEL VIDEOJUEGO

Según la información aportada por el propio Ministerio de Educación y Ciencia (2), se puede afirmar que el uso de los videojuegos tiene efectos beneficiosos en relación con diversos aspectos educativos. Es por esto que, desde distintas entidades, se ha fomentado el consumo responsable y adecuado de los videojuegos. El sistema PEGI (Pan European Game Information) es el mecanismo de codificación y tipificación por edades y por contenido más extendido en el sector del videojuego. Este sistema ha sido creado y es propiedad

de la Federación de Software Interactivo de Europa (ISFE), con sede en Bruselas.

Según un estudio sobre hábitos de consumo en Europa realizado en el año 2012 a instancias de la patronal europea del videojuego, el porcentaje de videojuegos en Europa ya alcanza el 48 %, siendo Suecia (62 %), Finlandia (60 %) y Francia (57 %) los países más jugadores, y España (40 %) y Portugal (40 %) los menos.

El estudio “*Videojuegos en las aulas*” desarrollado por aDeSe (Asociación Española de Distribuidores y Editores de Software de Entretenimiento) refleja que el 30 % de los profesores de Primaria ya ha utilizado videojuegos en los centros de enseñanza como herramienta educativa. La investigación analizaba la percepción del videojuego como método educativo entre padres y profesores de niños entre 5 y 12 años. Los principales tipos de videojuegos son edu-

TIPOLOGÍA DE VIDEOJUEGOS MÁS UTILIZADOS

	UNITED KINGDOM	ALEMANIA	FRANCIA	ESPAÑA
Juegos empaquetados	28 %	23 %	28 %	21 %
Apps	18 %	14 %	24 %	20 %
Juegos online	29 %	32 %	44 %	31 %
Juegos descargados	16 %	21 %	20 %	17 %
Juegos sociales	12 %	13 %	17 %	17 %

The videogames in Europe Consumer Study es el primer informe realizado a nivel europeo para analizar los hábitos de consumo *online* y *offline* de los videojugadores. Según ha determinado esta investigación, los hábitos de juego en familia han aumentado ampliamente. En concreto, el 39,5 % de los padres europeos afirman jugar con sus hijos con videojuegos. De estos, un 40 % afirma que lo hace porque sus hijos se lo piden, el 36 % para pasar el tiempo en familia y un 34 % porque es una actividad divertida. Además, el 58 % considera que el uso de videojuegos por parte de menores promueve el desarrollo de su inteligencia, el 47 % que incrementa su creatividad y el 25 % que fomenta la sociabilidad. El uso de videojuegos se ha convertido en una actividad plural e intergeneracional.

cativos (94,3 %), infantil (30,4 %), cartas-juegos de mesa-música-ajedrez (17,1 %), estrategia (15,8 %), aventuras (5,1 %) simulación (3,8 %) y plataforma (3,8 %).

En general, el 79 % de los profesores, tanto de los que han utilizado como los que aún no, aprueban su uso en el aula y el 79 % los considera una herramienta eficaz, principalmente en asignaturas como conocimiento del medio (71 %), matemáticas (68 %), lengua extranjera (64 %) o lengua española (60 %). Así mismo, en su opinión, los videojuegos favorecen el desarrollo de habilidades cognitivas, psicomotoras (destreza visual y discriminación perceptiva, coordinación espacial y lateralidad..) o capacidades personales (autonomía, autocontrol, autoestima, creatividad...). Por otra parte, bajo la perspectiva de los padres, el 92 % aprueba

HÁBITOS DE JUEGO EN FAMILIA

	UK	ALEMANIA	FRANCIA	ESPAÑA
Padres que juegan con sus hijos	23 %	30 %	44 %	29 %
Padres que consideran que desarrolla el intelecto	55 %	55 %	46 %	67 %
Fomentan la creatividad	39 %	61 %	45 %	50 %
Promueven la sociabilidad	38 %	23 %	22 %	27 %

su introducción en las aulas y 8 de cada 10 los considera eficaces como método complementario de enseñanza. Otro tipo de videojuegos que fomentan otros valores son los videojuegos integrados en las redes sociales. Estos tienden hacia la creación de grupos y el refuerzo de la ayuda mutua. Un popular ejemplo es el videojuego de Facebook "Farmville" que arrastra a millones de seguidores.

Según datos aportados por AEVI (Asociación Española de Videojuegos), en 2014, los españoles gastaron 243M€ en consolas de sobremesa y 58M€ en consolas portátiles. La consolidación de la nueva generación de consolas (PS4, Xbox One y Wii U) ha sido un impulsor del segmento de consolas de sobremesa, que ha experimentado un importante crecimiento durante 2014. Según los datos del *Game-track* elaborado por ISFE (Interactive Software Federation of Europe), el valor estimado del consumo *online* de videojuegos en 2014 fue de 241 millones de euros, entre apps (dispositivos móviles) y el resto de plataformas *online*. En comparación con 2013, cuando el valor global del consumo *online* se situó en 170 millones según el *Gametrack*, el incremento ha sido del 41 %. España se configura como un gran mercado internacional en el sector de los videojuegos, tanto en términos de consumo como de penetración social. En este sentido, nuestro país se encuentra en el momento actual entre los cuatro de Europa con más jugadores y con mayor consumo en múltiples pantallas. Ya hay 14 millones de jugadores españoles, un 40 % del total de la población. Esta cifra posiciona a nuestro país entre las cuatro plazas europeas con mayor número de usuarios, solo por detrás de Francia, Alemania y Reino Unido. Los *gamers* españoles de entre 11 y 64 años dedican de media 5,7 horas semanales a jugar videojuegos.

Por grupos de edad, el 77 % de los *gamers* españoles con edades comprendidas entre los 11 y 14 años consumen videojuegos en cualquier formato y pantalla, seguidos del 75 % de los 6 a los 10 años, el 66 % de los 15 a los 24, y el 48 % de entre los 25 y 34 años. Los videojugadores que menos juegan son los de edades comprendidas entre los 35-44 (35 %) y entre los 45-64 (15 %).

Con respecto al tipo de juego, los videojugadores españoles se decantan a partes iguales por los juegos físicos y los *online*, que cuentan con 7

millones de usuarios cada uno. Por su parte, las aplicaciones móviles son la opción preferida de 6 millones de jugadores.

El videojuego llega cada vez a más personas. Las mujeres representan ya el 46 % del total de los usuarios de nuestro país, por delante de otros como Reino Unido (44 %). El crecimiento de la industria del videojuego hace que muchos jóvenes quieran estudiar desarrollo y/o diseño de videojuegos. Ante esta necesidad diferentes universidades y centros de estudios, tanto públicos como privados, han creado titulaciones dedicadas completamente a la creación de videojuegos, que van desde el Ciclo Superior en Animación 3D, juegos y entornos interactivos hasta el grado en Desarrollo y Diseño de Videojuegos, además de una multitud de cursos universitarios, titulaciones propias y Masters relacionados con el sector.

En 2014 se evaluaron con el sistema de clasificación PEGI (*Pan European Game Information*) 1685 títulos. De estos, la gran mayoría fueron juegos para todos los públicos: el 28 % (PEGI 3), el 23,7 % (PEGI 7), el 22,2 % (PEGI 12) y el 15 % (PEGI 16). Por su parte, los videojuegos para mayores de edad (PEGI 18) representaron el 11,1 %.

En un estudio llevado a cabo en el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil de Burgos, durante el año 2014-2015, pudimos objetivar la relevancia de los videojuegos en la población atendida. De hecho, se ha convertido en la principal actividad de tiempo libre de nuestros pacientes, relegando a un segundo plano otras actividades, como el deporte, etc. La cuestión a delimitar es la interferencia que puede llegar a suponer esta forma de diversión en ámbitos como la familia, los estudios, etc. En la población analizada, unos 300 niños de edades comprendidas entre 6 y 14 años, el 69 % utiliza como actividad preferida en el tiempo libre los juegos electrónicos. La edad media de inicio de videojuegos es 8 años, 32 % afirma tener un nivel medio de habilidad en el uso, 31 % avanzado y 11 % experto. A la semana dedican entre 1 a 3 horas el 21 %, 3 a 6 horas el 6 % y más de 6 horas el 3,3 %. El fin de semana lo usan un poco más, 5,3 % más de 6 horas. A su vez, el 21 % usa Internet ocasionalmente para jugar *online* y el 7 % lo usa a diario. Estudiamos la repercusión del videojuego en la dinámica familiar y no encontramos diferencias significativas

en las repercusiones sobre aspectos como la solitud de ayuda, el empleo de tiempo libre o el sentimiento de unión. Sin embargo sí se observó que a mayor cantidad de uso más necesidad de aumentar el tiempo de dedicación, más irritabilidad al intentar reducirlo y más problemas con los estudios. En definitiva, el uso normal no genera problemas, pero el uso excesivo sí, como sucede siempre con cualquier actividad, droga, etc.

¿QUÉ APORTAN LOS VIDEOJUEGOS?

Si los videojuegos son tan malos es que algo bueno tienen que tener. Esa paradoja es generalizable a todas las sustancias o conductas que generan adicción y dependencia. Si los opiáceos generan dependencia es que algo bueno deben hacer en el cerebro: quitan el dolor, reducen la angustia, etc. Por eso mismo los videojuegos son tan estigmatizados por sus “vicios” como admirados por sus “virtudes”, aunque habitualmente son sus pretendidos efectos nocivos los que más se airean, aunque cada vez sean más reivindicados por sus efectos deseables en tareas educativas o sanitarias.

Videojuegos y Aprendizaje

El potencial educativo de los videojuegos se orienta hacia la motivación para el aprendizaje y hacia su utilización con fines didácticos. En las últimas décadas, el término videojuego ya no implica solo el software para videoconsola o PC, sino que surgen nuevas plataformas como los teléfonos móviles o las páginas web, entre otras, que hacen mucho más amplias las posibilidades de entretenimiento. En concreto, la Red es el elemento tecnológico que mayor impacto tiene en los videojuegos, al multiplicar las opciones del usuario para acceder a nuevos tipos y formas de juego. Además, permite interactuar simultáneamente con otros usuarios, independientemente de su localización geográfica.

Aguiar y Farray(2003) afirman que los videojuegos favorecen los reflejos, la psicomotricidad, la iniciativa y la autonomía, pudiéndose introducir en la educación con una finalidad didáctica, para contribuir al logro de determinados objetivos educativos.

Gómez del Castillo (2007), tomando como referencia a diversos autores (Grupo F9; Gree, 2004;

Alfageme, 2003), agrupa en cuatro vertientes los aspectos potenciadores del aprendizaje y beneficiosos para nuestros jóvenes:

a) **Aspectos cognitivos:** memorización de hechos; observación hacia los detalles; percepción y reconocimiento espacial; descubrimiento inductivo; capacidades lógicas y de razonamiento; comprensión lectora y vocabulario; conocimientos geográficos, históricos, matemáticos...; resolución de problemas y planificación de estrategias.

b) **Destrezas y habilidades:** autocontrol y autoevaluación; implicación y motivación, instinto de superación; inversión de esfuerzo que es reconocido de forma inmediata; habilidades motrices, de reflejos y respuestas rápidas; percepción visual, coordinación óculo-manual y percepción espacial; curiosidad e inquietud por probar y por investigar.

c) **Aspectos socializadores:** aumenta la autoestima, proporcionan un sentido de dominio, control y cumplimiento, debido en gran parte a que existen recompensas personalizadas; interacción con amigos de manera no jerárquica (presencial o a distancia).

d) **Alfabetización digital:** suele ser la herramienta para introducir al niño en el mundo de la informática: manejo de ventanas, comprensión de iconos, velocidad en el manejo del ratón.

Los videojuegos de tipo “arcade”, acción, rol y plataforma facilitan el desarrollo de ciertas habilidades motoras, de coordinación mano-ojo-cerebro y los reflejos de los jugadores. Los videojuegos más complejos, como los de estrategia o simulación, se relacionan con el desarrollo de habilidades intelectuales y sociales. Asimismo, otras funciones más específicamente psicológicas, como la motivación, las destrezas organizativas, la toma de decisiones y la cooperación pueden ser promovidas mediante el uso de videojuegos. También cumplen muchos de los requisitos que una enseñanza eficaz debe contemplar y en muchos casos la superan. Las tareas de aprendizaje deben ser atractivas y los refuerzos deben ser agentes motivadores. Los juegos electrónicos reúnen muchas características del aprendizaje social, ya que exigen una organización de las tareas y activan una gran cantidad de reforzadores. Las actividades computacionales que combinan educación y entretenimiento

hacen más fácil y divertido el aprendizaje, y puede generar mejoras en el desarrollo cognitivo. Desde los trabajos clásicos de Piaget, sabemos que el acceso del niño a cualquier nueva habilidad expresiva y relacional conlleva la reestructuración de actividades cognitivas. Así pues, se puede decir que el contacto con las diversas tecnologías implicadas en el videojuego, y el aprendizaje del manejo de los mismos, hace que los niños reestructuren su esquema mental de aprendizaje y acomoden los nuevos aprendizajes a los que ya existen.

El reto actual del profesorado es saber diseñar programas y ámbitos educacionales en los cuales explotar esas potencialidades de aprendizaje, ayudando a que sean los propios alumnos los protagonistas, igual que los jugadores aprenden cuando avanzan pantallas para lograr los retos que el juego impone. Esta opción se centra en potenciar más el proceso educativo de aprendizaje que el de enseñanza. En este sentido, los videojuegos pueden incrementar la motivación para el aprendizaje. Las situaciones que suponen retos continuos y que precisan de una constante superación personal, la competitividad, y los incentivos hacen que se incremente la autoestima y por consiguiente la motivación.

Con todo ello, podemos concluir que los videojuegos, dentro del campo de la docencia, suponen una posibilidad educativa muy interesante, ya que potencian los mecanismos de aprendizaje y permiten desarrollar modelos didácticos novedosos y atractivos.

Videojuegos y capacidad cognitiva

Es interesante analizar la importancia que para el desarrollo cognitivo infantil pueden tener las potencialidades sensomotrices atribuidas a los videojuegos. Entre ellas se incluye la coordinación oculomanual, que constituye, de acuerdo con la teoría de Piaget, la base de posteriores estadios de desarrollo cognitivo. En estudios realizados desde 1983, se ha podido comprobar la existencia de diferencias significativas en la coordinación oculomanual a favor de los jugadores de videojuegos de tipo "Arcade".

Muchos videojuegos incorporan también importantes elementos de tipo perceptivo y deductivo interesantes para la promoción cognitiva. El proceso deductivo de los videojuegos implica que

el jugador solo conoce unas pocas reglas al principio, y que progresivamente, en la medida en que suma experiencia, descubre las estrategias necesarias para mejorar su rendimiento. Otro componente intelectual importante viene determinado por la interacción entre diferentes variables neurocognitivas activadas por muchos videojuegos. Los elementos espaciales están presentes en los modelos bidimensionales y tridimensionales. Numerosos juegos implican la coordinación de dos perspectivas visuales diferentes, o en otros casos se debe establecer una representación tridimensional a partir de diferentes informaciones bidimensionales.

Destacan también los elementos mnésicos implicados en los videojuegos, que afectan a la memoria a corto y largo plazo. Esta última tiene un peso especial en el aprendizaje de nuevos videojuegos, y además pueden producirse interferencias entre los videojuegos aprendidos con anterioridad y el aprendizaje de nuevos juegos.

Los usuarios de videojuegos de acción o de estrategia en tabletas digitales y móviles pueden mejorar sus habilidades cognitivas y de percepción, según un estudio de la Universidad Técnica de Nanyang en Singapur. Entrenar habilidades cognitivas específicas con frecuencia en un videojuego mejora el rendimiento en tareas que comparten similares características. Así, los juegos de acción mejoraban la percepción visual y la atención simultánea sobre varios objetivos. Los juegos que suponen la búsqueda y otras estrategias de combinación de objetos mejoraron la búsqueda visual y la memoria espacial de los participantes.

Un nuevo estudio, realizado en la Universidad de Ciencia Electrónica y Tecnológica de China, ha demostrado que los videojuegos de acción pueden aumentar la densidad de materia gris cerebral, lo cual ayuda a procesar datos de manera más eficaz. Los investigadores compararon a 27 jugadores profesionales y 30 jugadores aficionados, por medio de técnicas de neuroimagen sofisticadas, y detectaron un mayor nivel de interconexión en los cerebros de los jugadores, y mayores habilidades de coordinación y atención entre el ojo y la mano, lo cual se relaciona con el aumento de ciertas conexiones neuronales, especialmente en el hemisferio izquierdo, que es donde se realizan la mayor parte de los cálculos matemáticos y razonamientos lógicos.

Otro estudio, realizado por la "Office of Naval Research" (ONR), asegura que los videojuegos estimulan la inteligencia de los jugadores incrementando su fluidez, es decir, su capacidad para resolver problemas, crear tácticas y adaptarse ágilmente. El Dr. Ray Pérez, vinculado a la investigación, sostiene que los jugadores consiguen entre un 10 % y un 20 % más de capacidad cognitiva y perceptiva que quienes no juegan. Esta investigación se realizó en el ámbito militar, donde los conocimientos adquiridos sobre las potencialidades de los videojuegos son usados para mejorar las estrategias de combate, pero según los autores pueden ser aplicados también para la población en general.

Otra investigación publicada en la revista "American Psychological Association" sugiere que los *First Person Shooter* (Juegos de disparos en primera persona) ayudan a mejorar la percepción espacial y potencian la capacidad de aprendizaje. Según la neurocientífica de la Universidad de Rochester, de EE.UU., Daphne Bavelier, los videojuegos de acción ayudan en la vida real a percibir mejor los detalles y de forma más rápida. Además confieren una mayor capacidad para la toma de decisiones precisas y potencian la plasticidad cerebral que permite acceder a nuevos conocimientos.

En definitiva, el uso frecuente y aplicado de ciertos videojuegos puede contribuir a mejorar ciertas capacidades cognitivas, a desarrollarlas más rápidamente en los niños, y a conseguir mayores eficiencias en tareas que requieren atención, memoria e inteligencia táctica y estratégica.

Videojuegos, carácter y comportamiento

No hay datos que sugieran que la práctica de esta forma de entretenimiento implique variaciones en el temperamento o carácter de los jugadores, ni tampoco que indiquen que estos constituyan *per se* un grupo humano con peculiaridades de personalidad. El comportamiento de jugadores y no jugadores ha sido comparado en diferentes estudios, y nunca se ha encontrado una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos o comportamientos anómalos en estos.

