



GUÍA CLÍNICA SOBRE ADICCIONES COMPORTAMENTALES BASADA EN LA EVIDENCIA

Coordinadores

Francisco Arias
Laura Orio



Financiado por



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



Plan de Recuperación,
Transformación
y Resiliencia

SECRETARÍA
DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

Edita

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



GUÍA CLÍNICA SOBRE ADICCIONES COMPORTAMENTALES BASADA EN LA EVIDENCIA

Coordinadores

Francisco Arias Horcajadas

Jefe de Sección de Interconsulta de Psiquiatría. Responsable del programa de alcohol y ludopatía. Hospital 12 de octubre, Madrid.

Instituto de Investigación Sanitaria imas12, Hospital 12 de octubre, Madrid. Miembro de la Red de Investigación en Atención Primaria y Adicciones (RIAPAd; Instituto Carlos III RICORS).

Laura Orío Ortiz

Profesora Titular. Departamento de Psicobiología y Metodología en Ciencias del Comportamiento. Coordinadora de Adicciones Comportamentales en el Master de Psicofarmacología y drogas de abuso. Universidad Complutense de Madrid.

Instituto de Investigación Sanitaria imas12, Hospital 12 de octubre, Madrid.

Miembro de la Red de Investigación en Atención Primaria y Adicciones (RIAPAd; Instituto Carlos III RICORS).

Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas o las del Ministerio de Sanidad.

Financiado por



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



Plan de Recuperación,
Transformación
y Resiliencia

SECRETARÍA
DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

Edita

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



© Socidrogalcohol

Maquetación: Martín Gràfic

ISBN: 978-84-123476-5-4

ÍNDICE DE AUTORES

Laura de Álvaro García

Residente de Psicología Clínica. Área sanitaria IV (Oviedo). Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

María Jesús Antuña Díaz

Médico. Centro de Salud Mental Puerta de la Villa. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. Área V SESPA. Asturias.

Isabel Baenas

Unidad de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Grupo de Psiconeurobiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Conductas Adictivas, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Barcelona. CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERobn), Instituto de Salud Carlos III. Programa de Doctorado en Medicina e Investigación Translacional, Universidad de Barcelona

Mercè Balcells-Oliveró

Cordinador Jefe de la Unidad de Conductas Adictivas Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic i Universitari de Barcelona. Addictions Research Group IDIBAPS.

Teresa Bobes Bascarán

Facultativo Especialista de Área de Psicología Clínica. Área sanitaria IV (Oviedo). Profesora Asociada en Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo. ISPA. INEUROPA. CIBERSAM.

Pol Bruguera

Unidad de conductas adictivas. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic i Universitari de Barcelona. Addictions Research Group IDIBAPS.

Víctor Cabrera Perona

Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche.

Xavier Carbonell

FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona.

Arnau Carmona

FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona.

Joan Colom

Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques, Agència de Salut Pública de Catalunya.

Rosa Díaz-Hurtado

Programa de Conductas Adictivas en Adolescentes. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clínic i Universitari de Barcelona.

Fernando Fernández-Aranda

Unidad de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERobn), Instituto de Salud Carlos III. Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona.

Sergio Fernández-Artamendi

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

Anahí Gaspar-Pérez

Unidad de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERobn), Instituto de Salud Carlos III.

Ana Rosa González Barroso

Psicóloga Clínica. Unidad de Alcoholismo Hospitalaria de Plasencia, Cáceres.

Manuel Jesús Ruiz

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

Susana Jiménez-Murcia

Unidad de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III. Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona.

Ana Llorente-Vizcaíno

Unidad de conductas adictivas. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic i Universitari de Barcelona. Addictions Research Group IDIBAPS.

Daniel Lloret Irlés

Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche.

Judit López Berga

Psicóloga Interna Residente. UDM Salud Mental. Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres.

Carla López Núñez

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

José Ramón López-Trabada

Psiquiatra. Programa de alcohol y ludopatía. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Ignacio Lucas

Unidad de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Grupo de Psiconeurobiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Conductas Adictivas, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Barcelona. CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III.

Margarita Martínez Alonso

Residente de Psicología Clínica. Área sanitaria IV (Oviedo). Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Bernat Mora-Maltas

Unidad de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Grupo de Psiconeurobiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Conductas Adictivas, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Barcelona. CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III. Programa de Doctorado en Medicina e Investigación Translacional, Universidad de Barcelona.

Lucero Munguía

Unidad de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III.

Regina Muñoz

Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques, Agència de Salut Pública de Catalunya.

Miguel Ángel Padilla Fernández

Psicólogo Interno Residente. UDM Salud Mental. Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres.

Iván Perales

Unidad de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL.

Susana Puigcorbé

Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques, Agència de Salut Pública de Catalunya.

José Luis Rabadán

Presidente de ARAD. La Rioja.

Gemma I. San Narciso Izquierdo

Médico. Centro de Salud Mental La Magdalena. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. Área III SESPA. Asturias.

Lidia Segura

Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques, Agència de Salut Pública de Catalunya.

Neus Solé-Morata

Unidad de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III.

Rocío Villa Díez

Psiquiatra. Centro de Salud Mental La Magdalena. Área III SESPA. Asturias.

ÍNDICE DE REVISORES

M. Neus Aymamí i Sanromà

Responsable Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions Conductuals. Servei de Psiquiatria, Salut Mental i Addiccions. Hospital Universitari de Santa Maria. Lleida.

Albert Espelt Hernández

Dep d'Epidemiologia i Metodologia de les Ciències Socials i de la Salut. Facultat de Ciències de la Salut de Manresa.

Ana Estévez

Profesora Titular Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Deusto.

María Paz García-Portilla

Catedrática de Psiquiatria. Universidad de Oviedo. (CIBERSAM).

Leticia González-Blanco

Área de Psiquiatria. Universidad de Oviedo. CIBERSAM.

Alba González de la Roz

Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

Ángela Ibáñez Cuadrado

Jefe de Servicio de Psiquiatria. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Leticia León-Quismondo

Psicóloga clínica. Unidad Ludopatía. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

María Gloria Lucas Moreno

Departamento de Psicobiología y Metodología en Ciencias del Comportamiento. Universidad Complutense. Madrid.

Juan Francisco Navas Pérez

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense. Madrid.

Francisco Pascual Pastor

Presidente Socidrogalcohol. Asesor de CAARFE. Investigador grupo prevengo UMH. Coordinador UCA ALCOI. Grupo ibero ciencia.

José César Perales López

Catedrático Departamento de Psicología Experimental. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Coordinador del Master Universitario En Neurociencia Cognitiva y del Comportamiento.

Gabriel Rubio Valladolid

Jefe de Servicio de Psiquiatria. Hospital 12 de Octubre. Catedrático de psiquiatria. Universidad Complutense de Madrid.

José Antonio Santos Cansado

Psicólogo de la Secretaría Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Servicios Centrales del SES. Mérida.

Víctor José Villanueva Blasco

Director del Máster Universitario en Prevención en Drogodependencias y otras Conductas Adictivas. Universidad Internacional de Valencia.

ÍNDICE

PRÓLOGO

| | |
|--------------------------|---|
| JOAN RAMON VILLALBÍ..... | 8 |
|--------------------------|---|

PARTE 1

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

NOSOLOGÍA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS FUNDAMENTALES. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

| | |
|--|----|
| XAVIER CARBONELL, ARNAU CARMONA, JOSÉ LUIS RABADAN | 13 |
|--|----|

CAPÍTULO 2

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DISTINTAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

| | |
|--|----|
| REGINA MUÑOZ, SUSANA PUIGCORBÉ, JOAN COLOM | 39 |
|--|----|

CAPÍTULO 3

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN. EVIDENCIAS DE SU UTILIDAD

| | |
|---|----|
| MARGARITA MARTÍNEZ ALONSO, LAURA DE ÁLVARO GARCÍA, TERESA BOBES BASCARÁN..... | 57 |
|---|----|

PARTE 2

PREVENCIÓN

CAPÍTULO 4

LA PREVENCIÓN AMBIENTAL EN LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

| | |
|--|-----|
| SUSANA PUIGCORBÉ, REGINA MUÑOZ, LIDIA SEGURA, JOAN COLOM | 101 |
|--|-----|

PARTE 3

INTERVENCIÓN

CAPÍTULO 5

TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES. EVIDENCIAS DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA CADA UNA DE ESTAS ADICCIONES

| | |
|--|-----|
| ROCÍO VILLA, GEMMA I. SAN NARCISO, MARÍA JESÚS ANTUÑA..... | 115 |
|--|-----|

CAPÍTULO 6

EVIDENCIAS DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPEÚTICOS

ANA ROSA GONZÁLEZ BARROSO, JUDIT LÓPEZ BERGA, MIGUEL ÁNGEL PADILLA FERNÁNDEZ 137

CAPÍTULO 7

**RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN CLÍNICA
EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES**

JOSÉ RAMÓN LÓPEZ-TRABADA 173

CAPÍTULO 8

**ADICCIONES COMPORTAMENTALES Y OTRAS
COMORBILIDADES: EVIDENCIAS DE TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO Y PSICOFARMACOLÓGICO**

IGNACIO LUCAS, ISABEL BAENAS, LUCERO MUNGUÍA, BERNAT MORA-MALTAS,
IVÁN PERALES, FERNANDO FERNÁNDEZ-ARANDA, SUSANA JIMÉNEZ-MURCIA..... 187

CAPÍTULO 9

**TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES.
EVIDENCIAS PARA ADICCIONES CONTROVERTIDAS
(COMPRAS, SEXO, TRABAJO, EJERCICIO, COMIDA)**

GEMMA I. SAN NARCISO, ROCÍO VILLA, MARÍA JESÚS ANTUÑA..... 221

PARTE 4

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN MENORES

CAPÍTULO 10

PREVENCIÓN EN MENORES

DANIEL LLORET IRLÉS, VÍCTOR CABRERA PERONA..... 255

CAPÍTULO 11

**COMPONENTES E INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS
EFICACES EN LOS PROBLEMAS DE JUEGO DE APUESTAS
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES**

SERGIO FERNÁNDEZ-ARTAMENDI, CARLA LÓPEZ NÚÑEZ, MANUEL JESÚS RUIZ 283

PARTE 5

ÚLTIMAS TENDENCIAS

CAPÍTULO 12

**ÚLTIMAS TENDENCIAS. ASPECTOS NOSOLÓGICOS Y
TERAPÉUTICOS A CONSIDERAR EN EL FUTURO**

ANA LLORENTE-VIZCAÍNO, ROSA DÍAZ-HURTADO, MERCÈ BALCELLS-OLIVERÓ 301

CAPÍTULO 13

GÉNERO Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES

NEUS SOLÉ-MORATA, ANAHÍ GASPAR-PÉREZ,
FERNANDO FERNÁNDEZ-ARANDA, SUSANA JIMÉNEZ-MURCIA..... 317

PRÓLOGO

Esta guía es una aportación relevante para los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones. Personalmente me resulta muy grato tener la oportunidad de prologar su edición.

Con la consideración del trastorno por juego patológico como adicción sin sustancia en la última edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico, la Asociación Americana de Psiquiatría resolvió una cuestión que durante años había generado debate y controversia. La Organización Mundial de la Salud, en la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades amplió el reconocimiento como tales de las adicciones comportamentales al incorporar el trastorno por uso de videojuegos al trastorno por juego de apuestas. Este cambio en el consenso científico y profesional comporta la necesidad de integrar mejor su abordaje en nuestros esfuerzos de prevención, asistencia y reinserción, así como de vigilancia y monitorización. Desde hace años se vienen incluyendo las adicciones comportamentales en la Estrategia Nacional sobre Adicciones y en los planes de acción que la desarrollan, así como en los sistemas de información que coordina el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, y en los programas y proyectos que impulsa la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a través de sus diferentes líneas de financiación. Así, las respuestas que damos entre todos nos permiten avanzar.

En nuestro país, la asistencia a las personas con adicciones comportamentales se ha venido prestando a lo largo de los años desde diversos dispositivos: las entidades de ayuda mutua que dieron respuesta inicial y, con el apoyo de las Administraciones Públicas, desarrollaron, posteriormente, servicios profesionalizados, así como los servicios de las redes públicas de salud mental y de la red de atención a las adicciones que además debían atender simultáneamente otras comorbilidades presentes. Se aprecia una tendencia a la integración de estos servicios, pero la diversidad entre territorios es real. Por ello, las aportaciones que contribuyan a mejorar la capacidad y el consenso de los diversos profesionales interpelados por estos problemas son valiosas y muy necesarias. Esta guía es una de ellas, por lo que debe acogerse con interés.

El compromiso de Socidrogalcohol con el desarrollo de esta guía pone de manifiesto una vez más su relevancia como organización profesional y científica clave en el ámbito de las adicciones. Es una contribución notable, que se añade a sus congresos y otros espacios de formación continuada, y a la revista Adicciones y otras publicaciones monográficas. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas contempla entre sus prioridades la de potenciar el rol de las organizaciones que vertebran a los y las profesionales del sector pues resultan de gran valor para identificar tendencias, vehicular respuestas y, en resumen, avanzar. Vaya por delante el compromiso de la Delegación del Gobierno para el Plan sobre Drogas para promover la difusión de esta guía entre profesionales, servicios y administraciones en España, y también en el ámbito hispanoamericano, donde reforzará nuestros vínculos fraternales y profesionales con tantas organizaciones y personas. No quiero finalizar estas palabras sin felicitar a las personas responsables de la autoría y edición de este documento, y a Socidrogalcohol por el buen trabajo realizado, y congratularme por esta aportación real a la buena praxis profesional.

JOAN RAMON VILLALBÍ

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

PARTE 1

INTRODUCCIÓN

NOSOLOGÍA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS FUNDAMENTALES. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

XAVIER CARBONELL, ARNAU CARMONA, JOSÉ LUIS RABADAN

1. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, cuando se habla de adicciones rápidamente pensamos en la adicción a drogas (sustancias). Pero si se admite que los trastornos adictivos tienen como base la dependencia psicológica y las consecuencias negativas, no tendríamos que limitarnos únicamente al estudio y tratamiento de los trastornos generados por sustancias químicas. De hecho, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas (Echeburúa & De Corral, 1994; Griffiths, 2005; Kardefelt-Winther et al., 2017).

Así, cualquier actividad normal percibida como placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva. Lo que define a esta última es que el paciente pierde el control cuando desarrolla una actividad determinada y que continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas, así como que adquiere una dependencia cada vez mayor de esa conducta. Tendríamos, por tanto, que reconocer que hay conductas inofensivas que, a veces y en determinadas personas, pueden convertirse en adictivas y afectar de forma importante su funcionamiento cotidiano. El problema no es la conducta en sí misma, es la relación que el sujeto establece con dicha conducta.

En suma, una adicción sin droga es toda aquella conducta repetitiva que resulta placentera, al menos en las primeras fases, y que genera una pérdida de control (más por el tipo de relación establecida por el sujeto que por la conducta en sí misma), con una interferencia grave en su vida cotidiana, a nivel familiar, laboral o social (Fernández-Montalvo & López-Goñi, 2010). En todas ellas el aspecto definitorio fundamental no es tanto la frecuencia con que se realizan (que, por otra parte, es habitualmente alta) sino la dependencia psicológica y las consecuencias negativas graves. Estas dos características son

fundamentales ya que, por una parte, permiten discriminar la presencia de una adicción conductual de la mera alta frecuencia o compromiso (Charlton & Danforth, 2007, 2010) de un comportamiento determinado y, por otra, impiden caer en el error de psicopatologizar la vida cotidiana (Billieux et al., 2015; Petry & O'Brien, 2013).

A pesar de que puede haber numerosas conductas susceptibles de generar una adicción este capítulo se centrará en las dos adicciones comportamentales reconocidas en la quinta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5), publicado por la American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2013) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2019). El DSM-5 y la CIE-11 estudian la psicopatología y contienen descripciones, síntomas, estadísticas y tratamiento aceptados para los distintos trastornos mentales. Estos criterios buscan generar un lenguaje común, asegurando que el diagnóstico sea lo más preciso y consistente. A diferencia del manual de la Asociación Americana de Psiquiatría, la CIE-11 no analiza únicamente trastornos mentales, sino que incluye el conjunto de todas las enfermedades, trastornos y alteraciones que existen. En este manual los trastornos mentales solamente ocupan un capítulo.

2. JUEGO PATOLÓGICO

Para empezar, conviene aclarar que el juego es una de las actividades humanas más importantes. Para los niños el juego representa un auténtico proyecto de investigación y, a la vez, una necesidad vital indispensable en su desarrollo. Cuando los adultos vemos a un niño jugando pensamos que lo hace porque le gusta y le divierte. Un análisis más detallado nos muestra que, además del placer, intervienen otros factores. Al lado de la dimensión gratificante del juego se sitúa la dimensión significativa del mismo, es decir el desarrollo de aspectos sociales, de simbolismos, de capacidades intelectuales, comunicativas, emocionales y motrices. Mediante el juego el niño establece ciertas relaciones con el mundo que le rodea y aprende reglas básicas de socialización. El juego es un modo de expresión del niño que, además, nos permite acercarnos a su mundo interior. De ahí que los psicólogos infantiles le concedan una importancia fundamental, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico (Carbonell, 2020; Kardefelt-Winther, 2015).

Los juegos forman parte de nuestro repertorio conductual. De ahí que abunden los juegos de todo tipo, desde los típicos juegos de mesa, hasta los sofisticados juegos de ordenador o videoconsola, pasando, como no, por los juegos deportivos para las diversas edades. En otras palabras, el factor diversión es omnipresente en todas las sociedades.

Hasta la irrupción de los videojuegos se aceptaba que los únicos juegos que podían causar adicción eran los juegos de azar. Estos son juegos en los que: a) se arriesga dinero (el juego gratuito no se considera un juego de azar); b) las posibilidades de ganar o perder dependen de la suerte, aunque, en mayor o menor medida, puede intervenir la habilidad del jugador (como en algunos juegos de cartas); y c) se pueden ganar premios (en dinero o en especies). Hasta fechas recientes la adicción al juego era un fenómeno relativamente anecdótico en España. Varios factores han influido en el aumento de casos de adicción:

a) su legalización en los años ochenta; b) la expansión de las máquinas tragaperras y los bingos; y c) más recientemente, el juego en línea.

Antes de continuar conviene hacer una aclaración terminológica. En la edición original en inglés del DSM-5, se utiliza el término 'gambling disorder' en sustitución del término 'pathological gambling' que se utilizaba en ediciones anteriores. Sin embargo, en la edición en castellano, se ha seguido utilizando el término 'juego patológico' que nosotros hemos decidido respetar. Por su parte, la CIE-11 utiliza el término trastorno por juego de apuestas, incidiendo en la necesidad de que se arriesgue dinero para que un juego pueda llegar a ser un trastorno conductual.

Es de especial interés comentar el caso de las máquinas de azar (conocidas popularmente como 'tragaperras') debido a que han sido la principal causa de juego patológico en España. Esto se debe a las características estructurales de la propia máquina (inmediatez de la recompensa, programas de reforzamiento intermitente y precio de la apuesta relativamente bajo, entre otras), pero sobre todo a su amplia disponibilidad. En España, a diferencia de otros países, es posible jugar a estas en casinos y bingos, pero el 80% de las máquinas está accesible en bares y restaurantes (al igual que el alcohol).

2.1. El juego patológico en el DSM-5

En la anterior versión, en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), el trastorno por juego estaba incluido en la categoría de trastornos del control de impulsos. En el DSM-5, se categoriza en la sección de Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos y dice textualmente: "Además de los trastornos relacionados con sustancias, este capítulo también incluye el juego patológico, puesto que existe evidencia de que los comportamientos de juego patológico activan los sistemas de recompensa de manera semejante a las drogas de abuso, y porque este produce síntomas conductuales similares a los de los trastornos por consumo de sustancias. Por lo tanto, un cambio destacado en el DSM-5, en relación al DSM-IV, es que el capítulo sobre los trastornos relacionados con sustancias se ha ampliado para incluir el juego patológico.

En relación al Juego Patológico establece una serie de criterios diagnósticos (en dos apartados: A y B):

Apartado A. Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque la persona presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:

1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.

4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej., reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej., desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar” las pérdidas).
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

Apartado B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maniaco.

Además, añada la necesidad de hacer una serie de especificaciones:

Especificar si es a) Episódico: Cumple los criterios diagnósticos en más de una ocasión, si bien los síntomas se apaciguan durante varios meses, por lo menos entre periodos de juego patológico; o b) Persistente: Experimenta síntomas continuamente, cumple los criterios diagnósticos durante varios años.

También es necesario especificar si está en a) Remisión inicial: tras haber cumplido previamente todos los criterios de juego patológico, no ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses, o b) Remisión continuada: tras haber cumplido previamente todos los criterios del juego patológico, no ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más.

La tercera especificación es la gravedad: Leve (cumple 4-5 criterios), Moderada (cumple 6-7 criterios), o Grave (cumple 8-9 criterios).

El DSM-5 describe el juego como una forma de escape de los problemas, y se recoge como síntoma que el jugador lleve a cabo conductas de juego cuando siente desasosiego. Por otra parte, se ha eliminado el criterio referente a la realización de actividades ilegales como fraude, falsificación, robo o desfalco para poder financiar el juego. Por tanto, el DSM-5 recoge nueve síntomas, frente a los diez de la anterior edición. Otro cambio sustancial ha sido el de la reducción del número de ítems necesarios para poder diagnosticar a una persona con problemas de juego, pasando de cinco en el DSM IV-TR a cuatro en el DSM-5. Este cambio ha permitido mejorar la precisión del diagnóstico y, sobre todo, reducir los falsos negativos.

2.2. El trastorno por juego de apuestas en la CIE-11

La CIE-11 en su capítulo 6 incluye los Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo (World Health Organization, 2019). Forman parte de este epígrafe los Trastornos debidos al uso de sustancias o a comportamientos adictivos a los que describe como: "... los trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del uso de sustancias predominantemente psicoactivas, lo que incluye los medicamentos, o comportamientos específicos y repetitivos de búsqueda de recompensa y de refuerzo". Entre los trastornos debidos a comportamientos adictivos incluye el trastorno por juego de apuestas y el trastorno por uso de videojuegos.

En la CIE-11 (World Health Organization, 2019) el trastorno por juego de apuestas se caracteriza por un patrón de comportamiento persistente o recurrente de juego de apuestas, que puede ser en línea (es decir, por internet) o no, y que se manifiesta por: a) deterioro en el control sobre el juego de apuestas (por ejemplo, con respecto al inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto); b) incremento en la prioridad dada al juego de apuestas al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y c) continuación o incremento del juego de apuestas a pesar de que tenga consecuencias negativas.

El patrón de conducta de juego puede ser continuo o episódico y recurrente y se da como resultado una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educacional, ocupacional u otras áreas importantes. El comportamiento de juego y otras características normalmente son evidentes durante un período de al menos 12 meses para que se asigne un diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

2.3. Prevalencia del juego patológico en España

En España, la comercialización de los juegos de azar puede estar sometida a la autoridad de La Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ), si el ámbito de comercialización es nacional, excepto los juegos de la ONCE) o ser de competencia autonómica. Según la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ, 2023a), respecto al año 2019, crecieron significativamente los juegos de ruleta en vivo, torneo de póquer y bingo, mientras que decrecieron la ruleta convencional y las apuestas deportivas, tanto convencionales como en directo. Los cuatro juegos que presentaron mayor participación en la contribución al margen de juego (GGR) fueron las apuestas de contrapartida, las máquinas de azar, la ruleta y el póquer. El GGR global mantuvo un crecimiento sólido y superó los 850 millones de euros. En concreto, las apuestas de contrapartida en directo aportaron en 26,1 % al GGR, las apuestas de contrapartida convencionales el 15,7 %, las máquinas de azar el 23,1 %, la ruleta en vivo el 12 %, los torneos de póquer el 4 % y la ruleta convencional el 3,3 %. Respecto al juego en línea, en el año 2022 había 2.826.916 cuentas activas de 1.593.866 jugadores (DGOJ, 2023c). En lo referente a la prevalencia, no se dispone de datos actuales, aunque puede estimarse alrededor del 0,2 % - 0,9 % de jugadores patológicos a lo largo de la vida y de un 0,3 % en el último año (Becoña, 2004; Jiménez-Murcia et al., 2014). Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) la tasa de prevalencia vital se situaría entre el 0,4 – 1,0 %.

2.4. Perspectiva de género

Tal y como sucede en otras adicciones lo que sabemos del juego patológico de las mujeres se sustenta en lo que sabemos de los hombres y se parte del supuesto que hay más hombres que juegan, que tienen problemas y que solicitan tratamiento. Tomando como punto de partida los estudios de la UNAD (Arostegui et al., 2021) y de la FEJAR (Lamas et al., 2018) comentaremos algunas características diferenciales de las mujeres jugadoras.

Tipo de juego. Las mujeres tienden a jugar a juegos basados en el azar, como las máquinas tragaperras, bingo o rasca y gana, mientras que los hombres tienden a abarcar un mayor número de juegos, prefiriendo aquellos basados en la habilidad, como las cartas, carreras o apuestas deportivas. Los hombres tienden a elegir juegos con un mayor nivel de acción y competitividad, como las apuestas deportivas, mientras que las mujeres tienen una mayor tendencia a usar juegos menos estratégicos, como el bingo, las máquinas tragaperras o la lotería.

Motivación. Las mujeres tienen una mayor tendencia a jugar como forma de escape, basada en la necesidad de escapar de circunstancias vitales estresantes y aliviar estados anímicos negativos, como la ansiedad o la depresión mientras que los hombres muestran una mayor impulsividad, búsqueda de sensaciones y la ganancia económica.

Culpa y ocultación. Las mujeres tendrían mayor tendencia a jugar solas y a esconder el alcance de su conducta de juego a amigos y familiares.

Inicio y progresión del problema del juego. Las mujeres se iniciarían de forma más tardía al juego, con desfase de hasta 14 años entre hombres y mujeres en cuanto a la edad de inicio, pero la progresión del problema sería mucho más rápida que en los hombres.

Comorbilidad. Las mujeres tienen más problemas comórbidos que los hombres y tienen tendencia a presentar trastornos ansiosos y depresivos comórbidos mientras que los hombres muestran mayores tasas de comorbilidad con abuso de alcohol u otras sustancias que las mujeres.

Es necesario seguir investigando las características de las mujeres que solicitan tratamiento para mejorar las intervenciones. Así Lara-Huallipe et al. (2022) encontraron que las mujeres podían adscribirse a tres grandes grupos. El primer grupo incluyó la mayor proporción de pacientes casados, ocupacionalmente activos dentro del índice de estatus social más alto. Este grupo se caracterizó por niveles medios de gravedad de juego patológico, el mejor funcionamiento psicopatológico y la media más alta en el rasgo de autodirección. El segundo grupo se caracterizó por la gravedad más baja de juego patológico, puntajes medios para las medidas psicopatológicas y un alto riesgo de abandono durante la intervención. El grupo 3 registró la mayor severidad de trastorno, el peor estado psicopatológico, el menor nivel de autodirección y el mayor nivel de evitación del daño, así como el mayor riesgo de recaída.

3. LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

Adicción a videojuegos es el término más utilizado para definir un trastorno que en el DSM-5 original en inglés recibe el nombre de *internet gaming disorder* (IGD) y que ha sido traducido en el DSM-5 español como trastorno de juego por internet. La CIE-11 utiliza el término *gaming disorder* traducido como trastorno por uso de videojuegos. Este fenómeno se puede considerar emergente en el sentido de que su inclusión en el DSM-5 y en la CIE-11 han impulsado su investigación, pero todavía quedan mucho por conocer dado que todavía no se ha alcanzado el consenso necesario (Carbonell, 2020). Se estima que es un trastorno que afecta más a hombres que a mujeres y más a adolescentes que a adultos (American Psychiatric Association, 2013). Tiene una comorbilidad baja con trastornos por consumo de sustancias, está muy ligado a problemas de adaptación adolescente y a conflictos familiares y es frecuente la recuperación espontánea.

3.1. El trastorno de juego por internet (*internet gaming disorder*) en el DSM-5

En la sección III del DSM 5 (afecciones que necesitan más estudio) se propone el Trastorno de juego por internet (American Psychiatric Association, 2013). Se define como el uso persistente y recurrente de internet para participar en juegos, a menudo con otros jugadores, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo tal y como indican cinco (o más) de los siguientes en un periodo de 12 meses:

1. Preocupación con los juegos de Internet. (El individuo piensa en actividades de juego previas o anticipa jugar el próximo juego; internet se convierte en la actividad dominante de la vida diaria.) Nota: Este trastorno es diferente de las apuestas por internet, que se incluyen dentro del juego patológico.
2. Aparecen síntomas de abstinencia al quitarle los juegos por internet. (Estos síntomas se describen típicamente como irritabilidad, ansiedad o tristeza, pero no hay signos físicos de abstinencia farmacológica).
3. Tolerancia (la necesidad de dedicar cada vez más tiempo a participar en juegos por internet).
4. Intentos infructuosos de controlar la participación en juegos por internet.
5. Pérdida del interés por aficiones y entretenimientos previos como resultado de, y con la excepción de los juegos por internet.
6. Se continúa con el uso excesivo de los juegos por internet a pesar de saber los problemas psicosociales asociados.
7. Ha engañado a miembros de su familia, terapeutas u otras personas en relación a la cantidad de tiempo que juega por internet.
8. Uso de los juegos por internet para evadirse o aliviar un afecto negativo (p. ej., sentimientos de indefensión, culpa, ansiedad).
9. Ha puesto en peligro o perdido una relación significativa, trabajo u oportunidad educativa o laboral debido a su participación en juegos por internet.

Según el DSM-5 el trastorno de juego por internet puede ser leve, moderado o grave, dependiendo del grado de interrupción de las actividades habituales. Los individuos con trastorno de juego por internet menos grave pueden presentar menos síntomas y menor alteración en sus vidas. Aquellos con un trastorno de juego por internet grave dedicarán más horas al ordenador y tendrán una mayor pérdida de relaciones o de oportunidades laborales o escolares.

Subtipos: Hasta la fecha no se han investigado bien los subtipos del trastorno de juego por internet. El trastorno de juego por internet a menudo implica juegos de internet concretos, pero también podrían estar implicados juegos de ordenador que no sean por internet, aunque se ha investigado menos acerca de estos últimos. Es probable que los juegos preferidos varíen a lo largo del tiempo a medida que se desarrollan y popularizan juegos nuevos, y no está claro si los comportamientos y las consecuencias asociadas al trastorno de juego por internet varían en función del tipo de juego (American Psychiatric Association, 2013).

El trastorno de juego por internet es un patrón de uso excesivo y prolongado de juegos por internet que tiene como resultado un grupo de síntomas cognitivos y comportamentales, como la pérdida progresiva de control sobre el juego, la tolerancia y los síntomas de abstinencia, que son análogos a los síntomas de los trastornos por consumo de sustancias. Al igual que en los trastornos relacionados con sustancias, los individuos con trastorno de juego por internet continúan sentados delante de un ordenador realizando actividades de juego a pesar de que están descuidando otras actividades. Típicamente dedican 8-10 horas o más al día y, al menos, 30 horas por semana a realizar esta actividad. Si se evita que utilicen un ordenador y sigan jugando, se agitan y se enfadan. A menudo pasan largos periodos sin comer ni dormir. Desatienden las obligaciones normales, tales como la escuela, el trabajo, o las obligaciones familiares. Cabe destacar que esta afición se considera por separado del juego patológico, que utiliza internet a causa de que no hay dinero en juego (American Psychiatric Association, 2013)

La característica esencial del trastorno de juego por internet es una participación persistente y recurrente en los juegos de ordenador, típicamente juegos de grupo, durante muchas horas. Estos juegos conllevan la competición entre grupos de jugadores (que a menudo están en diferentes regiones del mundo, por lo que la duración del juego es independiente de las zonas horarias) que participan en actividades complejas y estructuradas que implican un aspecto significativo de interacción social durante el proceso de juego. Los sentimientos de equipo parecen ser una motivación clave. Se resisten tenazmente a los intentos de reconducir al individuo hacia sus tareas escolares o sus actividades interpersonales. De este modo, se descuidan las ocupaciones personales, familiares o vocacionales. Cuando se les pregunta a los individuos, las razones fundamentales aducidas para utilizar el ordenador suelen ser “evitar el aburrimiento” más que comunicarse o buscar información (American Psychiatric Association, 2013).

3.2. El trastorno por uso de videojuegos en la CIE-11

Según la CIE-11 (World Health Organization, 2019) el trastorno por uso de videojuegos se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente (“juegos digitales” o “videojuegos”), que puede ser en línea (es decir, por internet) o fuera de línea, y que se manifiesta por: a) deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto); b) incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y c) continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas. El patrón de comportamiento del juego puede ser continuo o episódico y recurrente. El patrón de comportamiento de juego da como resultado una angustia marcada o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes. Al igual que el DSM-5, requiere un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico.

3.3. Diferencias y similitudes. Retos diagnósticos

Las dos clasificaciones nosológicas parecen tener las propiedades psicométricas adecuadas (Montag et al., 2019), aunque el enfoque de la OMS podría ser más utilidad clínica porque hace hincapié en los dos aspectos básicos de una adicción: la dependencia psicológica (pérdida de control, deseo intenso, fluctuación del estado de ánimo y la focalización) y las consecuencias graves, intrapersonales (físicas y/o psicológicas) y/o interpersonales (académicas, laborales, familiares, económicas, legales, ...). Parece, por tanto, que ambos sistemas coinciden con la excepción de que para la CIE-11 el trastorno puede darse también en videojuegos que no se conectan a Internet (Carbonell, 2020). En esta línea, un estudio Delphi concluyó que algunos criterios del DSM-5 (por ejemplo, escapismo/regulación del estado de ánimo y tolerancia) no son clínicamente relevantes y pueden patologizar patrones de juego no problemáticos, mientras que los criterios diagnósticos de la CIE-11 son más útiles para diagnosticar el trastorno de videojuegos adecuadamente (Billieux et al., 2021).

En relación a los retos que supone el diagnóstico de adicción a los videojuegos, se pueden destacar los siguientes:

- Gravedad de los síntomas. Es necesario que las consecuencias sociales, físicas y psicológicas sean graves porque pueden darse conflictos familiares (en los adolescentes, por ejemplo) que no impliquen una gravedad de significación clínica.
- Patologizar la vida cotidiana. Un riesgo evidente es el de patologizar a millones de video jugadores en todo el mundo (Griffiths et al., 2017; Kardefelt-Winther, 2015; Kardefelt-Winther et al., 2017). Por ejemplo, la onicofagia (morderse las uñas) es un hábito no saludable (Ghanizadeh & Shekoohi, 2011; Tanaka et al., 2008) que comparte algunos síntomas de una adicción conductual (por ejemplo, pérdida de control, incapacidad de abstinencia) pero, a falta de consecuencias graves, no se considera un trastorno mental. Un caso similar podría ser la ‘adicción al chocolate’ (Petry & O’Brien, 2013).

- Los videojuegos evolucionan. Los videojuegos están en permanente evolución, y esta evolución está apoyada por una poderosa industria. Las mecánicas de juego y las características estructurales varían en función de la tipología del videojuego y han evolucionado tanto o más que los diseños gráficos de los mismos. Por ejemplo, son muy diferentes las mecánicas y las características estructurales de juegos como *PONG*, *Pokemon Go*, *Call of Duty* o *World of Warcraft* (Carbonell, 2017) y se desconoce como alterarían la realidad virtual y la inteligencia artificial la conducta de los videojugadores.
- Edad de la población afectada. Los criterios diagnósticos de la CIE-11 y del DSM-5 están pensados para aplicarse a adultos. Sin embargo, la gran mayoría de consultantes sobre este problema son familiares de adolescentes por lo que se corre el riesgo de aplicar criterios para adultos a adolescentes y niños y no utilizar criterios verdaderamente relevantes para detectar esta sintomatología en los adolescentes. Otro reto en relación a la edad de la población afectada es la estabilidad del trastorno. Mientras que en el caso de los adultos los 12 meses que se requieren para el diagnóstico son útiles para distinguir un trastorno mental de un malestar transitorio, en niños y adolescentes este periodo de tiempo puede ser demasiado extenso. Sin embargo, se hace difícil establecer de forma clara y precisa lo que es un jugador social, excesivo, problemático y adictivo, especialmente en adolescentes y jóvenes.
- Tiempo invertido. No es tan importante el tiempo que se invierte en jugar como las consecuencias negativas que se pueden derivar. El tiempo dedicado a jugar impide el desarrollo de otras actividades y puede tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Ni la CIE-11 ni el DSM-5 utilizan el tiempo que se juega como criterio diagnóstico (algo similar ocurre con los criterios para el diagnóstico del trastorno por consumo de sustancias que no utilizan la cantidad de sustancia consumida).
- Controversia y consenso. Tampoco debemos olvidar que todavía hay problemas con el diagnóstico de abuso de sustancias y que estamos en los orígenes de un posible trastorno en constante evolución. Por ejemplo, en el DSM-5, la cafeína es una sustancia que produce intoxicación y abstinencia, pero no se considera que el consumo excesivo de cafeína provoque un trastorno por consumo de sustancias como alcohol, nicotina o cannabis. Curiosamente, el trastorno por consumo de cafeína también aparece en la Sección 3 (“Condiciones para estudios posteriores”), justo en las páginas previas al IGD. Y eso que conocemos desde hace muchos años los efectos de la cafeína y se han podido observar sus efectos en multitud de medios y de personas (Addicott, 2014; Budney & Emond, 2014).
- Contexto cultural y adaptación social. Algunos países asiáticos, como Taiwán, Corea del Sur y China, son más propensos al diagnóstico de los jóvenes inmersos en videojuegos porque su sociedad tiene una consideración más estricta de la pérdida de tiempo y rendimiento académico que en los países occidentales.
- Consecuencias económicas. La consecuencia negativa de la pérdida económica es menor, aunque en algunos videojuegos se puede gastar mucho dinero real. Íntimamente ligado con el tema económico están las cajas sorpresa de contenido aleatorio (*loot-boxes*) y otros modelos de micro pagos o micro transacciones. Estos mi-

cro pagos son necesarios para, por ejemplo, comprar moneda virtual para el juego o las cajas sorpresa. La industria está incorporando este componente de azar en los videojuegos, desdibujando la frontera entre el *gaming* (los videojuegos) y el *gambling* (juego de apuestas). La DGOJ (2023b) considera que cuando el desarrollo operativo y comercial de una caja botín, desde su diseño estructural hasta su uso efectivo por el jugador o jugadora, se ajusta a la misma, entonces tendrá la consideración de juego de azar en los términos previstos en la Ley de Regulación del Juego (LRJ) y en sus disposiciones de desarrollo.

3.3. Prevalencia del trastorno de juego por Internet

Según la Asociación Española de Videojuegos (AEVI, 2022), el número de videojugadores supera los 18 millones de los cuales unos 2,9 millones son practicantes de algún e-sport y dedican una media de 7,42 horas semanales. Es difícil estimar la prevalencia del trastorno debido a la diversidad de instrumentos utilizados y la carencia de muestras clínicas. La gran mayoría de estudios basan sus estimaciones en encuestas poblacionales con muestras auto-seleccionadas con resultados muy heterogéneos. Stevens (2021) revisó 53 estudios publicados entre 2009 y 2019 llevados a cabo en 17 países. Sus resultados indican una prevalencia del trastorno entre el 1,96 % y el 3,05 % en función de cuan estrictos fueran los criterios y el instrumento utilizado. Las tasas de trastornos del juego fueron aproximadamente 2,5:1 a favor de los hombres en comparación con las mujeres.

4. OTRAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Además del juego patológico y de la adicción a videojuegos se han propuesto otras posibles conductas que tienen el riesgo de convertirse en adictivas. Estas posibles adicciones se pueden clasificar de manera tentativa en cinco grandes grupos: a) Juego patológico (*gambling*), presencial y en línea; b) Adicciones digitales o tecnológicas: Videojuegos (*gaming*), móvil, internet (general y específica), redes sociales, 'pantallas'; c) Adicciones somáticas vinculadas a funciones corporales: sexo (pornografía, hipersexualidad), comer y/o comida, ejercicio físico; d) Adicciones sociales o personales: dependencia emocional, dependencia a grupos de manipulación psicológica, adicción al amor; y e) Otras: tanorexia, trabajo, compras (y tantas otras).

Entre estas propuestas, algunas se pueden considerar extravagantes. En esta lista de posibles adicciones conductuales podrían figurar las compras (Müller et al., 2021), el tango (Targhetta et al., 2013), la danza (Maraz, Urbán, et al., 2015), el tarot (Grall-Bronnec et al., 2015; Tomás, 2019), el bronceado (Nolan & Feldman, 2009), Harry Potter (Rudski et al., 2009), el estudio (Atroszko et al., 2015), el trabajo (Orosz et al., 2015; Quinones & Griffiths, 2015), las series de televisión (Orosz et al., 2016), la cirugía estética (Suissa, 2008), hablar (Bostrom & Harrington, 1999; McCroskey & Richmond, 1993, 1995) o los juegos de mesa de Star-Wars (Calvo et al., 2018) y otras conductas de las que se han publicado artículos científicos señalando sus posibles consecuencias de tipo adictivo. A continuación, revisaremos las más significativas. El estudio de estas posibles adicciones se basa en el modelo de Griffiths (2005): modificación del estado de ánimo, tolerancia, abstinencia, conflicto y

recaída. El modelo de Griffiths ha sido criticado porque no tiene en cuenta la gravedad de las consecuencias físicas y psicológicas y por cierta confusión terminológica entre trastorno y otros estados (Kardefelt-Winther et al., 2017; Starcevic et al., 2018a, 2018b). Una segunda fuente importante de críticas procede de la falta de rigor en la construcción de los test y escalas diagnósticas (Billiaux et al., 2023; Maraz, Király, et al., 2015; Satchell et al., 2021). Hay que tener en cuenta que no es conveniente patologizar la vida cotidiana (Billieux et al., 2015; Frances & Widiger, 2012; Petry & O'Brien, 2013).

4.1. Adicciones tecnológicas

Se considera que la preocupación por las adicciones tecnológicas tiene su origen en una broma. Iván K. Goldberg quiso hacer una parodia del DSM en un foro de profesionales de la psicología que el mismo había creado diez años antes. Para demostrar la complejidad, la rigidez y la artificiosidad del citado manual, este psiquiatra inventó un nuevo trastorno, el *Síndrome de Adicción a Internet*, y enumeró los criterios diagnósticos del mismo. Caricaturizando de los criterios del DSM, cambió la palabra *sustancia* por la palabra *Internet*. Cuál no sería su sorpresa cuando empezó a recibir correos electrónicos de colegas pidiendo ayuda para el trastorno que se acababa de inventar. Goldberg se asustó por el monstruo que había creado, pero acabó reconociendo la existencia de un *Pathological Computer Use Disorder*. Curiosamente, su intento de criticar el sistema del DSM hizo emerger la preocupación por un nuevo trastorno mental. Paralelamente, la psicóloga Kimberly Young presentó en un congreso de la *American Psychological Association* la comunicación "Internet addiction, The emergence of a new clinical disorder" (Young, 1996) que posteriormente se publicó en la revista *Cyberpsychology and Behaviour* (Young, 1998). Desde entonces, el incremento de las publicaciones científicas y de la presión mediática ha sido incesante (Carbonell et al., 2016; Carbonell et al., 2009).

Un factor que se ha de tener en cuenta es que las tecnologías están en constante evolución. Así, se ha pasado de la preocupación por la adicción al ordenador y los *compulsive programmers* a la adicción a internet, de la adicción al móvil a la adicción al *smartphone* y de los videojuegos (los que se jugaban en videoconsolas y ordenador) a los videojuegos en línea (tipo WOW y LOL). Por tanto, la aparición de nuevas tecnologías puede dejar obsoletas posibles "adicciones" (*Second Life* y *Messenger*, por ejemplo).

4.2. Adicción a Internet

Como hemos comentado, la adicción a Internet es el inicio de las adicciones digitales o tecnológicas. La investigación reciente apunta a dos posibles interpretaciones. La primera es que no es conveniente utilizar este término para el diagnóstico, porque es poco explicativo. De igual forma que no se diagnostica de 'adicción a drogas' y se especifica la sustancia, este punto de vista defiende que es más útil referirse a las aplicaciones específicas a las que se accede a través de Internet: pornografía, apuestas en línea, compras en línea, etc. Otros autores defienden un síndrome generalizado de adicción a Internet en el que las cogniciones específicas de una persona (por ejemplo, escasas habilidades de afrontamiento y expectativas cognitivas de que Internet se puede usar para aumentar el estado de ánimo positivo o reducir el estado de ánimo negativo) aumentan el riesgo de

una medición generalizada a Internet, sobre todo, si están presentes factores de riesgo como depresión, ansiedad social, baja autoestima, baja eficacia y alta vulnerabilidad al estrés (Brand et al., 2014) y confirman su modelo en base a investigaciones neuropsicológicas que han señalado que ciertas funciones prefrontales, en particular las funciones de control ejecutivo, están relacionadas con los síntomas de la adicción a Internet (Brand et al., 2014). Salvando las distancias, este síndrome generalizado sería similar al que algunos medios de comunicación se refieren como adicción a las pantallas (Pinedo, 2022).

4.3. Adicción al teléfono móvil (smartphone)

Desde que los teléfonos inteligentes cambiaron el panorama de la comunicación y la información, la preocupación social y científica sobre la adicción a los teléfonos inteligentes ha sido constante (Bianchi & Phillips, 2005; Chóliz, 2010) y se han publicado cientos de artículos sobre la adicción a los teléfonos inteligentes (Carbonell et al., 2009, 2016; Olson et al., 2022). Sin embargo, también hay críticas significativas sobre la naturaleza de este concepto. Muchos de los estudios sobre la “adicción a los teléfonos inteligentes” utilizan una metodología correlacional con varias limitaciones, como: (a) la falta de estudios longitudinales; (b) instrumentos de detección que no son válidos para el diagnóstico; (c) gran probabilidad de falsos positivos; (d) estudios exploratorios basados en datos de autoinforme; (e) el uso de muestras de conveniencia de estudiantes universitarios y secundarios; (f) falta de muestras clínicas; y (g) falta de coherencia en metodología, definiciones, medición y criterios de diagnóstico entre los estudios [véanse las revisiones críticas de (Billieux et al., 2015; Billieux et al., 2015; Panova & Carbonell, 2018; Pedrero et al., 2012)]. En definitiva, la principal limitación es que estos estudios confunden síntomas adictivos con un trastorno real. Al hacerlo, corremos el riesgo de patologizar en exceso la vida cotidiana (Billieux et al., 2015) y socavar la gravedad de los trastornos psiquiátricos (Petry & O’Brien, 2013).

Con el teléfono inteligente, a través de Internet, es posible acceder a una variedad de aplicaciones y sitios web, como redes sociales, pornografía, videojuegos y apuestas, lo que sugiere que, en lugar de ser adictivos per se, los teléfonos inteligentes son el medio que permite la participación en actividades potencialmente adictivas algunas de las cuales contribuyen a aumentar el sentimiento de dependencia (Kuss et al., 2018; Lowe-Calverley & Pontes, 2020) y están asociados con malos resultados de salud (Chen et al., 2020). En paralelo al comentario sobre la adicción a Internet, López-Fernández et al. (2017) señala que el término “dependencia del teléfono móvil” podría ser un constructo inadecuado porque las personas no dependen del teléfono móvil sino de las actividades que se pueden realizar con él. Moreta et al. (2022) llegan a una conclusión similar cuando argumenta que un enfoque adecuado implicaría centrarse en el comportamiento y no en el dispositivo (teléfono inteligente). Si lo comparamos con el conocido campo de la adicción a sustancias, sería análogo a confundir la adicción a la botella con la adicción al alcohol (Kuss & Griffiths, 2017), o una fijación con la aguja (Miller, 2005) en lugar de la propia droga (Panova & Carbonell, 2018), o con la obsoleta terminología de “adicción a la computadora” (Shotton, 1989, 1991). En palabras de Lowe-Calverley y Pontes (2020) “es probable que los usuarios de teléfonos inteligentes se vuelvan adictos a las funcionalidades a las que acceden en sus teléfonos inteligentes (contenido) y no a los teléfonos inteligentes en sí (medio)”. Además,

existe una fuerte superposición entre la adicción autopercebida a los teléfonos inteligentes y el uso de Internet y las redes sociales (Chen, 2020). Una revisión narrativa reciente sugiere que el uso problemático del teléfono inteligente podría involucrar varias formas de uso problemático de Internet, como juegos, apuestas, redes sociales, etc (Fineberg et al., 2022).

Obviamente, el teléfono inteligente juega un papel importante al permitir el acceso fácil, cómodo, privado y rápido a Internet, lo que aumenta el potencial adictivo de algunos comportamientos porque están más disponibles y accesibles. De alguna manera, los teléfonos inteligentes y los cigarrillos son análogos. Se cree que fumar tabaco comenzó entre el 5000 y el 3000 a. C. en América del Sur y se introdujo en Europa a fines del siglo XVI. Sin embargo, el uso de cigarrillos y la adicción a la nicotina aumentaron notablemente cuando James Albert Bonsack desarrolló una máquina para fabricar cigarrillos en la década de 1880 que aumentó enormemente la producción de cigarrillos (Wikipedia, 2022). Los cigarrillos fueron uno de los productos industriales más exitosos del siglo XX y su precio, disponibilidad y aceptación social popularizaron el uso de la nicotina. Sin embargo, como es bien sabido, el problema no es el cigarrillo en sí: la sustancia adictiva es la nicotina. Nuevamente, la confusión entre el medio y el contenido sugiere que el problema es el comportamiento (por ejemplo, el juego), no el teléfono inteligente en sí (Carbonell et al., 2022).

Un estudio reciente insiste en un punto crítico: la ausencia de muestras clínicas. Pedrero-Pérez et al. (2022) llevaron a cabo una revisión sistemática de artículos que han aplicado algún tipo de tratamiento para la adicción a los smartphones. Para su sorpresa, hasta septiembre de 2020 solo se habían publicado dos artículos que cumplían dichos criterios. Sin embargo, ambos artículos proporcionaron evidencia científica mínima y la revisión de Pedrero-Pérez et al. concluyó que “A pesar de que la adicción a los teléfonos móviles se ha discutido durante 15 años, y en ocasiones con tintes apocalípticos, no se ha encontrado un solo estudio confiable que ofrezca una respuesta terapéutica que pueda ser empíricamente contrastado.”

La falta de evidencia se refuerza cuando estudiamos la validez psicométrica de las escalas de adicción a los teléfonos inteligentes. Llegan a la conclusión de que muchas medidas tecnológicas parecen medir un constructo similar mal definido que a veces se superpone con medidas preexistentes de bienestar” (Davidson et al., 2022; Shaw et al., 2020) y que las escalas de adicción a los teléfonos inteligentes generalmente eran buenas identificando quién se cree adicto, aunque no reflejan un uso objetivo del smartphone (Geyer et al., 2021).

4.4. Adicción a las redes sociales

Las redes sociales, una de las aplicaciones a las que se puede acceder mediante el móvil, también han suscitado un enorme interés científico, mediático y popular sobre su potencial adictivo. Las redes sociales en línea son aplicaciones tecnológicas interactivas mediadas por dispositivos electrónicos fijos o móviles que facilitan la creación o el intercambio de información, ideas, intereses profesionales y otras formas de expresión a través de

comunidades y redes virtuales (Aichner et al., 2020; Boyd, 2014). La popularidad de cada una de las redes sociales depende de factores como el país, la edad y la cultura; algunas de las conocidas en los últimos años son Facebook, WhatsApp, Instagram, Twitter, LinkedIn, OnlyFans y Tik Tok. A pesar de sus diferencias, las características comunes de las redes sociales es que permiten conectar personas con intereses comunes e intercambiar información (Aichner et al., 2020).

Sin embargo, el potencial adictivo de las redes sociales es controvertido. Algunos investigadores sostienen que los comportamientos y los estados mentales de los usuarios de redes sociales son análogos a los de los adictos a las sustancias y, por lo tanto, las redes sociales deben considerarse adictivas, mientras otros autores argumentan que las consecuencias negativas del uso de las redes sociales no supera el umbral necesario para merecer el diagnóstico de adicción (para una revisión ver Andreassen, 2015; Balcerowska et al., 2020; Carbonell & Panova, 2017; Kuss & Griffiths, 2011; Ryan et al., 2014). Independientemente del consenso al que se llegue sobre este tema, cierto es que algunos usos de las redes sociales se asocian a consecuencias negativas de diferentes grados de gravedad que merece la pena estudiar.

Para entender por qué las personas llevan a cabo actividades particulares en exceso es necesario identificar por qué son reforzadoras. Respecto al uso de las redes sociales, la respuesta simple es que los humanos son criaturas sociales. Durante milenios, hemos vivido en grupos y la interacción humana ha sido vital para nuestra supervivencia, bienestar y prosperidad. Cuando interactuamos con personas que nos gustan, generalmente nos sentimos más felices, seguros y saludables. Cuando no interactuamos con otras personas durante períodos prolongados de tiempo, tendemos a sentirnos solos, un estado negativo que se ha correlacionado con riesgos para la salud como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, depresión e ideación suicida entre otros. Por lo tanto, es natural buscar interacciones sociales regulares con otras personas. Las redes sociales nos ofrecen tales interacciones de una manera rápida, gratuita, fácil y divertida. En resumen, las redes sociales satisfacen una necesidad humana básica (Carbonell & Panova, 2017).