En una revisión realizada en 2014, se concluyó que los videojuegos son una solución viable para mejorar ciertos rasgos del estado mental y físico del usuario. Cada vez hay más estudios que

confirman la solidez de los beneficios inducidos por videojuegos en la capacidad de atención y en la memoria de trabajo, etc. Menos datos sugieren que con ellos se mejoren o empeoren otras cosas, como los estados emocionales patológicos que afectan a la conducta. Todo esto sugiere que se podrían dedicar esfuerzos a crear videojuegos que desarrollen específicamente habilidades cognitivas, y también a generar nuevos modelos de videojuegos que, además de para divertirse, también mejoren los problemas emocionales de las personas, y que se puedan aplicar a situaciones reales de la vida.

En este sentido, el *British Medical Journal* ha publicado los resultados de la investigación más grande que se ha realizado sobre videojuegos hasta ahora. En ella se investigó a 11 mil niños durante 10 años y se comparó el efecto de los videojuegos y la televisión sobre su comportamiento y el riesgo de inducir conductas patológicas o antisociales. El estudio no encontró ningún vínculo entre la exposición a videojuegos y problemas de conducta, síntomas emocionales, hiperactividad, déficit atencional o relaciones sociales. Por el contrario, encontró evidentes beneficios en aspectos de relación social, consultas sobre salud, etc.

Videojuegos y Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es actualmente el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en la edad escolar. Los principales síntomas son la inatención, hiperactividad e impulsividad. Aparece cuando se alteran los genes que codifican los receptores y transportadores de Dopamina y Noradrenalina localizados en la corteza prefrontal, en el Núcleo Estriado y en el Núcleo Accumbens. Estos últimos están implicados en el sistema de recompensa y placer. Los circuitos de recompensa deben tener un determinado nivel de Dopamina (DA) para ir liberándola en pequeñas dosis y así mantener la motivación a largo plazo. El tratamiento psicofarmacológico implica una mayor disponibilidad de Dopamina en el espacio extraneuronal, mejorando las funciones ejecutivas dependientes de este neurotransmisor. En varios estudios clínicos se ha evidenciado en estos pacientes un menor volumen del Núcleo Accumbens, lo que implica menor número de re-

ceptores de Dopamina y, por tanto, menor liberación de la misma para mantener la motivación a largo plazo. Dadas estas premisas, parece interesante valorar la utilización de los videojuegos en estas personas, ya que actúan como reforzadores externos que desencadenan la liberación de DA en Área Tegmental Ventral, activando al Núcleo Accumbens, promotor del sistema de recompensa. Así pues, parece relevante estudiar este tipo de recursos como instrumentos de apoyo terapéutico en niños con este problema.

Concretamente, la empresa Ranj desarrolló un videojuego para ayudar a niños con déficit de atención denominado "Plan It Commander". Consiste en una aventura gráfica muy centrada en la interacción persona-máquina, ya que plantea problemas que el jugador tiene que esforzarse en superar a la vez que aprende. También hay espacio para la interacción en comunidad, ya que los niños pueden ver y evaluar las acciones de los demás, ayudarse unos a otros y dar consejos.

Los productos de ocio digital pueden servir para fortalecer la atención y ayudar a retener más información, según los resultados de un estudio realizado por investigadores de la Universidad de California, corroborado por otro estudio llevado a cabo en la Universidad de Duke, que demostraron que las personas que jugaban de forma habitual con videojuegos podían extraer más datos de una escena visual. A su vez, otro estudio realizado en 2010 sugiere que los niños que juegan con videojuegos de acción alcanzan patrones de atención visual que corresponden a etapas más maduras del desarrollo, en comparación con los niños que no juegan regularmente.

Recientemente, se ha publicado un estudio que concluye que los videojuegos violentos mejoran las habilidades cognitivas asociadas a la visión y la atención. El requisito para que logren esos efectos positivos es que sean de un ritmo muy rápido y que exijan que el jugador parece su atención y realice predicciones en diferentes escalas de tiempo, habilidades que servirán después en su vida cotidiana.

El perfil de los videojuegos recomendados en el TDAH bajo un enfoque terapéutico sería cooperativo, social, de consecución de logros, con una progresión de personaje con *feedbacks* positivos y negativos, y con el objetivo de estimular la

motivación. De esta forma los videojuegos, bien seleccionados y utilizados bajo un enfoque terapéutico, pueden favorecer la mejora de la atención y concentración, el autocontrol y el autoconcepto. El dominio de las situaciones límites presentadas en el juego y poder reexperimentar las secuencias que implican decisión hará que el niño se fije más y aprenda a elegir las opciones correctas, dominando así sus propios impulsos y deteniéndose más a reflexionar. Asimismo, el avance del personaje a través del juego es un elemento motivador que consolida el autoconcepto del jugador.

En definitiva, parece que hay suficientes evidencias como para recomendar el uso de los videojuegos como instrumentos de apoyo terapéutico en niños con TDAH; siempre, lógicamente, en el contexto de un plan terapéutico adecuado que incluya las medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y educativas adecuadas, así como un control familiar de las mismas. El hecho de que las mayores tasas de uso excesivo o adictivo de las nuevas tecnologías se dé en jóvenes con dicho diagnóstico no contradice en absoluto lo anterior, ya que precisamente lo que está sugiriendo es que los jóvenes los utilizan espontáneamente como herramientas de autoestimulación, y precisamente porque les van bien es por lo que corren riesgo de hacer un uso inadecuado cuando el mismo no es controlado. En síntesis, que hay que recomendar y controlar el uso de los videojuegos en jóvenes con esta patología, pero sobre todo que hay más que motivos sobrados para investigarlo más profundamente, tanto a nivel educativo como clínico y neurobiológico.

Videojuegos y Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)

En el ámbito de los TEA los videojuegos se vienen estudiando como una herramienta que puede favorecer el aprendizaje y la interacción social, sobre todo en los niños con Trastorno de Asperger y otros TEA menos graves. Sin embargo, el aspecto negativo es el peligro que pueden conllevar los videojuegos *online* y las redes sociales para personas con una gran ingenuidad social, así como que puedan aumentar la tendencia a aislarse propia de estas patologías, así como la de incrementar las conductas repetitivas o estereotipadas.

En la actualidad se cuenta con aplicaciones y

videojuegos dirigidos a ayudar a reconocer las emociones a través de las expresiones faciales, entender las pautas de comportamiento socio-culturales, aprender habilidades sociales, etc., tan necesarias en estas personas. Concretamente varios investigadores están utilizando el videojuego “Second Life” para ayudar a los niños y jóvenes con autismo de alto funcionamiento a aprender y practicar habilidades para la vida real. Consiste en un mundo virtual 3D creado por la comunidad de jugadores que a través de avatares personalizables se relacionan entre sí: construyen una casa, trabajan, acuden a lugares comunes (museos, parques, templos, a la playa...), etc. Se pretende que a través de este mundo virtual aprendan a interactuar con mayor comodidad en el mundo real.

Videojuegos y fobia social

La fobia social es otra entidad clínica susceptible de mejorar mediante el uso de videojuegos. Bajo esta sintomatología surge “Sym”, lo último en videojuegos independientes de índole experimental. Es un juego bidimensional de puzzles y plataformas protagonizadas por “Josh”, un joven con fobia social. El mensaje primordial tras “Sym” es que ‘la magia’ ocurre únicamente cuando abandonamos nuestra zona de confort, esa ficción con la que nos protegemos de aquello que nos asusta.

Videojuegos en otras indicaciones terapéuticas

Otro tipo de videojuego, denominado “Islands” se emplea en el Hospital de Bellvitge, en Barcelona, para tratar a pacientes con adicciones al juego y trastornos de alimentación. Este juego consiste en transportar al usuario a una isla planteándole como objetivo salir de ella de forma relajada, ya que gana el que mayor autocontrol demuestre, no el que salga primero. Lo más destacable del juego es que mediante biosensores detecta las expresiones faciales y vocales y las reacciones fisiológicas de la persona que lo utiliza, ayudando así a regular sus propias emociones.

Otro videojuego llamado “Dig Rush” se ha patentado recientemente para el tratamiento de la ambliopía. En diferentes pruebas clínicas ha demostrado ser una alternativa a la oclusión ocular utilizada hasta ahora. El videojuego emplea varios niveles de contraste de color rojo y azul que se pueden ver a través de unas gafas estereoscópicas.

Las posibles utilidades de la realidad virtual en el tratamiento del dolor también están siendo estudiadas últimamente, tanto en pacientes con dolor agudo como en el manejo de pacientes crónicos que precisan terapéuticas largas y complejas. Diferentes estudios han demostrado que la distracción cognitiva que proporciona el videojuego puede atenuar la percepción del dolor. De ahí que se fomenten en plantas pediátricas o en fisioterapia, pruebas de imagen, durante la quimioterapia o en la espera previa al quirófano. Dentro del ámbito de la rehabilitación se diseñan dispositivos especiales para lesionados medulares, quemados, personas con distrofia muscular, con esclerosis múltiple o con daño cerebral, entre otros. Entre los dispositivos más comunes se encuentran los botones, pulsadores y *joysticks* adaptados, sensores electromagnéticos, robots, marcadores, guantes, tecnología háptica, acelerómetros y giroscopios.

Otro tipo de dispositivos ayudan a controlar ciertas rutinas relacionadas con la medicación como es el caso del *Glucoboy*. Es un dispositivo que mide los niveles de glucosa en sangre y para que se active el nivel de glucosa habrá de estar dentro de los niveles normales.

Otros dispositivos están relacionados con la estimulación del ejercicio físico (*Exergaming*). El término *Exergaming* deriva de la combinación de las palabras *exercise* y *gaming*, poniendo en común el juego virtual y el ejercicio. Algunos dispositivos se orientan a los ejercicios repetitivos de rehabilitación, y otros simplemente a mejorar la forma física, como el Wii Fit.

Otra perspectiva es su uso para la prevención, promoción y mejora de la salud. Dentro de los temas que trata la Educación para la Salud, los más comunes son los relacionados con la educación sexual, el uso y abuso de drogas (legales e ilegales) y la educación alimenticia.

REFLEXIONES

¿En qué se parece la televisión a los videojuegos? Esencialmente en que ambas se ven en una pantalla. El efecto pantalla, el modelo de pantallocracia global que generan, es tan potente en nuestra sociedad que tendemos a asumir que todo lo que sucede en ellas se parece mucho; cuando, en realidad, hay enormes diferencias entre los diferentes tipos y usos de las pantallas, y aún más

entre los efectos que causan sobre las personas que las observan o utilizan.

Quizá en esta última frase esté la clave. No es lo mismo observar, con los diferentes niveles de compromiso cognitivo y emocional que el observador pueda poner en acción (ver, mirar, atender, divertir, relajar, sedar...), que simplemente utilizar las pantallas, que no implica necesariamente participar, influir, modificar, recibir, enviar, comprender, aprender, ejercitar, etc. Todo esto último es necesariamente activador de funciones cerebrales, de actividades neuropsicológicas, de habilidades psicosociales, relacionales, etc. Así pues, entre las pantallas y el cerebro hay una relación que puede ser anodina, como cualquier otra cosa de la vida, o muy activa, interesada e influyente. Por eso las pantallas son tan buenas, útiles, eficaces, y también tan adictivas o peligrosas. Pero eso es generalizar de forma inespecífica y si en ciencia hay dos palabras peligrosas son justamente la inespecificidad y la generalización.

Por eso mismo, a efectos de lo que pretendemos conocer en esta revisión, podríamos decir que muchos tipos de pantallas y actividades, que podemos agrupar en un primer nivel de análisis en dos tipos, las pantallas pasivas (modelo televisión), que nos lo dan todo hecho y digerido, y nos lo meten en el cerebro por los cauces sensoriales principales (vista y oído), a los que es difícil substraerse tanto si atendemos como si nos desentendemos; y las pantallas activas (modelo videojuegos), que, si las usamos de verdad, nos obligan a atender e interactuar indefectiblemente, ya que lo contrario se inactivan, se apagan o te dan el “game over”. Es cierto que habría un tercer modelo, las pantallas utilitarias (modelo teléfono inteligente o tablet), que pueden ser usadas para las dos funciones anteriores, observar y participar. Pero en el fondo lo de menos es la pantalla, lo importante es para qué y cómo se usen.

Así pues, colegir del uso de una pantalla potenciales efectos beneficiosos o perjudiciales es una simpleza solo acorde con la sosería conceptual de los tiempos modernos, que reduce el uso de las pantallas a dos cosas, trabajar y divertirse, cuando en realidad tienen muchas otras funciones específicas que hay que podríamos aprovechar si se usan como métodos de trabajo aplicados a objetivos concretos.

Dicho lo cual, deberíamos reflexionar sobre el uso de las pantallas para divertirse jugando, es decir, interactuando con ellas en ese complejísimo forma-

to de conducta que los seres humanos hemos denominado juego. Jugar siempre implica actuar e interactuar, ya que conlleva algo de logro, objetivo, reto o apuesta, y eso significa que siempre se realiza por y para algo, con o contra algo, habitualmente junto o contra otras personas o máquinas, lo que a su vez implica relación, emoción, compromiso y destreza.

Luego si sumamos los tres elementos, pantalla-juego-interacción, nos encontramos ante un nuevo modelo de conducta humana compleja, que implica un alto nivel de activación neurológica, psicológica, corporal y social. El futuro de la investigación deberá ir encaminado a establecer modelos específicos de pantallas, contenidos y usos, y relacionarlos con objetivos concretos, que irán desde la simple diversión, información, trabajo, etc., y también a su utilización en tareas sanitarias, que podrían ser de tres tipos: preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras.

Como se aprecia estamos ante un nuevo mundo real y virtual lleno de retos, alicientes e interrogantes, pero, sobre todo, parafraseando a Blas de Otero, “cargado de futuro”.

BIBLIOGRAFÍA

1. **A'12 Anuario de la industria del videojuego.** Asociación Española de Distribuidores y Editores de Software de Entretenimiento. www.adese.es.
2. **A'14 Anuario de la industria del videojuego.** Asociación Española de Distribuidores y Editores de Software de Entretenimiento.
3. **Aguiar Perera, M.V. y Farray Cuevas, J.I.** (2003): Los Videojuegos. Comunicación y pedagogía, nº 191, pp. 33-36.
4. **Bejjanki VR, Zhang R, Li R, Pouget A, Green CS, Lu ZL, Bavelier D.** Action video game play facilitates the development of better perceptual templates. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014 Nov 25; 111(47): 16961-6. doi: 10.1073/pnas.1417056111.
5. **Carlson, N.** Fisiología de la conducta. Pearson: 2005. pp. 635-652.
6. **Dye M.W.G., †Green C.S., and Bavelier D.** The development of attention skills in action video game players. *Neuropsychologia*. 2009 Jul; 47(8-9): 1780-1789. Published online 2009 Feb 7. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.02.002.
7. **Echeburúa E, Corral P.** Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales. *Adicciones*. 2010; 22, 91-96.
8. **Estallo, J. Masferrer, C. & Aguirre, C.** (2001). Efectos a largo plazo del uso de videojuegos. *Apun-*

- tes de Psicología, 19 (1): 161-171. Recuperado en septiembre, 2 2009. Disponible en <http://www.cop.es/infocoponline/pdf/videojuegos.pdf>
9. **Etxebarria, F.** (1998) Videojuegos y Educación. *Comunicar* (10), 171-180. Recuperado en Septiembre, 1 disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/158/15801026.pdf>.
 10. **Garrido, J.** (2008) "Con el dedo en la pantalla". El uso de un videojuego de estrategia mediación de aprendizajes curriculares. *Revista Electrónica Teoría de la Educación* 9 (3), 111-113 recuperado en septiembre, 4, 2009, disponible en <http://ww.usual.es/teoriaeducacion>.
 11. **Gómez del Castillo, M.T.** (2007): Videojuegos y transmisión de valores. *Revista iberoamericana de comunicación*, vol. 43, nº 6. Documento electrónico: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1909Castillo.pdf>.
 12. **González, C. y Blanco, F.** (2008) Emociones con Videojuegos: Incrementando la Motivación para el Aprendizaje. *Revista Electrónica Teorías de la Educación, Educación y Cultura en la Sociedad de la Informática.* 9 (3), 1-24. Recuperado en septiembre 19, 2009, disponible en <http://www.usual.es/teroiiaeducacion>.
 13. **Griffith, J.L., Voloschin, P., Gibb, G.D. y Bailey, J.R.** (1983). Differences in eyehand motor coordination of videogame users and non-users. *Perceptual and Motor Skills*, 57, 155-158.
 14. <http://es.slideshare.net/mercalguz27/los-videojuegos-estimulan-la-inteligencia>.
 15. <http://juegos.es/social/sindrome-de-asperger-y-videojuegos-98975>.
 16. <http://mundoinformaticoeducacion.blogspot.com.es/2013/01/videojuegos-terapeuticos.html>.
 17. <http://w3.cnice.mec.es/recursos/secundaria/transversales/ocio/cap7/videojuegos.htm>.
 18. <http://www.eae.es/news/2015/01/26/el-mercado-del-videojuego-en-espana-movio-763-millones-de-en-2014-con-un-crecimiento-del-31-respecto-al-2013>.
 19. http://www.eldefinido.cl/actualidad/mundo/16185_beneficios_inesperados_de_los_videojuegos/.
 20. http://www.eldiario.es/catalunya/adios_a_las_armas/Videojuegos-guerra-formacion-terapeutica_6_261833844.html.
 21. http://www.eldiariomontanes.es/v/20131121/sociedad/otras_noticias/videojuego-alia-contra-tdah-20131121.html.
 22. <http://www.hobbyconsolas.com/noticias/jugar-videojuegos-ayuda-mejorar-las-conexiones-cerebro-116526>. Un nuevo estudio realizado en la Universidad de Ciencia.
 23. <http://www.scoop.it/t/efefuturo/p/3998383594/2013/03/15/los-videojuegos-pueden-mejorar-las-habilidades-cognitivas-segun-un-estudio>.
 24. <http://www.vadejuegos.com/noticias/sym-puede-un-videojuego-paliar-el-trastorno-de-ansiedad-social-20150331.html>.
 25. <http://www.valenciaplaza.com/ver/151008/dig-rush-primer-videojuego-terapeutico-tratar-ojo-vago-ambliopia.html>.
 26. **Inteco y Adese** (2010): Guía para padres y madres sobre uso seguro de ITE (2009) Educación para la salud. Orientación educativa. Extraído el día 7 de Octubre de 2010 desde: http://www.ite.educacion.es/w3/recursos2/orientacion/03accion/op05_b.htm.
 27. **Kold, B. y Whishav, L.** Neuropsicología humana. Panamericana: 2006. pp. 117-138.
 28. **Marqués, P** (2000): Videojuegos. Las claves del éxito. Cuadernos de Pedagogía, 291, pp. 55-62.
 29. **Mishra J., Bavelier D., and Gazzaley. A.** How to Assess Gaming-Induced Benefits on Attention and Working Memory. *Games Health J.* 2012 Jun; 1(3): 192-198. doi: 10.1089/g4h.2011.0033.
 30. **Morales C.** Los videojuegos y sus efectos sobre el desarrollo cognitivo y conductual de los niños. 2009. Disponible en http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis_Educacion/Curriculo_ens_2010/CMoralesCardona_09122009.pdf.
 31. **Schwartzing, R.** Neurotransmisores y centros del placer. *Mente y cerebro*, Nº3. pp. 51-57.
 32. **Sue D., Ray P, Talaei-Khoei A, Jonnagadda J, Vichitvanichphong S.** Assessing Video Games to Improve Driving Skills: A Literature Review and Observational Study. *JMIR Serious Games.* 2014 Jul-Dec; 2(2): e5. Published online 2014 Aug 7. doi: 10.2196/games.3274.
 33. **Sutera, M.** 349 (2008). Los videojuegos en el tercer milenio: El Tercer Tiempo. Recuperado en abril, 24 disponible en <http://www.eltercertiempo.com/ae/articulos/articulos-010.htm>.
 34. **Videojuegos para la salud.** Eva Perandones Serrano. VI Curso Comunicación y Salud. Nuevos escenarios y tendencias en tiempos de crisis. Noviembre 2010.
 35. **Videojuegos por menores.** Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación. Asociación Española de Distribuidores y Editores de Software de Entretenimiento.
 36. **Yarto C.** (2001). Las Nuevas Tecnologías y su impacto en el desarrollo de habilidades en los niños. Recuperado en abril, 20 disponible en <http://hipertextos.mty.items.mx/num3consuelo.html>.