En cuanto a los dos criterios básicos que definen de una forma teórica la adicción, no se cumplen todos los factores de la dependencia psicológica y las consecuencias negativas son leves o moderadas y transitorias. La preocupación sobre la adicción a las redes sociales surge de la observación de que las personas usan esta tecnología durante un período considerable de tiempo de forma regular y continúan haciéndolo incluso cuando surgen consecuencias negativas relacionadas con su uso y sacrifican actividades como dormir, estudiar y trabajar (Andreassen & Pallesen, 2014; Carbonell & Panova, 2017). Sin embargo, la gravedad de estas consecuencias negativas no es especialmente alta, ni el usuario las entiende siempre como una consecuencia directa de su uso de las redes sociales, por lo que no desencadena los niveles de preocupación necesarios para motivar una disminución de su uso (Turel et al., 2014). Si una persona no cree que las consecuencias estén directamente relacionadas con su comportamiento, no se puede esperar que quiera o intente minimizar ese comportamiento. Por lo tanto, el criterio de “continúa participando en el comportamiento a pesar de las consecuencias negativas” tampoco puede diagnosti-

car de manera fiable una “adicción” a las redes sociales porque implica una conciencia de las consecuencias negativas del uso de redes sociales (Carbonell & Panova, 2017).

Está claro que ciertas personas usan las redes sociales de una manera problemática y, en consecuencia, experimentan consecuencias negativas. Sin embargo, etiquetar esta situación como una adicción no nos da mucha información sobre los mecanismos específicos por los cuales las redes sociales pueden conducir a estas consecuencias negativas (Carbonell et al., 2021; Panova et al., 2020).

4.5. Trastorno por comportamiento sexual compulsivo

La adicción al sexo es objeto de un encendido debate. La adicción al sexo no está aceptada en el DSM-5. Los editores del DSM-5 consideraron incluir la adicción al sexo en la última edición del texto, pero finalmente no lo hicieron por considerar que faltaba evidencia científica (American Psychiatric Association, 2013). El grupo de trabajo en trastornos sexuales (Walton et al., 2017) propuso los siguientes criterios:

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales intensas y recurrentes, impulsos sexuales y comportamiento sexual en asociación con cuatro o más de los siguientes cinco criterios:
 - 1. Se consume demasiado tiempo en fantasías e impulsos sexuales, y en la planificación y participación en el comportamiento sexual.
 - 2. Participar repetitivamente en estas fantasías, impulsos y comportamientos sexuales en respuesta a estados de ánimo disfóricos (p. ej., ansiedad, depresión, aburrimiento e irritabilidad).
 - 3. Participar repetitivamente en fantasías, impulsos y comportamientos sexuales en respuesta a eventos estresantes de la vida.
 - 4. Esfuerzos repetitivos pero infructuosos para controlar o reducir significativamente estas fantasías, impulsos y comportamientos sexuales.
 - 5. Participar repetitivamente en comportamientos sexuales sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional para uno mismo o para otros.
- B. Hay angustia personal clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento asociadas con la frecuencia e intensidad de estas fantasías, impulsos y conductas sexuales.
- C. Estas fantasías, impulsos y conductas sexuales no se deben a efectos fisiológicos directos de sustancias exógenas (p. ej., drogas o medicamentos), a condición médica general concurrente, o a episodios maníacos.
- D. La persona tiene al menos 18 años de edad.

Especificar si el subtipo de comportamiento hipersexual está relacionado con masturbación, pornografía, comportamiento sexual con adultos consentidos, cibersexo, teléfono sexo y clubes de striptease.

Sin embargo, en una decisión al parecer controvertida, la OMS agregó el trastorno por comportamiento sexual compulsivo a la CIE-11 en el epígrafe de trastornos del control de los impulsos (Kraus et al., 2018). Según la OMS, se caracteriza por un patrón persistente de incapacidad para controlar los impulsos sexuales intensos y repetitivos que llevan a un comportamiento sexual repetitivo. Los síntomas pueden incluir actividades sexuales repetitivas que se convierten en un punto central de la vida de la persona hasta el punto de descuidar la salud y el cuidado personal u otros intereses, actividades y responsabilidades; numerosos intentos fallidos por reducir significativamente el comportamiento sexual repetitivo; y un comportamiento sexual repetitivo continuo a pesar de las consecuencias adversas o de que deriva poca o ninguna satisfacción. El patrón de incapacidad para controlar los impulsos sexuales intensos y el comportamiento sexual repetitivo resultante se manifiesta durante un período prolongado (por ejemplo, 6 meses o más) y causa un malestar personal marcado o un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El malestar que está completamente relacionado con los juicios morales y la desaprobación acerca de los impulsos o conductas sexuales no es suficiente para cumplir con este requisito.

Las estimaciones epidemiológicas oscilan entre un 3% y un 6% en adultos, aunque estudios recientes han producido estimaciones algo más bajas, del 1% al 3%. Se esperaría que los requisitos de diagnóstico más restrictivos propuestos para ICD-11 produzcan tasas de prevalencia más bajas (Kraus et al., 2018). Cuando se utilizan cuestionarios autoadministrados la prevalencia aumenta hasta el 8,6% y las diferencias de género disminuyen, con un 10,3 % de hombres y un 7,0 % (Dickenson et al., 2018). La tasa del trastorno parece que es mayor en hombres y en algunas poblaciones específicas como personas que abusan sexualmente de otras y en hombres que tienen sexo con otros hombres (Walton et al., 2017). En el futuro será interesante valorar el papel de Internet para facilitar algunas conductas sexuales (Griffiths, 2016) y el papel del confinamiento debido al COVID-19.

Algunos investigadores ven este trastorno como un problema de regulación del comportamiento, mientras que otros expertos se preguntan si este comportamiento se deriva de un mayor deseo sexual o de problemas de control de los impulsos. Algunos investigadores consideran que es una conducta adictiva (Echeburúa, 2012; Kraus et al., 2016) mientras que otros temen que el diagnóstico pueda patologizar aspectos normales de la conducta humana (Kraus et al., 2018; Walton et al., 2017) pero sí que es necesaria más investigación (Grubbs et al., 2020; Karila et al., 2014).

El trastorno por comportamiento sexual compulsivo puede expresarse de diferentes formas: múltiples relaciones extramatrimoniales, excesivos contactos con prostitutas, numerosos encuentros sexuales anónimos, relaciones promiscuas breves con múltiples parejas heterosexuales u homosexuales, llamadas telefónicas recurrentes a *hotlines*, masturbación compulsiva, sexo por Internet o en un excesivo gasto de dinero en pornografía. Pero siempre se caracteriza por una actividad sexualidad exacerbada (Echeburúa, 2012;

Grubbs et al., 2020; Walton et al., 2017). No se considera adicto al sexo a cualquier persona que elabora y hasta cumple sus fantasías sexuales, por más extravagantes que sean. El diagnóstico tampoco debe asignarse para describir altos niveles de interés y comportamiento sexual (por ejemplo, la masturbación propia entre los adolescentes) aunque se asocie con angustia (Kraus et al., 2018). Son adictos aquellos que no pueden controlar su conducta y terminan perjudicándose a ellos mismos y/o a terceros. Como un alcohólico es incapaz de parar beber, los adictos sexuales no pueden detener sus comportamientos sexuales autodestructivos. La desintegración familiar, el desastre financiero, la pérdida de trabajos, los arrestos y el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas, son algunos de los problemas por los cuales estas personas pueden acudir a la consulta. Es importante entender que este tipo de pacientes se sienten culpables y avergonzados por sus comportamientos fuera de control, temiendo ser descubiertos (Echeburúa, 2012; Grubbs et al., 2020). Se ha señalado la similitud entre la conducta sexual compulsiva y los trastornos por consumo de sustancias (Kraus et al., 2016).

El trastorno de conducta sexual compulsiva sustituye los antiguos conceptos de ninfomanía (furor uterino) y de satiriasis o donjuanismo. La ninfomanía se consideraba un trastorno psicológico exclusivamente femenino caracterizado por una libido muy activa y una obsesión con el sexo. En los hombres el trastorno era llamado satiriasis y a quien la padecía se le denominaba sátiro. Los términos *ninfomanía* y *satiriasis* ya no aparecen en el DSM-5.

El umbral para lo que constituye trastorno de conducta sexual compulsiva está sujeto al debate, y los críticos preguntan si puede existir un umbral diagnóstico. El deseo sexual varía considerablemente en los humanos: lo que una persona consideraría deseo sexual normal podría entenderlo otra persona como excesivo e incluso otra como bajo. Desde esta perspectiva crítica, se arguye que las personas que creen que son “adictas” al sexo a menudo tienen sentimientos de vergüenza en torno al sexo; pueden creer que los pensamientos sexuales, las fantasías, la masturbación y la pornografía son incorrectos, dañinos o malvados (Levine, 2010). Muchas de estas personas se criaron en un hogar profundamente religioso, lo que puede haber contribuido a sus creencias sobre el sexo y la adicción al sexo (Walton et al., 2017).

Como puede concluirse, la adicción al sexo es un término confuso e incómodo debido a sus connotaciones religiosas y morales y las variaciones individuales tanto en la frecuencia como en la conducta, en la que la CIE-11 y DSM-5 no concuerdan. Es necesario continuar el esfuerzo de investigación (Grubbs et al., 2020) sin olvidar que independientemente de la etiqueta diagnóstica las personas merecen atención y tratamiento de acorde a sus necesidades.

4.6. Adicción a las compras y al trabajo

En la lista de adicciones conductuales no reconocidas en los manuales de psicopatología pero que han merecido la atención de investigadores y popularizadas por los medios de comunicación figuran la adicción a las compras y la adicción al trabajo (y al estudio). El término *workalcoholic* fue acuñado por Wayne Oates en 1971 (Oates, 1971) y adquirió po-

pularidad con el libro *Chained to the Desk A Guidebook for Workaholics, Their Partners and Children, and the Clinicians Who Treat Them* (Robinson, 1998). El libro tiene varias ediciones y el autor se considera seminal en el campo. Robinson definió el término como un trastorno obsesivo compulsivo que se manifiesta a través de demandas auto impuestas, la incapacidad para regular los hábitos de trabajo y el abuso del trabajo hasta la exclusión de muchas actividades cotidianas. Consideró que la adicción al trabajo es una forma de escapar a cuestiones emocionales no resueltas y que el alivio que proporciona tiene una cualidad adictiva que se podía comparar con la adicción a la cocaína y al alcohol.

Algunas de las primeras definiciones restringían el fenómeno a aquellas personas que trabajan más de 50 horas a la semana. La mayoría de las definiciones contemporáneas describen la adicción al trabajo como un patrón continuo de alta inversión laboral, largas horas de trabajo, trabajo más allá de las expectativas y una obsesión por el trabajo que lo consume todo (Andreassen, 2014).

Se considera que la adicción al trabajo es probablemente el resultado de factores predisponentes (por ejemplo, necesidades, valores, rasgos, genes), experiencias socioculturales (por ejemplo, aprendizaje social, énfasis cultural en la competencia y competición) y refuerzos de comportamiento (por ejemplo, organización de sistemas de recompensa, satisfacción, quejas y cumplidos). Se ha resaltado la vulnerabilidad de los adictos al trabajo para el consumo de estimulantes (Kun et al., 2023). Se han diseñado variedad de escalas para su medida siendo, probablemente, la BWAS (Andreassen et al., 2012) uno de los instrumentos más prometedores.

A esta línea de investigación se ha unido la adicción al estudio definida como estar demasiado preocupado por estudiar, impulsado por una motivación incontrolable a estudiar e invertir tanto tiempo y esfuerzo estudiando que perjudica las relaciones privadas, el tiempo libre y la salud (Atroszko et al., 2015). Por supuesto, el término es controvertido y, al igual que otras posibles adicciones conductuales, dista mucho de ser aceptado por la comunidad científica. Se ha sugerido que la adicción al estudio podría ser un precursor de la adicción al trabajo (Atroszko et al., 2016).

Ir de compras ha sido y es una parte importante de la vida cotidiana. Sin embargo, puede asumir fácilmente las características de una adicción conductual, como la preocupación, la focalización, así como la compulsividad y la pérdida de control. Por lo tanto, la adicción a las compras (*shopping addiction*), especialmente en línea, se está convirtiendo en un tema de investigación cada vez más importante, especialmente con las compras en línea (Rose & Dhandayudham, 2014) y durante y después de la pandemia por COVID-19 (Niedermoser et al., 2021). Para la mayoría de las personas, ir de compras es una parte rutinaria de las actividades cotidianas, una forma de obtener bienes necesarios. En la cultura consumista moderna, comprar proporciona placer, diversión y disfrute, siendo un comportamiento gratificante en sí mismo. Sin embargo, para algunas personas, ir de compras se transforma en una conducta crónica, excesiva y repetitiva que provoca euforia temporal o proporciona alivio de las emociones negativas y que, a largo plazo, puede tener consecuencias adversas (Müller et al., 2015).

Los criterios diagnósticos indican comportamientos, pensamientos y fenómenos relacionados con compras disfuncionales persistentes y/o recurrentes, como lo indican las siguientes características: 1) urgencias y/o impulsos intrusivos y/o irresistibles y/o antojos y/o preocupaciones por comprar; 2) disminución del control sobre comprar; 3) compra excesiva de artículos sin utilizarlos para sus fines previstos; 4) el uso de compras para regular los estados internos; 5) los síntomas persistentes y recurrentes de compras disfuncionales resultan en consecuencias negativas y deterioro en áreas importantes del funcionamiento; y 6) la reducción o cese de compras excesivas da como resultado estados emocionales negativos y síntomas cognitivos (Müller et al., 2021).

Las compras finalmente causan perjuicios al individuo y a su entorno familiar y de amistades. El elevado endeudamiento, el malestar emocional, los estados depresivos y sentimientos de depresión y culpabilidad post-compra y los problemas de relación marital y familiar son consecuencias negativas de esta adicción (Rodríguez-Villarino et al., 2005). Las personas que compran compulsivamente dedican mucho más tiempo a las compras de lo que pretendían y, a menudo, compran artículos que no necesitan y no pueden pagar. Típicamente, después de una compra excesiva, se sienten arrepentidos y culpables de sucumbir a sus impulsos (Clark & Calleja, 2008). Su enfoque y entusiasmo no son en la posesión de los bienes comprados o su uso, sino en el proceso de compra en sí (Charzyńska et al., 2021). Es un trastorno a menudo comórbido con los trastornos de ansiedad, los comportamientos impulsivos y la dependencia emocional (Etxaburu et al., 2023). Se han diseñado variedad de escalas para su medida (Maraz et al., 2015; Zarate et al., 2022).

5. BIBLIOGRAFÍA

- Addicott, M. A. (2014). Caffeine use disorder: A review of the evidence and future implications. *Current Addiction Reports*, 1(3), 186–192. <https://doi.org/10.1007/s40429-014-0024-9>
- AEVI. (2022). *La industria del videojuego en España*. AEVI. <http://www.aevi.org.es/web/wp-content/uploads/2023/05/Anuario-AEVI-2022.pdf>
- Aichner, T., Grünfelder, M., Maurer, O., & Jegeni, D. (2020). Twenty-Five years of social media: A review of social media applications and definitions from 1994 to 2019. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 00(00), 1–8. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0134>
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado*. MASSON-SALVAT MEDICINA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Andreassen, C. S. (2014). Workaholism: An overview and current status of the research. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 1–11. <https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.017>
- Andreassen, C. S. (2015). Online Social Network Site addiction: A comprehensive review. *Current Addiction Reports*, 2(2), 175–184. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0056-9>
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., & Pallesen, S. (2012). Development of a work addiction scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(3), 265–272. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00947.x>
- Andreassen, C. S., & Pallesen, S. (2014). Social network site addiction - an overview. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4053–4061. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990616>

- Arostegui, E., Martínez-Redondo, P., & Moro, A. (2021). *Estudio exploratorio con perspectiva de género sobre factores asociados al juego patológico: La visibilización de las mujeres en el contexto tradicional y de las prácticas juveniles en el panorama tecnológico.*
- Atroszko, P. A., Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., & Pallesen, S. (2015). Study addiction – A new area of psychological study: Conceptualization, assessment, and preliminary empirical findings. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 75–84. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.007>
- Atroszko, P. A., Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., & Pallesen, S. (2016). The relationship between study addiction and work addiction: A cross-cultural longitudinal study. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 708–714. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.076>
- Balcerowska, J. M., Bereznowski, P., Biernatowska, A., Atroszko, P. A., Pallesen, S., & Andreassen, C. S. (2020). Is it meaningful to distinguish between Facebook addiction and social networking sites addiction? Psychometric analysis of Facebook addiction and social networking sites addiction scales. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00625-3>
- Becoña, E. (2004). El juego patológico: Prevalencia en España. *Salud y Drogas*, 4(2), 9–34.
- Bianchi, A., & Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(1), 39–51. <https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.39>
- Billieux, P., Baggio, S., Billeux, J., & Maurage, P. (2023). Thinking beyond cut-off scores in the assessment of potentially addictive behaviors: A brief illustration in the context of binge-watching. *Journal of Behavioral Addictions*.
- Billieux, J., Castro, J., & et al. (2021). Expert appraisal of criteria for assessing gaming disorder: An international Delphi study. *Addiction*, *Accepted*.
- Billieux, J., Maurage, P., Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2015). Can disordered mobile phone use be considered a behavioral addiction? An update on current evidence and a comprehensive model for future research. *Current Addiction Reports*, 2, 156–162. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0054-y>
- Billieux, J., Philippot, P., Schmid, C., Maurage, P., De Mol, J., & Van der Linden, M. (2015). Is dysfunctional use of the mobile phone a behavioural addiction? Confronting symptom-based versus process-based approaches. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(5), 460–468. <https://doi.org/10.1002/cpp.1910>
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>
- Bostrom, R. N., & Harrington, N. G. (1999). An exploratory investigation of characteristics of compulsive talkers. *Communication Education*, 48, 73–80. <https://doi.org/10.1080/03634529909379154>
- Boyd, D. M. (2014). *It's complicated: The social lives of networked teens*. Yale University Press.
- Brand, M., Young, K. S., & Laier, C. (2014). Prefrontal control and internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(375), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00375>
- Budney, A. J., & Emond, J. A. (2014). Caffeine addiction? Caffeine for youth? Time to act! *Addiction*, 109(11), 1771–1772. <https://doi.org/10.1111/add.12594>
- Calvo, F., Carbonell, X., Oberst, U., & Fuster, H. (2018). May the passion be with you: The addictive potential of collectible card games, miniatures, and dice of the Star Wars universe. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 727–736. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.73>
- Carbonell, X. (2017). From Pong to Pokemon Go, catching the essence of the Internet Gaming Disorder diagnosis. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 124–127. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.010>
- Carbonell, X. (2020). El diagnóstico de adicción a videojuegos en el DSM-5 y en la CIE-11: Retos y oportunidades para clínicos. *Papeles Del Psicólogo*. <https://doi.org/https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2935>
- Carbonell, X., Calvo, F., Panova, T., & Beranuy, M. (2021). Consideración crítica de las adicciones digitales. *Digital Education Review*, 39, 4–22.

- Carbonell, X., Guardiola, E., Beranuy, M., & Bellés, A. (2009). A bibliometric analysis of the scientific literature on Internet, video games, and cell phone addiction. *Journal of the Medical Library Association*, 97(2), 102–107. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.97.2.006>
- Carbonell, X., Guardiola, E., Fuster, H., Gil, F., & Panova, T. (2016). Trends in scientific literature on addiction to the internet, video games, and cell phones from 2006 to 2010. *International Journal of Preventive Medicine*, 7, 63. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.179511>
- Carbonell, X., & Panova, T. (2017). A critical consideration of social networking sites' addiction potential. *Addiction Research & Theory*, 25(1), 48–57. <https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1197915>
- Carbonell, X., Panova, T., & Carmona, A. (2022). Commentary: Editorial: Significant influencing factors and effective interventions of mobile phone addiction. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.957163>
- Charlton, J. P., & Danforth, I. D. W. (2007). Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Computers in Human Behavior*, 23, 1531–1548. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2005.07.002>
- Charlton, J. P., & Danforth, I. D. W. (2010). Validating the distinction between computer addiction and engagement: Online game playing and personality. *Behaviour & Information Technology*, 29(6), 601–613. <https://doi.org/10.1080/01449290903401978>
- Charzyńska, E., Sitko-Dominik, M., Wysocka, E., & Olszanecka-Marmola, A. (2021). Exploring the Roles of Daily Spiritual Experiences, Self-Efficacy, and Gender in Shopping Addiction: A Moderated Mediation Model. *Religions*, 12(5), 355. <https://doi.org/10.3390/rel12050355>
- Chen, C.-Y. (2020). Smartphone addiction: psychological and social factors predict the use and abuse of a social mobile application. *Information, Communication & Society*, 23(3), 454–467. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2018.1518469>
- Chen, I. H., Pakpour, A. H., Leung, H., Potenza, M. N., Su, J. A., Lin, C. Y., & Griffiths, M. D. (2020). Comparing generalized and specific problematic smartphone/internet use: Longitudinal relationships between smartphone application-based addiction and social media addiction and psychological distress. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 410–419. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00023>
- Chóliz, M. (2010). Mobile phone addiction: A point of issue. *Addiction*, 105(2), 373–374. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02854.x>
- Clark, M., & Calleja, K. (2008). Shopping addiction: A preliminary investigation among Maltese university students. *Addiction Research & Theory*, 16(6), 633–649. <https://doi.org/10.1080/16066350801890050>
- Davidson, B. I., Shaw, H., & Ellis, D. A. (2022). Fuzzy constructs in assessment: The overlap between mental health and technology “use.” *Open Science Framework*, 133, 107206. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107206>
- DGOJ. (2023a). *Datos del Mercado Español del Juego 2021*. <https://www.ordenacionjuego.es/es/datos-mercado-espanol-juego>
- DGOJ. (2023b). *Los mecanismos aleatorios de recompensa (cajas botín) en el marco de la ley de Regulación del Juego*. https://www.ordenacionjuego.es/es/FAQ#quickset-tabs_faq_13
- DGOJ. (2023c). *Mercado de juego online estatal 2022*. <https://www.ordenacionjuego.es/es/mercado-juego-online-estatal>
- Dickenson, J. A., Gleason, N., Coleman, E., & Miner, M. H. (2018). Prevalence of distress associated with difficulty controlling sexual urges, feelings, and behaviors in the United States. *JAMA Network Open*, 1(7), e184468. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4468>
- Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? *Adicciones*, 24(4), 281–285.
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: Más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5(3), 251–258.
- Etxaburu, N., Momeñe, J., Herrero, M., Chávez-Vera, M. D., Olave, L., Iruarrizaga, I., & Estévez, A. (2023). Buying-shopping disorder, impulsivity, emotional dependence and attachment in adolescents. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04425-3>

- Fernández-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2010). *Adiciones sin drogas: Características y vías de intervención*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Fineberg, N. A., Menchón, J. M., Hall, N., Dell’Osso, B., Brand, M., Potenza, M. N., Chamberlain, S. R., Cirnigliaro, G., Lochner, C., Billieux, J., Demetrovics, Z., Rumpf, H. J., Müller, A., Castro-Calvo, J., Hollander, E., Burkauskas, J., Grünblatt, E., Walitza, S., Corazza, O., ... Zohar, J. (2022). Advances in problematic usage of the internet research – A narrative review by experts from the European network for problematic usage of the internet. *Comprehensive Psychiatry*, *118*, 152346. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152346>
- Geyer, K., Carbonell, X., Beranuy, M., & Calvo, F. (2021). Absence of objective differences between self-identified addicted and healthy smartphone users? In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 18, Issue 7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073702>
- Ghanizadeh, A., & Shekoochi, H. (2011). Prevalence of nail biting and its association with mental health in a community sample of children. *BMC Research Notes*, *4*(1), 116. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-116>
- Grall-Bronnec, M., Bulteau, S., Victorri-Vigneau, C., Bouju, G., & Sauvaget, A. (2015). Fortune telling addiction: Unfortunately a serious topic about a case report. *Journal of Behavioral Addictions*, *4*(1), 27–31. <https://doi.org/10.1556/JBA.4.2015.17>
- Griffiths, M. D. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, *10*, 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Griffiths, M. D. (2016). Commentaries on Kraus et al. (2016). *Addiction*, *111*, 2107–2108.
- Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Lopez-Fernandez, O., & Pontes, H. M. (2017). Problematic gaming exists and is an example of disordered gaming. *Journal of Behavioral Addictions*, *6*(3), 296–301. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.037>
- Grubbs, J. B., Hoagland, K. C., Lee, B. N., Grant, J. T., Davison, P., Reid, R. C., & Kraus, S. W. (2020). Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review*, *82*, 101925. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Granero, R., & Menchón, J. M. (2014). Gambling in Spain: update on experience, research and policy. *Addiction*, *109*(10), 1595–1601. <https://doi.org/10.1111/add.12232>
- Kardefelt-Winther, D. (2015). A critical account of DSM-5 criteria for internet gaming disorder. *Addiction Research & Theory*, *23*(2), 93–98. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.935350>
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction*, *112*(10), 1709–1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>
- Karila, L., Wery, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., & Billieux, J. (2014). Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? A Review of the Literature. *Current Pharmaceutical Design*, *20*(25), 4012–4020. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990619>
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H. N., Grant, J. E., Atalla, E., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, *17*(1), 109–110. <https://doi.org/10.1002/wps.20499>
- Kraus, S. W., Voon, V., & Potenza, M. N. (2016). Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/add.13297>
- Kun, B., Fetahu, D., Mervó, B., Magi, A., Eisinger, A., Paksi, B., & Demetrovics, Z. (2023). Work Addiction and Stimulant Use: Latent Profile Analysis in a Representative Population Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01076-0>
- Kuss, D., Harkin, L., Kanjo, E., & Billieux, J. (2018). Problematic smartphone use: Investigating contemporary experiences using a convergent design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(1), 142. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010142>

- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction - A review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(9), 3528–3552. <https://doi.org/10.3390/ijerph8093528>
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social Networking Sites and addiction: Ten lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030311>
- Lamas, J. J., Micó, M. V., & Aragón, L. (2018). *Mujer y juego*. www.fejar.org
- Lara-Huallipe, M. L., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Gómez-Peña, M., Moragas, L., del Pino-Gutiérrez, A., Valenciano-Mendoza, E., Mora-Maltas, B., Baenas, I., Etxandí, M., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2022). Clustering treatment outcomes in women with gambling disorder. *Journal of Gambling Studies*, 38(4), 1469–1491. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10092-5>
- Levine, S. B. (2010). What is Sexual Addiction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(3), 261–275. <https://doi.org/10.1080/00926231003719681>
- Lopez-Fernandez, O., Kuss, D., Romo, L., Morvan, Y., Kern, L., Graziani, P., Rousseau, A., Rumpf, H.-J., Bischof, A., Gässler, A.-K., Schimmenti, A., Passanisi, A., Männikkö, N., Kääriäinen, M., Demetrovics, Z., Király, O., Chóliz, M., Zacarés, J. J., Serra, E., ... Billieux, J. (2017). Self-reported dependence on mobile phones in young adults: A European cross-cultural empirical survey. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 168–177. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.020>
- Lowe-Calverley, E., & Pontes, H. M. (2020). Challenging the concept of smartphone addiction: An empirical pilot study of smartphone usage patterns and psychological well-being. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(8), 550–556. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0719>
- 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(3), 326–334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.080>
- Maraz, A., Király, O., & Demetrovics, Z. (2015). The diagnostic pitfalls of surveys: If you score positive on a test of addiction, you still have a good chance not to be addicted. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 151–154. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.026>
- Maraz, A., Urbán, R., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). An empirical investigation of dance addiction. *PLoS ONE*, 10(5), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125988>
- McCroskey, J. C., & Richmond, V. P. (1993). Identifying compulsive communicators: The talkaholic scale. *Communication Research Reports*, 10(2), 107–114.
- McCroskey, J. C., & Richmond, V. P. (1995). Correlates of compulsive communication: Quantitative and qualitative characteristics. *Communication Quarterly*, 43(1), 1–8.
- Miller, J. (2005). Heroin addiction: The needle as transitional object. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 30(2), 293–304. <https://doi.org/doi:10.1521/jaap.30.2.293.21955>
- Montag, C., Schivinski, B., Sariyska, R., Kannen, C., Demetrovics, Z., & Pontes, H. M. (2019). Psychopathological symptoms and gaming motives in Disordered Gaming — A psychometric comparison between the WHO and APA diagnostic frameworks. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1691), 1–18. <https://doi.org/doi:10.3390/jcm8101691>
- Moretta, T., Buodo, G., Demetrovics, Z., & Potenza, M. N. (2022). Tracing 20 years of research on problematic use of the internet and social media: Theoretical models, assessment tools, and an agenda for future work. *Comprehensive Psychiatry*, 112. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152286>
- Müller, A., Laskowski, N. M., Trotzke, P., Ali, K., Fassnacht, D. B., de Zwaan, M., Brand, M., Häder, M., & Kyrios, M. (2021). Proposed diagnostic criteria for compulsive buying-shopping disorder: A Delphi expert consensus study. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(2), 208–222. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00013>
- Müller, A., Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (2015). Compulsive buying. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 132–137. <https://doi.org/10.1111/ajad.12111>

- Niedermoser, D. W., Petitjean, S., Schweinfurth, N., Wirz, L., Ankli, V., Schilling, H., Zueger, C., Meyer, M., Poespodihardjo, R., Wiesbeck, G., & Walter, M. (2021). Shopping addiction: A brief review. *Practice Innovations*, 6(3), 199–207. <https://doi.org/10.1037/pri0000152>
- Nolan, B. V., & Feldman, S. R. (2009). Ultraviolet tanning addiction. *Dermatologic Clinics*, 27(2), 109–112. <https://doi.org/10.1016/j.det.2008.11.007>
- Oates, W. (1971). *Confessions of a Workaholic*. World Pub. Co.
- Olson, J. A., Sandra, D. A., Colucci, É. S., Al Bikaii, A., Chmoulevitch, D., Nahas, J., Raz, A., & Veissière, S. P. L. (2022). Smartphone addiction is increasing across the world: A meta-analysis of 24 countries. *Computers in Human Behavior*, 129(107138). <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107138>
- Orosz, G., Dombi, E., Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). Analyzing models of work addiction: Single factor and bi-factor models of the Bergen Work Addiction Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9613-7>
- Orosz, G., Vallerand, R. J., Bőthe, B., Tóth-Király, I., & Paskuj, B. (2016). On the correlates of passion for screen-based behaviors: The case of impulsivity and the problematic and non-problematic Facebook use and TV series watching. *Personality and Individual Differences*, 101, 167–176. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.368>
- Panova, T., & Carbonell, X. (2018). Is smartphone addiction really an addiction? *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 252–259. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.49>
- Panova, T., Carbonell, X., Chamarro, A., & Puerta-Cortés, D. X. (2020). Specific smartphone uses and how they relate to anxiety and depression in university students: a cross-cultural perspective. *Behaviour and Information Technology*, 39(4), 944–956. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2019.1633405>
- Pedrero, E. J., Rodríguez, M. T., & Ruiz, J. M. (2012). Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones*, 24(2), 139–152.
- Pedrero-Pérez, E. J., Rojo-Mota, G., & Huertas-Hoyas, E. (2022). Systematic review: Treatment modalities applied in smartphone addiction/abuse. *Health and Addictions*, 22(1), 122–131. <https://doi.org/10.21134/haaj.v22i1.637>
- Petry, N. M., & O'Brien, C. P. (2013). Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*, 108(7), 1186–1187. <https://doi.org/10.1111/add.12162>
- Pinedo, C. (2022, February 22). Como ayudar a tu hijo con adicción a las pantallas. *El País*. <https://elpais.com/mamas-papas/2022-02-22/como-ayudar-a-tu-hijo-con-su-adiccion-a-las-pantallas.html>
- Quinones, C., & Griffiths, M. D. (2015). Addiction to work: A critical review of the workaholism construct and recommendations for assessment. *Journal of Psychological Nursing and Mental Health*, 53(10), 48–59. <https://doi.org/10.3928/02793695-20150923-04>
- Robinson, B. E. (1998). *Chained to the desk: A guidebook for workaholics, their partners and children and the clinicians who treat them*. New York University Press.
- Rodríguez-Villarino, R., González-Lorenzo, M., Fernández-González, A., & Lamerias-Fernández, M. (2005). Explorando la relación de la adicción a la compra con otros comportamientos excesivos: un estudio piloto. *Adicciones*, 17(3), 231–240.
- Rose, S., & Dhandayudham, A. (2014). Towards an understanding of Internet-based problem shopping behaviour: The concept of online shopping addiction and its proposed predictors. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 83–89. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.003>
- Rudski, J. M., Segal, C., & Kallen, E. (2009). Harry Potter and the end of the road: Parallels with addiction. *Addiction Research & Theory*, 17(3), 260–277. <https://doi.org/10.1080/16066350802334595>
- Ryan, T., Chester, A., Reece, J., & Xenos, S. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 133–148. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.016>
- Satchell, L. P., Fido, D., Harper, C. A., Shaw, H., Davidson, B., Ellis, D. A., Hart, C. M., Jalil, R., Bartoli, A. J., Kaye, L. K., Lancaster, G. L. J., & Pavetich, M. (2021). Development of an Offline-Friend Addiction Questionnaire (O-FAQ): Are most people really social addicts? *Behavior Research Methods*, 53(3), 1097–1106. <https://doi.org/10.3758/s13428-020-01462-9>

- Shaw, H., Ellis, D. A., Geyer, K., Davidson, B. I., Ziegler, F. V., & Smith, A. (2020). Quantifying smartphone “use”: Choice of measurement impacts relationships between “usage” and health. *Technology, Mind, and Behavior*, 1(2), 1–15. <https://doi.org/10.1037/tmb0000022>
- Shotton, M. A. (1989). *Computer addiction. A study of computer dependency*. Taylor & Francis. <https://doi.org/0-203-21063-8> Master e-book ISBN
- Shotton, M. A. (1991). The cost and benefits of computer addiction. *Behaviour and Information Technology*, 10(3), 219–230.
- Starcevic, V., Billieux, J., & Schimmenti, A. (2018a). Selfitis and behavioural addiction: A plea for terminological and conceptual rigour. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 919–920. <https://doi.org/10.1177/0004867418797442>
- Starcevic, V., Billieux, J., & Schimmenti, A. (2018b). Selfitis, selfie addiction, Twitteritis: Irresistible appeal of medical terminology for problematic behaviours in the digital age. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(5), 408–409. <https://doi.org/10.1177/0004867418763532>
- Stevens, M. W., Dorstyn, D., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2021). Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(6), 553–568. <https://doi.org/10.1177/0004867420962851>
- Suissa, A. J. (2008). Addiction to cosmetic surgery: Representations and medicalization of the body. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 619–630. <https://doi.org/10.1007/s11469-008-9164-2>
- Tanaka, O. M., Vitral, R. W. F., Tanaka, G. Y., Guerrero, A. P., & Camargo, E. S. (2008). Nailbiting, or onychophagia: A special habit. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 134(2), 305–308. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2006.06.023>
- Targhetta, R., Nalpas, B., & Perney, P. (2013). Argentine tango: Another behavioral addiction? *Journal of Behavioral Addictions*, 2(3), 179–186. <https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.007>
- Tomás, M. C. (2019). Adicción al tarot: ¿mito o realidad? *Revista Española de Drogodependencias*, 44(2), 13–25.
- Turel, O., He, Q., Xue, G., Xiao, L., & Bechara, A. (2014). Examination of neural systems sub-serving Facebook “Addiction.” *Psychological Reports*, 115(3), 675–695. <https://doi.org/10.2466/18.PR0.115c31z8>
- Walton, M. T., Cantor, J. M., Bhullar, N., & Lykins, A. D. (2017). Hypersexuality: A Critical Review and Introduction to the “Sexbehavior Cycle.” *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2231–2251. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0991-8>
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*.
- Young, K. S. (1996). Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. *104th Annual Meeting of the American Psychological Association*, 1(3), 237–244. <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
- Young, K. S. (1998). Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237–244. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
- Zarate, D., Fullwood, L., Prokofieva, M., Griffiths, M. D., & Stavropoulos, V. (2022). Problematic Shopping Behavior: An Item Response Theory Examination of the Seven-Item Bergen Shopping Addiction Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00844-8>

CAPÍTULO 2

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DISTINTAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

REGINA MUÑOZ, SUSANA PUIGCORBÉ, JOAN COLOM

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se va a explicar la situación epidemiológica de las distintas adicciones comportamentales a partir de las revisiones de las diferentes encuestas, tanto a nivel estatal, europeo y mundial. En primer lugar, se ha analizado la prevalencia del juego con dinero, tanto online como presencial, así como la prevalencia del juego problemático y del trastorno de juego. A continuación, se ha mostrado la prevalencia del uso de videojuegos y del trastorno por uso de videojuegos. Y, por último, se ha hecho referencia a aquellos comportamientos que pueden generar adicciones comportamentales que todavía no están reconocidas por los manuales diagnósticos (ICD-11, DSM-5).

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ESPAÑA, EUROPA Y EL MUNDO

El uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y de las nuevas formas de juego con dinero han aumentado en los últimos años y, por ende, los problemas de salud y sociales que pueden ocasionar estos usos, así como las adicciones comportamentales en que pueden derivar.

Tal y como se ha explicado en el capítulo anterior, actualmente solo hay dos tipos de adicciones comportamentales reconocidas por los diferentes manuales diagnósticos clínicos: el trastorno por juegos de apuestas y trastorno por uso de videojuegos.

Aunque en este apartado nos centraremos en más profundidad en las prevalencias de estos dos comportamientos y de la problemática asociada, también se hará mención a otros comportamientos susceptibles de generar una adicción comportamental.

En la primera parte se presentan los datos más exhaustivos de la situación epidemiológica en España y luego se enmarcan en datos europeos y mundiales. En cada uno de los subapartados, se ha ido indicando las fuentes consultadas.

2.1. Situación en España

En España se realizan dos encuestas bianuales en años alternos sobre consumo de sustancias y de conductas susceptibles de generar adicción. Una de ellas es la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) que es una encuesta domiciliaria dirigida a personas entre 15 y 64 años; y la otra encuesta es la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) que es autoadministrada en jóvenes de 14 a 18 años.

En ambas encuestas, desde el año 2014, se incluyen una serie de módulos para conocer el alcance que tiene sobre la población general o la de estudiantes el uso compulsivo de internet, el juego con dinero y, desde 2019, el posible trastorno por uso de videojuegos.

2.1.1. Juego con dinero

2.1.1.1. Prevalencia del juego con dinero online y/o presencial

Según el Informe sobre Trastornos comportamentales 2022 publicado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), en 2022, un 58,1% de la población de 15 a 64 años (60,4% en hombres y 55,7% en mujeres) había jugado con dinero de forma online y/o presencial en los últimos 12 meses. En 2022, el 4,5% de la población (6,8% en hombres y 2,3% en mujeres) había jugado con dinero tanto por internet como de forma presencial, siendo este porcentaje inferior al del año 2020 (6,1%).

De la misma manera que en las ediciones anteriores de la encuesta, se observa una gran diferencia entre la prevalencia de juego con dinero online y presencial, con una prevalencia en 2022 del 5,3% y del 57,4%, respectivamente (figura 1). Se puede observar que, aunque la prevalencia del juego con dinero online es más baja que la del juego presencial, la prevalencia del juego online el año 2022 es ligeramente inferior que la registrada en 2020.

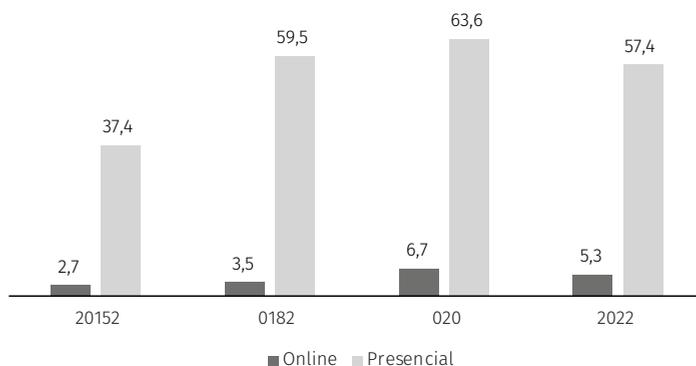


Figura 1. Prevalencia de juego con dinero online o presencial en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 2015-2022.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Tanto entre las personas que han jugado con dinero de forma presencial como las que lo han hecho de forma online, la cantidad mayor de dinero gastada en un solo día está por

debajo de 30 euros. Respecto a la edad de inicio en el juego, se observa que la edad en la que se juega por primera vez es inferior en el juego con dinero presencial respecto al juego online, siendo en el 2022 de 23,3 años y de 26,3 años, respectivamente.

Por otro lado, entre la población de estudiantes de 14 a 18 años en 2021, un 20,1% había jugado con dinero de forma online y/o presencial en los últimos 12 meses, siendo ésta más elevada entre los hombres (27,6% en hombres y 12,6% en mujeres). No hay que olvidar que los datos relativos al año 2021, pueden estar influenciados por el contexto de restricciones asociadas a situación de la Covid-19.

En el caso de los estudiantes de secundaria, la prevalencia del juego con dinero presencial es más elevada que la del juego online, pero con una magnitud inferior que entre la población de 15 a 64 años. El año 2021, el 17,2% de los estudiantes encuestados afirmaban haber jugado con dinero en los últimos 12 meses de forma presencial y el 9,4% de forma online (figura 2).

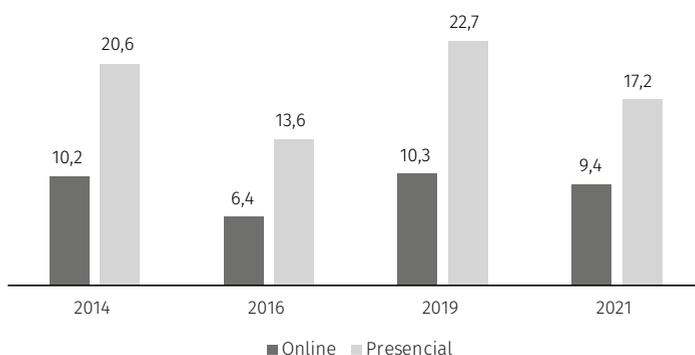


Figura 2. Prevalencia de juego con dinero online o presencial en los últimos 12 meses en la población de 14-18 años (%). España, 2014-2021

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

La edad de inicio del juego con dinero es similar tanto en la modalidad presencial como online, siendo de 14,6 años y de 15,0 años, respectivamente.

Los tipos de juego utilizados son diferentes según si el juego es presencial u online y de la población diana.

En la población de 15 a 64 años, entre aquellos que juegan de manera presencial, los juegos más habituales son las loterías convencionales y las loterías instantáneas, y entre los que juegan online son las apuestas deportivas y las loterías convencionales (figura 3).

Por otro lado, entre los estudiantes de secundaria de 14 a 18 años, entre aquellos que juegan de manera presencial, los juegos más habituales son las loterías convencionales, las loterías instantáneas, las quinielas y el bingo, y entre los que juegan online destacan los videojuegos, las apuestas deportivas y los deportes electrónicos (figura 4).

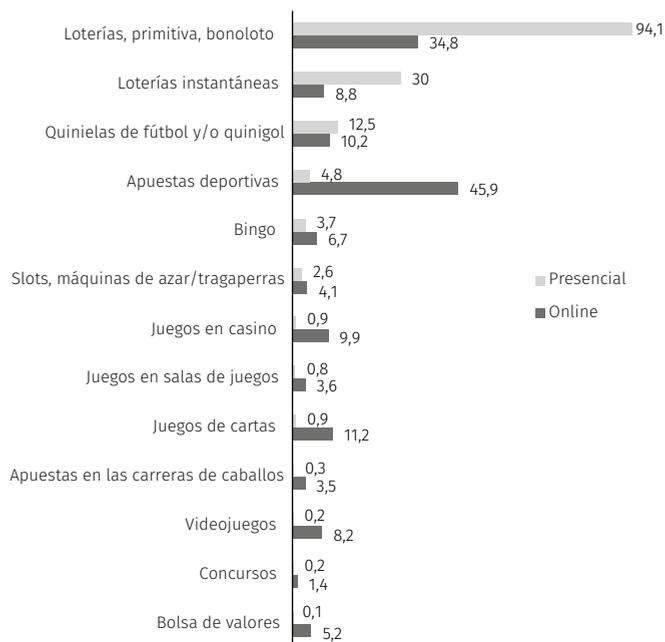


Figura 3. Tipos de juegos utilizados entre la población de 15-64 años que ha jugado dinero online o de manera presencial en los últimos 12 meses (%). España, 2022.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

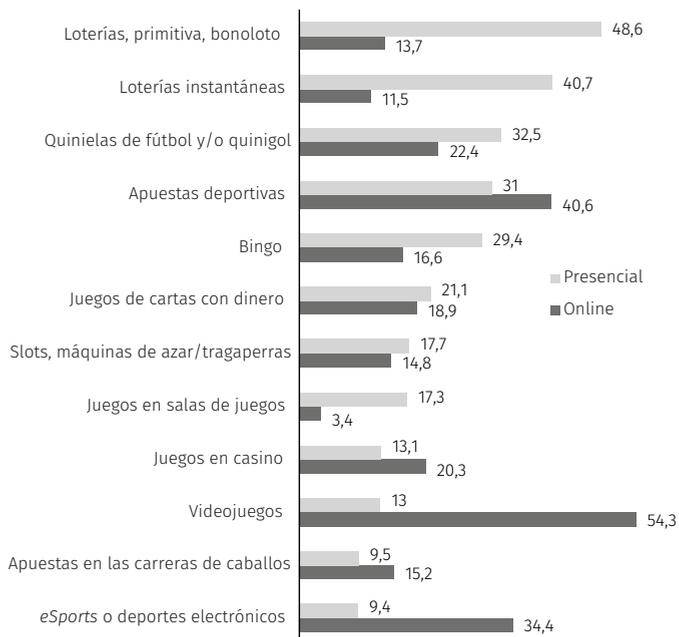


Figura 4. Tipos de juegos utilizados entre la población de 14-18 años que ha jugado dinero online o de manera presencial en los últimos 12 meses (%). España, 2021

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

2.1.1.2. Prevalencia del juego con dinero online

Respecto al juego con dinero online, se observa que ha ido aumentando la prevalencia en los últimos años, con un ligero descenso en la última edición de la encuesta (figura 5). En 2022, el 5,3% de la población de entre 15 y 64 años ha jugado dinero online en los últimos 12 meses y ésta es casi el doble de la registrada en el inicio de la serie histórica (año 2015) (un 2,7%). La prevalencia del juego con dinero es más elevada entre los hombres, siendo el año 2022 del 8,0% entre los hombres y del 2,5% entre las mujeres.

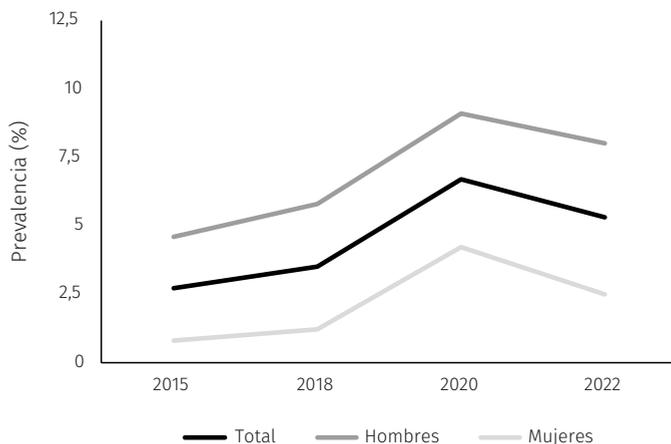


Figura 5. Evolución de la prevalencia de juego con dinero online en la población de 15-64 años en los últimos 12 meses, según sexo (%). España, 2015-2022

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Entre los hombres hay diferencias en la prevalencia del juego online según la edad de éstos, siendo especialmente elevada entre los menores de 34 años (un 11,1% de los hombres de 15 a 24 años y un 12,9% de los de 25 a 34 años).

Entre aquellas personas que juegan online, se observan diferencias entre los tipos de juegos en función del sexo. El año 2022, los hombres jugaron principalmente a apuestas deportivas (53,9%) y loterías convencionales (27,9%) y las mujeres a loterías convencionales (58,7%), a las loterías instantáneas (18,9%) y a las apuestas deportivas (17,8%).

En cambio, la prevalencia del juego online entre los estudiantes de secundaria se ha mostrado inestable a lo largo de los años (figura 6). La prevalencia en 2021 es ligeramente inferior a la del año 2019, donde el 9,4% de los estudiantes ha jugado dinero online en los últimos 12 meses (un 10,3% en 2019). Cabe recordar que en el año anterior a la recogida de los datos había diversas restricciones que han podido influir en la disponibilidad del juego, especialmente en lo referente a las apuestas deportivas. La prevalencia del juego con dinero es más elevada entre los hombres, siendo en el año 2021 del 15,0% entre los hombres y del 3,8% entre las mujeres.

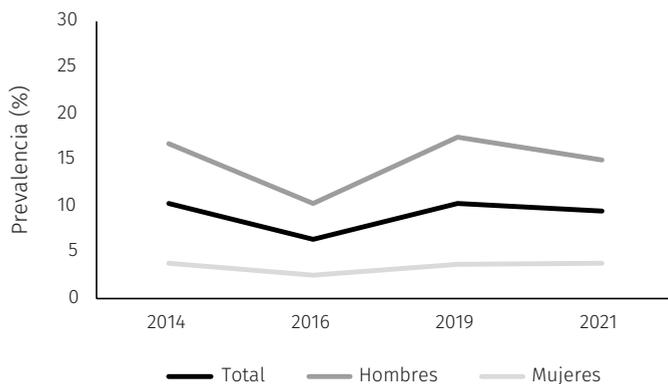


Figura 6. Evolución de la prevalencia de juego con dinero online en los estudiantes de 14-18 años en los últimos 12 meses, según sexo (%). España, 2014-2021

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

La prevalencia del juego con dinero online aumenta a medida que aumenta la edad, siendo los jóvenes mayores de 18 años los que presentan una mayor prevalencia.

Entre aquellas personas que juegan online, no se observan grandes diferencias entre los tipos de juego más frecuentes en función del sexo. En el año 2021, tanto los hombres como las mujeres jugaron principalmente a videojuegos (54,7% en hombres y 52,3% en mujeres), apuestas deportivas (41,3% en hombres y 37,7% en mujeres) y eSports o deportes electrónicos (34,8% en hombres y 32,5% en mujeres).

2.1.1.3. Prevalencia del juego con dinero presencial

En el último año, la prevalencia del juego con dinero se ha estabilizado entre la población de 15 a 64 años con un ligero descenso el último año (figura 7). En 2022, el 57,4% de los encuestados había jugado con dinero de forma presencial en el último año y no se observan grandes diferencias entre sexos, siendo del 59,2% en hombres y del 55,5% en mujeres.

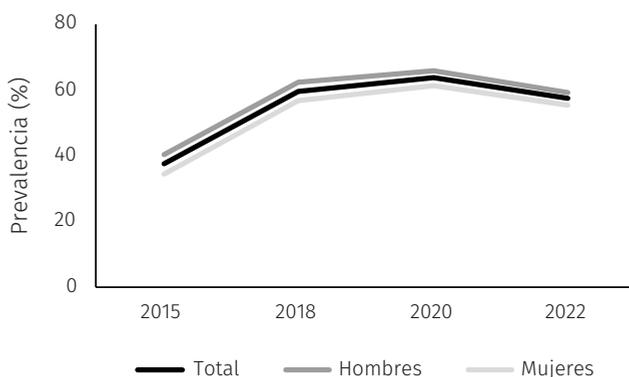


Figura 7. Evolución de la prevalencia de juego con dinero presencial en la población de 15-64 años en los últimos 12 meses, según sexo (%). España, 2015-2022

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

A diferencia del juego online, la prevalencia del juego presencial aumenta a medida que aumenta la edad de las personas y este patrón es similar en ambos sexos.

Entre las personas que juegan de forma presencial, se observan algunas diferencias entre los tipos de juegos en función del sexo. El principal juego tanto en hombres como en mujeres fueron las loterías convencionales (prevalencias superiores al 90%), seguido de las loterías instantáneas (alrededor del 30% en ambos sexos). En cambio, los hombres juegan más a las quinielas de fútbol (20,9% en hombres y 3,4% en mujeres), a las apuestas deportivas (8,3% en hombres y 1,0% en mujeres) y a las máquinas tragaperras (4,3% en hombres y 0,8% en mujeres).

Los estudiantes de secundaria presentan prevalencias de juego presencial cambiantes a lo largo de la serie histórica, pero con valores muy inferiores a la población de 15 a 64 años (figura 8). En 2021, en un contexto de restricciones sociales debidas a la Covid-19, el 17,2% de los estudiantes de 14 a 18 años afirman haber jugado de manera presencial en el último año, valor inferior al del 2019 (22,7%). Esta prevalencia es más elevada entre los hombres, siendo el año 2021 del 22,7% entre los hombres y del 11,6% entre las mujeres.