Trastorno de Dependencia Grupal en un Grupo de Manipulación Psicológica o Secta Coercitiva: A propósito de un caso

Group dependence disorder in a group of psychological manipulation or coercive sect: case of report

Vega González-Bueso* Juan José Santamaría**, Laura Merino**, Elena Montero**,
Margarita Cano Vega*

Recibido: 20/09/2015

Aceptado: 09/12/2015

Resumen

La literatura muestra que las características y prácticas de los Grupos de Manipulación Psicológica tienen efectos negativos en la salud mental de sus miembros. Este trabajo de investigación presenta un caso de una paciente con Dependencia Grupal, examinando la efectividad de un tratamiento Cognitivo Conductual de 16 sesiones de duración, descrito en el artículo. Se tomaron medidas psicométricas antes y después de realizar el tratamiento. Los resultados muestran que después de la intervención la paciente alcanzó los objetivos terapéuticos fijados (entre ellos el abandono del grupo) y se observó una mejora en la sintomatología clínica. Los cuestionarios reflejaron una reducción de la sintomatología psicológica previa (somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, psicoticismo y ansiedad). Este caso sugiere que la utilización de terapia cognitivo conductual puede ser útil para tratar casos con dependencia grupal, así como para tratar los síntomas derivados de ella.

Palabras clave: Grupos de Manipulación Psicológica. Tratamiento Cognitivo Conductual. Psicopatología.

*Clinical Psychologists in the AIS-PRO JUVENTUD Atención e Investigación de Socioadicciones (España).

**Psychologists in the AIS-PRO JUVENTUD Atención e Investigación de Socioadicciones (España).

Correspondencia: Dra. Vega González Bueso
AIS (Atención e Investigación de Socioadicciones)
C/ Forn 7-9 Local
08014, Barcelona, Cataluña, Spain
E-mail: vgonzalez@ais-info.org

Summary

The literature shows that the characteristics and practices of groups of psychological manipulation have negative effects on the mental health of its members. This research presents a case of a patient with Group Dependence, examining the effectiveness of a cognitive behavioral treatment with a duration of 16 sessions (described in this article). Psychometric measures were taken before and after performing the treatment. The results show that after the therapeutic intervention, the patient reached the therapeutic objectives (including the abandonment of the group) and clinical improvement was observed. The questionnaires showed a reduction in the previous psychological symptoms (somatization, interpersonal sensitivity, depression, anxiety and psychoticism). This case suggests that the use of cognitive behavioral therapy may be useful in treating cases of group dependence and to treat the symptoms resulting from it.

Key words: Psychological Manipulation Groups. Cognitive Behavioral Therapy. Psychopathology.

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre Grupos de Manipulación Psicológica (GMP) se ha centrado en diferentes aspectos relacionados con ellos, principalmente de una manera teórica. Algunos autores se han centrado en los aspectos sociológicos de estos grupos (Pascual & Vidaurrázaga, 2005), otros han definido los GMP en función de su taxonomía y la severidad de sus componentes o estrategias de manipulación (Rodríguez-Carballeira *et al.*, 2013, Rodríguez-Carballeira *et al.*, 2015). Finalmente, algunos autores han investigado las consecuencias adversas que las prácticas desarrolladas en ellos tienen para sus miembros.

Aunque parece claro que las características intrínsecas y las prácticas de estos grupos (aislamiento, amenazas, coerción psicológica y/o física...) deberían tener efectos negativos en la salud mental de sus miembros, la literatura sobre problemas de psicopatología relativos a GMP o sectas coercitivas es controvertida. Algunos autores defienden el peligro de este tipo de grupos para la salud mental de sus miembros y exmiembros (Aronoff, Lynn, & Malinoski, 2000; Lilliston & Shepherd, 1999). En cambio, otros sugieren que los nuevos cultos o religiones solamente representan una alternativa cultural, sin consecuencias psicológicas (Anthony & Robbins, 2004, Ungerleiger and Wellisch, 1979).

En los 80, Spero (Spero, 1982) intentó elaborar una lista sintomática en miembros y exmiembros

de GMP. El autor identificó varios síntomas comunes en los sujetos estudiados: deterioro de la salud física o negligencia en hábitos de salud, pensamiento unilateral, ideación paranoide y/o fóbica, expresión emocional espontánea reducida, devaluación de la propia imagen y despersonalización.

En años posteriores, algunos autores han puesto de manifiesto que algunos grupos son psicológicamente peligrosos, encontrando variedad de síntomas psicológicos como depresión, ansiedad, disociación, pasividad, sentimientos de culpa, brotes psicóticos y fobias, entre otros (Martin, Langone, Dole, & Wiltrout, 1992; Singer & Ofshe, 1990; West & Martin, 1994, Day & Peters, 1999).

Aun así, la evidencia disponible sobre aspectos psicopatológicos en miembros o exmiembros es escasa y los resultados deben ser interpretados con precaución debido a las siguientes razones: las presiones de conformidad que reciben los miembros de estos grupos, la falta de grupos de comparación en la mayoría de los estudios, el uso de medidas psicopatológicas no estandarizadas, los sesgos en el muestreo y en la información obtenida y finalmente, las escasas condiciones de control durante las evaluaciones.

Actualmente, la única referencia que aparece en el manual diagnóstico DSM-5 (APA, 2013) a los problemas generados por los GMP se sitúa dentro de la categoría diagnóstica Trastorno Disociativo no Especificado, reconociéndose una “perturba-

ción de la identidad debido a una persuasión coercitiva intensa y prolongada (p.e., lavado de cerebro, reforma de pensamiento, adoctrinamiento) en cautiverio, tortura, encarcelamiento político, reclutamiento por una secta o culto, o por organizaciones terroristas”.

Así, en el manual no se incluye la membresía en un GMP como una categoría diagnóstica, y solo es reconocida la capacidad de la manipulación coercitiva para generar problemas mentales intensos. Asimismo, no aporta síntomas específicos que faciliten a los profesionales criterios objetivos para un correcto diagnóstico, por lo tanto, el uso clínico de esta referencia es escaso.

Objetivos del estudio

Teniendo en cuenta que los resultados de la literatura sobre psicopatología en miembros y exmiembros de GMP son inconsistentes, es necesario clarificar las características psicopatológicas de este tipo de pacientes para poder mejorar la prevención y el tratamiento aplicados.

El presente trabajo pretende estudiar las características de personalidad y psicopatológicas de una paciente afectada por un Grupo de Manipulación Psicológica, así como exponer el tratamiento y los resultados obtenidos por este.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

La paciente es una mujer de 50 años, separada desde hace 10 años, vivía con sus dos hijas en el momento de consulta. Finalizó estudios técnicos en Radiología. Trabajaba actualmente en varios hospitales combinando horarios. En cuanto a las relaciones familiares, la paciente apenas tenía contacto con sus hijas a pesar de vivir con ellas, y solo existía comunicación con su hermana, que también pertenecía al grupo.

No presentó dificultades en el desarrollo evolutivo. Tuvo una crianza tradicional.

Antecedentes médicos personales

No refirió antecedentes médicos de interés.

Antecedentes psiquiátricos personales

No refirió antecedentes psiquiátricos de interés.

Antecedentes psiquiátricos familiares

No refirió antecedentes psiquiátricos familiares de importancia.

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

La petición inicial de ayuda se realizó por parte de la afectada, debido a las dudas sobre si la líder del grupo había ejercido técnicas de manipulación psicológica sobre ella, a raíz de la asistencia a consulta de otra persona, amiga de la paciente, afectada por el mismo grupo.

HISTORIA DEL PROBLEMA

Explica que a los 24 años estableció contacto con un grupo de Yoga con la intención de mejorar su bajo estado de ánimo. A lo largo de los años la mera práctica de este deporte se fue transformando en una situación de coerción y manipulación mental, por parte de la profesora hacia sus alumnos. El resultado de estas prácticas fue que, durante 26 años, la paciente y los demás adeptos dieron a la profesora (líder) grandes cantidades de dinero, generando en ella graves problemas financieros, fueron aislados de sus amigos, familiares y otros soportes sociales, llegando incluso a la separación de su marido, y ocupaban prácticamente todo su tiempo en actividades relacionadas con el grupo. En el momento de consulta la paciente albergaba dudas hacia la líder del grupo, pero era incapaz de abandonarlo. Presentaba confusión mental, negación sobre su situación financiera y otros problemas relacionados con la pertenencia al grupo, y desconfianza hacia el terapeuta. Refería estar nerviosa y apática, dificultades en la conciliación y mantenimiento del sueño y cambios en los hábitos alimentarios, con una reducción de la ingesta debido a la falta de apetito.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Durante 26 años la líder del grupo practicó diversas técnicas de manipulación mental y coerción, que consistían en el control total del ambiente y la comunicación de la afectada, aislamiento so-

cial y familiar, presión y control sobre su alimentación y sueño, amenazas y humillaciones públicas, instigación de culpa, instauración de crítica hacia su vida pasada y fuera del grupo... que propiciaron en la paciente una destrucción de su autoestima, cambios en su personalidad, ansiedad, fobias acerca de personas ajenas al grupo o al planteamiento de abandonar el grupo, confusión mental, miedo a tomar decisiones propias y sentimientos de culpa.

En el momento de la evaluación la paciente consideró el grupo al que pertenecía como un grupo peligroso, según los resultados de la escala GPA (Chambers, Langone, Dole, & Grice, 1994) y cumplió criterios para Síndrome de Dependencia Grupal según el cuestionario desarrollado por AIS (Cubero, 2001) (Ver Figura 1), cumpliendo con la totalidad de los criterios diagnósticos.

ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO

La paciente presentaba escasa motivación hacia el tratamiento. Después de unas visitas motivacionales, se acordaron unas metas generales de tratamiento que consistían en la salida del grupo de manipulación psicológica y la reducción de la sintomatología, generada a raíz de la pertenencia a dicho grupo y las prácticas de coerción aplicadas durante esos años.

ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos terapéuticos fueron: la disminución de los deseos y pensamientos distorsionados relacionados con el grupo, adquirir capacidad crítica

1. El tiempo dedicado al grupo es considerado excesivo (al menos uno de los siguientes criterios):
 - a. El tiempo dedicado al grupo ha aumentado progresivamente.
 - b. Excesiva disminución del tiempo dedicado a la familia, el trabajo o las relaciones sociales.
2. Reacciona con irritabilidad y/o angustia cuando no puede acudir a las reuniones o actividades del grupo.
3. Cambios en la actitud hacia las personas de su entorno previo (al menos dos de los siguientes criterios):
 - a. –actitud fría y distante,
 - b. –mentiras,
 - c. –actitud hostil,
 - d. –miedo.
4. Autocrítica desmedida hacia su pasado pregrupo.
5. Concede al grupo una importancia excesiva y en desacuerdo con la realidad.
6. Se tolera y justifica la explotación personal en diferentes ámbitos, por ejemplo, el laboral, el económico o el sexual.
7. Se incrementa la actividad diaria total, como consecuencia de la creciente dedicación al grupo.
8. Vivencias maniformes de euforia y entusiasmo.
9. Tendencia al discurso monotemático.
10. Cambios de conducta llamativos de acuerdo con las normas o costumbres del grupo (al menos dos de los siguientes criterios):
 - a. – En la indumentaria o cuidado personal.
 - b. – En el lenguaje.
 - c. – En las aficiones.
 - d. – En el comportamiento sexual.

Figura 1

Criterios diagnósticos propuestos por AIS para el Síndrome de Dependencia Grupal

respecto al grupo, al líder y a otras situaciones de manipulación, adquirir capacidad de mantener distancia con el grupo y/o el líder, mejora de la autoestima, asertividad, habilidades sociales y déficits emocionales, incremento de las habilidades de resolución de problemas y de la sensación de autoeficacia, identificación de situaciones problemáticas y adquisición de estrategias de afrontamiento, adquisición de actividades alternativas al grupo en ocio, reestructuración de pensamientos distorsionados respecto al grupo o líder, incremento de la confianza en el seno familiar y mejora de las relaciones y superación de la sensación de abandono.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Se decidió aplicar un tratamiento de orientación Cognitivo Conductual (TCC). La literatura científica no muestra resultados para el tratamiento de elección de los problemas generados por los GMP. Aun así, múltiples investigaciones han explorado el éxito de la TCC en problemas de ansiedad, depresión, fobias y autoestima, y han mostrado su efectividad a corto y largo plazo para reducir la sintomatología de la mayoría de los trastornos mentales.

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA FASE

La evaluación utilizada al inicio y final de tratamiento fue la siguiente:

Exploración psicopatológica

Temperament and Character Inventory revised version (TCI-R) (Cloninger, 1999). Cuestionario de 240 ítems que mide siete dimensiones de personalidad: cuatro de temperamento (evitación del daño, búsqueda de sensaciones, dependencia a la recompensa y persistencia) y tres dimensiones de carácter (autodirección, cooperación y autotrascendencia). El cuestionario está validado en España (Gutiérrez-Zotes *et al.*, 2004) con buena consistencia interna (Coeficiente alpha) de 0,87.

Symptom Checklist-90 items-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1990). Cuestionario ampliamen-

te utilizado para medir el estado psicopatológico actual. Consiste en 90 ítems que dan lugar a 9 dimensiones sintomáticas primarias: Somatización, Obsesivo-Compulsiva, Sensibilidad Interpersonal, Hostilidad, Depresión, Ansiedad, Ansiedad Fóbica, Psicoticismo e Ideación Paranoide. Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas (Derogatis, 2002), obteniendo una media de consistencia interna de 0,75 (coeficiente alpha de Cronbach).

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg, 1989). Es una escala utilizada para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg). El autor del cuestionario no estableció un punto de corte para los resultados, aunque diversos investigadores muestran que en población española, tanto psiquiátrica como no psiquiátrica, una puntuación menor de 26 sería indicadora de una autoestima baja (Vázquez-Morejón, Jiménez, & Bellido-Zanin, 2013). Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas, obteniendo una media de consistencia interna de 0,86 (coeficiente alpha de Cronbach) (Vázquez-Morejón, García-Bóveda & Jiménez, 2004; Vázquez-Morejón, Jiménez, & Bellido-Zanin, 2013).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). Este cuestionario evalúa por separado las dimensiones de ansiedad estado y rasgo. Ambas escalas fueron desarrolladas como medidas unidimensionales. Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas (Coeficiente alpha: 0.93) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982).

Group Psychological Abuse Scale (GPA-S) (Chambers, Langone, Dole & Grice, 1994) (Almendros, Carrobes, Rodríguez-Carballeira, & Jansa, 2004). Es un cuestionario estandarizado que representa un enfoque empírico a la caracterización del entorno de los GMP. Puede diferenciar entre grupos no convencionales, no ortodoxos y grupos de abuso psicológico. La escala, en definitiva, mide la peligrosidad de un grupo. Está validada en España con buenas propiedades psicométricas (Coeficiente alpha: 0,89) (Almendros *et al.*, 2012).

Criterios Diagnósticos para Síndrome de Dependencia Grupal (Cubero, 2001). Criterios diagnósticos desarrollados por AIS para medir el grado de afectación negativa que un GMP ha tenido sobre una persona.

Por último, se utilizó una entrevista clínica semiestructurada para la obtención de otras variables de interés (clínicas, demográficas, educativas y socio-familiares) relacionadas con la pertenencia a un Grupo de Manipulación Psicológica (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1996).

Observaciones durante las visitas

Durante las sesiones, se observaba la posible presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, sentimientos de alienación e indefensión, confusión mental, vergüenza y culpa. Sumado a esto, la paciente expresaba tener pensamientos autolíticos y baja autoconfianza.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

En la Tabla 1 se pueden ver los resultados de la evaluación mediante cuestionarios psicométricos.

En el momento de la evaluación, la paciente presentaba elevada somatización, sensibilidad interpersonal, depresión y psicoticismo medidas a través del SCL-90-R. Tanto su ansiedad rasgo como su ansiedad estado fueron también elevadas, según las puntuaciones obtenidas en el STAI.

Como características de personalidad, la afectada mostraba elevada búsqueda de sensaciones y auto trascendencia, y bajas autodirección y coope-

ración. Así mismo, las puntuaciones del cuestionario RSES indicaron una baja autoestima.

Respecto a los aspectos relacionados con el GMP, los resultados del GPA-S señalaron que la paciente consideraba el grupo como peligroso, al obtener una puntuación de 98 (punto de corte 84). Finalmente, cumplía todos los Criterios Diagnósticos para Síndrome de Dependencia Grupal.

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento aplicado fue un tratamiento de orientación Cognitivo Conductual. Se trató de un tratamiento individual, durante 16 sesiones (con una frecuencia quincenal), cada sesión tenía una duración aproximada de 45 minutos.

El tratamiento se dividió en tres fases.

La primera fase fue la recepción del paciente y el establecimiento de la alianza terapéutica. Las personas afectadas por GMP sufren una serie de manipulaciones y técnicas de control mental que afectan a la manera que tienen de interpretar la realidad propia y ajena. Son un tipo de pacientes con características especiales (baja motivación, nula conciencia de trastorno, sobrevaloración positiva de su estado, deseo de presentarse como o personas sanas e independientes...), por lo tanto, suelen rechazar el tratamiento y esta es una fase esencial.