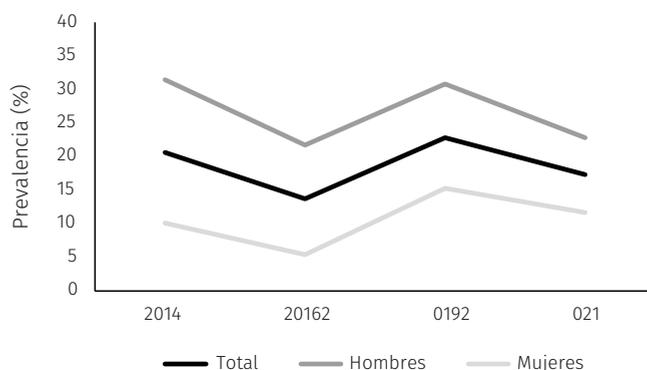


Figura 8. Evolución de la prevalencia de juego con dinero presencial en los estudiantes de 14-18 años en los últimos 12 meses, según sexo (%). España, 2014-2021

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

De la misma manera que ocurría con el juego online, la prevalencia del juego con dinero presencial aumenta con la edad, siendo los jóvenes mayores de 18 años los que presentan una mayor prevalencia.

Entre aquellas personas que juegan de forma presencial, se observan ligeras diferencias entre los tipos de juego más frecuentes en función del sexo. En el año 2021, los hombres jugaron principalmente a loterías convencionales (43,3%), apuestas deportivas (41,2%), quinielas de fútbol (40,8%) y loterías instantáneas (37,2%); y las mujeres lo hicieron a loterías convencionales (58,5%), al bingo (44,3%) y a las loterías instantáneas (37,2%).

2.1.1.4. Juego problemático y trastorno del juego

De la misma manera que con el alcohol y las otras drogas, jugar con dinero o realizar apuestas de forma frecuente e intensiva puede resultar, en algunas personas, en una adicción en que esa actividad se convierte en el centro de la vida de la persona ocupando gran parte de su actividad diaria.

El riesgo de desarrollar una adicción al juego se ha visto potenciado por la emergencia del juego en línea. La inmediatez de la recompensa, la fácil accesibilidad, la disponibilidad 24 horas al día, el anonimato y la intimidad que proporcionan las nuevas tecnologías, facilitan, entre otros, la pérdida de control.

En la edición de la encuesta EDADES del 2018 se introdujo una escala de 9 preguntas basada en los criterios diagnósticos DSM-5 para explorar la existencia de posible juego problemático. Una puntuación de 1 a 3 puntos en la escala DSM-5 se ha considerado juego problemático y una puntuación igual o mayor a 4, trastorno del juego.

Se estima que en el año 2022, el 1,7% de la población de 15 a 64 años presentaría un posible juego problemático o trastorno del juego, siendo del 2,4% en hombres y del 0,9% en mujeres (figura 9). Estos valores son ligeramente inferiores a los observados en las ediciones anteriores de la encuesta. La prevalencia de posible juego problemático o trastorno del juego entre las personas que han jugado en los últimos 12 meses es del 2,9% en el año 2022.

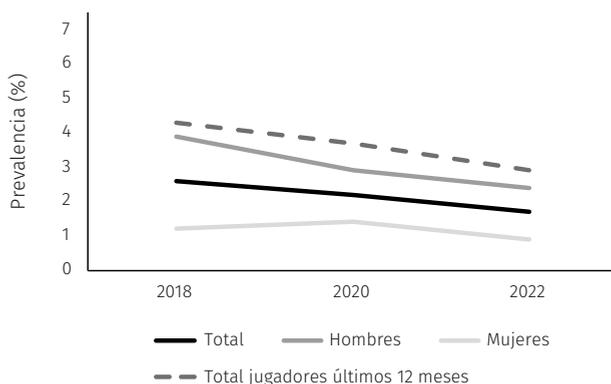


Figura 9. Evolución de la prevalencia de posible juego problemático o trastorno del juego entre la población de 15-64 años, según sexo y entre los que han jugado en los últimos doce meses (%). España, 2018-2022

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

La prevalencia del posible juego problemático o trastorno de juego entre las personas que han jugado en los últimos 12 meses es mayor entre las personas que juegan online que entre las que juegan de forma presencial, siendo del 13,6% entre los que juegan online y del 2,9% entre los que lo hacen de forma presencial.

En la encuesta ESTUDES, en la edición del 2019 se introdujo el cuestionario Lie/Bet (Johnson, Hamer, Nora, Tan, Eisenstein y Engelhart, 2016) para explorar el posible juego problemático. Es un instrumento de cribado de dos preguntas en las que se indaga si el sujeto ha sentido la necesidad de apostar cada vez más o si ha mentado a personas significativas sobre cuánto dinero gasta en el juego. En caso de obtener una respuesta afirmativa en una de las dos preguntas se ha considerado un posible juego problemático.

Se estima que en el año 2021, el 3,4% de los estudiantes de secundaria de 14 a 18 años presentaría un posible juego problemático, siendo del 5,0% en hombres y del 1,9% en mujeres (figura 10). Estos valores son ligeramente inferiores a los observados en el año 2019. La prevalencia de posible juego problemático entre los estudiantes que han jugado en los últimos doce meses es del 17,9% en el año 2021.

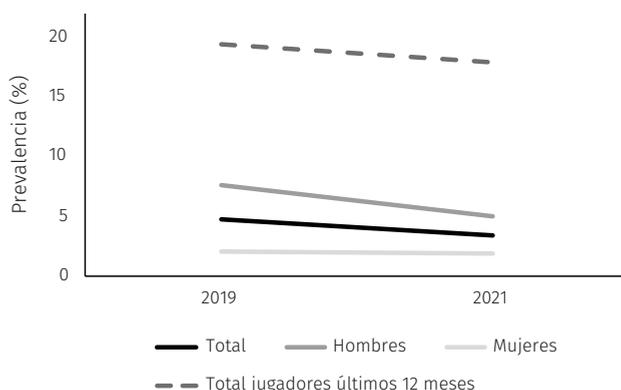


Figura 10. Evolución de la prevalencia de posible juego problemático entre los estudiantes de 14-18 años, según sexo y entre los que han jugado en los últimos doce meses (%). España, 2019-2021
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Entre los estudiantes de secundaria, la prevalencia del posible juego es mayor entre aquellos que juegan online que entre los que juegan de forma presencial, siendo del 23,0% entre los que juegan online y del 18,2% entre los que lo hacen de forma presencial.

2.1.2. Videojuegos

En la actualidad, el uso de los videojuegos está ampliamente extendido especialmente entre la población más joven. El trastorno por uso de videojuego se define, según la CIE-11, como un patrón de comportamiento de juego (juego digital o videojuego) que se caracteriza por un control deficiente sobre el mismo, aumentando la prioridad dada al juego sobre otras actividades en la medida en que el juego tiene prioridad sobre otros intereses y actividades diarias, junto a la continuación del juego a pesar de la aparición de consecuencias negativas. Este patrón de comportamiento debe ser lo suficientemente grave como para provocar un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales,

educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento y, normalmente, habría sido evidente durante al menos 12 meses.

En el año 2019, en la encuesta ESTUDES se incluyó un módulo sobre videojuegos. Se incluyeron unas preguntas generales sobre prevalencia y frecuencia de uso y otras preguntas basadas en los criterios DSM-5 para poder detectar un posible trastorno por videojuegos.

2.1.2.1. Prevalencia de uso de videojuegos

Según los datos referentes al año 2021, el 85,1% de los estudiantes de secundaria declararon haber jugado a videojuegos en el último año, siendo más frecuente entre los hombres (96,9% en hombres y 73,0% en mujeres). Respecto al año 2019, se observa un ligero incremento de estas prevalencias (figura 11).

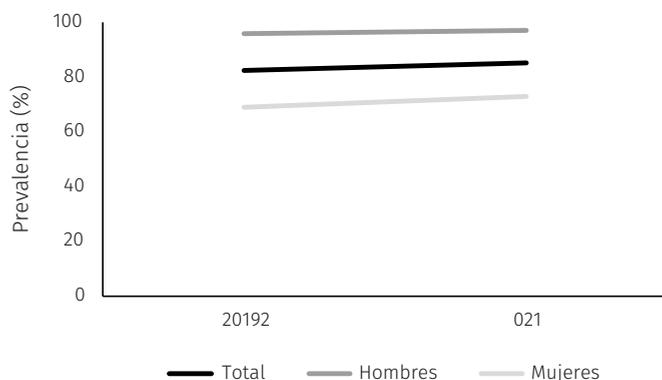


Figura 11. Evolución de la prevalencia de uso de videojuegos entre los estudiantes de 14-18 años, según sexo (%). España, 2019-2021

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

2.1.2.2. Prevalencia de un posible trastorno por uso de videojuegos

A partir de la escala basada en criterios DSM-5, en 2021, el 7,1% de los estudiantes de 14 a 18 años presentaría un posible trastorno por uso de videojuegos y esta prevalencia asciende hasta el 12,6% cuando se calcula respecto a los estudiantes que han jugado a videojuegos en los últimos 12 meses (figura 12). La prevalencia en hombres es cuatro veces más elevada que en mujeres (11,3% y 2,7%, respectivamente) y entre los alumnos de 14 y 15 años. Respecto al año 2019, en 2021 hubo un ligero incremento de estas prevalencias.

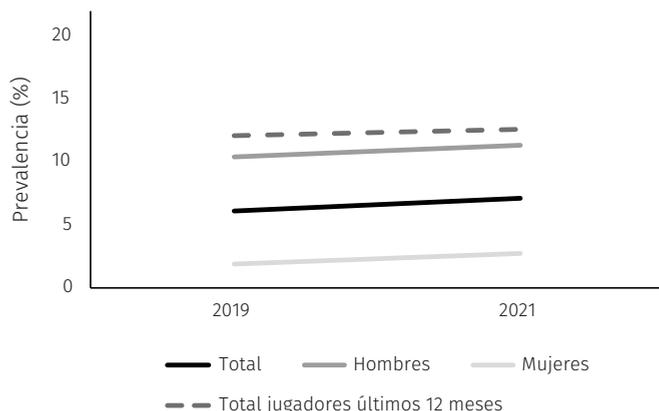


Figura 12. Evolución de la prevalencia de un posible trastorno por uso de videojuegos entre los estudiantes de 14-18 años, según sexo y entre los que han jugado en los últimos doce meses (%). España, 2019-2021

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

2.1.3. Otros comportamientos susceptibles de generar una adicción comportamental

2.1.3.1. Prevalencia del uso compulsivo de internet

El uso de internet está ampliamente extendido en la población española. Según la encuesta EDADES 2022, el 96,3% de la población ha utilizado internet con fines lúdicos en los últimos 30 días, sin diferencias en función del sexo (95,9% en hombres y 96,7% en mujeres). Por edad, se observaron mayores prevalencias del uso de internet en los últimos 30 días (alrededor del 98%) entre las personas de 15 a 54 años y descendieron al 89,8% entre las personas de mayores de 55 años.

A partir de la edición de la encuesta ESTUDES 2014 y EDADES 2015 se introdujo la escala CIUS (The Compulsive Internet Use Scale) (Meekerk, Van Den Eijnden, Vermulst y Garretsen, 2009) para medir el uso compulsivo de internet. Este instrumento está validado para la detección precoz de posibles casos de riesgo y consta de un total de 14 preguntas y una puntuación igual o mayor a 28 del total de 56 puntos indica un riesgo para un posible uso compulsivo de internet.

En el año 2022, la prevalencia estimada de un posible uso compulsivo de internet en España en la población de 15 a 64 años es del 3,5%, con valores similares en ambos sexos (3,4% en hombres y 3,6% en mujeres), siendo ésta superior entre los jóvenes de 15 a 24 años (figura 13).

Entre los estudiantes de secundaria de 14 a 18 años, el riesgo de un posible uso compulsivo de internet es más elevado que entre la población de 15 a 64 años. Concretamente, en el año 2021 la prevalencia fue del 23,5% siendo bastante superior en las mujeres (18,4% en hombres y 28,8% en mujeres). No se observan grandes diferencias en función de la edad de los estudiantes. Respecto a ediciones anteriores de la encuesta, en 2021 ha habido un incremento de la prevalencia, especialmente entre las mujeres (figura 14).

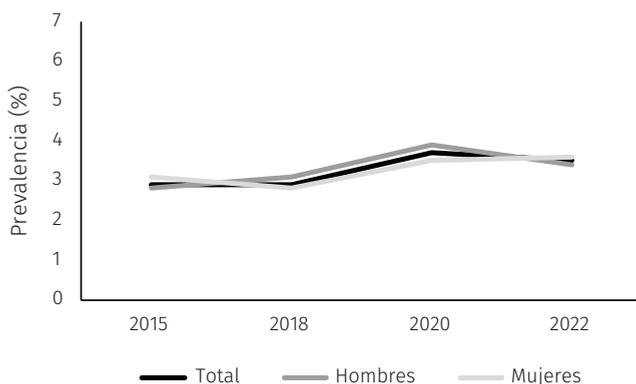


Figura 13. Evolución de la prevalencia de un posible uso compulsivo de internet entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2015-2022

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

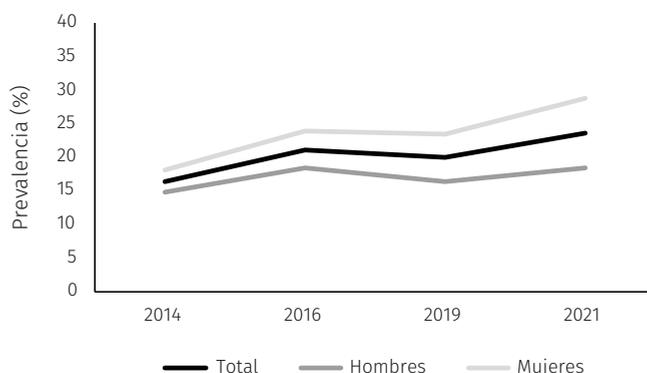


Figura 14. Evolución de la prevalencia de un posible uso compulsivo de internet entre los estudiantes de 14 a 18 años, según sexo (%). España, 2014-2021

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

2.1.3.2. Prevalencia de problemas autopercebidos relacionados con el uso de las redes sociales

La encuesta europea ESPAD (Encuesta Europea sobre Alcohol y otras Drogas) es un esfuerzo de colaboración de equipos de investigación en más de 40 países europeos y el mayor proyecto de investigación internacional sobre el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes en el mundo. El objetivo general del proyecto es recopilar datos comparables sobre el consumo de sustancias en estudiantes de 15 y 16 años en Europa. Los objetivos más importantes a largo plazo son monitorear y comparar tendencias entre países y grupos de países. Para ello, las encuestas se repiten cada cuatro años, tomando como punto de partida 1995.

El año 2019, fue el primero en que España ha participado como país miembro, si bien desde 1995 España ha proporcionado datos comparables procedentes de la encuesta ESTUDES.

En esta encuesta se incluye un módulo con preguntas relacionadas con el uso de las redes sociales, en el que se incluye un instrumento específico de detección no clínica para evaluar la presencia de problemas de autopercepción relacionados con el uso de redes sociales. La percepción de los estudiantes incluye tres elementos que son: demasiado tiempo dedicado a estas actividades, malos sentimientos debido al acceso restringido y las preocupaciones de los padres relacionadas con el tiempo dedicado a estas actividades.

Según el informe de la edición ESPAD (2019), el 43% de los estudiantes españoles de entre 15 y 16 años percibieron tener problemas relacionados con el uso de las redes sociales. Esta prevalencia es superior en las mujeres respecto a los hombres (50% y 36% respectivamente).

2.1.3.3. Prevalencia de la adicción al móvil

En cuanto a la prevalencia de la adicción al móvil, según Pedrero, Rodríguez y Ruíz (2012) oscilaba entre el 0 y el 38%. Al no existir criterios comunes ni manuales diagnósticos, la gran variabilidad se explica por los diferentes criterios de inclusión utilizados y por el uso de distintos instrumentos de medida, complicando así la comparación entre estudios.

Por otro lado, según el estudio V Edición del Estudio sobre Adicción al Móvil, en 2021, el 28,5% de la población española de entre 18 y 65 años se considera adicta al móvil y el 47% de los jóvenes de entre 18 y 24 años.

2.1.3.4. Prevalencia de la adicción a las compras

La adicción a las compras, también nombrada oniomanía o compras compulsivas, se puede definir como un tipo de adicción en que la persona afectada busca comprar, sintiendo un deseo irrefrenable por llevar a cabo dicha conducta, sin ser capaz de controlar su comportamiento impulsivo, comprando de manera continua, durante largos periodos de tiempo y, por lo general, sin reconocer que tiene un problema.

Según un estudio llevado a cabo en Galicia (Otero-López y Villardefrancos, 2014), en 2013, la prevalencia de las compras compulsivas en la población de 15 a 65 años sería del 7,1%, siendo más frecuente entre las mujeres (8,3% en mujeres y 5,9% en hombres). Otro estudio, en población universitaria mayor de 18 años (Villardefrancos y Otero-López, 2016), estimaba que, en el año 2014, la prevalencia de las compras compulsivas era del 7,4% y más elevada entre las mujeres (9,0% en mujeres y 5,8% en hombres).

2.1.3.5. Prevalencia de la adicción al sexo

Igual que la adicción a las redes sociales, al móvil y a las compras, la adicción al sexo no ha sido incluido, por el momento, en los manuales diagnósticos.

La adicción al sexo supone el desarrollo de conductas sexuales irrefrenables utilizadas para producir autogratificación. Se trata de conductas que se escapan del control del individuo, que interfieren en su vida diaria, pero que no puede dejar de practicar pese a los aspectos negativos implicados. Implica además conductas, pensamientos y fantasías sexuales recurrentes, y una urgencia por llevar a cabo conductas sexuales. Algunas de las actividades asociadas con la adicción al sexo pueden incluir la masturbación compulsiva, práctica de sexo inseguro, múltiples parejas sexuales y aventuras de una noche, uso persistente de la pornografía, uso o práctica de la prostitución, cibersexo, y sexo anónimo, entre otras.

Hay pocos estudios que estimen la prevalencia a nivel poblacional de la adicción al sexo. Un estudio llevado a cabo en estudiantes universitarios de 18 a 25 años estimó que el 8,6% de los estudiantes (18,8% en hombres y 3% en mujeres) serían usuarios de riesgo y el 0,7% (1,7% en hombres y 0,1% en mujeres) presentarían un perfil patológico (Ballester-Arnal, Castro, Gil-Llario y Gil-Julia, 2017).

2.2. Situación en Europa

2.2.1. Juego problemático

En la edición del año 2019 de la encuesta ESPAD, se añadieron una serie de cuestiones relacionadas con el juego problemático y la autopercepción de problemas relacionados con las redes sociales y los videojuegos. Para explorar el posible juego problemático se utilizó el cuestionario Lie/Bet, instrumento de cribado de dos preguntas en las que se indaga si el sujeto ha sentido la necesidad de apostar cada vez más o si ha mentido a personas significativas sobre cuánto dinero gasta en el juego. En caso de obtener una respuesta afirmativa en las dos preguntas se considera un posible juego problemático.

Según datos del informe ESPAD 2019, en el conjunto de países que participaron en la encuesta, la prevalencia del juego problemático en los estudiantes 15 y 16 años fue del 1,4% de los estudiantes siendo casi cinco veces más frecuente entre los hombres (2,3% en hombres y un 0,5% en mujeres). Los países que presentaron prevalencias inferiores al 1% fueron Holanda, Alemania, Austria, Islandia, España, Malta y Estonia. Los países que presentaron prevalencias superiores al 2% fueron Montenegro, Rumania, islas Feroe, Bulgaria y Chipre (figura 15).

Según la revisión sistemática llevada a cabo por Calado y Griffiths (2016), se puso de manifiesto que en 21 países de Europa no se había realizado ninguna investigación empírica sobre el juego en adultos. Se encontró que las prevalencias de juego problemático en la población adulta oscilaban entre el 0,12% y el 3,4%. Los países que presentaron tasas de juego problemático más elevadas (superiores al 2%) fueron parte de Suiza, Finlandia, República Checa, Irlanda, Italia y Suecia.

También se observó que las tendencias en aquellos países en los que se había realizado más de una encuesta sobre el juego las prevalencias de juego problemático se mantenían estables a lo largo de los años.

2.2.2. Prevalencia de problemas autopercebidos relacionados con el uso de los videojuegos

En el mismo informe ESPAD 2019 se preguntó por la autopercepción de problemas relacionados con el uso de videojuegos. El 21% de los estudiantes encuestados afirmaron percibir que tenían problemas relacionados con los videojuegos, y esta prevalencia es más elevada entre los hombres (31% en hombres y 10% en mujeres). Los países que presentaron prevalencias más bajas, inferiores al 15%, fueron Dinamarca, Noruega, Polonia, República Checa, Finlandia, Países Bajos, Estonia e Islandia. Los que presentaron prevalencias superiores al 25% fueron Lituania, Montenegro, Bulgaria, Rumania y Georgia (figura 16).

2.2.3. Prevalencia de problemas autopercebidos relacionados con el uso de las redes sociales

En el informe ESPAD 2019 también se recogió la autopercepción de problemas relacionados con el uso de las redes sociales. Casi la mitad de los estudiantes encuestados, el 46%, afirmó tener percepción de problemas relacionados con las redes sociales, y esta

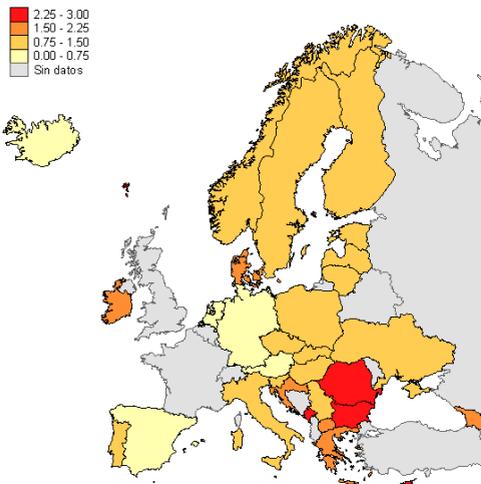


Figura 15. Prevalencia del juego problemático entre los estudiantes de 15 y 16 años. ESPAD 2019

FUENTE: ESPAD Project. Encuesta Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD 2019)

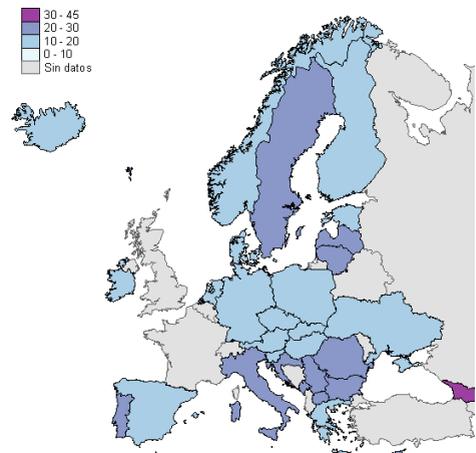


Figura 16. Prevalencia de problemas autopercebidos relacionados con el uso de los videojuegos entre los estudiantes de 15 y 16 años. ESPAD 2019

FUENTE: ESPAD Project. Encuesta Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD 2019)

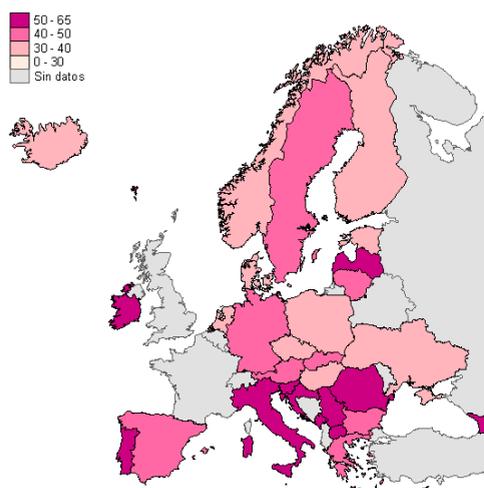


Figura 17. Prevalencia de problemas autopercibidos relacionados con el uso de las redes sociales entre los estudiantes de 15 y 16 años. ESPAD 2019

FUENTE: ESPAD Project. Encuesta Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD 2019)

prevalencia es más elevada en las mujeres (37% en hombres y 54% en mujeres). Los países que presentaron prevalencias más bajas, inferiores al 35%, fueron Dinamarca, Islandia, Polonia, Noruega, Estonia y República Checa. Los países que tuvieron prevalencias más elevadas (superiores o iguales al 55%) fueron Georgia, Macedonia, Serbia y Montenegro (figura 17).

2.3. Situación en el mundo

La Organización Mundial de la Salud publicó el año 2017 un informe sobre la epidemiología e impacto de los trastornos del juego, en el que se hacía referencia a una revisión sistemática realizada por Calado y Griffiths (2016), donde se analizaba la prevalencia del juego problemático a nivel mundial. Respecto a los principales resultados, se hizo hincapié en que muchos países nunca habían realizado estudios sobre los problemas del juego de azar. La mayoría de los estudios se realizaron en Europa, Asia, América del Norte y Oceanía. Los resultados mostraron que entre el 0,1% y el 5,8% de las personas cumplirían los criterios diagnósticos de juego problemático en los cinco continentes durante el año anterior a la encuesta. Se encontraron variaciones en las tasas de prevalencia del juego problemático en los distintos continentes. Concretamente, en América del Norte las tasas de prevalencia del juego problemático en el último año oscilaban entre el 2% y el 5%; en Asia entre el 0,5% y el 5,8%; en Oceanía, entre el 0,4% y el 0,7%; y en Europa, del 0,1% al 3,4%. Por lo tanto, se vio que Asia y Europa parecían ser los continentes que mostraron mayores variaciones en las tasas de prevalencia de juego problemático en el último año.

3. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Association.
- Ballester-Arnal R, Castro Calvo J, Gil-Llario MD, Gil-Julia B. (2017). Cybersex Addiction: A Study on Spanish College Students. *J Sex Marital Ther*, 43, 567-85.
- Calado F, Griffiths MD. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *J Behav Addict.*,5, 592-613.
- ESPAD Group. (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxemburg.
- Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. (2016). The Lie/Bet Questionnaire for Screening Pathological Gamblers. 80:83-8. <http://dx.doi.org/102466/pr0199780183>.
- Meerkerk GJ, Van Den Eijnden RJJM, Vermulst AA, Garretsen HFL. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some psychometric properties. *Cyberpsychology Behav.*;12, 1-6.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES s. f.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES s. f.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Informe sobre Trastornos Comportamentales 2022: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Madrid.
- Otero-López JM, 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.
- Pedrero EJ, Rodríguez MT, Ruiz M, De León S. (2012). Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones*, 24, 139-52.
- Rastreator. V Edición del Estudio sobre Adicción al Móvil 2021.
- The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs s. f.
- Villardefrancos E, Otero-López JM. (2016). Compulsive buying in university students: its prevalence and relationships with materialism, psychological distress symptoms, and subjective well-being. *Compr Psychiatry*, 65,128-35.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases*. 11th revis.
- World Health Organization. (2017). *The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm*.

CAPÍTULO 3

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN. EVIDENCIAS DE SU UTILIDAD

MARGARITA MARTÍNEZ ALONSO, LAURA DE ÁLVARO GARCÍA, TERESA BOBES BASCARÁN

1. INTRODUCCIÓN

Una buena evaluación debe dirigirse a explorar los diferentes factores biopsicosociales que pueden facilitar conocer a la persona que busca tratamiento y pueden ubicar las conductas de juego en el contexto apropiado. Este proceso debe progresar hasta identificar áreas problemáticas que supondrán el foco de tratamiento. Dada la elevada comorbilidad en el mundo de las adicciones, es importante conocer la historia personal de salud mental y el consumo de sustancias. Asimismo, el historial de juego del individuo, incluyendo los diferentes tipos y plataformas que suele utilizar. Específicamente es importante hablar de la salud financiera ya que tener acceso a dinero, o no tener suficiente dinero, puede ser un factor desencadenante para la persona. Se deben abordar montos específicos en euros (quienes juegan suelen hablar divagando en cuanto a las cantidades reales) para pérdidas, restitución, planificación de asignaciones diarias, un sistema de recibos, así como la existencia de diferentes tipos de deudas relacionadas y no relacionadas con el juego (con familiares y amigos, compañeros de trabajo, corredores de apuestas, préstamos y adelantos de tarjetas de crédito). Por supuesto, es importante para conocer la intensidad de la adicción y de la problemática abordar dificultades a nivel legal relacionados con el juego.

Otra área vital se refiere al estado de salud general, ya que las investigaciones han identificado una peor salud somática, más hospitalizaciones y visitas a urgencias, así como peor estado mental con problemas de sueño, humor, consumo problemático de alcohol y otras sustancias, disminución en el rendimiento académico y laboral, relaciones interpersonales deterioradas e incluso, el aislamiento social. Por tanto, este capítulo pretende ofrecer el panorama actual de los diferentes instrumentos de evaluación que pueden acercarnos a la intensidad y gravedad del fenómeno, pero el abordaje individualizado y comprensivo, que puede extraerse con una buena anamnesis, es fundamental para poder realizar una intervención efectiva en el contexto particular de la persona.

2. EVALUACIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

Actualmente existe un alto volumen de instrumentos de cribado y diagnóstico para la detección del juego patológico a nivel mundial. Para facilitar el manejo de la información, realizaremos una clasificación en base al tipo de población al que se dirigen en tres apartados que se desarrollan a continuación: población adulta, población adolescente y población especial.

2.1. Herramientas de cribado y diagnóstico en población adulta

Tradicionalmente la gran mayoría de instrumentos de evaluación del juego patológico están dirigidos a población adulta. A continuación se describen los principales cuestionarios, inventarios y escalas, así como las entrevistas diagnósticas de referencia.

2.1.1. Cuestionarios, inventarios y escalas de evaluación de la adicción al juego patológico

A pesar de la amplia variedad de instrumentos de medida que existen para la evaluación del juego patológico en población adulta, aquellos que tradicionalmente cuentan con buenas propiedades psicométricas así como un uso más extendido son el *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987, 1993) y el *Canadian Problem Gambling Index* (CPGI) (Ferris y Wayne, 2001), este último considerado además el gold-estándar internacional.

A continuación describiremos los principales cuestionarios, inventarios y escalas de evaluación recogidos en la investigación: SOGS,CBJP (de origen español), GA20, CPGI, NODS, PPGM, BPGS, VGS y L/BQ.

South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987, 1993)

Compuesto por 20 ítems basados en criterios diagnósticos, tanto del DSM-III como su versión revisada DSM-III-R, para el juego patológico. Desarrollado originalmente para la detección del juego patológico en una muestra de población clínica con diagnóstico de drogodependencia (Lesieur y Blume, 1987) formada por 1.616 sujetos. Presenta un formato de respuesta dicotómico (sí/no) con un marco de referencia de los últimos 12 meses. Su administración puede realizarse de forma auto o hetero-aplicada. Este instrumento pre-

senta buenos datos de fiabilidad (consistencia interna α de Cronbach = 0,97; coeficiente test-retest $r = 0,71$) y validez (coeficiente de validez convergente con criterios del DSM-III-R de 0,94) con un punto de corte de 5, indicador de probable juego patológico. Este instrumento ha sido criticado por su falta de precisión para evaluar el juego patológico entre la población general (Stinchfield et al., 2007) ya que mantiene una visión categorial y, por ello, puede no identificar correctamente a personas que estén en el proceso de convertirse en jugadores problema (Strong et al. 2003).

La validación española fue llevada a cabo por Echeburúa y Báez (1994) en dos muestras de población: una muestra de 72 pacientes con diagnóstico de juego patológico sin comorbilidad y una muestra de 400 sujetos sin diagnóstico escogidos aleatoriamente, emparejados con la muestra clínica por edad y sexo. A nivel de contenido, se han llevado a cabo pequeñas modificaciones de algunos ítems para favorecer la adaptación al contexto sociocultural español. Presenta buenos índices de fiabilidad (test-retest $r = 0,98$; consistencia interna α de Cronbach = 0,94). La validez de contenido se ha examinado en referencia al DSM-III-R y se encuentra que refleja de forma adecuada siete de los nueve criterios propuestos; los dos criterios restantes presentan limitaciones ya que no se encuentran suficientemente explícitos entre sus ítems. La validez convergente, medida a través del coeficiente de correlación biserial puntual según el DSM-III-R, fue de 0,92 ($p < 0,001$). Tras un análisis de la validez discriminante de cada uno de sus ítems, se propone la eliminación del ítem 16g que no muestra capacidad discriminativa. Con esta modificación el rango del cuestionario quedaría reducido de 0 a 19. Por otro lado, este estudio realiza un análisis de la estructura factorial del instrumento, inexistente en su versión original, con un hallazgo de 2 factores: dependencia del juego (37% de la varianza explicada, abarca 13 ítems) y endeudamiento (17% de la varianza explicada, abarca 5 ítems). Estos autores concluyen que el uso de este instrumento va más allá del propósito inicial del mismo, dada la obtención de buenos resultados para fines diagnósticos, al menos en población española; además del uso para detección precoz como proponían los autores originales. Desde esta perspectiva, Echeburúa y Báez (1994) proponen un punto de corte de 4 obteniendo unos índices de sensibilidad y especificidad del 100% y 98% respectivamente.

Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP) **(Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995)**

Cuestionario breve, compuesto por 4 ítems extraídos de la versión española del SOGS (Echeburúa y Báez, 1994), diseñado en España para la detección de juego patológico. Su fácil aplicación permite el uso del CBJP entre profesionales, no necesariamente especializados en el ámbito de la salud mental - médicos de Atención Primaria, trabajadores sociales, etc. - intercalado en la historia clínica habitual para una detección temprana. Presenta un formato de respuesta dicotómico (sí/no) con un rango de puntuaciones de 0 a 4. La selección de los ítems se ha llevado a cabo escogiendo aquellos que presentaban mayor validez discriminante en la validación española del SOGS. La muestra de pacientes se compone de, por un lado, una muestra clínica de 72 pacientes con diagnóstico de juego patológico sin comorbilidad (60 hombres y 12 mujeres con una edad comprendida entre 18 y 68 años); y, por otro, una muestra de 400 sujetos sin diagnóstico escogidos aleatoriamente (317 hombres y 83 mujeres con una edad comprendida entre 16 y 89 años). En

relación a las propiedades psicométricas, presenta buenos índices de fiabilidad medidos a través del coeficiente test-retest ($r = 0,99$) y el coeficiente de consistencia interna (α de Cronbach = $0,94$). La validez convergente fue medida mediante la correlación entre las puntuaciones obtenidas en el SOGS y el CBJP con un resultado de $0,95$ ($p < 0,001$). Además, se llevó a cabo una correlación biserial puntual con el DSM-III-R donde se obtuvo un resultado de $0,95$ ($p < 0,001$). El análisis de la validez discriminante llevado a cabo refleja que, tanto el cuestionario de forma global, como cada uno de sus ítems particularmente, discriminan adecuadamente entre no-jugadores y jugadores patológicos. En cuanto a la eficacia diagnóstica, muestra una sensibilidad y especificidad de 100% y $97,5\%$ respectivamente para un punto de corte de 2.

Gambling Anonymous 20 (GA20) (The Gamblers Anonymous Organization, 1984)

Es un cuestionario formado por 20 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) que identifican comportamientos típicos en los jugadores problema como el uso del juego para escapar de problemas personales o financieros, la interferencia en la vida diaria, preocupaciones sobre el propio comportamiento con el juego, el nivel de endeudamiento o deterioro económico causado por el juego y la posible función de la conducta de juego. Este instrumento no ha recibido mucha atención en la investigación y sus propiedades psicométricas son desconocidas (Toneatto, 2008; Prieto y Llavona, 1998). En un estudio llevado a cabo por Toneatto (2008) se estudian las propiedades psicométricas del GA20 en una muestra total de 456 participantes compuesta por 3 submuestras independientes (2 submuestras de jugadores problema en tratamiento y 1 muestra de jugadores problema sin tratamiento). Se obtuvo una fiabilidad de entre $0,84$ y $0,87$ medida a través de α de Cronbach. La validez concurrente, medida a través de la correlación del GA20 con el DSM-IV y el SOGS, ofrece unos valores comprendidos entre $0,7$ y $0,8$.

La validación al español fue llevada a cabo por Prieto y Llavona (1998) en una muestra total de 269 participantes compuesta por un grupo de 127 jugadores patológicos (edad media de $41,67$) y otro grupo de 142 jugadores no-patológicos o jugadores sociales (sin diagnóstico) (edad media de $38,46$) emparejados en las variables de sexo y edad. La fiabilidad, medida a través del coeficiente de consistencia interna, tuvo un valor de $0,95$. Se puso a prueba la validez concurrente a través de la correlación con el SOGS versión española (Echeburúa y Báez, 1994) resultando un valor de $0,94$ ($p < 0,001$). También mostró una alta validez discriminante con una eficacia diagnóstica del $98,88\%$.

Canadian Problem Gambling Index (CPGI) y Problem Gambling Severity Index (PGSI) (Ferris y Wynne, 2001)

El CPGI fue desarrollado con la finalidad de crear un instrumento de medida para la población general con una visión más holística. Destaca por su énfasis en la inclusión de factores socio-ambientales respecto a otros instrumentos de medida. Considerado actualmente el gold-estándar internacional (Dellis et al., 2014). Compuesto por 31 ítems, 9 de los cuales puntúan con un formato de escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0-3 puntos). Este subconjunto de 9 ítems conforma el *Problem Gambling Severity Index* (PGSI), dentro del cual 5 ítems hacen referencia a las consecuencias adversas y los otros 4

al comportamiento problemático. Tiene un rango de puntuaciones de 0 a 27 que permiten clasificar el nivel de riesgo de los sujetos (0 = jugador no problemático sin consecuencias negativas; 1-2 = bajo riesgo; jugador que experimenta pocos problemas y con pocas o ninguna consecuencia negativa; 3-7 = riesgo moderado; jugador que experimenta problemas moderados con algunas consecuencias negativas; 8 o más = jugador problemático). Respecto a sus propiedades psicométricas, mostró una fiabilidad alta medida a través de la consistencia interna (α de Cronbach = 0,84) y la estabilidad test-retest ($r = 0,78$) en una muestra de 3.120 participantes. Tiene una buena validez de criterio con una correlación del 0,83 tanto con el DSM-IV como con el SOGS. El punto de corte óptimo se estableció en 8, con una sensibilidad del 83% para el DSM-IV y una especificidad del 100%. Sin embargo, la extensión del PGSI puede comprometer su aplicación para el cribado en la práctica clínica habitual (Ferris et al., 2001; Lubman et al., 2017).

En 2018 se llevó a cabo la validación de este instrumento en población española con una muestra de 659 jugadores de apuestas deportivas (López-González, Estévez y Griffiths, 2018). El tipo de muestra seleccionada puede representar una limitación ya que el desarrollo original del PGSI se llevó a cabo con población general. La fiabilidad resultó ser alta con un coeficiente de consistencia interna de α de Cronbach = 0,97. El estudio de validez convergente se realizó en relación al DSM-IV obteniendo un resultado de $\rho = 0,745$ ($p < 0,001$). A pesar de que el PGSI no es una herramienta diagnóstica, se encontraron buenos índices de sensibilidad y especificidad con un 93% y 79% respectivamente.

The National Opinion Research Center (NORC) DSM-IV Screen (NODS) (Gerstein et al., 1999)

Diseñado originalmente para estudiar la epidemiología del juego patológico en población estadounidense (Gerstein et al. 1999) y utilizado para fines diagnósticos. Presenta una estructura jerárquica con 17 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV. El rango de puntuaciones va de 0 a 10 (1-2 = jugadores en riesgo; 3-4 = síndrome subclínico de jugador patológico; ≥ 5 = jugador patológico). Este instrumento fue validado inicialmente en una muestra de 399 jugadores estadounidenses mayores de 18 años. La fiabilidad del NODS fue estudiada en una submuestra de 44 casos y obtuvo un coeficiente test-retest de $r = 0,99$ y $r = 0,98$ para puntuaciones “a lo largo de la vida” y “en el último año”, respectivamente. En un estudio llevado a cabo posteriormente (Touce-Gerstein, Gerstein y Volberg, 2003) con 17.180 participantes estadounidenses, se analizó la posibilidad de reducir el instrumento original con el objetivo de aportar una herramienta de *screening* con aplicación breve. Se encontró que con 3 ítems (relacionados con la pérdida de control, las mentiras y las preocupaciones relacionadas con el juego) se podían identificar más del 90% de los jugadores patológicos. A esta nueva versión se le denominó NODS-CLiP. Esta escala puede ser administrada de forma auto o hetero-aplicada.

Recientemente, en un estudio realizado por Cowlshaw, McCambridge y Kessler (2018) con población adulta de Inglaterra, se comparó el NODS-CLiP con el Problem Gambling Severity Index (PGSI) - considerado instrumento de referencia para identificar problemas de juego a través de un espectro de gravedad. Se concluyó que el NODS-CLiP presenta buenas propiedades para identificar casos de juego patológico grave; no obstante, carece de sen-

sibilidad para casos menos graves; por tanto, se pone en duda su utilidad para entornos donde se priorizan las intervenciones preventivas y de carácter breve.

No presenta validación en castellano.

The Problem and Pathological Gambling Measure (PPGM) (Williams y Volberg, 2010)

Formado por 14 ítems que evalúan 3 áreas principales respecto al juego: problemas (7 ítems), deterioro del control (4 ítems) y otras cuestiones (3 ítems). Utiliza un marco temporal referente a los últimos 12 meses y reconoce un continuum del juego de apuesta a través de 4 categorías: jugador recreativo, jugador en riesgo, jugador problema y jugador patológico. Las preguntas y los criterios de puntuación referentes a este instrumento fueron publicados en 2010 por Williams y Volberg. Sin embargo, no es hasta 2014 que se publican las propiedades psicométricas de varios instrumentos (SOGS, PGSI, NODS y PPGM) en una muestra total de 7.272 jugadores extraída de dos estudios diferentes. El primero de ellos, con una muestra final de 2.193 jugadores adultos canadienses seleccionada al azar y el otro sobre una muestra de 5079 jugadores mayores de 14 años de 105 países diferentes. Se obtuvo una fiabilidad de $\alpha=0,78$ y una validez concurrente, medida a través de las asociaciones tau de Kendall con el resto de instrumentos, de 0,70 (CPGI), 0,69 (SOGS) y 0,78 (NODS).

No se ha realizado la validación al español de este instrumento.

Brief Problem Gambling Screen (BPGS) (Volberg y Williams, 2011)

Este instrumento surge con el objetivo de condensar en un reducido número de ítems aquellos con mayor poder de discriminación presentes en las principales herramientas de *screening* descritas anteriormente: SOGS, PGSI, NODS y PPGM, para detectar jugadores en riesgo, jugadores problema y jugadores patológicos. Para este propósito se analizaron estadísticamente diferentes combinaciones de ítems; aquella que resultó con mejor precisión en su clasificación fue una combinación de 5 ítems (especificidad de 99,2%; sensibilidad de 90,8%). Esta combinación está compuesta por los ítems 3 y 5 del CPGI, los ítems 8C y 10 del PPG, y el ítem 4 del SOGS, todos ellos referidos a un marco temporal de los últimos 12 meses. Además, se pusieron a prueba respecto al género (hombre/mujer), edad (tres grupos: 18-24; 25-44 y ≥ 45 años) y etnia (tres grupos: europeos; asiáticos y otros) resultando de nuevo la combinación de 5 ítems con mayor precisión en la clasificación para los diferentes grupos demográficos.

Recientemente esta escala ha sido validada en población española con Trastorno por Uso de Sustancias (Serrano-Pérez, Lugo-Marin y Palma-Álvarez, 2022) descrita posteriormente (*ver apartado "población especial"*).

Victorian Gambling Screen (VGS) (Ben-Tovim et al., 2001)

Se trata de un cuestionario autoaplicado desarrollado en Australia como herramienta de cribado que fue validado en una muestra de jugadores. Este instrumento, al igual que el CPGL, tiene un enfoque de salud pública tratando de considerar un contexto más amplio para su evaluación (Tolchard y Battersby, 2010). Consta de 21 ítems con 3 escalas principales: daño a uno mismo, daño a la pareja y disfrute del juego. En un análisis de regresión se encontró que la escala de disfrute del juego no añadía capacidad discriminatoria y, además, muchos jugadores no tenían pareja, por tanto, esta escala tampoco podía utilizarse para discriminar. Sin embargo, pueden utilizarse para añadir información sobre el perfil del jugador. Presenta un formato de respuesta tipo Likert con un rango de puntuaciones de 0 a 60 que ofrece una clasificación según el nivel de juego (0-8 no-problema; 9-20 límite; ≥ 21 problema de juego). El punto de corte propuesto para considerar juego patológico fue de 14, por debajo del establecido para considerar problema de juego (≥ 21), posiblemente debido a la definición operativa de juego problema. Esto permite darle al VGS un uso tanto de herramienta diagnóstica como de clasificación en un continuum utilizando el modelo de problema basado en el daño (Abbott y Volberg 2006; Neal et al., 2005; Svetieva y Walker, 2008). Este instrumento mostró una fiabilidad alta (α de Cronbach = 0,957) para la escala “daño a uno mismo” (compuesta por 15 ítems). Posteriormente fue validado para población clínica con participantes seleccionados de un servicio especializado en tratamiento de juego patológico en Australia (Tolchard, Battersby, 2010) con una fiabilidad α de Cronbach= 0,85.

Este instrumento no presenta validación con población española.

Lie/Bet Questionnaire (L/BQ) (Johnson et al., 1997)

Cuestionario breve de *screening* compuesto por 2 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) y un punto de corte de 1 (rango de puntuación 0-2). Se desarrolló en Estados Unidos con una muestra de 362 hombres adultos (191 participantes con diagnóstico de juego patológico y edades comprendidas entre 21-74; 171 sujetos sin diagnóstico como grupo control con edades comprendidas entre 17-82). Mostró buena eficacia diagnóstica con una sensibilidad de 99% y una especificidad de 91%. No obstante, las características de la muestra presentan limitaciones para la generalización.

Posteriormente fue validado en Noruega (Götestam et al., 2004) tanto para población adulta como adolescente (12-18 años). Los datos de este estudio indican que es una herramienta útil para detectar juego patológico y juego de riesgo en población normal. Sin embargo, este instrumento no se ha validado al castellano.

Tabla 1. Principales instrumentos de detección para el juego patológico en población adulta

| Instrumento | Población | País de origen | Validación al español | Características | Fiabilidad | Validez |
|-------------|---|----------------|--|---|-------------------------------------|--|
| SOGS | 1.616 sujetos (53,6% diagnóstico de drogodependencia; 13,2% miembros de Jugadores Anónimos) | Estados Unidos | Echeburúa y Báez (1994) | 20 ítems Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | $\alpha = 0,97$ Test-retest 0,71 | $r = 0,94$ (DSM-III) |
| CBJP | 72 pacientes (diagnóstico de juego patológico); 400 sujetos (sin diagnóstico psiquiátrico) | España | Original de España Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1995) | 4 ítems Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | $\alpha = 0,94$ Test-retest 0,99 | $r = 0,95$ (SOGS) |
| 20GA | ND* | ND* | Prieto y Llavona (1998) | 20 ítems Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | ND* | ND* |
| NODS | 399 jugadores | Estados Unidos | No presenta validación al español | 17 ítems. Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | Test-retest 0,98-0,99 | ND* |
| PGSI | 3.120 adultos de la población general | Canadá | López-González, Estévez y Griffiths (2018) | 9 ítems Formato tipo Likert con 4 niveles de respuesta (0-3) | $\alpha = 0,84$ Test-retest 0,78 | $r = 0,83$ (DSM-IV; SOGS) |
| PPGM | >7.000 jugadores | Norteamérica | No presenta validación al español | 14 ítems Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | $\alpha = 0,78$ | tau de Kendall 0,70 (CPGI); 0,69 (SOGS); 0,78 (NODS) |
| BPGS | >7.000 jugadores | Norteamérica | Serrano-Pérez, Lugo-Marín y Palma-Álvarez (2022) en población con adicciones | 5 ítems Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | ND* | especificidad 99,2% sensibilidad 90,8% |

Tabla 1 (cont.). Principales instrumentos de detección para el juego patológico en población adulta

| Instrumento | Población | País de origen | Validación al español | Características | Fiabilidad | Validez |
|-------------|---|----------------|-----------------------------------|--|-----------------|---------------------------------------|
| VGS | 239 jugadores | Australia | No presenta validación al español | 21 ítems Formato tipo Likert con 5 niveles de respuesta (0-4) | $\alpha = 0,95$ | ND* |
| L/BQ | 362 hombres adultos (53% con diagnóstico de juego patológico) | Estados Unidos | No presenta validación al español | 2 ítems Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | ND* | especificidad 91% sensibilidad 99% |

*ND = información no disponible

2.1.2. Entrevistas diagnósticas para el juego patológico

A continuación se describen dos entrevistas estructuradas para la evaluación del juego patológico.

The Diagnostic Interview for Gambling Schedule (DIGS) (Winters, Specker y Stinchfield, 2002)

Se trata de una entrevista clínica estructurada para evaluar el juego patológico. Además de incluir 20 ítems referidos a los criterios diagnósticos del DSM-IV (2 preguntas para cada criterio), profundiza en la evaluación del origen del juego, la historia de tratamiento, así como el funcionamiento familiar y social. Los criterios diagnósticos del DSM-IV ofrecen buena consistencia interna ($\alpha = 0,92$).

Structured Clinical Interview for Problem Gambling (SCI-PG) (Grant et al., 2004)

Es una entrevista estructurada que debe ser administrada por un clínico para el diagnóstico de juego patológico. Surge con el objetivo de diseñar una entrevista compatible con la *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)* (First et al., 1995), ya que ésta carece de un módulo para el juego patológico. Está compuesta por 11 ítems (10 relativos a los criterios diagnósticos y 1 al criterio de exclusión - "los síntomas no se explican mejor por un episodio maniaco"). Se considera un diagnóstico a partir de 5 o más preguntas respondidas afirmativamente, así como a la pregunta de exclusión. La SCI-PG ofrece buenas propiedades psicométricas con una fiabilidad test-retest de 0,97 y validez concurrente, medida a través de la correlación con el cuestionario SOGS, con un resultado de 0,78. Además, muestra altos índices de sensibilidad (88%) y especificidad (100%).

2.2. Herramientas de cribado y diagnóstico en población adolescente

El desarrollo de instrumentos de evaluación para el juego patológico de forma específica para población adolescente se ha llevado a cabo tradicionalmente de forma paralela y teniendo como referencia los instrumentos de evaluación en población adulta.

En los últimos tiempos ha habido una rápida expansión de las oportunidades de juego legalizadas, así como la emergente variedad de nuevas formas de juego (Calado, Alexandre y Griffiths, 2017), como consecuencia ha crecido el interés en la evaluación específica de este tipo de población. Algunos instrumentos de medida son de creación original para población adolescente como el *Canadian Adolescent Gambling Inventory* (CAGI) (Tremblay et al., 2010) y el *Early Detection of Gambling Among At-Risk Adolescents* (EDGAR-A) (Cabrerá-Perona, Lloret-Irles y Núñez, 2022) que ha sido creado en España.

A continuación se describen los siguientes instrumentos: SOGS-RA, MAGS, CAGI, GABSA, BAGS, DSM-IV-J y DSM-IV(MR)-J, VGS y EDGAR-A.

South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA) **(Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993)**

Se trata de una versión adaptada del SOGS (Lesieur y Blume, 1987) para población adolescente. Cuenta con 12 ítems que puntúan en el resultado final y 4 ítems adicionales que aportan información sobre el juego individual. La validación de este instrumento se realizó en una muestra de 969 estadounidenses con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años. Se llevaron a cabo modificaciones sobre los ítems originales para adaptarlos a las características de la población. El análisis de las propiedades psicométricas de esta versión se ve limitado ya que se realizó sobre la submuestra masculina (49,3%) debido a las bajas puntuaciones obtenidas por la submuestra femenina que reflejaban una baja tasa de frecuencia y gravedad del juego; y, por tanto, no se tuvieron en cuenta para el análisis. La fiabilidad medida a través de la consistencia interna resultó aceptable ($\alpha=0,80$). A pesar de posibles variaciones entre estudios, un resultado de 4 o más puntos se considera “jugador problema” y una puntuación de 2-3 indicaría “en riesgo” (Winters, Stinchfield y Kim, 1995).

Posteriormente, Wiebe, Cox y Mehmel (2000) llevaron a cabo un estudio en una muestra de población general adolescente - incluyendo tanto hombres como mujeres - con edades entre 12 y 17 años. Los hallazgos sugieren la necesidad de modificar la ponderación de la puntuación de sus ítems para el resultado final. En una revisión realizada en 2016 (Edgren et al.) sobre las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación del juego de apuesta en adolescentes, se recogió una estimación de la consistencia interna para el SOGS-RA que va de 0,60 a 0,94 (Bray et al., 2014; Parker et al., 2013).

No presenta validación con población española.

Massachusetts Gambling Screen (MAGS) (Shaffer et al., 1994)

Cuestionario breve de *screening* compuesto por 26 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) divididos en 2 subescalas. La primera de ellas está conformada por 14 ítems basados en la escala *Short Michigan Alcoholism Screening Test* (SMAST) (Selzer, 1971), de los cuales 7 discriminan y, por tanto, puntúan en el resultado final (MAGS 7), pudiendo emplearse como herramienta breve de detección. Los 7 ítems restantes aportan información relevante. La segunda subescala está compuesta por 12 ítems que hacen referencia a los criterios del DSM-IV (APA, 1993). Ambas escalas se emplean independientemente la una de la otra en función del campo, lo cual dificulta la comparación entre estudios (Edgren et al., 2016). Fue originalmente desarrollado en una muestra de estudiantes de secundaria (13 a 20 años); no obstante, sus autores refieren que puede utilizarse tanto para adolescentes como para población adulta (Stinchfield, 2010; Shaffer et al., 1994). La fiabilidad para la subescala DSM-IV ofrece un α de Cronbach de 0,87. La MAGS 7 presenta una fiabilidad de $\alpha = 0,83$ y un 96% de precisión en su clasificación.