Tabla 1
Resultados de las pruebas psicométricas antes del tratamiento de la persona afectada

PUNTUACIONES PRETRATAMIENTO			
Puntuaciones SCL-90-R		Puntuaciones TCI-R	
Somatización	2,25	Bus. de Sensaciones	117
Obsesión-compulsión	1,50	Evitación del daño	92
Sensibilidad Interpersonal	1,44	Dep. Recompensa	107
Depresión	2,31	Persistencia	117
Ansiedad	1,60	Autodirección	132
Hostilidad	0,67	Cooperación	156
Ansiedad Fóbica	1,00	Autotrascendencia	89
Ideación paranoide	0,67	Puntuaciones STAI	
Psicoticismo	1,60	Ansiedad Estado	36
GSI	1,59	Ansiedad Rasgo	31
		Puntuaciones RSES	
		Autoestima	25

Durante esta fase se utilizó la escucha activa, la empatía, el interés genuino, un entorno seguro...

Una vez establecimos una buena alianza, se pasó a la segunda fase, que es la intervención en sí misma. Durante esta fase se le ofreció a la paciente información y los elementos necesarios para reflexionar sobre el grupo al que pertenecía, y sobre cómo esta pertenencia estaba afectando a su vida. Para ello se utilizó psicoeducación sobre los GMP y sobre las técnicas de manipulación coercitiva.

Después de 4 visitas, la paciente decidió abandonar el grupo y abordamos la tercera fase del tratamiento: el tratamiento de las afectaciones psicológicas generadas por el grupo. Esta parte se enfocó en lidiar con los sentimientos de culpa y otros conflictos relacionados generados por el abandono del grupo: la confusión mental, las sensaciones de inseguridad e inutilidad, los sentimientos de alienación, la ansiedad, depresión, etc., que mostraba la paciente. Para ello se utilizaron técnicas como entrenamiento en habilidades sociales y relacionales, reestructuración cognitiva, entrenamiento en gestión emocional, autoregistros, etc.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Después del tratamiento la comunicación social y familiar de la paciente ha mejorado y tiende a normalizarse, se recuperó el contacto y mejoraron las relaciones. La ansiedad que le generaban algunas situaciones como escuchar una llamada de móvil (ya que la líder le exigía atención absoluta a sus llamadas durante las 24 horas del día), algunas fechas relacionadas con el grupo, la posibilidad de encontrarse a la líder en su lugar de trabajo... ha remitido y han desaparecido los pensamientos autolíticos.

Ha cesado todo contacto con la líder del grupo y, actualmente, es capaz de mantener esa distancia y elaborar opiniones críticas respecto a la persona que mantenía control sobre ella, sin justificar sus actos, y respecto a la manipulación mental en general.

Los resultados que se presentan en la Tabla 2 son la comparación entre los resultados de los cuestionarios pre y postratamiento más relevantes.

Las puntuaciones de los cuestionarios psicométricos parecen confirmar las observaciones clí-

Tabla 2
Resultados psicométricos principales pre y postratamiento

COMPARACIÓN PRE - POSTRATAMIENTO		
Puntuaciones SCL-90-R		
	Punt. Pre	Punt. Post
Somatización	2,25	1,42
Sensibilidad		
Interpersonal	1,44	0,44
Depresión	2,31	1,62
Psicoticismo	1,60	0,60
Puntuaciones STAI		
Ansiedad Estado	36	25

nicas. Puede observarse una notable reducción en las vivencias de disfunción corporal, en la sensibilidad interpersonal (que podría indicar un aumento de la autoconfianza), en los síntomas depresivos, y en la escala psicoticismo, (que en este caso podría estar relacionada con sentimientos de alienación social). Finalmente, también se redujeron los niveles de ansiedad estado.

SEGUIMIENTO

Actualmente la paciente se encuentra en fase de seguimiento (6 meses), los cambios continúan siendo estables.

OBSERVACIONES

Aunque la evidencia disponible sobre aspectos psicopatológicos en miembros o exmiembros de GMP y eficacia de tratamiento para esta problemática es escasa o nula, la variedad de síntomas encontrados en investigaciones anteriores (Martin, 1993; Singer & Ofshe, 1990; West & Martin, 1996; Day and Peters, 1999) parecen coincidir con las mostradas por el caso que nos ocupa.

Por otra parte, algunos autores describen el estado psicopatológico del miembro como un estado de adicción (Galanter, 1980; Halperin & Markovitz, 1991; Rebhun, 1983). Esta comparación está basada en la hipótesis de que ciertas prácticas rituales en este tipo de grupos son capaces de desencadenar en el cerebro los mismos mecanismos que las drogas u otros comportamientos adictivos en

relación a la dopamina, serotonina y ciertas secreciones de endorfina. En el caso que nos ocupa, la paciente mostró cumplir con todos los criterios de dependencia grupal, aunque estos criterios no se encuentran validados actualmente sí aportan información clínica relevante.

Los resultados de este trabajo podrían tener varias implicaciones clínicas. Primero, para mejorar la adherencia al tratamiento y la implementación de la terapia de este tipo de pacientes, los clínicos deberían estar atentos a los niveles de motivación y conciencia de problema, esto parece ser crucial para obtener los resultados deseados. Y segundo, los clínicos deberían evaluar la psicopatología y perfil de personalidad, y tener en cuenta los resultados a la hora de decidir qué enfoque terapéutico se utilizará.

Como conclusión, la reducción en la sintomatología asociada a la pertenencia al grupo, así como el abandono de este y el aumento de la capacidad crítica respecto a su situación anterior podrían poner de manifiesto que un tratamiento de orientación Cognitivo Conductual podría ser efectivo en este tipo de pacientes.

LIMITACIONES

Siendo un estudio de caso único los resultados no pueden ser generalizados. Investigaciones futuras deberían replicarlo con una muestra mayor e incluyendo grupo control. A pesar de esto, este estudio describe con medidas estandarizadas (con medidas pre y post) el caso y tratamiento de una persona afectada por un GMP; hasta donde llega nuestro conocimiento, no existe ninguna investigación similar publicada.

RECONOCIMIENTOS

Apoyo financiero parcial fue recibido del Departament de Salut (7827829310), del Institut Català de les Dones (PS-205/14), del Departament de Benestar Social i Família, del Departament d'Acció Social i Ciutadania - ICASS - (288/3/2014) i Direcció General de Juventut (2014/00138) de la Generalitat de Catalunya, del Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports (14S01411-001), de la Regidoria d'Adolescència i Joventut (14S01546-001) del Ajuntament de Barcelona y del Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (560/IRPF 2013).

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Almendros, C., Carrobes, J.A., Rodríguez-Carballeira, A., Gámez-Guadix, M., Saldaña, O., García-Sánchez, R. & Salazar, N.** (2012). Fiabilidad Test-Retest y Validez Diagnóstica de la Escala de Abuso Psicológico en Grupo (GPA-S). *International Journal of Cultic Studies*, 3: 35–48. Retrieved from <http://www.icsahome.com/articles/fiabilidad-test-retest-y-validez-diagnostica-almendros-ijcs-2012>.
2. **Anthony, D., Robbins, T.** (2004). Conversion and “Brainwashing” in new religious movements. En J. R. Lewis (ed), *Oxford Handbook of New Religions*. Oxford: Oxford University Press.
3. **APA.** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th. Edition (DSM-5). (A. P. Association., Ed.). Washington, DC.
4. **Aronoff, J., Lynn, S.J. & Malinoski, P.** (2000). Are cultic environments psychologically harmful? *Clinical Psychology Review*, 20(1): 91–111. doi:10.1016/S0272-7358(98)00093-2.
5. **Chambers, W.V., Langone, M.D., Dole, A.A. & Grice, J.W.** (1994). The Group Psychological Abuse Scale?: A Measure of the Varieties of Cultic Abuse. *Cultic Studies Journal*, 11(1): 88–117. Retrieved from https://docs.google.com/document/d/11PMGfUXuQ5ii8Pa0YyoOlj4XBWjChAXdr0TnR_CLTk/edit?copiedFromTrash.
6. **Cloninger, R.** (1999). Temperament and Character Inventory-Revised. Unpublished Data.
7. **Cubero, P.** (2001). El sectarismo como trastorno psiquiátrico. In AIS (Ed.), *Libro de Ponencias I Jornadas sobre el trastorno de dependencia grupal en los grupos de manipulación psicológica*. (pp. 17–24). Barcelona.
8. **Day, S. & Peters, E.** (1999). The incidence of schizotypy in new religious movements. *Personality and Individual Differences*, 27(1): 55–67. doi:10.1016/S0191-8869(98)00218-9.
9. **Derogatis, L.R.** (1990). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore, MD.

10. **Derogatis, L. R.** (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas-Manual. [Questionnaire of the 90 symptoms-manual]. Madrid.
11. **First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. & Williams, J.** (1996). Users Guide for the Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders — Research Version (SCID-I, Version 2.0). New York, NY.: New York State Psychiatric Institute.
12. **Galanter, M.** (1980). "Psychological Induction into the Large-Group: Findings From a Modern Religious Sect". *American Journal of Psychiatry*, 137: 1574-1579.
13. **Gutiérrez-Zotes, J.A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C.R. & Fernández-Aranda, F.** (2004). Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R). Standardization and normative data in a general population sample. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1): 8-15. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14963776>.
14. **Halperin, D & Markovitz, A.** (1991). Residential Treatment: The Potencial for Cultic Evolution. *Cultic Studies Journal*, 8: 46-61.
15. **Lilliston, L & Shepherd, G.** (1999). New Religious Movements and Mental Health, In *New Religious Movements: Challenges and Responses*, edited by Bryan R. Wilson and Jamie Cresswell, New York; London: Routledge, 123-39.
16. **Martin, P.R.** (1993). Post-cult recovery: Assessment and rehabilitation. In: M.D. Langone (Ed.), *Recovery from cults: Help for victims of psychological and spiritual abuse* (pp. 203-231). New York: W.W. Norton.
17. **Martin, P.R., Langone, M.D., Dole, A.A. & Wiltrout, J.** (1992). Post-cult symptoms as measured by the MCMI before and after residential treatment. *Cultic Studies Journal*, 9: 219-249.
18. **Pascual, J. & Vidaurrázaga, E.** (2005). Grups de manipulació psicològica a Catalunya: situació i conceptes. (AIS, Ed.). Barcelona: Desenvolupament Comunitari.
19. **Rebhun, J.** (1983). The Drug Rehabilitation Programs: Cults in Formation?. In D.Halperin (Eds.). *Psychodynamic Perspectives on Religion, Sect and Cults*. EEUU: 221-245.
20. **Rodríguez-carballeira, A., Almdros, C., Escartín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F. & Carrobles, J.A.** (2013). Preliminary Taxonomy of Psychological Abuse Strategies?: Within Partner Relationships, at the Workplace, and in Manipulative Groups. *International Journal of Cultic Studies*, 4: 1-16. Retrieved from <https://docs.google.com/document/d/1iOjWMa0K9gyPEYpuTeUjiefxILZHyiRvT1dJwgpCwU/edit>.
21. **Rodríguez-Carballeira, A., Saldaña, O., Almdros, C., Martín-Peña, J., Escartín, J. & Porrúa-García, C.** (2015). Group psychological abuse: Taxonomy and severity of its components. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 7(1): 31-39. doi:10.1016/j.ejpal.2014.11.001.
22. **Rosenberg, M.** (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middleton: R, CT: Wesleyan University Press.
23. **Singer, M. & Ofshe, R.** (1990). Thought reform programs and the production of psychiatric casualties. *Psychiatric Annals*, 20: 188-193.
24. **Spielberger, C., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E.** (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
25. **Spero, M.H.** (1982). Individual psychodynamic intervention with religious cult devotees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170: 332-344.
26. **Spielberger C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E.** (1982). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA Ediciones.
27. **Ungerleider, J.T. & Wellisch, D.K.** (1979). Coercive persuasion (brainwashing), religious cults, and deprogramming. *American Journal of Psychiatry*, 136(3): 279-282.
28. **Vázquez-Morejón, A., García-Bóveda, R. & Jiménez, R.** (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2): 247-255. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>.
29. **Vázquez-Morejón, A., Jiménez, R. & Bellido-Zanin, G.** (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1): 37-43. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/296>.
30. **West, L.J. & Martin, P.R.** (1996). Pseudo-identity and the Treatment of Personality Change in Victims of Captivity and Cults. *Cultic Studies Journal*, 13(2): 125-152. Retrieved from <https://sites.google.com/site/mcraais/pseudo>.

◆ ¿Pasión o Adicción? Las adicciones comportamentales no cuentan con un reconocimiento demasiado explícito por parte del DSM-V. De hecho, solo se ha aceptado el trastorno de juego patológico (312,31) cuyos criterios serán adaptados para otras Adicciones comportamentales, como es el caso del Sexo.

Pero ahí están las Tecnologías de la Información (TICS) y han venido para quedarse, después de un largo camino. En la sociedad actual, es una realidad imparabile. El 70 % de los hogares europeos tienen acceso a Internet y un 92 % de ciudadanos disponen de un teléfono móvil (1). Pocos discreparán acerca de los beneficios que han supuesto, sea para la propia salud mental (tratamiento virtuales, comunicación rápida y accesible de registros e incidencias), para el propio placer del sujeto, (pensemos en las inmensas posibilidades sean musicales, compras u otras), el aspecto social e interpersonal, el intercambio de conocimientos... Pero nuestro cerebro, nos revela sus "trampas ocultas", sus mecanismos de refuerzo, su capacidad de dependencia, su deslizamiento por el tobogán de la tolerancia. Y con el, el entorno psicosocial que puede "preparar" al sujeto para la adicción, intensa, molesta, impulsiva o compulsiva y que afecta intensamente el devenir personal.

Y de ahí, el monográfico que le hemos propuesto, fruto del trabajo del equipo de Adicciones comportamentales que lidera con sabiduría y entusiasmo Susana Jiménez-Murcia, con la impagable ayuda de Verónica Ferrer, Vega González y el asesoramiento desde el Consejo Editorial de Jesús de la Gándara. Deseo que lo hayan disfrutado; es pionero en lengua castellana.

(1) S. Jiménez-Murcia y J.M. Farré. (2015). Adicción a las nuevas tecnologías ¿La epidemia del S.XXI?. Siglantana. Barcelona.

J.M^a. Farré
Editor



PREMIO CUADERNOS SEMP

A cargo de I. Tolosa

Reunido el jurado del Premio al Mejor Caso Clínico-3ª edición (publicado entre julio 2013 hasta septiembre 2015 en Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace), constituido por el Dr. JA Monreal (presidente), I Tolosa (secretaria), Dr. JJ de la Gándara (vocal), Marta Sánchez-(vocal), B. Farré-Sender (vocal) y Dr. Carlos Mur (vocal y vicepresidente de la SEMP), se ha decidido conceder el primer premio al trabajo Demencia por Cuerpos de Lewy: un síndrome clínico difícil de identificar, firmado por Concepción Bancalero Romero, Laura Carrión Expósito, Carmen Romero Mohedano, Adela Hans Chacón y Alicia Quirós López (nº 110 del año 2014) y el segundo premio al trabajo: ¿Subestimamos el papel de los rasgos dependientes en el debut de la enfermedad psicótica?, firmado por R.M. Espinosa Gil, Ma L. Hernández Terres y P. Suárez Alonso (nº 107 del año 2013).

El primer premio está dotado de 300€, una inscripción al 46º Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP), a celebrar en Sevilla del 18 al 20 de febrero de 2016, excepto viaje y estancias, así como un año de suscripción a la revista Cuadernos de Medicina Psicosomática y un lote de libros de la editorial Siglantana.

Como segundo premio se concede un año de suscripción a la revista Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, así como un lote de libros de la editorial Siglantana.

Dr JA Monreal
Presidente del jurado

I.Tolosa Sola
Secretaria del jurado

Dr JM Farré Martí
Editor de CMP

NOTAS DISPERSAS

◆ Portugal: ¡Benvindos!. La redacción en Portugal –comandada por la eficacia de Susana Morais– ha eclosionado en progresión creciente. No se trata solamente de la recepción de artículos procedentes de diversos profesionales del país hermano, que no primos (inundaron de claves de esperanza a su país mucho antes que otros, y de forma pacífica que ya es decir en la Península y el Continente en la que se asientan). Los profesores Vaz Serra y Mario Lourenço se incorporan y nos ilustrarán con su excelencia profesional. Divulgaremos Congresos y Simposios portugueses, ampliaremos las noticias sobre sus eventos y –sobre todo– hemos empezado a recibir artículos lo que es la esencia de “Cuadernos”.

◆ México (J. Ramírez y D. Pérez Tobías), Colombia (D. Restrepo) y Brasil (S. Fortes y M. Demarzo) se incorporan a nuestros Consejos de Redacción Iberoamericanos. De ellos esperamos mucho; ellos son quienes expresan la pluralidad de una publicación que posee el subtítulo de “Revista Iberoamericana de Psicopatología”.

◆ Ahí lo tienen una vez más: el 3^{er} Premio de Cuadernos-SEMP que ha galardonado dos trabajos realmente impactantes. El Acta lo refleja y nosotros no podemos más que agradecer, al Jurado, a la SEMP y a todos los autores que han participado con sus artículos que reflejan con exactitud y conocimiento de caso una de las fortalezas de cualquier publicación científica: la explicación y comentario de casos clínicos, singulares o no.

J.M^a. Farré
Editor

PORTUGAL JORNADAS/CONGRESSOS

O Núcleo de Estudantes de Psicologia da Universidade de Aveiro, no passado dia 28, 29 e 30 de Outubro organizou a 4ª edição das Jornadas de Psicologia, na Universidade de Aveiro. É um evento anual que inclui inúmeras palestras e workshops nas áreas da Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia Forense, Neuropsicologia, Psicologia do Desporto e também Psicologia do Consumidor, com Psicólogos de referência como Carlos Fernandes da Silva, Paula Castilho, Francisco Rodrigues, Pedro Nobre e Rui Abrunhosa, entre muitos outros. O tema deste ano foi “Diversifica o teu conhecimento. Dinamiza Psicologia” e contou com cerca de 180 participantes. As Jornadas contaram com o apoio da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Por: Prof. **Dra. Ana Torres**

Decorreu entre 8 e 10 de outubro, o Congresso Internacional de Reabilitação Neuropsicológica na Lesão Encefálica Adquirida/III Simpósio Internacional de Neuropsicologia e Reabilitação.

A lesão encefálica adquirida é atualmente reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como uma questão de saúde pública. Esta resulta habitualmente em incapacidades que interagem nos diferentes domínios do funcionamento humano – biológico, psicológico e social. O desenvolvimento da medicina e dos cuidados de saúde em fase aguda e subaguda têm permitido uma boa recuperação a nível físico-funcional. No entanto, são as sequelas psicológicas (cognitivas, emocionais e comportamentais) as mais persistentes no longo prazo e a principal causa das restrições à reintegração destas pessoas nos diversos contextos de vida: familiar, social e profissional. Por esse motivo, a lesão encefálica adquirida tem sido apelidada como “epidemia silenciosa”.

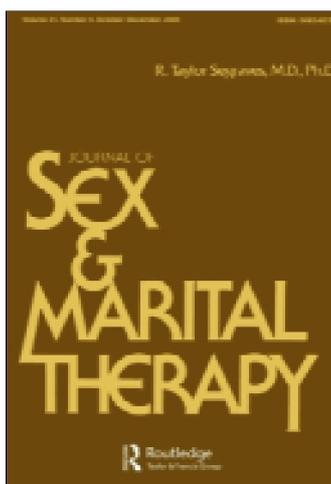
Dada a interação dos fatores físicos, cognitivos e psicológicos resultantes da lesão encefálica, torna-se evidente a necessidade de programas de reabilitação, abrangentes e integrados, que respondam às necessidades múltiplas destes indivíduos e promovam as competências necessárias ao retorno à vida ativa e profissional.

Nas situações de gravidade moderada e severa, o percurso de reabilitação pode ser longo e envolver diferentes estruturas e serviços.

Importa criar sinergias e promover a articulação entre os diferentes estruturas e seus atores, de modo a assegurar um contínuo integrado de serviços de reabilitação a este público. Este evento pretendeu criar condições para um trabalho em rede, divulgar o trabalho no âmbito da reabilitação após lesão encefálica adquirida, assim como promover a discussão e intercâmbio de saberes e experiências neste domínio”.

Por: Prof. **Dra. Sandra Guerreiro**

JOURNAL OF SEX & MARITAL THERAPY



Apego e Hipersexualidad

Relationship Attachment Styles in a Sample of Hypersexual Patients

Gilliland R, Blue Star J, Hansen B, Carpenter B.

J Sex Marital Ther. 2015;41(6):581-92. doi: 10.1080/0092623X.2014.958787.

Distintos estudios hipotetizan que las dificultades de apego en las relaciones interpersonales poseen un rol etiológico en el desarrollo de la conducta hipersexual. Las investigaciones llevadas a cabo en referencia a esta hipótesis presentan tamaños de muestra excesivamente reducidos, limitando en gran medida la interpretación de los resultados obtenidos.

El presente estudio tuvo por objetivo profundizar en la asociación entre los estilos de apego y la conducta hipersexual, teniendo en cuenta tanto medidas categóricas como dimensionales en una extensa muestra de hombres, que buscaban tratamiento para la hipersexualidad (N=136).

Los autores pretendían establecer una comparación intersujetos valorando distintas variables como el estilo de apego, los aspectos sociodemográficos o la tendencia a la vergüenza, entre otras. Los resultados permitieron establecer un debate entre la utilidad de los modelos categóricos frente a los dimensionales tanto en la evaluación como en el tratamiento de la hipersexualidad.

PSYCHOSOMATICS



Quemaduras y Consumo de Alcohol

Alcohol Consumption After Severe Burn: A Prospective Study

Josefin Sveen, Caisa Öster.

Volume 56, Issue 4, July–August 2015, Pages 390–396.

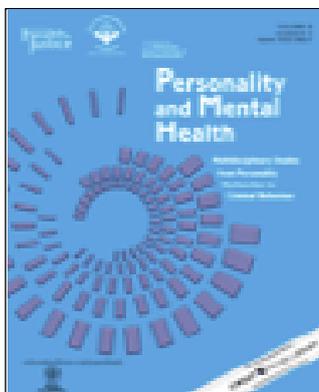
El número de pacientes que ingresan en unidades de quemados con quemaduras severas y presentan conductas frecuentes de consumo de alcohol ha aumentado. Sin embargo, se han llevado a cabo pocas investigaciones que analicen la relación existente entre las quemaduras y el consumo de alcohol en los 2 a 7 años posteriores a éstas.

Se evaluaron adultos con quemaduras (n=67) en dos momentos temporales, durante su hospitalización y en la fase de seguimiento (media = 4,6 años después). Mediante una entrevista clínica se recogieron datos referentes a las características de lesiones, las variables sociodemográficas, las estrategias de afrontamiento utilizadas y la presencia de trastornos psiquiátricos asociados. Asimismo, en la evaluación posterior, llevada a cabo durante la fase de seguimiento, se utilizó el Test de Identificación de Trastornos de Consumo de Alcohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) a fin de detectar un posible riesgo de consumo de alcohol en los sujetos en cuestión.

El 25% de los pacientes con quemaduras presentaron un patrón de riesgo de consumo de alcohol en el seguimiento. El ítem "uso alcohol, tabaco u otras drogas para ser capaz de manejar mis problemas", del cuestionario de Estrategias de Afrontamiento en Quemaduras (*Coping with Burns Questionnaire*) se utilizó para predecir un patrón de riesgo en consumo de alcohol después de varios años de la lesión.

Se observó, por tanto, un mayor riesgo de abuso de alcohol en esta población en concreto, en comparación con la población general. Los autores hipotetizan el uso de un patrón de afrontamiento por evitación en esta población clínica, mediante el cual se recurre al consumo de alcohol a fin de manejar las problemáticas derivadas de las quemaduras corporales.

PERSONALITY AND MENTAL HEALTH



Ideación suicida, Soporte Social y Personalidad

Predicting suicide ideation through intrapersonal and interpersonal factors: The interplay of Big-Five personality traits and social support

Nailah Ayub.

Personality and Mental Health. Volume 9, Issue 4, pages 308–318.

En los últimos años se ha observado una asociación entre determinados rasgos de personalidad y la ideación suicida. Algunos autores, por su parte, hipotetizan que los factores contextuales intervienen, a su vez, en esta asociación. Por tanto, si estos factores, como el apoyo social, se proporcionan de manera efectiva, pueden minimizar los efectos de los rasgos de personalidad sobre la ideación suicida.

El presente estudio examinó el rol moderador del apoyo social en la relación entre los rasgos de personalidad del *BigFive* y la ideación suicida. Los autores hallaron una asociación significativa entre el apoyo social, la extraversión y la estabilidad emocional. Concretamente, en aquellos casos en los que el soporte social era reducido, la relación entre la estabilidad emocional y la extraversión con la ideación suicida se agravaba.

Los resultados tuvieron en cuenta tres dimensiones referentes a la ideación suicida: la frecuencia, la duración y la actitud del sujeto. La extraversión, asociada al apoyo social, predijo todas estas dimensiones. Por tanto, mientras que los rasgos de personalidad pueden ser difíciles de modificar, así como su incidencia sobre la ideación suicida, el apoyo social, por su parte, adquiere un papel importante en la minimización de ésta. Se debe promover, por tanto, este componente en el contexto terapéutico a fin de potenciar rasgos de personalidad más funcionales que reduzcan la probabilidad de suicidios en población general.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo y otros Trastornos Asociados

Dependent personality, separation anxiety disorder and other anxiety disorders in OCD

M. M. Mroczkowski, F. S. Goes, M. A. Riddle, M. A. Grados, O. J. Bienvenu, B. D. Greenberg, A. J. Fyer, J. T. McCracken, S. L. Rauch, D. L. Murphy, J. A. Knowles, J. Piacentini, B. Cullen, S. A. Rasmussen, D. L. Pauls, G. Nestadt and J. Samuels.

Personality and Mental Health. Article first published online: 5 NOV 2015. DOI: 10.1002/pmh.1321.

El propósito de este estudio fue investigar si dimensiones generales de personalidad y/o la personalidad dependiente explicarían la asociación observada entre el trastorno de ansiedad por separación

(TAPS) y otros tres trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad social) en individuos con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Los autores analizaron los datos obtenidos de 509 sujetos adultos diagnosticados de TOC que participaron en un Estudio Colaborativo de Genética. Se emplearon modelos de regresión logística para evaluar las relaciones entre el TAPS, la puntuación de personalidad dependiente, las dimensiones generales de la personalidad y los otros tres trastornos de ansiedad adicionales.

Los resultados obtenidos sugieren que la personalidad dependiente estaba fuertemente asociada al trastorno de ansiedad por separación y a los otros trastornos de ansiedad. Diversas dimensiones de personalidad, especialmente el neuroticismo y la extroversión, también se relacionaron con el trastorno de ansiedad por separación, la agorafobia, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad social.

En conclusión, el TAPS, en la infancia, y estos otros trastornos de ansiedad, en la edad adulta, son consecuencia del trastorno de personalidad dependiente (en los casos de agorafobia y trastorno de pánico) y de la dimensión de introversión (en el caso de la fobia social). Se desconoce si estos resultados serían similares en una muestra de población que no estuviera diagnosticada de trastorno obsesivo-compulsivo y, consecuentemente, son necesarios más estudios que profundicen en dicha asociación.

SEXUAL MEDICINE



Funcionamiento Sexual y Trastorno Dismórfico

Sexual Functioning and Behavior of Men with Body Dysmorphic Disorder Concerning Penis Size Compared with Men Anxious about Penis Size and with Controls: A Cohort Study

David Veale, Sarah Miles, Julie Read, Andrea Troglia, Kevan Wylie and Gordon Muir.

Sex Med 2015; 3:147–155.

Está incrementando progresivamente el número de investigaciones referentes a la sexualidad masculina. Sin embargo, se han llevado a cabo pocos estudios que analicen la asociación entre el funcionamiento sexual y la alteración de la imagen corporal en hombres.

Los autores del presente estudio quisieron establecer una comparación entre la satisfacción sexual y las actitudes ante la sexualidad en una muestra de 90 hombres, que se dividieron en tres grupos: un subgrupo de la muestra principal presentaba trastorno dismórfico corporal (TDC) focalizado en el tamaño de los genitales (n=26), un segundo grupo, sin este diagnóstico, refería elevados niveles de ansiedad ante el tamaño del pene (n=31) y un grupo control, sin ningún tipo de sintomatología asociada (n=33). Las medidas utilizadas fueron el Índice de Función Eréctil (IEF), la historia psicosexual y el análisis de las intervenciones a las que los sujetos habían recurrido a fin de modificar el tamaño de su pene.

Los hombres con un diagnóstico de TDC, en comparación con los sujetos del grupo control, presentaban una reducción marcada de la función orgásmica y de la satisfacción durante las relaciones sexuales, objetivada mediante la satisfacción general del IEF. Por su parte, los hombres con ansiedad ante el tamaño genital, en comparación con el grupo control, presentaba una satisfacción menor ante el acto sexual. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en el deseo sexual, la frecuencia de las relaciones sexuales o la masturbación en ninguno de los tres grupos.

Por otro lado, los autores observaron que aquellos hombres con TDC o elevada ansiedad hacia la imagen corporal genital presentaban mayor número de conductas vinculadas a la alteración de la forma y/o el tamaño del pene (por ejemplo jelqing, bombas de vacío o dispositivos de estiramiento), con una reducida percepción de éxito.

En conclusión, se observa una alteración de la función sexual asociada a una alteración de la imagen corporal genital. Resultan indispensables, por tanto, más estudios centrados en la satisfacción y función sexual en esta población en cuestión, a fin de desarrollar intervenciones psicológicas pertinentes.

JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE



Peso y patrones del sueño

Successful weight loss maintenance associated with morning chronotype and better sleep quality

Kathryn M. Ross, J. Graham Thomas, Rena R. Wing.

Journal of Behavioral Medicine. Article first published online: 10 December 2015.

Diversos estudios han investigado la relación entre el peso y las alteraciones del sueño. En esta investigación en concreto se plantean evaluar el cronotipo (personas “matutinas” o “nocturnas”) y los há-

bitos de sueño de los individuos que logran mantener la pérdida de peso a largo plazo en comparación con los que presentan sobrepeso u obesidad. Se administran el *Morningness-Eveningness Questionnaire* (MEQ) y el *Pittsburgh Sleep Quality Index* a 690 participantes del registro nacional de control de peso (*National Weight Control Registry* (NWCR) (73 % mujeres, 93 % blancos, edad media= 51.7, IMC= 26,4) y 75 participantes inscritos a dos intervenciones conductuales para perder peso (77 % mujeres, 88 % blancos, edad media= 55,7, IMC=36.2).

A través de esta investigación se descubrió que el primer grupo (NWCR), con un IMC inferior, presentó un nivel de participantes significativamente mayor con un cronotipo matutino. Además, el mismo grupo también reportó mejor calidad del sueño, más duración del sueño (menos participantes afirmaron dormir <6h o <7h) y una latencia de inicio del sueño menor en comparación con el grupo INT (P<.05).

Estas conclusiones nos indican que en futuras investigaciones se debería examinar si la relación entre dichos factores se debe a la pérdida de peso o en cambio son predictores del resultado del peso (relación causa-efecto).

PSYCHOSOMATIC MEDICINE



Evaluando los Trastornos de Síntomas Somáticos

Development and Validation of the Somatic Symptom Disorder–B Criteria Scale (SSD-12)

Toussaint, Anne; Murray, Alexandra M.; Voigt, Katharina; Herzog, Annabel; Gierk, Benjamin; Kroenke, Kurt; Rief, Winfried; Henningsen, Peter; Löwe, Bernd.

Psychosomatic Medicine, January 2016 , 78, (1), 5–12.

doi: 10.1097/PSY.0000000000000240.

Los criterios diagnósticos de los trastornos de somatización y los anteriormente llamados somatomorfos, han cambiado sustancialmente en la nueva clasificación diagnóstica DSM. Ello debería conllevar una revisión de los instrumentos psicométricos que se han utilizado hasta ahora.

El cuestionario autoadministrado SSD-12 es el primero en evaluar los trastornos de síntomas somá-

ticos en base a los nuevos criterios DSM-5; centrándose en el nuevo criterio “B” (“*pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud*”), que no estaba presente en anteriores clasificaciones.

Dicho instrumento es una gran contribución, dado que implica una evaluación más amplia del trastorno que no estaba disponible hasta la fecha. El nuevo criterio “B” ha cambiado el concepto del trastorno de síntomas somáticos; ya que deja de requerir la ausencia de una explicación médica adecuada del síntoma somático y define un criterio positivo, que se centra en el impacto psicológico de los síntomas somáticos.

El instrumento ha sido validado, muestra una excelente fiabilidad y validez y sugiere una estructura basada en tres factores psicológicos, que reflejan aspectos cognitivos, afectivos y de comportamiento.

Aunque esta nueva conceptualización del trastorno presenta ciertas ventajas, también se debe tener en cuenta que pacientes gravemente enfermos pueden puntuar muy elevado en el criterio B; debido a la gravedad de su enfermedad. Por este motivo, deben ser incluidas algunas medidas médicas para una interpretación del instrumento más completa. El SSD-12 es una nueva herramienta, validada que puede resultar útil para el diagnóstico y para controlar la evolución del paciente a raíz de las intervenciones que se lleven a cabo.

Riesgo de enfermedad coronaria y pobre control emocional

Risk of Coronary Heart Disease in Men With Poor Emotional Control: A Prospective Study

Potijk, Marieke R.; Janszky, Imre; Reijneveld, Sijmen A.; Falkstedt, Daniel.

Psychosomatic Medicine: January 2016, 78, (1), 60–67.

doi: 10.1097/PSY.0000000000000254.

Diversos estudios han descrito la asociación entre ciertos factores psicosociales y el riesgo de enfermedad coronaria. Entre ellos la hostilidad, la ira y la depresión. A través de este estudio prospectivo se hipotetizó que dichos factores podrían englobarse dentro de las habilidades de regulación emocional; por lo que se plantearon estudiar si un bajo control emocional predecía a largo término el riesgo de enfermedades coronarias.

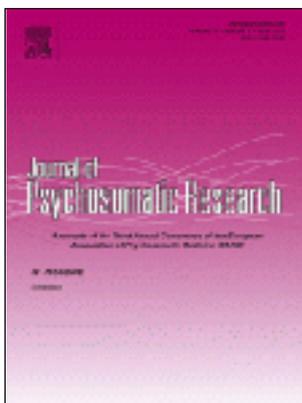
Se trata de un estudio nacional sueco que incluyó una muestra de 46,393 hombres, reclutados para realizar el servicio militar entre 1969 y 1970. A través de una entrevista semiestructurada retrospectiva se evaluó su control emocional en la niñez y adolescencia.

Después de un seguimiento de 38 años se describieron 2456 casos incidentes de enfermedades coronarias. Un control emocional pobre incrementó el riesgo de la presencia de enfermedades coronarias (ajustando variables como posición socioeconómica en la niñez, ansiedad, depresión e historia parental de enfermedades coronarias). Al ajustar otras variables relacionadas con el estilo de vida como el fumar y el índice de masa corporal se atenuaba el impacto de los resultados.

A través de este estudio, que consta con una amplia muestra, un análisis y seguimiento exhaustivos a lo largo de los años, se han descrito conclusiones relevantes para el estudio de las enfermedades coronarias en relación a factores psicosociales.

En la población general no se ha descrito un efecto directo entre un bajo control emocional y las enfermedades coronarias más allá de los factores relacionados con el estilo de vida. No obstante, este estudio nos muestra como en hombres con una historia parental de enfermedades coronarias, un control emocional pobre en la adolescencia permanece como un factor significativamente predictivo a largo plazo de tener un mayor riesgo de enfermedades cardíacas, incluso aun habiendo controlado los factores relacionados con el estilo de vida.

JOURNAL OF PSYCHOSOMATICS RESEARCH



Nuevas intervenciones psicológicas en dolor músculo-esquelético

The effects of a novel psychological attribution and emotional awareness and expression therapy for chronic musculoskeletal pain: A preliminary, uncontrolled trial

Amanda J. Burgera, Mark A. Lumleya, Jennifer N. Cartya, Deborah V. Latscha, Elyse R. Thakura, Maren E. Hyde-Nolana, Alaa M. Hijazia, Howard Schubinerb.

Journal of Psychosomatic Research. Volume 81, February 2016, 1-8.

doi:10.1016/j.jpsychores.2015.12.003

Actualmente las terapias psicológicas en dolor músculo-esquelético crónico han conseguido reducir modestamente el dolor, la discapacidad y la angustia. Dichos efectos presentan ciertas limitaciones tanto para ayudar al paciente a aprender que su dolor es influenciado principalmente por los procesos psicológicos del sistema nervioso central como para aumentar la conciencia y la expresión de las emociones relacionadas con el trauma psicológico o conflicto.