No presenta validación con población española.

Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI) (Tremblay et al., 2010)

Es el único instrumento que ha sido desarrollado deliberadamente para población adolescente (Stinchfield, 2010). Está compuesto por 45 ítems referidos a un marco temporal de los últimos 3 meses: 19 de ellos evalúan distintos tipos de juego con un formato de respuesta escalar de 6 puntos en función de la frecuencia, 2 preguntas adicionales referidas a pérdidas y 24 ítems relacionados con las consecuencias del juego en diferentes áreas. Estos 24 ítems tienen un formato de respuesta escalar de 4 puntos en función de la frecuencia y son los únicos que puntúan en el resultado final. Están compuestos de 5 subescalas: consecuencias psicológicas, consecuencias sociales, consecuencias financieras, pérdida de control y gravedad del problema. Esta última subescala (*Gambling Problem Severity Subscale - GPSS*) está formada por los ítems con mayor poder de discriminación de las anteriores, 9 en total, y puede interpretarse en función de la puntuación directa (0-1 sin problema “luz verde”; 2-5 gravedad baja-moderada “luz amarilla”; y 6 o más gravedad alta “luz roja”), el resto de las subescalas deben interpretarse mediante percentiles. El análisis factorial reveló 4 factores (consecuencias psicológicas, sociales, financieras y pérdida de control) que explicarían un 67,3% de la varianza total con una consistencia interna (α de Cronbach) entre 0,83 y 0,90 y una estabilidad temporal (coeficientes de correlación intraclase) entre 0,77 y 0,90. La validez concurrente se midió en base a la correlación entre las 5 subescalas del CAGI e indicadores de involucración en el juego, con resultados de 0,14 a 0,67 (validez moderada).

Este instrumento fue validado al español (Jiménez-Murcia et al., 2017) en una muestra de 55 hombres jóvenes (16-29 años) con diagnóstico de juego patológico, según criterios DSM-IV-TR, y 340 sujetos (17-29 años) sin diagnóstico, como grupo control. Tras un análisis factorial se concluyó que la estructura de un sólo factor era la más óptima con una consistencia interna excelente ($\alpha = 0,91$). Además, la escala total de 24 ítems obtuvo muy buena validez como herramienta de detección.

Gambling Addictive Behaviors Scale for Adolescents (GABSA) (Park y Jung, 2012)

Se trata de una escala desarrollada en Corea para población adolescente. Está compuesta por 25 ítems y una estructura factorial subyacente de 4 dimensiones que explican el 54,9% de la varianza total: pérdida de control, afectación al funcionamiento de la vida diaria, experiencia de juego y afectación al funcionamiento social. La información sobre este instrumento es limitada, pero su estudio de validación original concluye tener una buena validez y fiabilidad (α de Cronbach 0,94).

No presenta validación al español.

The Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS) (Stinchfield et al., 2017)

Cuestionario breve derivado de la subescala GPSS del CAGI (Tremblay et al., 2010). Se escogieron 3 de los 9 ítems que forman originalmente la GPSS a partir de un procedimiento estadístico, el análisis de la función discriminante, para escoger aquellos con el mejor poder predictivo. La validación de este instrumento se realizó con una muestra de adolescentes canadienses con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años. Su fiabilidad, medida a través de su consistencia interna con α Cronbach ofrece un resultado de 0,72. La validez convergente medida mediante la correlación con el SOGS-RA es de 0,67. El rango de puntuaciones de este instrumento va de 0 a 9, con un punto de corte de 4 que equilibra los falsos negativos y falsos positivos (sensibilidad 88%, especificidad 98%). No obstante, los autores proponen mantener este punto de corte para medir la prevalencia, pero sugieren bajarlo a 2 para una finalidad de detección.

No presenta validación al español.

Diagnostic Statistical Manual IV adapted for Juveniles (DSM-IV-J) (Fisher, 1992) y Multiple Response format (DSM-IV-(MR)-J) (Fisher, 2000)

Se trata de una adaptación de los criterios diagnósticos del DSM-IV a población adolescente a través de un instrumento conformado por 12 preguntas con un formato de respuesta dicotómico (sí/no) referidas al último año. Se realizó en Inglaterra con una muestra de 467 estudiantes con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años. El punto de corte se mantuvo en 4, a partir del cual indicaría "probable jugador patológico". El DSM-IV-J está considerado un instrumento más conservador que el SOGS-RA (Parker et al., 2013). Su fiabilidad muestra una consistencia interna (α de Cronbach) de 0,78. En cuanto a la validez concurrente muestra una correlación de 0,65 con el VGS. No obstante, se considera que no hay suficiente evidencia sobre la precisión en la clasificación de este instrumento (Stinchfield, 2010).

El DSM-IV-MR-J (Fisher, 2000) es una edición del anterior con un lenguaje más sencillo y un formato de respuesta de múltiples opciones. La consistencia interna es de 0,75. En la revisión llevada a cabo por Edgren et al. (2016) se recogen estimaciones de su consistencia interna a través de los distintos estudios con un rango que va desde 0,75 a 0,93 ($M = 0,85$).

No presenta validación al español.

The Victorian Gambling Screen (VGS) (Ben-Tovim et al., 2001; Tolchard y Delfabbro, 2013)

Descrito anteriormente (ver apartado “población adulta”), fue validado en población adolescente por Tolchard y Delfabbro (2013) en una muestra de 927 adolescentes australianos (12-17 años). Alguna modificación en el lenguaje de los ítems se llevó a cabo para adaptarlo a las características de esta población. El punto de corte situado en 21 se mantuvo para este estudio. La escala “daño a uno mismo” mostró una fiabilidad de 0,95 con α de Cronbach. La validez discriminante (entre no-jugador problema y jugador problema) para el total de la subescala es buena (lambda de Wilks = 0,25; $X^2 = 725,58$, $p < 0,01$). En cuanto a la validez concurrente mostró una correlación positiva de 0,49 ($p < 0,001$) con el SOGS.

No presenta validación al español para población adolescente.

Early Detection of Gambling Among At-Risk Adolescents (EDGAR-A) (Cabrera-Perona, Lloret-Irles y Núñez, 2022)

Es un cuestionario de reciente creación en España desde un enfoque preventivo para valorar el riesgo psicosocial de desarrollar la conducta de juego en adolescentes. El desarrollo de este instrumento se realizó con una muestra de 2.716 adolescentes (13-17 años; 49,9% chicas) estudiantes de secundaria y bachillerato. Está compuesta por 26 ítems con formato de respuesta escalar clasificados en 4 subescalas: accesibilidad (6 ítems), percepción de riesgo (8 ítems), percepción normativa (4 ítems) y actitudes parentales (7 ítems). Los coeficientes de consistencia interna para estas subescalas fueron 0,66; 0,72; 0,74 y 0,81 respectivamente, con un 0,81 para la escala total. El análisis de la validez se vio limitado por la falta de instrumentos validados que evalúen conceptos similares a los de la EDGAR-A.

Tabla 2. Principales instrumentos de detección para el juego patológico en población adolescente

| Instrumento | Población | País de origen | Validación al español | Características | Fiabilidad | Validez |
|----------------------|---|----------------|--|--|---|--|
| SOGS-RA | Adolescentes (15-18 años) | Estados Unidos | No presenta validación al español | 12 ítems Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | $\alpha = 0,80$ | ND* |
| MAGS | Adolescentes (13-20 años) | Estados Unidos | No presenta validación al español | 26 ítems en 2 subescalas: 12 ítems (DSM-IV) 14 ítems (MAGS 7) Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | $\alpha = 0,87$ (DSM-IV) $\alpha = 0,83$ (MAGS 7) | 96% precisión en la clasificación (MAGS 7) |
| CAGI | Adolescentes (12-19 años) | Canadá | Jiménez-Murcia et al. (2017)** | 45 ítems Formato de respuesta escalar | $\alpha = 0,83-0,9$ | $r=0,14-0,67$ con indicadores de implicación en el juego |
| GABSA | Adolescentes (edad sin especificar) | Corea | No presenta validación al español | 25 ítems Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | $\alpha = 0,94$ | ND* |
| BAGS | Datos muestrales extraídos del CAGI (Tremblay et al., 2010) | Canadá | No presenta validación al español | 3 ítems Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | $\alpha = 0,72$ | $r = 0,67$ con el SOGS-RA |
| DSM-IV-(MR)-J | Adolescentes (11-16 años) | Inglaterra | No presenta validación al español | 12 ítems Formato de respuesta dicotómico (sí/no) | $\alpha = 0,78$ (DSM-IV-J) $\alpha = 0,75$ (DSM-IV-MR-J) | ND* |
| VGS | Adolescentes (12-17 años) | Australia | No presenta validación al español | 21 ítems Formato de respuesta tipo Likert | $\alpha = 0,95$ | $r = 0,49$ con el SOGS |
| EDGAR-A | Adolescentes (13-17 años) | España | Original de España Cabrera-Perona, Lloret-Irles y Núñez (2022) | 26 ítems Formato de respuesta escalar | $\alpha = 0,81$ | ND* |

*ND = información no disponible

**en población joven (16-29 años)

2.3. Herramientas de cribado y diagnóstico en poblaciones especiales

Los problemas de juego tienden a correlacionar con otros problemas de adicción y salud mental (Lorains et al., 2011), además predicen consecuencias adversas para los individuos (p. ej. suicidio) (Cowlshaw y Kessler, 2016) y familiares (p. ej. problemas de relación) (Roberts et al., 2018). Debido a esta realidad, sería interesante desarrollar instrumentos o validar los ya existentes en población clínica con problemas psiquiátricos comórbidos.

A continuación se describen tres instrumentos para población especial: dos de ellos ya mencionados previamente, validados en población con adicción a sustancias (BPGS y SSOGS) y otro para población vulnerable a nivel de recursos sociales (L-HAGS).

Brief Problem Gambling Screen (BPGS) (Volberg y Williams, 2011; Serrano-Pérez et al., 2022)

Descrita anteriormente (*ver apartado “población adulta”*), esta escala fue validada al español para población con Trastorno por Uso de Sustancias en una muestra de 100 participantes en tratamiento. Mostró una buena fiabilidad $\Omega = 0,93$; así como validez concurrente medida a través de la correlación con el PGSI ($r = 0,8$; $p < 0,001$).

Shortened South Oaks Gambling Screen (SSOGS) (Nelson y Oehlert, 2008)

Se trata de una versión reducida del cuestionario SOGS que ha sido validada en una muestra de 316 pacientes en un programa de tratamiento por adicciones en Estados Unidos, mayoritariamente hombres (97,8%). Evalúa áreas como la pérdida de control con el juego, mentir sobre ganar y pedir dinero prestado a otros. Se estableció un punto de corte de 1 (especificidad 79,5%; sensibilidad 100%). La fiabilidad mostró una consistencia interna de 0,79 (α de Cronbach).

The Lincoln Homelessness and Gambling Scale (L-HAGS) (Sharman y D’Ardenne, 2018)

Es una herramienta de *screening* compuesta por 11 ítems y cuya administración puede realizarse de forma auto o heteroaplicada. El objetivo del desarrollo de esta escala era poder detectar y ofrecer recursos a un tipo de población vulnerable. Por esta razón, el punto de corte establecido (2) no está recomendado por los autores para un uso diagnóstico ya que presenta una alta tasa de falsos positivos. Para esta finalidad, así como para el estudio de sus propiedades psicométricas, sugieren que se necesita más investigación.

2.4. Otras áreas de evaluación

Además del diagnóstico o detección del juego patológico, parece relevante mencionar también aquellos instrumentos dirigidos a evaluar de forma más específica algunas áreas dentro de esta problemática, como son: distorsiones cognitivas relacionadas con el juego, contexto, ansia de juego, motivación para el cambio y respuesta al tratamiento.

2.4.1. Distorsiones cognitivas relacionadas con el juego

21-item Gamblers' Beliefs Questionnaire (GBC) (Steenbergh et al., 2002)

Es un cuestionario diseñado para evaluar distorsiones cognitivas en jugadores. Presenta un formato de escala tipo Likert (1-7) compuesta por 21 ítems. Tras llevar a cabo un análisis factorial se obtuvieron dos factores principales que explican el 48,3% de la varianza: fe en la suerte/perseverancia (13 ítems) e ilusión de control (8 ítems). La escala global presenta buen nivel de consistencia interna ($\alpha = 0,92$), así como una adecuada fiabilidad test-retest ($r = 0,77$).

Este instrumento fue validado al español (Winfree, Meyers y Whelan, 2013) con población hispanohablante residente en Estados Unidos y mostró una buena consistencia interna ($\alpha = 0,95$).

The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS) (Raylu y Oei, 2004)

Escala compuesta por 23 ítems que evalúa las distorsiones cognitivas en jugadores. Se desarrolló en una muestra de población general de diferentes grupos culturales (N = 968 participantes con edades comprendidas entre 16-73 años). Se realizó un análisis factorial que resultó en 5 factores: sesgo de control (GRCS-IB), ilusión de control (GRCS-IC), control predictivo (GRCS-PC), expectativas relacionadas con el juego (GRCS-GE) e incapacidad para dejar de apostar (GRCS-IS). Estos factores representaron el 70% de la varianza total. La fiabilidad medida a través de α de Cronbach para los factores va de 0,77 a 0,91 (fiabilidad moderada-alta), y para la escala completa 0,93 (fiabilidad alta). Este instrumento fue validado al español (GRCS-S) (del Prete et al., 2017) en una muestra de 137 participantes (37% con diagnóstico de juego patológico) mostrando buenas propiedades psicométricas.

2.4.2. Contexto

The Inventory of Gambling Situations (IGS-63) (Littman-Sharp, Turner y Toneatto, 2009)

Este inventario se desarrolló con base en los instrumentos *Inventory of Drinking Situations* (IDS; Annis, Graham y Davis, 1987) y el *Inventory of Drug Taking Situations* (IDTS; Turner et al., 1997), así como en el trabajo de Marlatt y Gordon para la prevención de recaídas. Se utiliza para evaluar las situaciones que suponen un riesgo para desencadenar un episodio de juego patológico. Consta de 10 subescalas: emociones negativas (10 ítems), conflicto con otros (7 ítems), impulsos y tentaciones (7 ítems), pruebas de control personal (7 ítems), emociones agradables (5 ítems), presión social (7 ítems), necesidad de excitación (6 ítems), preocupaciones sobre deudas (5 ítems), ganancias y recuperación de pérdidas (6 ítems), confianza en habilidades (5 ítems). Además, se evalúa la frecuencia del juego en los últimos 12 meses a través de 63 situaciones con puntuación escalar. Finalmente, todo junto, se obtiene un índice (*Index Problem Scores*) que aporta un perfil de riesgo para el individuo.

2.4.3. Craving o ansia de juego

The Gambling Urge Scale (GUS) (Raylu y Oei, 2004)

Se trata de una escala basada en el *Alcohol Urge Questionnaire* (AUQ) (Bohn, Krahn y Staehler, 1995). Compuesta por 6 ítems con un formato escalar con 7 niveles de respuesta. Evalúa el impulso o deseo de llevar a cabo la conducta de juego desde un enfoque unidimensional. La adaptación de este instrumento se llevó a cabo con una muestra de 968 participantes voluntarios de la población general (16-73 años). La fiabilidad mostró una alta consistencia interna con un α de Cronbach de 0,81. Posteriormente se llevó a cabo la validación de este instrumento en Australia para población clínica (Smith et al., 2012) mostrando adecuadas propiedades psicométricas.

The Gambling Craving Scale (GACS) (Young y Wohl, 2009)

Se trata de una escala diseñada para evaluar el *craving* en el juego patológico desde una perspectiva multidimensional. Está compuesta por 9 ítems y 3 subescalas: deseo, anticipación y alivio, que mostraron una fiabilidad α de Cronbach de 0,87, 0,65 y 0,85, respectivamente, en una muestra de 145 jugadores mayores de 19 años. Además, se encontró que esta escala podía predecir la gravedad del problema de juego, depresión, así como el afecto negativo y positivo.

2.4.4. Motivación para el cambio

University of Rhode Island Change Assessment Scale for Pathological Gambling (URICA-PG) (Gómez-Peña et al., 2011)

Se trata de un instrumento que evalúa la motivación al cambio desde el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente, previamente utilizado para la dependencia al alcohol (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983). Compuesto por 32 ítems y 4 subescalas: precontemplación (P), contemplación (C), acción (A) y mantenimiento (M) con formato tipo Likert (1-5). Ha sido validado en una muestra de 531 hombres hispanohablantes con diagnóstico de juego patológico y se obtuvo una consistencia interna que va de 0,74 a 0,85 (α de Cronbach).

2.4.5. Recuperación o respuesta al tratamiento

Gambling Severity Index (GSI) (Lesieur y Blume, 1992)

Este instrumento surge como modificación de la entrevista *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980). Se trata de una herramienta multidimensional que evalúa el impacto del tratamiento en 8 áreas: médica, laboral, alcohol, sustancias, legal, familiar/social, psicológica y juego patológico en un marco temporal que abarca los últimos 30 días. Se desarrolló en una muestra de 119 pacientes ingresados con diagnóstico de juego patológico (16-67 años). Además de este diagnóstico, el 26% presentaba un diag-

nóstico primario de consumo de alcohol, el 54% comorbilidad con consumo de alcohol u otras drogas y tan sólo el 20% tenía el juego patológico como diagnóstico principal. Este instrumento mantiene la fiabilidad y validez del original (ASI) además de añadir ítems específicos para el juego patológico. Sin embargo, el estudio llevado a cabo por Lesieur y Blume (1992) presenta algunas limitaciones: la muestra estaba compuesta mayoritariamente por hombres (90%) y el juego patológico no era el diagnóstico principal en gran parte de los participantes. Posteriormente, Petry (2007) realizó un estudio en población clínica (diagnóstico de juego patológico) con una muestra de 231 participantes mayores de 18 años (55% hombres). La consistencia interna va de 0,68 a 0,84 para sus diferentes áreas, con un $\alpha=0,7$ para el área de juego patológico.

Recovery Index for Gambling Disorder (RIGD) (Pickering, Blaszczynski y Gainsbury, 2021)

Se trata de un autoinforme compuesto por 32 ítems que evalúa la recuperación del juego patológico a través de 6 dimensiones: reducción del juego, afrontamiento de la urgencia, sabiduría tras la recuperación, funcionamiento en la vida diaria, relaciones interpersonales y salud mental. Respecto a sus propiedades psicométricas, mostró una buena validez convergente a través de correlaciones significativas entre las dimensiones del RIGD y otras medidas relacionadas, a excepción de la dimensión de sabiduría tras la recuperación. La validez de criterio mostró precisión en la clasificación de no-jugadores y jugadores problemas para un punto de corte conservador de 45.

Gambling Follow-up Scale, Self-Report version (GFS-(SR)) (de Castro, Fuentes y Tavares, 2005)

Escala diseñada para evaluar el juego patológico durante el tratamiento. Puede administrarse de forma autoaplicada o como entrevista semiestructurada. Está compuesta por 5 ítems (frecuencia y tiempo de juego, interferencia en el trabajo, relaciones familiares, ocio e involucración en Jugadores Anónimos) con 5 niveles de respuesta. La validación se llevó a cabo en una muestra de 47 jugadores patológicos en Brasil. El instrumento mostró buenas propiedades psicométricas con un coeficiente de correlación intraclase (entre evaluadores) de 0,85 a 0,99 ($p < 0,001$).

Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS) (Kim et al., 2009)

Se trata de un autoinforme compuesto por 12 ítems diseñado para evaluar la gravedad del juego patológico y el cambio durante el tratamiento. Presenta un formato de respuesta escalar con 4 niveles y un marco temporal de referencia que incluye los últimos 7 días. Evalúa el ansia/impulso de juego, pensamientos y conductas relacionados con el juego. La puntuación va de 0 a 48 (41-48 = extremo; 31-40 = grave; 21-30 = moderado; 8-20 = leve). Mostró una fiabilidad test-retest de 0,7 y una consistencia interna de 0,89.

Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS) (Stinchfield et al., 2007)

Se trata de una batería de instrumentos multidimensional diseñada para medir los resultados del tratamiento del juego patológico tanto en formato cuestionario como entrevista. Incluye los siguientes instrumentos: entrevista/cuestionario de admisión del tratamiento

del juego patológico (GTAQ/GTAI), entrevista/cuestionario de alta del tratamiento del juego patológico (GTDQ/GTDI), cuestionario de servicios del tratamiento del juego patológico (GTSQ), cuestionario/entrevista de seguimiento del tratamiento del juego patológico (GTFQ/GTFI). Las escalas mostraron una consistencia interna satisfactoria con coeficientes α de 0,56 a 0,94. Respecto a la validez, las escalas mostraron correlaciones moderadas con otras medidas de la gravedad del juego patológico (de $r = 0,33$ a $r = 0,65$).

Tabla 3. Principales instrumentos: otras áreas de evaluación

| Área de evaluación | Instrumento | Eficiencia | Validación al español | Fiabilidad |
|--|-------------------|-------------|-----------------------------------|----------------------|
| Distorsiones cognitivas relacionadas con el juego | GBC | 21 ítems | Winfree, Meyers y Whelan (2013) | $\alpha = 0,92$ |
| | GRCS | 23 ítems | del Prete et al. (2017) | $\alpha = 0,93$ |
| Contexto de juego | IGS-63 | 63 ítems | No presenta validación al español | ND* |
| Craving o ansia de juego | GUS | 6 ítems | No presenta validación al español | $\alpha = 0,81$ |
| | GACS | 9 ítems | No presenta validación al español | $\alpha = 0,65-0,89$ |
| Motivación al cambio | URICA (PG) | 32 ítems | Gómez-Peña et al. (2011) | $\alpha = 0,74-0,85$ |
| | GSI | >40 minutos | No presenta validación al español | $\alpha = 0,7$ |
| | RIGD | 32 ítems | No presenta validación al español | ND* |
| Recuperación o respuesta al tratamiento | GFS-(SR) | 5 ítems | No presenta validación al español | CCI = 0,85-0,99 |
| | G-SAS | 12 ítems | No presenta validación al español | $\alpha = 0,89$ |
| | GAMTOMS | >2 horas | No presenta validación al español | $\alpha = 0,56-0,94$ |

*ND = información no disponible

3. EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

El diagnóstico de adicción a videojuegos no ha alcanzado aún pleno consenso entre investigadores, se mantiene controversia en torno a su conceptualización y diagnóstico (Carbonell, 2020). Es por ello que en diferentes artículos se pueden encontrar distintas terminologías para referirse a la adicción a videojuegos. Las terminologías recogidas en los dos principales manuales diagnósticos son: El Trastorno de Juego por Internet (TJI), también conocido como *Internet Gaming Disorder* (IGD) que fue incluido por primera vez en la sección III (diagnósticos que requieren mayor investigación) del DSM 5 (*American Psychiatric Association*, 2013). IGD no incluye la adicción a videojuegos fuera de línea (*offline*). Sin embargo, posteriormente, la CIE-11 (*World Health Organization*, 2018) incluye

el *Gaming Disorder* (GD), también conocido como Trastorno por uso de videojuegos (TUV) con las variantes en línea (*online*) y fuera de línea (*offline*). De aquí en adelante usaremos la terminología TUV y especificaremos si se trata de la variante *online* y/u *offline*.

A pesar de que se ha reconocido como diagnóstico del TUV, aún no existe certeza sobre cuál es la aproximación óptima de su cribado y evaluación. Esto se debe principalmente a que existen muchos instrumentos de evaluación con nombres similares, pero sin llegar a acuerdos de qué medir exactamente o sin cubrir todo el espectro de los criterios diagnósticos (King et al., 2020).

3.1. Entrevistas para evaluar la adicción a videojuegos

Existen dos entrevistas para la evaluación del IGD. Se exponen a continuación.

Structured Clinical Interview for Internet Gaming Disorder (SCI-IGD) (Koo et al., 2017)

La SCI-IGD es una entrevista clínica estructurada basada en los criterios diagnósticos del DSM-5 que fue desarrollada y validada por Koo et al. (2017). Administraron la versión final de la SCI-IGD a 236 estudiantes de secundaria (29,3% chicas) de Corea del Sur con una edad media de 13,61 años ($DT = 0,87$). De la muestra total, 192 provenían de 5 colegios distintos, 39 de "*Internet-Coffes*" y 5 eran pacientes que estaban buscando tratamiento para el IGD en el Hospital Universitario de Seúl.

La SCI-IGD mostró consistencia en el periodo de un mes. La concordancia entre la SCI-IGD y la impresión diagnóstica clínica fue entre buena y excelente. La razón de verosimilitud positiva y negativa para el diagnóstico con SCI-IGD fueron 10,93 y 0,35 respectivamente, indicando que es un test útil tanto para identificar tanto la presencia como la ausencia del TUV. Posteriormente, Martončík et al. (2021), realizaron una validación en checo de esta escala.

Diagnostic Interview for Internet Addiction (DIA) (Ryu et al., 2019)

La DIA es una entrevista diagnóstica semiestructurada de 10 ítems basados en los criterios diagnósticos de DSM-5, elaborada y probada por Ryu et al. (2019). Contiene preguntas dirigidas tanto a los adolescentes como a sus cuidadores y cada ítem tiene una pregunta estandarizada y varios ejemplos. Ryu et al. (2019) aplicaron la DIA a una muestra clínica de adolescentes coreanos de 13 a 18 años que hacían un uso excesivo de videojuegos o teléfonos móviles. En este único estudio en el que se utilizó mostró α de Cronbach de 0,72. La validez convergente se evaluó comparando las puntuaciones en DIA con puntuaciones en otras escalas que medían adicción a Internet y al móvil. Los coeficientes de correlación fueron los siguientes: K-scale (*Korean Scale for Internet Addiction for adolescents*), ($r = 0,426, p < 0,01$); SAS-SV (*Smartphone Addiction Scale-short form version*), ($r = 0,205, p < ,05$); S-scale (*Korean Smartphone Addiction Scale*), ($r = 0,234, p < 0,05$); Y-IAT (*Young's Internet Addiction Test*), ($r = 0,390, p < 0,01$); y O_A (*Internet Addiction Proneness Scale for Adolescents*), ($r = 0,343, p < 0,01$). El análisis de la validez de constructo mostró relaciones significativas entre las puntuaciones DIA y las puntuaciones en las siguientes escalas: BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*) ($r = 0,285, p < 0,01$), STAI_X1 (*State-Trait Anxiety Inventory*

X-1) ($r = 0,294, p < 0,01$), RSES (*Rosenberg Self-Esteem Scale*) ($r = -0,312, p < 0,01$), BIS-II (*Barratt Impulsiveness Scale-II*) ($r = 0,278, p < 0,01$), AQ (*Aggression Questionnaire*) ($r = 0,256, p < 0,05$), and DHQ (*Daily Hassles Questionnaire*) ($r = 0,283, p < 0,01$).