Por este motivo, a través de esta investigación, los autores trataron de diseñar y llevar a cabo una prueba preliminar de una nueva terapia de atribución, conciencia y expresión emocional para pacientes con dolor músculo-esquelético crónico. La terapia consistía en una sesión individual seguida de 4 sesiones grupales. A partir de una muestra de 72 pacientes con dolor músculo-esquelético crónico se hicieron las medidas correspondientes pre-post tratamiento y a los 6 meses de seguimiento.

Se logró una alta participación y satisfacción junto con un abandono bajo. Se encontraron mejoras significativas en los procesos de: atribuciones psicológicas para el dolor, la conciencia emocional, enfo-

que emocional de afrontamiento y la alexitimia. El dolor, la interferencia, la depresión y la angustia mostraron mejoras que se mantuvieron o incluso mejoraron a los 6 meses. Aproximadamente dos tercios de los pacientes mejoraron al menos un 30 % en el dolor y el otro tercio de los pacientes mejoró un 70 %.

Así pues, esta nueva intervención para pacientes con dolor musculoesquelético crónico podría aportar mayores beneficios que las intervenciones clásicas disponibles hasta la fecha. No obstante, en futuras investigaciones sería necesario aplicar el mismo protocolo, incluyendo un grupo control o un grupo bajo una intervención tradicional en dolor, para realizar una comparación de los resultados entre ambos grupos.

Gracia Lasheras^{1,3}, Borja Farré-Sender^{2,3}, Liliana Ferraz⁴, Estel Gelabert⁴
Gemma Mestre^{2,5}, Ingrid Rovira⁶, Elena Serrano⁷

¹Psiquiatra. H. Universitario Dexeus (HUD). Coordinadora de la sección

²Psicólogo. HUD.

³Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva (SSMPR).

⁴Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB.
Colaboradora SSMPR.

⁵Psicóloga. Consejo de Redacción. Colaboradora SSMPR.

⁶Psicóloga. H. Clínic de Barcelona, sede Maternitat. Colaboradora SSMPR.

⁷Psiquiatra. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón.

1. Manejo clínico de los trastornos de ansiedad perinatales: una revisión sistemática.

Prenatal Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review.

Marchesi C, Ossola P, Amerio A, Daniel BD, Tonna M, De Panfilis C.

J Affect Disord (2016), 190: 543-50.

En las últimas décadas ha habido un interés creciente en los Trastornos de Ansiedad (TA) perinatales. Un 4-39 % de las mujeres embarazadas, y hasta un 16 % de las mujeres en el posparto, tienen un diagnóstico de TA; sin embargo, la evidencia existente sobre su manejo clínico es limitada.

El **objetivo** de este trabajo fue realizar una revisión sistemática sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los TA durante el período perinatal. Se identificaron trabajos relevantes publicados hasta el 1 de enero de 2015 a través de búsquedas en las bases de datos electrónicas MEDLINE, Embase, PsycINFO y Cochrane Library.

Un total de 18 artículos cumplieron los criterios de inclusión propuestos por los autores. Los estudios seleccionados apoyaron el uso de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), el Trastorno de Pánico (TP) y la Fobia Específica, tanto durante el embarazo como en el posparto. El uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) condujo a una mejora significativa del TOC y del TP tanto en el embarazo como después del parto, sin observarse efectos secundarios en los bebés. En la muestra clínica más grande estudiada hasta la fecha, un 65 % de las pacientes posparto que entraron en un ensayo abierto de fluvoxamina (hasta 300 mg/día) experimentaron una mejora de la sintomatología obsesiva, con una reducción del 30 % o más de la puntuación total obtenida en la escala YBOCS. Durante el embarazo, los ISRS y los antidepresivos tricíclicos (ADT) condujeron a la remisión de los síntomas de pánico y con buenos resultados en los bebés.

Las principales **limitaciones** de este trabajo son el diseño de los estudios, en su mayoría informes de casos, y el reclutamiento de los sujetos, principalmente en unidades ambulatorias especializadas. Esto podría limitar la generalización de los resultados.

Los autores **concluyen** que, teniendo en cuenta la escasez y la heterogeneidad de la literatura disponible, la TCC debería ser el primer tratamiento que se ofrece a las mujeres embarazadas y lactantes con TA. Sin embargo, los ISRS también podrían representar una buena estrategia de tratamiento, y no exclusivamente en los casos donde el TA es refractario a la TCC.

2. Identificación de mujeres con riesgo de ansiedad y depresión prenatal: una revisión sistemática.

Feasibility Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review.

Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM.

J Affect Disord. 2015 Nov 18;191:62-77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014.

El embarazo es un periodo donde existe una alta vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental. La ansiedad y la depresión, que cursan frecuentemente de forma comórbida, son muy prevalentes en esta etapa y suelen mantenerse tras el parto. Cada vez es mayor el interés de este tipo de malestar en madres gestantes y los estudios sobre sus posibles consecuencias son cada vez más reveladores.

El objetivo de la presente revisión sistemática es identificar los principales factores de riesgo implicados en la aparición de la ansiedad y la depresión prenatal. Mediante un análisis sistemático de la literatura, utilizando PubMed, PsycINFO y la Biblioteca Cochrane, los autores incluyen trabajos originales publicados entre el 1 de enero de 2003 y 31 de agosto 2015, mientras que las revisiones bibliográficas y metaanálisis son consultadas con independencia de la fecha de publicación. Finalmente se seleccionan un total de 97 estudios.

Según los resultados, los factores más importantes asociados a la depresión o la ansiedad prenatal fueron la falta de pareja o de soporte social; historia de abuso o de la violencia doméstica; antecedentes personales de enfermedad mental; embarazo no planificado o no deseado; haber sufrido eventos adversos en la vida y haber padecido alta percepción de estrés; haber sufrido complicaciones en anteriores –o actual– embarazos; y haber sufrido algún episodio de exitus fetal. Esta revisión no incluye un meta-análisis que podría haber agregado información adicional sobre el impacto diferencial de cada factor de riesgo. Por otra parte, no examina específicamente los factores que pueden influir en los diferentes tipos de trastornos de ansiedad, o la posible recurrencia o persistencia de la depresión o la ansiedad desde el embarazo hasta el puerperio.

3. Uso de Antidepresivos durante el embarazo y riesgo de un Trastorno del Espectro Autista en el niño.

Antidepressant Use During Pregnancy and the Risk of Autism Spectrum Disorder in Children.

T. Boukhris, O. Sheehy, L. Mottron, A. Bérardç.

JAMA Pediatr. 2015 Dec 14;1-8. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.3356.

La asociación entre el uso de antidepresivos durante el embarazo y el riesgo que el hijo padezca un trastorno del espectro autista (TEA) es todavía polémico. La etiología del TEA se mantiene confusa, a pesar que hay estudios que indican que hay una predisposición genética, factores ambientales y depresión materna como factores de riesgo.

El **objetivo** de este artículo fue examinar el riesgo de TEA en los niños expuestos a los antidepresivos durante el embarazo en relación al trimestre de exposición y el tipo de antidepresivo prescrito a la madre.

Se realizó un estudio basado en los registros que estaban en marcha en la cohorte basal poblacional de Embarazos/Niños de Québec, los cuales incluían datos de todas las embarazadas y de sus hijos desde primero de Enero del 1998 hasta finales de Diciembre de 2009; englobaba un total de 145 456 partos únicos a término, cuyos niños nacieron vivos y cuyas madres estaban cubiertas por el plan médico de Québec al menos 12 meses antes y durante el embarazo. El análisis de los datos se realizó desde octubre de 2014 hasta Junio de 2015.

Los niños diagnosticados de TEA fueron aquéllos que desde el nacimiento hasta el día del análisis habían sido diagnosticados de TEA por lo menos una vez. Durante el total de personas-años de seguimiento (904035,50), 1054 niños fueron diagnosticados de TEA, con una ratio muy superior en niños que niñas (4:1). La mediana de edad al final del seguimiento fue de 6,24 (3,19). Ajustando las variables confusionales, el uso de antidepresivos durante el segundo y/o tercer trimestres estuvo asociado con riesgo a presentar TEA (31 niños expuestos; ratio de azar ajustada de 1,87, IC 95 %, 1'15-3'09). El uso de ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina) durante el segundo y/o tercer trimestre de gestación fue significativamente asociado a un incremento de riesgo para TEA (22 niños expuestos; ratio de azar ajustada de 2,17; IC 95 %, 1'20-3'93). El riesgo fue persistente incluso después de haber tenido en cuenta la depresión materna (29 niños expuestos, ratio de azar ajustada de 1'75; IC 95 %, 1'03-2'97).

En **conclusión**, el uso de antidepresivos, específicamente los ISRS durante el segundo y/o tercer trimestre de embarazo incrementa el riesgo de TEA en el niño, pese haber tratado la depresión materna. Será necesaria más investigación en función del tipo de antidepresivo y la dosis.

4. Utilización de los servicios de salud después de un parto traumático.

Health services utilization of women following a traumatic birth.

E. Turkstra, D. K. Creedy, J. Fenwick, A. Buist, P. A. Scuffham, J. Gamble.

Archives of Women's Mental Health. December 2015, Volume 18, Issue 6, pp 829-832.

Este estudio de cohortes comparó 262 mujeres con una alta dificultad en el momento del parto con 138 que no sufrieron estrés agudo. A los doce meses, las mujeres que sufrieron estrés postraumático tras el parto tenían peor calidad de vida comparadas con las que no tuvieron dificultades (Escala EuroQol cinco dimensiones (EQ-5D) 0'90 vs 0'93, $p=0.008$), más visitas a médicos generales (3'5 vs 2'6, $p=0.002$) y utilizaron más servicios adicionales (por ejemplo, clínicas maternas) no habiendo diferencias encontradas en los hijos.

Un parto dificultoso tiene efectos adversos duraderos en la salud de las madres y un incremento en el uso de servicios sanitarios.

5. Placentofagia: ¿milagro terapéutico o mito?

Placentophagy: therapeutic miracle or myth?

Coyle CW, Hulse KE, Wisner KL, Driscoll, KE, Clark CT.

Arch Womens Ment Health (2015), 18: 673-680.

Algunas mujeres en el periodo posparto, consumen sus placentas cocinadas, deshidratadas o crudas

con el objetivo de prevenir la depresión posparto (DPP), reducir el dolor y/o el sangrado, aumentar la producción de leche, mejorar la recuperación del útero o el vínculo materno-filial, entre otros supuestos beneficios. En los últimos años estas prácticas se han popularizado enormemente a través de los diferentes medios de comunicación. Sus defensores afirman que las hormonas y nutrientes, incluyendo el estrógeno, la progesterona, el lactógeno, el hierro, las beta-endorfinas y la oxitocina, se mantienen a través de su preparación y consumo. Sin embargo, esto no se ha probado, así como tampoco sus efectos positivos en las mujeres que la consumen. Una de las funciones de la placenta es proteger al feto de la exposición a sustancias nocivas. Como consecuencia, elementos como el selenio, el cadmio, el mercurio y el plomo, así como diferentes tipos de bacterias, se han identificado en tejidos de la placenta post-término. Los efectos adversos de la ingestión de estos componentes también son desconocidos. A pesar de la extensa información disponible sobre los supuestos beneficios de la placentofagia, no hay evidencia científica que examine sus efectos en humanos.

Se realizó una búsqueda informatizada utilizando PubMed, Medline Ovid y PsychINFO entre enero de 1950 y enero de 2014. Las palabras clave incluidas fueron placentofagia, placentofagia materna y placentofagia humana (con sus variantes). Se identificaron un total de 49 artículos. Se incluyeron aquellos estudios empíricos sobre el consumo humano o animal de placenta humana y se excluyeron los comentarios editoriales. Los estudios de placentofagia en animales se eligieron en función de su relevancia para la práctica humana. Diez artículos fueron seleccionados para su inclusión.

Existen resultados preliminares que muestran como las mujeres que eligen la placentofagia perciben muchos beneficios sobre su salud durante el período posparto. Sin embargo, la utilización de muestras homogéneas, la existencia de posibles sesgos en la selección de las participantes y la ausencia de grupo control limitan la validez de estos resultados. Se necesitan estudios con una base metodológica sólida para determinar si estos beneficios son replicados.

La evidencia actual obtenida en estudios animales indican que los efectos analgésicos de la placentofagia dependen de la dosis y el momento de la ingestión, sugiriendo que pequeñas cantidades de placenta ingeridas muchos días después del parto no producirían analgesia. Actualmente no existen estudios controlados en humanos sobre los efectos del Factor Placentario Estimulador Opiode (POEF) obtenido a través de la ingestión de la placenta. No hay evidencia de que la placentofagia sirva para prevenir o tratar la DPP, así como tampoco para facilitar la vuelta a un ciclo estrogénico normal en el posparto.

Según los autores, los datos obtenidos en estudios animales no apoyan el uso de la placentofagia humana para la mejora de la lactancia, la reducción del dolor, la facilitación de la contracción uterina o la reposición de hormonas (prolactina, estrógeno, progesterona, oxitocina). Los estudios de investigación en humanos sobre el consumo de placenta, para mejorar la producción de leche, tampoco son concluyentes.

El tipo de sustancias retenidas en la placenta (cruda, cocida y encapsulada), así como los posibles riesgos y beneficios de su ingestión en la mujer después del parto requieren de más estudios rigurosos y de buena calidad metodológica.

Perfil clínico de mujeres ingresadas en una unidad psiquiátrica madre-bebé.

Clinical profile and outcomes of women admitted to a psychiatric mother-baby unit.

Bettina Christl, Nicole Reilly, Carolyn Yin, Marie-Paule Austin.

Arch of Women's Ment Health (2015), 18 (6): 805-816.

El presente estudio tuvo como **objetivo** examinar el perfil clínico de mujeres ingresadas en una unidad psiquiátrica madre-bebé, así como su evolución psicopatológica, del apego y de la calidad de vida.

La muestra se compuso de 191 madres y la mayoría de ellas (64,8 %) fueron admitidas en los 3 primeros meses tras el parto, cumpliendo criterios CIE-10 de trastorno de ansiedad (25,7 %), episodio depresivo unipolar (52,3 %), o de ambos trastornos (47,6 %). Todas fueron evaluadas mediante medidas de auto-informe como la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), la Maternal Postpartum Attachment Scale (MPAS) y la Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS). Asimismo, se examinaron factores psicosociales que incidían tanto en la severidad de la sintomatología como en la recuperación clínica de las pacientes.

Se analizó la evolución clínica, desde el ingreso hasta el alta, en términos de síntomas clínicos (EPDS, $\mu=1,7$), confianza en la crianza (KPCS, $\mu=1,1$) y apego hacia el bebé (MPAS, $\mu=0,9$), así como el nivel general de funcionamiento (SF-14, $\mu=1,9$). La mayoría de mujeres (73,3 %) se recuperaron sintomáticamente, y esta mejora se asoció a una mayor edad materna (odds ratio (OR)=1,129, $p=0,002$) y a menores niveles de riesgo psicosocial en el momento del ingreso (OR=0,963, $p=0,008$). Asimismo, se observó una relación entre el incremento de la confianza parental y una mayor edad materna (OR=1,17, $p=0,003$). Sin embargo, no se hallaron factores predictivos de mejora del apego materno.

Los autores concluyeron que **el ingreso conjunto de madre y bebé puede resultar beneficioso, a corto plazo**, en términos de resultados clínicos, funcionales y de crianza, aunque se desconoce su efecto a largo plazo. Se requieren, por tanto, mayor cantidad de estudios longitudinales y la incorporación de herramientas observacionales, a fin de mejorar la evaluación de la interacción de la diada en cuestión.

7. Estudio de viabilidad y ensayo piloto aleatorizado de un tratamiento de para la depresión prenatal, con seguimiento del niño.

Feasibility study and pilot randomised trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up.

Jeannette Milgrom, Charlene Holt, Christopher J. Holt, Jessica Ross, Jennifer Ericksen, Alan W. Gemmill.

Arch Womens Ment Health (2015) 18:717-730.

Numerosas investigaciones evidencian los **efectos negativos de la depresión prenatal**, la ansiedad y el estrés en el desarrollo fetal, así como en el neurodesarrollo del niño a largo plazo, incluyendo, entre otros, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, deterioro cognitivo y motor y dificultades en el desarrollo del lenguaje. Sin embargo, se han llevado a cabo pocos estudios que evalúen la eficacia de programas de intervención diseñados para el abordaje de la depresión y la ansiedad.

El **objetivo** del presente trabajo fue evaluar la eficacia de un programa de tratamiento individual breve para la depresión y la ansiedad maternas durante el embarazo (Beating the Blues Before Birth), en una muestra de mujeres con un trastorno depresivo diagnosticado. Se trata de un programa estructurado, que consta de 8 sesiones terapéuticas, con una duración total de 8 horas. Asimismo, se utilizaron medidas psicométricas a fin de evaluar variables sociodemográficas, soporte social (Social Provisions Scale), sintomatología depresiva (Beck Depression Inventory-Revised) y ansiosa (Beck Anxiety Inventory) y depresión postnatal (Edinburgh Postnatal Depression Scale), antes y después del tratamiento.

El estudio de viabilidad de este *tratamiento cognitivo-conductual* ($n=25$) obtuvo **resultados** prometedores teniendo en cuenta aspectos terapéuticos como la adhesión al tratamiento, la aceptabilidad y las mejoras en la sintomatología propia de la depresión y la ansiedad.

Los autores replicaron los hallazgos del estudio de viabilidad llevando a cabo un ensayo piloto alea-

torizado controlado (n=54), con objeto de evaluar la eficacia de la intervención y los resultados obtenidos en el proceso de seguimiento de los niños. De nuevo, se obtuvo una *elevada adherencia y aceptabilidad* y se observó una adecuada eficacia terapéutica. Asimismo, se produjo una notable reducción de la sintomatología, ansiosa y depresiva, durante el embarazo y las mejoras se mantuvieron a los 9 meses. En los niños, se observó una mejora tanto en la *autoregulación emocional* como en la reactividad hacia los estímulos estresantes.

Teniendo en cuenta que se priorizan las intervenciones psicológicas ante las farmacológicas durante el período de embarazo, se requieren tratamientos psicológicos efectivos para el abordaje de la sintomatología ansiosa y depresiva, mayoritariamente. Aunque el programa *Beating the Blues Before Birth* ha demostrado su eficacia para el tratamiento de ambos trastornos, son necesarios más estudios que analicen los beneficios a largo plazo de esta intervención.

8. Riesgo de recaída en el postparto del Trastorno bipolar y la Psicosis Postparto: una revisión sistemática y meta-análisis.

Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJM, Kushner SA, Bergink V.

Am J Psychiatry. 2015 Oct 30;appiajp201515010124. [Epub ahead of print].

Es sabido que las pacientes con antecedentes de trastorno bipolar, psicosis posparto o ambas, presentan un elevado riesgo de recaída en el puerperio. Los autores del artículo, mediante una revisión sistemática y meta-análisis de los datos publicados en la literatura científica hasta el momento acerca del riesgo de recaída en el posparto en mujeres con antecedentes de trastorno bipolar, de psicosis posparto o de ambos, tratan de **estimar el riesgo de recaída en el posparto** en los tres grupos de pacientes y estudiar la influencia de la farmacoterapia sobre las recaídas.

Con este fin se realiza una búsqueda sistemática en todas las bases de datos electrónicas médicas públicas (Embase, MEDLINE, Cochrane, Web-Of-Science, PsycINFO y Google Scholar) desde marzo de 1986 a octubre de 2014. Para la selección de los artículos se siguieron las directrices PRISMA y MOOSE, y se seleccionaron aquellos estudios de cohortes (prospectivos, retrospectivos y registros de nacimiento) que tenían como la *medida de resultado* las recaídas en el postparto, en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y/o psicosis posparto o manía, de acuerdo con los criterios diagnósticos DSM, CIE o los Criterios Diagnósticos de Investigación (Research Diagnostic Criteria).

De la búsqueda inicial se obtienen 2,137 artículos (excluyendo repetidos), de los cuales se seleccionan **37 artículos** (que describían 5700 partos y 4023 pacientes) para el análisis cuantitativo del riesgo de recaída. Como **resultado**, se estima que el **riesgo global de recaída en el posparto era del 35 %** (IC 95 % = 29, 41). Según los antecedentes diagnósticos, las pacientes con trastorno bipolar son significativamente menos propensas a presentar un episodio posparto grave (17 %, IC 95 % = 13, 21) en comparación con las pacientes con historia de psicosis posparto (29 %, IC 95 % = 20, 41). Respecto a las pacientes con trastorno bipolar e historia de episodios posparto, no ha sido posible calcular las tasas de recaída en esta población al no disponer de información suficiente. En el caso particular de las mujeres con trastorno bipolar, las tasas de recaída en el postparto son significativamente más altas entre aquellas que no tomaron la medicación durante el embarazo (66 %, IC 95 % = 57, 75) frente a aquellas en las que se administró la medicación de forma profiláctica (23 %, IC 95 % = 14, 37).

Los autores **concluyen** que un tercio de las mujeres de *alto riesgo* de recaída en el postparto, presentan un episodio en este periodo. En este sentido, se señala la relevancia clínica de un seguimiento

estrecho, la planificación del embarazo, parto y lactancia, la valoración de la medicación profiláctica así como la detección e intervención precoz de síntomas subsindrómicos, como medidas riesgo-beneficio para prevenir las recaídas en el posparto en esta población. Además, en aquellas mujeres con trastorno bipolar, el mantenimiento de la medicación profiláctica durante el embarazo parece tener un importante efecto protector en mantener la estabilidad del estado de ánimo en el posparto. En el caso de mujeres únicamente con historia de psicosis postparto, es decir, sin trastorno bipolar, la iniciación de la medicación de forma profiláctica inmediatamente después del parto ofrece una oportunidad para minimizar los riesgos de recaída además de evitar al feto la exposición a la medicación. En este sentido, se señala la necesidad de contar con más datos acerca de la eficacia de la farmacoterapia profiláctica, incluyendo tipo, dosis del fármaco, momento de iniciación y duración, y de medidas del efecto de la medicación a largo plazo, tanto en las madres como en los hijos.

9. Evaluación de las propiedades psicométricas del Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) en una muestra de madres españolas.

Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers.

García-Esteve L, Torres A, Lasheras G, Palacios B, Farré-Sender B, Subirà S, Valdés M and Brockington IF.

Arch Womens Ment Health. 2015 Nov 25.

La evaluación temprana del vínculo materno-infantil es necesaria dado el aumento de estudios que asocian la importancia de esta relación con múltiples problemas en el desarrollo y la salud de los bebés y los infantes. Las medidas más fiables son las entrevistas estructuradas con soporte de vídeo, preferentemente en el hábitat de la madre; sin embargo ello supone una necesaria estandarización y elevados costes. Las medidas auto-aplicadas han ido desarrollándose para la evaluación del vínculo materno-infantil temprano, siendo la herramienta desarrollada por Brockington IF en 2001 (denominada con las siglas PBQ) a partir de madres entrevistadas mediante la Birmingham Interview for Maternal Mental Health (BIMMH) la que mejores propiedades ha demostrado. El Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) es un instrumento desarrollado para evaluar alteraciones del vínculo materno-infantil en el posparto.

El **objetivo** de este estudio fue examinar las propiedades psicométricas de la versión española del PBQ en una muestra de mujeres españolas durante el puerperio. 840 madres fueron reclutadas en la visita posparto (4-6 semanas después del parto). De éstas, un total de 513 madres fueron reclutadas de una Unidad de Ginecología (muestra de población general), mientras que un total de 327 madres fueron reclutadas de un Programa de Psiquiatría Perinatal (muestra clínica). Todas las mujeres fueron evaluadas por medio de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) y el PBQ. La estructura original de cuatro factores, así como otras estructuras alternativas (Reck *et al* 2006; Wittkowski *et al* 2010) no fueron replicadas por los análisis del factor confirmatorio. Un análisis factorial exploratorio mostró una solución de cuatro factores. La transformación de Schmid-Leiman encontró un factor general que explicó el 61 % de la varianza del PBQ. El deterioro del vínculo materno-infantil mostró asociaciones elevadas con la sintomatología depresiva independientemente de la muestra.

En **conclusión**, la versión española del PBQ muestra **propiedades psicométricas adecuadas** para su uso, tanto en muestra clínica española, como en población general de puérperas. Los resultados sugieren que el PBQ se podría resumir por un factor general, lo que confirma la utilidad del uso de la puntuación total para la detección de deterioro del vínculo materno-infantil.

10. La experiencia de la atención a los problemas de salud mental en el periodo pre o postnatal de la mujer en el Reino Unido: una revisión sistemática y meta-síntesis de la investigación cualitativa.

Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research.

Odette Megnin-Viggars, Iona Symington, Louise M. Howard, Stephen Pilling.

Arch Womens Ment Health. 2015 Dec;18(6):745-59. doi: 10.1007/s00737-015-0548-6. Epub 2015 Jul 17.

El embarazo y el primer año después del parto pueden ser períodos difíciles y estresantes en las mujeres con problemas de salud mental, sobre todo en aquellas que no pueden acceder a un tratamiento y a una evaluación adecuada y oportuna. El **objetivo** de esta revisión sistemática fue sintetizar la evidencia cualitativa sobre experiencias de atención en mujeres con (o en riesgo de desarrollar) problemas de salud mental en el periodo pre o postnatal respecto a una serie de trastornos (incluyendo los trastornos mentales no psicóticos).

Para ello, se han realizado búsquedas bibliográficas en seis bases de datos electrónicas de artículos publicados entre 2000 y abril de 2014, identificándose treinta y nueve estudios que cumplieran los criterios de inclusión del estudio. Los principales hallazgos fueron sintetizados usando enfoques de análisis temáticos y de marco secundario.

En cuanto a los **resultados**, fueron identificados siete temas clave entre los distintos grupos de trastornos mentales: una necesidad no resuelta de atención colaborativa e integrada; el estigma y los temores acerca de la pérdida de la custodia; los profesionales de salud no pueden o no quieren hacer frente a las necesidades psicológicas; centrarse más en los bebés que en las madres; la importancia del apoyo compasivo y sin prejuicios; necesidad de información adecuada; importancia de la participación de los usuarios del servicio en las decisiones de tratamiento.

Los autores **concluyen** que la experiencia de acceder y participar en la atención a los problemas de salud mental de la mujer podría mejorarse si se les da la oportunidad de desarrollar relaciones de confianza con los profesionales sanitarios que reconozcan y refuercen el papel de la mujer en el cuidado de su bebé de una manera no crítica y compasiva, así como fomentar la esperanza y el optimismo sobre el tratamiento. Así mismo, la información a las mujeres, sus familias y a los profesionales de la salud, y la prestación de atención y tratamiento individualizado, también son cruciales para poder poner en práctica la aplicación de un programa de la atención centrado en la persona de una forma plena.

Anaís Orobitg¹
Psicóloga. Consejo de Redacción (SPMIJ)



**CHILD AND ADOLESCENT
PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH**

**The effects of long-term medication on growth in children and adolescents with ADHD:
an observational study of a large cohort of real-life patients**

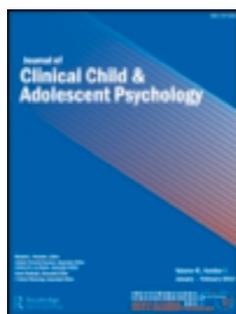
Shelagh Powell, Morten Frydenberg, Per Thomsen.

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2015.

El uso de estimulantes centrales para el tratamiento de niños con TDAH ha aumentado en las últimas décadas. No obstante, a día de hoy aún se desconocen los efectos de este tratamiento en el crecimiento del niño.

Este es un estudio que tiene como objetivo apreciar las afectaciones del tratamiento farmacológico del TDAH para la altura y estatura del niño. Se evaluaron 410 niños y adolescentes durante el tratamiento con estimulantes centrales a largo plazo. Los resultados asociaron el tratamiento con un menor peso corporal y una interrupción temporal en el crecimiento, así como también un retraso en el peso y la altura después de 72 meses, en comparación con los valores relativos. Por lo contrario, no se observaron datos significativos en el inicio temprano de la medicación (menor de 6 años), así como tampoco en la variable sexo ni en la comorbilidad con un trastorno de conducta o trastornos emocionales.

En conclusión, el estudio observó que el tratamiento con estimulantes centrales para el TDAH presenta un impacto en el crecimiento de los niños y adolescentes, factor a tener en cuenta en pacientes con tratamiento crónico con esta medicación.



**Differentiating Anxiety and Depression in Relation to the Social
Functioning of Young Adolescents With ADHD**

*Stephen P.Becker, Joshua M. Langberg, Steven W.Evans, Ering Girio-Herrera and
Aaron J.Vaughn.*

Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2015.

Este estudio examinó la ansiedad y los síntomas depresivos en relación con el funcionamiento social de los adolescentes con déficit de atención/hiperactividad (TDAH). La muestra fue de 310 adolescentes con diagnóstico de TDAH y de edades comprendidas entre 10 y 14 años. Se utilizaron autoinformes para valorar los síntomas de internalización y se examinaron distintas dimensiones relacionadas con la ansiedad y la depresión. Los resultados demostraron que la depresión está claramente relacionada con la ansiedad de un inadecuado funcionamiento social en jóvenes adolescentes con TDAH.

Los investigadores de este estudio destacan la importancia de tener en cuenta los aspectos de ansiedad y depresión en la intervención clínica e investigaciones futuras.



Maternal exposure to imitate partner abuse before birth is associated with autism spectrum disorder in offspring

Andrea L Roberts, Kristen Lyall, Janet W Rich-Edwards, Alberto Ascherio and Marc G Weisskopf.

Autism 2016.

Esta investigación trató de determinar si el factor maltrato físico de la pareja durante el embarazo y el factor abuso sexual, emocional o físico aumentaban el riesgo de Trastorno de Espectro Autista (TEA) en el bebé. Los resultados no mostraron relación significativa entre el riesgo de sufrir TEA con el abuso de la mujer en el embarazo. Sin embargo, el riesgo de padecer TEA se incrementó en los hijos de mujeres que presentaron miedo a la pareja o sexual, emocional o maltrato físico en los dos años anteriores al nacimiento del niño.



Comorbid psychiatric conditions as mediators to predict later social adjustment in youths with autism spectrum disorder

Huey-Ling Chiang and Susan Shur-Fen Gau.

Journal of Child Psychology and Psychiatry 2016.

Las personas con TEA presentan un deterioro social que repercute negativamente en el funcionamiento adaptativo.

El objetivo del estudio es investigar si las psicopatologías comórbidas al TEA, como la ansiedad, la depresión, la falta de atención, la hiperactividad, la impulsividad y las conductas de oposición, se ven influidas por la relación entre los síntomas autistas y la inadaptación social.

La muestra fue de 124 niños con diagnóstico clínico de TEA, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Fueron evaluados mediante entrevistas semiestructuradas e Inventarios de Ajuste Social de la Niñez y la Adolescencia, este último para medir el ajuste social de los menores.

Se observó que las psicopatologías comórbidas diagnosticadas en una edad temprana pueden perjudicar aún más el ajuste social en los jóvenes con TEA.

Entrenando recuerdos: Nuevas propuestas de intervención cognitiva en esquizofrenia

De entre los trastornos mentales, los que conforman el espectro psicótico son probablemente el mayor de los retos al que nos enfrentamos los profesionales de la salud mental, sobre todo en el aspecto psicoterápico.

Ha pasado más de un siglo desde que Bleuler (1) la bautizara como la enfermedad de la “*mente es-cindida*”, pero tan solo unas décadas desde que los tratamientos psicológicos se consideran no solo pertinentes, sino también necesarios. Los neuro-lépticos atípicos supusieron un gran avance, pero gana fuerza la premisa según la cual los delirios y alucinaciones pueden ser comprendidos y tratados psicológicamente. El repertorio de propuestas psicoterapéuticas se enriquece y la cuestión principal hoy en día es por cuál decantarse, en función de las características de nuestros pacientes y de la gravedad de sus síntomas.

En el manual(2) que escriben Ricarte y cols., expertos en el tratamiento de los trastornos psicóticos de la Facultad de Medicina de Albacete nos asisten en esta elección, presentando los programas cognitivo-conductuales que han mostrado mayor eficacia y que, por tanto, tienen más probabilidades de establecer una sinergia exitosa con la imprescindible pauta farmacológica.

La ruptura con la realidad que tiene lugar en el paciente esquizofrénico no solo se produce en relación al mundo exterior, sino que implica también una separación de su mundo interno –y esto es quizás lo más inquietante–, una memoria disgregada; una identidad desconectada. Lo confirman investigaciones recientes (p.e Riutort y cols., 2003 (3)) que han detectado, en la memoria autobiográfica de pacientes esquizofrénicos, déficits conectados con los síntomas primarios de la enfermedad. A grandes rasgos, parece que estos pacientes presentan recuerdos excesivamente generales, de contenido más negativo y menos conectados entre sí, en comparación con grupos control.

En base a estas evidencias, los autores revisan de manera práctica las terapias que más éxito están obteniendo en la prevención y el tratamiento de síntomas y consecuencias de la psicosis. Desde las distintas modalidades de terapia cognitivo-conductual (p.e., Tarrier (4), Chadwick y cols.(5), Fowler y cols.(6)...), al más novedoso *Entrenamiento Metacognitivo* (Moritz y Woodward. (7) , 2012), pasando por las terapias de tercera generación (*Mindfulness* y *Terapia de Aceptación y Compromiso*). Como nota más distintiva, el libro incluye un capítulo enteramente dedicado a terapias cognitivas fundamentadas en el entrenamiento de la memoria autobiográfica, recientemente incorporadas a la lista de herramientas terapéuticas disponibles para el tratamiento clínico de la psicosis. Por integrar los éxitos de los entrenamientos autobiográficos previos, destaca la *Terapia de Eventos Específicos* para pacientes esquizofrénicos –desarrollada por los autores–, que se apoya en diarios para favorecer la recuperación de recuerdos específicos, positivos y significativos referentes a distintos periodos vitales.

La recomendación: *Una guía extremadamente útil para escoger y poner en práctica tratamientos cognitivo-conductuales efectivos para abordar trastornos psicóticos. Destacan las nuevas terapias basadas en la potenciación de la memoria autobiográfica, de bajo coste y con claros beneficios, especialmente interesantes para pacientes con una marcada distorsión de la identidad.*

H. Domínguez-Cagnon
Consejo de Redacción
Psicóloga.
Hospital Universitario Dexeus,
Barcelona.

-
- (1) **Bleuler, E.** (1911). *Dementia Praecox: Or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- (2) **Ricarte, J.J., Hernández, J.V. y Ros, L.** (2014). *Tratamiento de los trastornos psicóticos. Nuevas terapias cognitivas y aportaciones de la experiencia autobiográfica*. Madrid: Pirámide.
- (3) **Riutort, M., Cuervo, C., Danion, J.M., Peretti, C.S. y Salamé, P.** (2003). Reduced levels of specific autobiographical memories in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 117, 35-45.
- (4) **Tarrier, N.** (1992). Psychological treatment of schizophrenic symptoms En D. Kavanagh (ed.), *Schizophrenia: An Overview and Practical Handbook*. Londres: Champan & Hall.
- (5) **Chadwick, P.D., Birchwood, M.J. y Trower, P.** (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, RU: Wiley.
- (6) **Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E.** (1998). Cognitive behaviour therapy for psychosis: Formulation, treatment, effects and service implications. *Journal of Mental Health*, 7, 123-133.
- (7) **Moritz, S. y Woodward, T.S.** (2007). Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinions in Psychiatry*, 20, 619-625.

¿Parejas felices?: Intervención psicológica en terapia de pareja

En nuestra sociedad una gran mayoría de las personas adultas eligen la opción de la vida en pareja, y múltiples estudios muestran cómo esta elección influye de manera positiva en el ámbito de la salud e integración social; a su vez, la calidad de vida en pareja tiene un gran impacto sobre la estabilidad emocional. En múltiples ocasiones hemos sido testigos profesionales de los conflictos en la pareja, con enfriamiento de la relación e incluso la ruptura de la misma.

Teniendo en cuenta esta realidad, han sido publicados múltiples manuales dedicados al abordaje psicoterapéutico de la pareja. *Intervención psicológica en terapia de pareja: Evaluación y tratamiento* (1), coordinado por Francisco Javier Labrador, nos aporta novedades que superan con creces las expectativas habituales de la lectura de un Tratado de intervención en la pareja.

¿Cómo entendemos la vida en pareja hoy en día? Labrador *et al.* nos muestran todas las formas de manifestarse, sus peculiaridades y cómo estos matices pueden variar el tipo de terapia o enfoque terapéutico. Un amplio recorrido sobre los factores principales que intervienen en una relación de pareja; facilita la lectura al ofrecer una

perspectiva más amplia sobre el tipo de intervención que puede iniciarse. Uno de los distintivos del manual es el extenso capítulo dedicado a la evaluación; ofrece múltiples instrumentos, registros y entrevistas para abordar distintos factores y áreas dentro de la pareja, lo cual es muy de agradecer a fin de actualizar dispositivos.

Se exponen los programas convencionales en intervención de pareja, pero también ingeniosos desarrollos como la *terapia conductual integrativa de pareja*.

El capítulo dedicado a las situaciones especiales en terapia (que solo acuda uno de los miembros de la pareja, que digan que se acabó el amor, cuando existe una infidelidad...) es especialmente atractivo al ofrecer distintas perspectivas a los profesionales que se encuentran en estas tesituras. ¿Y cuando la relación de pareja ha llegado al callejón sin salida?, el terapeuta debe identificar las relaciones que son poco susceptibles de mejora o irrecuperables y se discute cómo afrontar este reto. A destacar el amplio programa de intervención preventiva y sobre todo los casos clínicos, que ilustran distintas situaciones de los conflictos inter pares.

He ahí un manual que no se limita a exponer protocolos y técnicas de intervención en terapia de pareja, sino que además ofrece una amplia perspectiva dentro del ámbito de las relaciones sentimentales, tratando de responder muchas de las dudas y cuestiones más delicadas sobre los cónyuges. Ello hace que pueda resultar muy útil e interesante tanto para psicólogos como para otros profesionales o docentes.

La recomendación: *Para conocer las bases de la vida en pareja, todo lo que ello conlleva y cómo se pueden investigar e intervenir sobre esos*

factores. La “marca” Labrador garantiza la calidad del producto.

Iris Tolosa Sola
Psicóloga
Consejo de Redacción.
Hospital Universitari Dexeus.
Email: irispsicodex@gmail.com

(1) Labrador, F.J. (Coord.) (2015). *Intervención psicológica en terapia de pareja: Evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.

Mindfulness y las adicciones. Recuperación en 8 pasos

Las adicciones con y sin sustancia han formado parte de la historia de la humanidad y, aún ahora, siguen siendo un desafío para la salud mental en todos los países del mundo. No en todos los casos de adicción es necesaria la prescripción de psicofármacos, sin embargo sí que es absolutamente imprescindible la aplicación de tratamiento psicoterapéutico con eficacia demostrada, sin olvidar lo importante que es para el tratamiento la motivación y colaboración del paciente.

Los autores de este libro (1), Valerie Mason-John y Paramabandhu Groves, desarrollan su actividad profesional en el campo de las adicciones. La primera es directora del Centro Budista de Vancouver y dirige reuniones para personas inscritas en los programas de los doce pasos (Alcohólicos Anónimos...) y para profesionales que trabajan en el campo de las adicciones. El doctor Paramabandhu es psiquiatra en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Trabaja desde hace dos décadas en el campo de las adicciones.

Se postula un modelo de recuperación de la adicción basado en ocho pasos. Es una monografía que desde que se publicó ha recibido un gran reconocimiento, así como dos premios (mejor Libro de autoayuda en el 2014 en E.E.U.U., y Primer Premio Internacional de mejor Libro de Autoayuda en 2015).

Los ocho pasos que plantean los autores pueden definirse como principios que alejan al adicto del sufrimiento que le produce la adicción, llevándolo hasta la libertad a través de la respiración consciente y la atención plena (*Mindfulness*). Como se sabe el *Mindfulness* consiste en prestar atención, momento a momento, a pensamientos, emociones, sensaciones corporales y al ambiente circundante, utilizando la aceptación, sin juzgar. La práctica de la atención plena ha existido durante siglos, aunque es en los últimos años cuando más se ha integrado en la práctica clínica para ayudar a las personas en una amplia variedad de problemas de salud como puede ser el dolor crónico, la ansiedad, la depresión, la adicción, etc. (2).

A través de los diferentes capítulos los autores van desgranando los ocho pasos que proponen:

Paso Uno: Aceptar que esta vida humana nos traerá sufrimiento. El sufrimiento es inherente al ser humano y hay que conseguir aceptarlo a través de notar el dolor con atención plena.

Paso Dos: Ver cómo creamos sufrimiento adicional en nuestra vida, identificando el detonante de las situaciones de riesgo que lo producen.

Paso Tres: Abrazar la “impermanencia”, entendiendo que se puede poner fin al sufrimiento aceptando que el cambio es posible.

Estos tres primeros pasos, implican prestar atención consciente, explorando con todo lujo de detalles nuestra experiencia y lo que sentimos (pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones físicas), percibiendo la naturaleza de nuestra aflicción visualizando la posibilidad de dejar atrás la adicción.

Paso Cuatro: Empezar el camino de la recuperación y descubrir la libertad. En este paso se incluye la benevolencia (una de las cualidades de la atención consciente).

Paso Cinco: Transformar nuestras palabras, acciones y forma de subsistencia, consiguiendo lograr la paz con lo incorrecto que se ha hecho en el pasado (por ejemplo, la propia adicción), modificándolas.

Paso Seis: Situar valores positivos en el centro de nuestra vida. La exploración de estos valores, denominados por los autores como “refugio positivo”, ayudarán a la orientación hacia la recuperación. En este paso se trata de explorar lo que ocupará el lugar de la adicción que hasta este momento ha sido el centro de nuestra vida.

Paso Siete: Esforzarse para mantenerse en el camino de la recuperación.

Paso Ocho: Ayudar a los demás a compartir los beneficios que hemos obtenido. Con nuestra

actitud implicamos a los que nos importan y consolidamos nuestra recuperación.

La recomendación: *Encuadrado dentro de los libros de autoayuda, se ofrece un modelo de recuperación dentro del campo de las adicciones integrando la práctica de Mindfulness, práctica que cubre un amplio rango de orientaciones y que puede incluirse en diferentes campos de la psicología y de la ciencia. Absolutamente recomendado para adictos y familiares, sus terapeutas y quien quiera conocer una metodología con evidencia probada.*

Vega González-Bueso

Consejo de Redacción

Psicóloga clínica. Directora de AIS

vgonzalez@ais-info.org

- (1) Mason-Jhon, V. y Paramabandhu, G. (2015) Mindfulness y las adicciones. Recuperación en ocho pasos. Editorial Siglantana. Barcelona. España.
- (2) García Campayo, J. y Demarzo, M. (2015). Manual Práctico. Mindfulness. Curiosidad y aceptación. Editorial Siglantana. Barcelona. España.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS	FECHA	INFORMACIÓN	CIUDAD
9es Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle	7-10 Abril 2016	Alpha Visa Congrès Telf.: 04 670 303 00 Fax: 04 674 557 97 E-mail: info@assisessexologie.com	REIMS
XVIII Jornadas Nacionales de Patología Dual	14-16 Abril 2016	Tilesa Kenesspain Telf.:+34 913 612 600 Fax: +34 913 559 208 Website: www.patologiadual.com E-Mail: jornadas@patologiadual.es	MADRID
18th IPOG Congress	12-14 Mayo 2016	Telf.: +34 91 517 87 88 Fax: +34 91 517 87 89 E-mail: info@ispog2016.es	MÁLAGA
XI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad	26-28 Mayo 2016	Geyseco Telf.: Telf.: +34 932 212 242 Fax: +34 932 217 005 Website: www.geyseco.es/trastornos Email: barcelona@geyseco.es	TOLEDO
V Jornada de Salud Mental Perinatal	10 Junio 216	Telf.:93 546 01 11 Fax: 93 205 85 12 Website: www.psicodex.com E-mail: psiquiatria.dex@quiron.es	BARCELONA

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS	FECHA	INFORMACIÓN	CIUDAD
8th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies	22-25 Junio	Waldron Smith Management Telf.:+61 3 9645 6311 Fax: +61 3 9645 6322 Website: www.wcbct2016.com.au E-mail: wcbct2016@wsm.com.au	AUSTRALIA
IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica	17-20 Noviembre 2016	www.aepc.es	SANTANDER
5th Annual Scientific Conference of The European Association of Psychosomatic Medicine. EAPM	28 Junio al 1 Julio 2017	www.eapm2017.com	BARCELONA

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

1. La revista de Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace publicará preferentemente trabajos (artículos originales, revisiones y casos clínicos en formato artículo) relacionados con las actividades investigadoras y clínicas de la psicología clínica, psiquiatría y psicopatología. Siguiendo los modelos experimentales, tanto de origen biológico como –en el caso de las psicoterapias– los que han mostrado evidencia (v.g los cognitivo-conductuales). Dichos trabajos pueden ser publicados en lengua española o inglesa.
2. Los trabajos deben ser remitidos para su publicación al Dr. J.M Farré i Martí, al e-mail: psico.dex@quiron.es
3. Los originales no deben haber sido publicados anteriormente o presentados simultáneamente a otra publicación. Los derechos de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista de Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Los autores deben declarar explícitamente si existen o no posibles *conflictos de intereses* y deben acompañar el manuscrito de todos los permisos correspondientes para reproducir material previamente publicado que se va a incluir en el manuscrito.
4. La presentación de los trabajos ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (American Psychological Association). Siendo algunos de los requisitos básicos:
 - a. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (que incluirá las referencias bibliográficas, figuras y tablas), en páginas tamaño DIN-A4 y tipo de letra Times New Roman cuerpo 12, con interlineado de 1,5 por una cara, con márgenes de 3 cms y numeración en la parte superior derecha.
 - b. Los artículos pueden escribirse indistintamente en castellano e inglés. La primera página debe contener: título en castellano, inglés y portugués (si los autores fuesen de lengua original portuguesa y así lo desearan). Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. Nombre y dirección del autor. Teléfono, Fax, Correo electrónico de contacto. La segunda página ha de incluir un resumen en castellano, inglés y portugués (si los autores fuesen de lengua original portuguesa y así lo desearan) (de no más de 250 palabras); y a continuación cuatro palabras-clave en castellano, inglés y portugués (si los autores fuesen de lengua original portuguesa y así lo desearan).
 - c. Los manuscritos mantendrán, en la medida de lo posible, la estructura siguiente: Introducción, Método, Resultados, Discusión/Conclusión (Discusión y Conclusión pueden emplearse en forma indistinta para el mismo texto) y Referencias.
 - d. Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido y años, entre paréntesis y separados por una coma. Si el nombre del autor forma parte de la narración se pone entre paréntesis sólo el año. Si se trata de dos autores se citan ambos. Cuando el trabajo tiene más de dos y menos de seis autores, se citan todos la primera vez; en las siguientes citas se pone sólo el nombre del primero seguido de “et al” y el año. Cuando haya varias citas en el mismo paréntesis se adopta el orden cronológico. Para identificar trabajos del mismo autor, o autores, de la misma fecha, sea añada al año las letras a, b, c, hasta done sea necesario, repitiendo el año.
 - e. Las referencias bibliográficas deben presentarse al final del artículo y ordenadas alfabéticamente por el nombre del autor (o primer autor en caso de que sean varios) siguiendo los siguientes criterios:
 - i. Libros: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), punto, año (entre paréntesis), punto, título completo en cursiva, punto, lugar de edición, dos puntos, editorial, punto.

ii. Capítulos de libros colectivos o Actas: Autor (es) (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), punto, año (entre paréntesis), punto, título del trabajo que se cita, punto, “En” seguido de los nombres de los autores del libro (inicial, punto, apellido) seguido de “Eds.”, “Dir.”, o “Comps.” (entre paréntesis), coma, título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado, punto, ciudad, dos puntos, editorial.

iii. Artículos de revistas: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), punto, año (entre paréntesis), punto título del artículo, punto, nombre de la revista completo en cursiva, coma, volumen, número entre paréntesis, coma, página inicial y final separadas por un guión.

5. Comentarios de Libros: serán presentados formato word, con letra Times New Roman de tamaño 12 con interlineado 1,5. Encabezado por el título y la correcta referenciación del libro en cuestión. Con una extensión no superior a 800 palabras.

6. Caso clínico. Los manuscritos mantendrán, en la medida de lo posible, la estructura siguiente, además de los ya indicados en el apartado 4 (excepto 4c):

- Identificación del paciente
- Análisis del motivo de la consulta
- Historia del problema
- Análisis y descripción de las conductas problema
- Establecimiento de las metas del tratamiento
- Estudio de los objetivos terapéuticos
- Selección del tratamiento más adecuado
- Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase
- Aplicación del tratamiento
- Evaluación de la eficacia del tratamiento
- Seguimiento: especificar si se realizó y en qué periodos
- Observaciones

7. A la recepción del trabajo se enviará acuse de recibo al autor principal, pasando directamente a evaluación –externa “por referer”– para su posterior publicación. Una vez producida la aceptación definitiva de un trabajo para su publicación (después de posibles modificaciones sugeridas) el autor principal recibirá acuse de aceptación. Los artículos serán publicados indistintamente en español y en inglés.

Conflicto de intereses

Todos los autores deben revelar cualquier conflicto de interés económico y/o personal con otras personas u organizaciones que podrían influir indebidamente su trabajo (causando un sesgo). Ejemplos de posibles conflictos de interés: el empleo, propiedad de acciones, honorarios, testimonio de expertos pagados, las solicitudes de patentes/registros y subvenciones u otras financiaciones. Si no hay conflictos de interés, por favor, indique lo siguiente: “el/los autores no presentan conflicto de intereses”.

AUTHOR GUIDELINES: CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

1. "Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace" preferably publishes manuscripts that include a focus on experimental and/or biological models as well as empirically proven therapies (e.g.: cognitive-behavioural therapy) in clinical psychology, psychiatry and/or psychosomatic medicine. The journal welcomes original research articles, meta-analyses and literature reviews, clinical cases in article format and letters to the editor. Suitable manuscripts will be either in Spanish or English.

2. Manuscripts should be submitted through the following e-mail address: psico.dex@quiron.es. They should be addressed to the attention of Dr. JM Farré i Martí.

3. Manuscripts are reviewed with the understanding that they are original, have not been published, and are not under simultaneous review elsewhere. All authors must approve of the submission, and before publication, the corresponding author should secure permission to name anyone listed under acknowledgments. Most manuscripts are sent to outside peer reviewers. The rights of reproduction in any form are property of "Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace". Authors must state whether potential conflicts of interest exist and in case of including previously published material in the manuscript, authors must also include all corresponding permissions.

4. Manuscripts must comply with the publication standards of APA (American Psychological Association). Being some of the basic requirements:

a. Papers should not be longer than 6000 words (including references, figures and tables) in DIN-A4 size. The entire document should be in 12 point normal times New Roman, 1.5 spaced, with margins of 3 cm and the page number placed at the upper right.

b. First page must contain: title in Spanish and English. Authors and affiliations; all names are listed together and separated by comas. Affiliations should be keyed to the author's name with superscript numbers and be listed as follows: Laboratory, Institute, Department, Organization, City, and Country. The Corresponding Author should be marked with an asterisk. Provide the exact contact address (this time including street name and city zip code) and email of the corresponding author in a separate paragraph. The second page should include an abstract in Spanish and English (maximum 250 words) with four key words also in Spanish and English.

c. Manuscripts should be organized as follow: Introduction, Method, Results, Discussion/Conclusion and References.

d. All citations in the text must be in the reference list and vice-versa. The references should only include articles that are published or accepted. In-text citations should be called according to the surname of the first author, followed by the year. For works by 2 authors include both surnames, followed by the year. For more than two and less than six authors, include all authors at the first citation and in the following ones include the first author followed by "et al.", followed by the year. For works of more than 6 authors include only the surname of the first author, followed by et al., followed by the year. If the author's name is part of the narrative, only the year shall be bracketed. To identify works by the same author, or authors, of the same date, be added to the year the letters a, b, c, as required, repeating the year.

e. References should be listed at the end of the manuscript in alphabetical order conferring the first author surname according to the following criteria:

i. Books: Author (Surname, coma, first letter of the name and full stop; in case of multiple authors, separate with coma and before the last with a "y"), full stop, year (in parentheses), full stop, full title in italics, full stop, city of edition, colon, publisher, full stop.

ii. Chapters in collective books: Author(s) (surname, coma, first letter of the name and full stop; for multiple authors, separate with coma and before the last author add "y" or "&"), full stop, year (in parentheses), full stop, title, full stop, followed by the authors' names of the book (first letter of the name, full stop, surname) followed by "Eds." (in parentheses), coma, book title in italics and in parentheses, chapter page, full stop, city, colon, publisher.

iii. Journal articles: Author (surname, coma, first letter of the name and full stop; in case of multiple authors, separate with coma and before the last with a "y" or "&"), full stop, year (in parentheses), full stop, title of the article, full stop, name of the journal in italics, coma, volume, number in parentheses, coma, first and last page separated by a hyphen.

5. Book Reviews: will be submitted in .doc format and in 12 point normal New Roman Times with 1.5 spacing. Head title should be the book title followed by the book reference citation. Book reviews should not exceed 800 words.

6. Case study. The manuscripts will maintain, as far as possible, the following structure, in addition to those previously mentioned in paragraph 4 (except 4c):

- Patient Identification
- Analysis of the reason for consultation
- History of the problem
- Analysis and description of the problem behaviors
- Establishment of treatment goals
- Study of the therapeutic objectives
- Selection of the most appropriate treatment
- Selection and application of assessment techniques and results obtained in this phase
- Treatment implementation
- Evaluation of the treatment effectiveness
- Follow-ups: specify whether they took place and in what periods
- Remarks

7. Once the submission has been completed, the corresponding author will receive a confirmation email and the manuscript will be forwarded to referees for external evaluation. Corresponding author will be periodically updated with the manuscript status (suggested review modifications and/or manuscript acceptance).

Conflict of interest

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence their work (causing a bias). Examples of potential conflicts of interest include: employment, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. If there are no conflicts of interest then please state this: 'Conflicts of interest: none'.

Sección a cargo de J. Monreal, L. Ros y G. Mestre

Las cartas al Editor serán consideradas para publicación si van acompañadas de una carta de presentación, indicando que son "para su publicación". Su objetivo debe ser comentar los artículos publicados en *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Límite de palabras = 500. Límite de referencias = 10. Las cartas deberán recibirse en un plazo de 6 meses desde la publicación del artículo. Aquellas que se reciban después del plazo límite no serán consideradas para su publicación. Las cartas consideradas serán enviadas al autor principal del artículo para que las responda en nombre del grupo, que tendrá la última palabra en el asunto. No se considerarán las cartas adicionales que discutan algún cambio publicado en las Cartas al Editor de la revista. Las cartas deberán incluir el título y el autor del artículo y el mes y año de publicación.

LETTERS TO THE EDITOR

Letters to the Editor will be considered for publication if they are accompanied by a cover letter stating that they are "for publication". Their purpose should be to comment on articles published in *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Word limit = 500. Reference limit = 10. Letters must be received within 6 months of the article's publication. Letters received after the deadline will not be considered for publication; those considered will be sent to the article's corresponding author to reply on behalf of the group, which will represent the final say on the matter. No additional letters discussing an exchange published in the Journal's Letters to the Editor will be considered. Such letters must include the title and author of the article and the month and year of publication.