3.2. Cuestionarios, Inventarios y Escalas para evaluar la adicción a videojuegos

La investigación en adicción a videojuegos está en expansión desde la publicación del DSM 5 (2013), con la publicación de al menos 2 instrumentos nuevos por año de media (King et al., 2020). En la última revisión sistemática de los instrumentos de screening y evaluación del TUV en artículos escritos en inglés, King et al. (2020) encontraron 32 instrumentos distintos empleados en 320 estudios ($N = 462.249$ participantes) de los cuales 26 evalúan problemas relacionados con el uso de videojuegos, mientras que otros 6 evalúan problemas relacionados con el uso de internet.

Por otro lado, en la revisión sistemática de instrumentos de medida del TUV en adolescentes y jóvenes según criterios DSM-5 de Bernaldo-de-Quirós et al. (2020) encontraron 13 estudios que incluían validaciones de 7 instrumentos: IGD-20, IGDS9-SF, POGQ, POGQ-SF, VAT, C-VAT 2.0 y Lemmens IGD-27.

En un artículo posterior, Mestre-Bach, Fernández-Aranda, y Jiménez-Murcia (2022) indican que los instrumentos que mayor interés científico muestran en el presente, dados los numerosos artículos que han probado sus propiedades psicométricas en diferentes países son, IGDS9-SF, IGD-20 e IGDT-10. Entre ellos, IGDT-10 e IGDS9-SF son los únicos instrumentos que cubren todos los criterios DSM 5 y CIE 11 del TUV. IGDT-10 destaca por sus numerosas traducciones a otros idiomas. Sin embargo, es un instrumento que sólo se ha utilizado en muestras no aleatorias; el IGDS9-SF también se ha usado principalmente en muestras no aleatorias (King et al., 2020).

En las Tablas 4, 5 y 6, adaptadas de King et al. (2020), que se encuentran en el anexo, se muestran en orden alfabético pruebas para evaluar adicción a videojuegos según criterios del DSM-5 y/o CIE-11 con versión en español y sin versión en español, respectivamente y pruebas dirigidas a evaluar la adicción a internet, respectivamente. En dichas tablas se detallan los autores, el año de publicación, el número de ítems, el formato de respuesta, el punto de corte, el país de origen, los idiomas en los que está disponible y los criterios que evalúa. Para conocer en más detalle las psicométricas del resto de los instrumentos de evaluación del TUV pueden dirigirse al artículo de King et al., (2020) en el que aparecen una serie de tablas en las que se muestran la dimensionalidad, fiabilidad, validez convergente, validez de criterio, incapacidad/calidad de vida y el uso clínico de los distintos instrumentos.

A continuación, se redactará información más detallada sobre los instrumentos de origen español: PVP y CERV y los que han mostrado mayor evidencia en las últimas revisiones: IGD-20, IGDT-10, IGDS9-SF, GAS-7, POGQ, POGQ-SF, VAT, C-VAT 2.0 y Lemmens IGD-27 e IGD-9.

Problematic Video game Playing Scale (PVP) (Salguero y Morán, 2002)

El PVP, de origen español, fue el primer instrumento para evaluar adicción a los videojuegos (Salguero y Morán, 2002). Consta de 9 ítems con respuesta dicotómica (sí/no). La puntuación total varía entre 0 y 9. La escala cubre 8 síntomas, basados en la dependencia a sustancias y al juego patológico propuestos en DSM-IV. En el estudio de López-Fernández et al. (2014) se aplicó el PVP a 2.356 adolescentes entre 11 y 18 años, españoles ($n = 1132$) y británicos ($n = 1224$) estudiando las propiedades psicométricas en ambas muestras. Mostró una estructura unifactorial y la consistencia interna varía en los estudios entre un 0,59 y un 0,84.

Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV) (Chamarro et al., 2014)

El CERV fue desarrollado y validado en España por Chamarro et al. (2014) en una muestra de 5.538 alumnos de 1º a 4º ESO de 28 colegios públicos y concertados del Vallès Occidental (Barcelona, España). El rango de edad osciló entre 12 y 20 años (47,9 % chicas; $M = 13,94$ años; $DT = 1,34$). El CERV es una versión para videojuegos no masivos del Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI) y con el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERM) (Beranuy et al., 2009).

El CERV consta de 17 ítems con formato de respuesta Likert de cuatro puntos, sobre la preocupación, negación, aumento de la tolerancia, efectos negativos, reducción de actividades, pérdida de control, evasión y deseo de jugar. Chamarro et al. (2014) encontraron que el mejor ajuste de modelo era de dos factores, que se denominaron: “dependencia psicológica y evasión” (α de Cronbach = 0,861) y “consecuencias negativas” (α de Cronbach = 0,869).

Se observan diferencias para el género con mayores puntuaciones para los varones, tanto para la evasión como para las consecuencias negativas. También se observan diferencias significativas para el nivel educativo y para la interacción género x curso. Las comparaciones por pares indican que las diferencias se observan entre los alumnos de 4º de ESO y el resto, siendo los de 4º los que muestran hacer un uso menos problemático. Las puntuaciones medias son menores para las niñas, especialmente en el uso de los videojuegos con finalidad de evasión, que es más marcado en el caso de las niñas de 4º de ESO.

Game Addiction Scale-7 items (GAS-7) (Lemmens, Valkenburg y Peter, 2009)

El GAS-7 fue desarrollado y validado inicialmente por (Lemmens, Valkenburg y Peter, 2009), es la versión corta del GAS-21. Consta de 7 ítems con formato de respuesta Likert de 5 puntos, mide “saliencia, tolerancia, modificación del humor, recaída, abstinencia, conflictos y problemas”. Tiene una estructura unifactorial, la consistencia interna varía en los distintos estudios entre 0,66 y 0,94, la fiabilidad test-retest de 2 semanas varía entre 0,82 y 0,83 en diferentes estudios. En los análisis realizados desde la teoría de respuesta al ítem (TRI) ha mostrado que todos los ítems eran altamente discriminatorios, algunos con alto funcionamiento diferencial y se han realizado medidas de invarianza en sexo, edad e idioma (King et al., 2020).

El GAS-7 es el cuestionario más frecuentemente usado en estudios de prevalencia y en estudios longitudinales, a pesar de que no cubre todos los criterios diagnósticos ni de DSM-5 ni de CIE-11 para el TUV (King et al., 2020). También es el instrumento que se ha administrado a más sujetos, incluyendo el mayor número de sujetos reclutados usando muestras seleccionadas al azar (King et al., 2020).

Existen estudios de las propiedades psicométricas y validaciones de la GAS-7 en francés (Gaetan et al., 2014), alemán (Khazaal et al., 2016), portugués (Lemos, Cardoso y Sougey, 2016b), en español (Irlles et al., 2017), persa (Lin et al., 2019), italiano (Costa et al., 2020), chino (Liu et al., 2020) y en turco (Irmak et al., 2021).

En la validación española (Irlles et al., 2017) del GAS-7 para adolescentes, GASA (*Game Addiction Scale for Adolescents*) se realizaron dos estudios independientes uno con 466 adolescentes (48,7% chicas) entre 13 y 18 años, con edad media 15,27 ($DT = 1,83$) y otro con 556 jóvenes (44,1% chicas) entre 19 y 26 años, con edad media 21,24 ($DT = 1,86$). En ambas muestras se obtuvo una estructura unifactorial, en la primera α de Cronbach = 0,81 y en la segunda α de Cronbach = 0,83. Los análisis de invarianza factorial indicaron que se trata de un fenómeno que es diferente en función del sexo y la edad. Los análisis de la validez de constructo, encontraron altas correlaciones en todos los grupos con la intensidad y frecuencia de uso de videojuegos y la presión de grupo. Las correlaciones con impulsividad son significativas, aunque moderadas, en todos los grupos excepto en chicas jóvenes.

Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ) (Demetrovics et al., 2012)

Demetrovics et al. (2012) desarrollaron y validaron un instrumento de 18 ítems, con formato de respuesta Likert de 5 puntos cuyo objetivo era detectar problemas relacionados con el juego online. Probaron este test en una muestra de 3.415 adultos (90% hombres, $M = 21$ años) reclutados a través de páginas web de videojuegos de Hungría. De los 26 ítems originales se retuvieron 18 que se organizaban en seis dimensiones: preocupación, sobreeso, inmersión, aislamiento social, conflictos interpersonales, y síntomas de síndrome de abstinencia. El punto de corte se estableció en 65, con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100%. Se identificaron 4 tipos de jugadores: por debajo de la media, jugadores de bajo riesgo de uso problemático, jugadores de riesgo medio de uso problemático, y jugadores de alto riesgo de uso problemático.

Posteriormente, Smohai et al. (2017) lo aplicaron a jugadores *online* y *offline*, con una muestra de 1.964 estudiantes de secundaria de 13 años procedentes de 47 colegios de 33 ciudades de Hungría que habían jugado al menos una vez en el último mes. Los coeficientes de consistencia, α de Cronbach, de las distintas dimensiones oscilaron entre 0,75 (para la dimensión de preocupación) y 0,86 (para la dimensión de síntomas de síndrome de abstinencia), obteniendo una consistencia interna para el total de la escala de 0,92. Sin embargo, no ofrecen datos sobre la validez del instrumento.

El último estudio publicado en relación a este instrumento (Inoue et al., 2021) traduce el POGQ a japonés (POGQ-J) y prueba su validez y fiabilidad aplicándolo a una muestra de 258 estudiantes (128 hombres, $M = 19,66$ años) de 5 universidades japonesas, cursando psicología. El análisis factorial confirmatorio indicó que se ajustaba a una estructura de 6 fac-

tores y mostró una alta fiabilidad test-retest. En cuanto a la validez convergente, mostró relación con el tiempo dedicado a videojuegos online ($r = 0,309$), el GAS (*Gaming Addiction Scale*) para adolescentes ($r = 0,824$), y el YIAT (*Young's Internet Addiction Test*) ($r = 0,581$).

Problematic Online Gaming Questionnaire Short Form (POGQ-SF) (Papay et al., 2013)

Papay et al. (2013) desarrollaron una forma abreviada del POGQ seleccionando los dos ítems que tenían más carga de cada factor. De esta forma el POGQ-SF se compone de 12 ítems que cubren las seis dimensiones del POGQ. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos. Aplicaron el instrumento a una muestra de 2.774 estudiantes ($M = 16,4$ años; $DT = 0,87$) que habían jugado a videojuegos *online* al menos una vez el último mes. Se confirmaron las seis dimensiones y se identificaron tres tipos de jugadores: por debajo de la media, de bajo riesgo de uso problemático, y de alto riesgo de uso problemático. Considerando la pertenencia a la clase de alto riesgo como criterio de oro se estableció el punto de corte en 32, con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 97%. El instrumento mostró buena consistencia interna y validez, ya que los jugadores de alto riesgo mostraron una mayor probabilidad de jugar más de cinco horas diarias ($X^2 = 133,6$; $p < 0,001$), puntuaciones mayores en depresión, medidas a través de la Escala de Depresión (CES-D) ($X^2 = 54,5$; $p < 0,001$), y más bajas en autoestima, medida a través de la Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) ($X^2 = 33,9$; $p < 0,001$).

Videogame Addiction Test (VAT) (Van Rooij et al., 2012)

El estudio que probó el VAT por primera vez (Van Rooij et al., 2012), es previo a la publicación del DSM-5 y dio origen al C-VAT 2.0. El VAT es una adaptación directa de los ítems de CIUS (*Compulsive Internet Use Scale*) para referirse específicamente a jugar a videojuegos. Consta de 14 ítems con formato de respuesta Likert de 5 puntos que miden los siguientes componentes: pérdida de control, conflicto, preocupación/prominencia, afrontamiento/modificación del estado de ánimo y síntomas de síndrome de abstinencia. Van Rooij et al. (2012) aplicaron el instrumento a una muestra de 2.894 alumnos de 10 escuelas de secundaria de los Países Bajos, entre 13 a 16 años ($M = 14,3$; $DT = 1,0$). El instrumento mostró una estructura factorial unidimensional; excelente consistencia interna; y validez de constructo, mostrando una relación significativa con la GAS ($r = 0,74$, $p < 0,001$) y la CIUS ($r = 0,61$, $p < 0,001$), y menores pero también significativas con estado de ánimo depresivo ($r = 0,29$, $p < 0,001$), autoestima negativa ($r = 0,22$, $p < 0,001$), soledad ($r = 0,29$, $p < 0,001$), ansiedad social ($r = 0,22$, $p < 0,001$) y tiempo empleado en jugar a videojuegos online a la semana ($r = 0,37$, $p < 0,001$).

Este cuestionario ha sido validado en lengua portuguesa (Lemos, Cardoso y Sougey, 2016a) y en persa (Hosseini et al., 2019).

Clinical Videogame Addiction Test (C-VAT 2.0) (Van Rooij et al., 2012)

El C-VAT 2.0 es un instrumento de evaluación administrado por un clínico desarrollado para identificar y diagnosticar TUV en población clínica. Es una adaptación del C-VAT (Van Rooij et al., 2012), a los criterios del DSM-5. Consta de 3 preguntas sobre los hábitos de

jugar a videojuegos, 11 preguntas con formato de respuesta dicotómico (sí / no) sobre síntomas del TUV en el último año (incluyen nueve preguntas que cubren los nueve criterios del DSM-5 para el TUV y dos más referidas a *craving* y problemas de salud), y una tabla breve de recomendaciones para establecer problemas comórbidos.

Van Rooij, Schoenmakers y Van de Mheen (2017) validaron el instrumento con una muestra de 32 pacientes de 13 a 23 años, en tratamiento por TUV. El punto de corte utilizado para establecer el diagnóstico es 5/9, tal y como es sugerido por el DSM-5, con una sensibilidad del 91%. De los 32 pacientes, 27 tenían como diagnóstico principal el TUV, mientras que para los otros 5 casos era un trastorno secundario. Además, tenían otros trastornos comórbidos, que incluían depresión, problemas de ansiedad, hiperactividad y trastorno del desarrollo.

Internet Gaming Disorder-20 Test (IGD-20) (Pontes et al., 2014)

El IGD-20 fue desarrollado por Pontes et al. (2014) como un instrumento válido y preciso para evaluar el TUV *online* y *offline* en los últimos 12 meses, basándose en los criterios diagnósticos del DSM-5 y en el modelo de adicción biopsicosocial de Griffiths (2005), que incluye seis dimensiones: prominencia, modificación del estado de ánimo, tolerancia, síntomas de abstinencia, conflicto, y recaída. El IGD-20 consta de 20 ítems con formato de respuesta escala Likert de 5 puntos. Para la validación del instrumento original, Pontes et al. (2014) utilizaron una muestra de 1.003 participantes mayores de 16 años ($M = 26,5$ años; $DT = 8,2$), reclutada a través de una encuesta incluida en foros de gaming. Se confirmó la presencia de las seis dimensiones; se mostró fiable, con una buena consistencia interna. También mostró validez de criterio, correlacionando significativamente con el tiempo dedicado a jugar a la semana y los criterios diagnósticos del DSM-5 ($r = 0,82$; $p < 0,001$). Se distinguieron cinco tipos de jugadores: jugadores ocasionales, jugadores regulares, jugadores de bajo riesgo, jugadores de alto riesgo, y jugadores con trastorno. Tomando como criterio de grupo de jugadores con TUV, se estableció el punto de corte en 71 con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100%.

El instrumento original ha sido validado en español (Fuster et al., 2016; Andrade, Viñán-Ludeña y Alvarado., 2022) y en árabe (Hawi y Samaha, 2017). La primera validación española del IGD-20 (Fuster et al., 2016) se llevó a cabo con una muestra de 1.074 participantes de 12 a 58 años procedentes de distintos países de habla hispana de Europa y Latinoamérica, reclutados mediante un enlace en diferentes foros de gaming. La consistencia interna del instrumento fue de 0,87. Se identificaron seis factores, como en el estudio original y mostró una buena validez de criterio, con correlaciones significativas con las horas dedicadas a jugar a la semana ($r = 0,42$, $p < 0,010$) y la edad de los participantes ($r = -0,12$, $p < 0,01$). También, como en la validación original, se identificaron cinco tipos de jugadores. Utilizando la clase jugadores con trastorno se estableció el punto de corte en 75 con una especificidad del 99% y una sensibilidad del 71%. Recientemente, Andrade, Viñán-Ludeña y Alvarado (2022) han realizado una nueva validación psicométrica en 2.931 adolescentes y jóvenes ecuatorianos entre 14 y 28 años (57,22% chicos; $M = 15,99$ años; $DT = 1,56$). El modelo que mejor se ajustó a los datos fue unifactorial, se encontró invarianza en el sexo con una excelente consistencia interna (todos α de Cronbach = 0,94; chicos α de Cronbach = 0,93; chicas α de Cronbach = 0,93).

Internet Gaming Disorder Scale-9 Short Form (IGDS9-SF) (Pontes y Griffiths, 2015)

El IGDS9-SF fue desarrollado y validado por Pontes y Griffiths (2015). Es un instrumento de nueve ítems que cubren los nueve criterios diagnósticos del DSM-5. Su objetivo es valorar la severidad del TUV y sus efectos limitantes en la vida de la persona, evaluando el uso excesivo y problemático de videojuegos *online* y *offline* durante los últimos 12 meses. Cada uno de los ítems se responde en una escala Likert de 5 puntos. Aunque el principal objetivo del instrumento no es diagnosticar el TUV sino evaluar su severidad y efectos nocivos en la vida del jugador, establecen un punto de corte en 36 puntos para diferenciar entre jugadores con y sin trastorno.

La validación del instrumento original (Pontes y Griffiths, 2015) se llevó a cabo con 1.060 jugadores de habla inglesa con edades entre 16 y 60 años ($M = 27$ años, $DT = 9,02$). El instrumento mostró una consistencia interna de 0,87, una estructura unifactorial y buena validez de criterio con correlaciones significativas con el IGD-20 y el tiempo dedicado a jugar a la semana.

Recientemente se ha realizado una revisión sistemática de las propiedades de la escala (Poon et al., 2021), encontrando un total de 21 estudios con 15 versiones en distintas lenguas. Algunas de las adaptaciones que se han realizado de este instrumento son al portugués (Pontes y Griffiths, 2016), esloveno (Pontes, Macur y Griffiths, 2016), italiano (Monacis et al., 2017), persa (Wu et al., 2017), turco (Evren et al., 2018), polaco (Schivinski et al., 2018) y al español (Sánchez-Iglesias et al., 2020; Maldonado-Murciano et al., 2020).

En la revisión (Poon et al., 2021) mostró en general, una consistencia interna adecuada (aunque algunos ítems no tenían una correlación satisfactoria ítem-total), una excelente validez de criterio, una estructura unifactorial y la habilidad de distinguir entre subgrupos con medidas de invarianza en género y edad. Por otro lado, aunque aún no existe suficiente evidencia en cuanto a sus propiedades usando la TRI, existe evidencia que apoya su uso en la evaluación del TUV.

Internet Gaming Disorder Scale-27 ítems e Internet Gaming Disorder Scale-9 ítems (Lemmens IGD-27 e IGD-9) (Lemmens, Valkenburg y Gentile, 2015)

Lemmens, Valkenburg y Gentile (2015) desarrollaron un instrumento en alemán de 27 ítems en el que cada criterio DSM se mide a través de tres ítems que representan distintos aspectos centrales del criterio utilizando términos sinónimos o haciendo ligeros cambios en la redacción. Cuenta con dos versiones, una que se responde de forma dicotómica (sí / no), y otra en la que cada ítem se responde en una escala tipo Likert de seis puntos según la frecuencia de uso. La escala se validó con una muestra de 1.912 adolescentes y adultos de habla alemana entre 13 y 40 años. De la muestra total un subgrupo realizó la versión dicotómica ($n = 989$; $M = 24,8$; $DT = 8,1$) y otro la versión tipo Likert ($n = 923$; $M = 24,4$; $DT = 7,6$). Por otro lado, también se establecieron tres grupos de edad: adolescentes ($n = 922$) de 13 a 20 años ($M = 17,6$; $DT = 2,2$); jóvenes adultos ($n = 568$) de 21 a 30 años ($M = 25,1$; $DT = 2,8$); y adultos medios ($n = 425$) de 31 a 40 años ($M = 35,9$; $DT = 2,8$). El instrumento mostró una elevada consistencia interna en ambas versiones.

Para poder construir una versión abreviada se seleccionó el ítem con mayor carga de cada criterio, que mostró también alta consistencia interna, de 0,97 para la versión tipo Likert, y 0,83 para la versión dicotómica. Ambas escalas (27 y 9 ítems respectivamente) mostraron una adecuada validez de criterio, mostrando una correlación significativa de pequeña a moderada con tiempo empleado en jugar a videojuegos, soledad, autoestima y conducta prosocial; y altas con conducta agresiva. Sin embargo, la versión dicotómica mostró una mayor validez de criterio que la versiones tipo Likert porque estas últimas no mostraron correlaciones significativas con la satisfacción vital, que sí aparecían en las versiones dicotómicas. Utilizaron la versión dicotómica de nueve ítems para diagnosticar el TUV adoptando como punto de corte 5 de los 9 criterios, tal y como se recomienda en el DSM-5. Identificaron tres tipos de jugadores: jugadores normales, jugadores de riesgo, y jugadores con trastorno. De acuerdo al análisis de clases, los autores sugieren que sería adecuado subir a 6 los criterios que deben reunir con el fin de evitar el sobrediagnóstico. Se examinó la sensibilidad y especificidad para cada uno de los criterios diagnósticos utilizando el criterio de 5 o más del DSM-5 y el criterio de 6 o más del análisis de clases tomando como referencia los jugadores con trastorno. Aunque ambos mostraron alta especificidad y adecuada sensibilidad, el diagnóstico teniendo en cuenta 6 o más criterios mostró una sensibilidad mayor.

Internet Gaming Disorder Test-10 items (IGDT-10) (Király et al., 2017)

Király et al. (2017) validaron el IGDT-10, un instrumento de 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 3 puntos dicotomizado, basado en los 9 criterios DSM-5 para evaluar el grado de TUV. Todos los criterios fueron operativizados en un ítem, excepto el último “perder una relación significativa, trabajo o educacional” que fue operativizado en 2 ítems. El IGDT-10 fue validado en una muestra de 4.887 jugadores online entre 14 y 64 años (92,5% hombres; $M = 22,2$ años; $DT = 6,4$) reclutados a través de Facebook y páginas web relacionadas con videojuegos con la colaboración de una revista húngara popular. El 57% de la muestra jugaba más de 15 horas semanales. El 69,7% jugaba principalmente en ordenadores (PCs), 22,7% jugaban tanto en PCs como en consolas, el 6% sólo en consolas y el 1,6% jugaba raramente en PCs o consolas. El análisis factorial confirmatorio apoyó el modelo teórico unifactorial. IGDT-10 mostró alta correlación con POGQ y asociaciones moderadas con malestar psiquiátrico y de débiles a moderadas con el tiempo empleado en jugar, mostrando validez de constructo. La consistencia interna fue satisfactoria, aunque no muy alta (α de Cronbach fue 0,68 y Λ -2 de Guttman fue 0,69). Los análisis según la TRI demostraron que criterios como “continuación”, “preocupación”, “consecuencias negativas” y “escape” estaban asociadas más frecuentemente en menor gravedad del TUV, mientras que “tolerancia”, “pérdida de control”, “dejar de hacer otras actividades” y “decepción” sólo se reportaban en casos más graves.

Posteriormente, Király et al. (2019) midieron la invarianza en género e idioma y realizaron una validación transcultural con una muestra de 7.193 participantes en siete idiomas: húngaro ($n = 3942$), iraní ($n = 791$), hablantes ingleses ($n = 754$), hablantes franceses ($n = 421$), noruego ($n = 195$), checo ($n = 496$) y peruano ($n = 612$). El modelo unifactorial se ajustaba a los datos en todos los idiomas. Los resultados indicaron la invarianza tanto del

idioma como del género en el nivel de invariancia escalar. La validez de criterio y de constructo del IGDT-10 se vio respaldada por su fuerte asociación con el POGQ y su moderada asociación con el tiempo de juego semanal, los síntomas psicopatológicos y la impulsividad. Las proporciones de cada muestra que cumplieron con el punto de corte en el IGDT-10 variaron entre 1,61% y 4,48% en las muestras individuales, excepto en la muestra peruana (13,44%). El IGDT-10 muestra propiedades psicométricas sólidas y parece adecuado para realizar comparaciones interculturales y de género en siete idiomas.

4. CONCLUSIONES

La evaluación del juego patológico cuenta con un extenso espectro de instrumentos de medida a nivel mundial con propiedades psicométricas adecuadas, especialmente para población adulta. Gran parte de ellos cuentan con estudios de validación en población española.

De entre los instrumentos de evaluación para la detección del juego patológico en población adulta, aquellos que cuentan con un uso más extendido son la SOGS (Lesieur y Blume, 1987) y el CPGI (Ferris y Wayne, 2001).

Actualmente se considera el CPGI como *gold standard* internacional para la evaluación del juego patológico en población adulta. El SOGS ha sido criticado porque produce muchos falsos positivos y mayores tasas de prevalencia. El PGSI aporta resultados intermedios.

Se ha considerado relevante diferenciar la evaluación del juego patológico en población adolescente respecto de la población adulta. El desarrollo de instrumentos de medida para estas etapas vitales precoces se ha realizado teniendo como referencia los de creación para la etapa adulta, sin embargo, debido a la expansión de oportunidades y las nuevas formas de juego es necesario replantear y diferenciar estas particularidades comportamentales incipientes.

La coexistencia del diagnóstico de juego patológico con otros trastornos psiquiátricos, incluidas otras adicciones, urge a diseñar instrumentos de referencia dirigidos a detectar y valorar dicha comorbilidad.

A pesar de que la investigación sobre las adicciones comportamentales ha aumentado en los últimos años de forma exponencial, la evidencia acumulada, lejos de dirigirse a consolidar herramientas potentes, se ve ciertamente obstaculizada por una sobreproducción de instrumentos conceptualmente similares desarrollados por distintos grupos de investigación.

El avance en la ciencia también requiere de replicación, y en este caso, es necesario poner el esfuerzo en comprobar hasta qué punto lo que ya existe se puede extender a otras muestras, culturas, y en especial, a población española, ya que a pesar de encontrarnos inmersos en un mundo globalizado, el contexto sociocultural debe verse reflejado en el arsenal de evaluación.

En definitiva, tener instrumentos de detección y evaluación del fenómeno es de vital importancia para conocer el Juego patológico y el TUV en toda su extensión y poder aplicar intervenciones de precisión, eficaces, que puedan ser sometidas a valoración de resultados con métodos de evaluación fiables, factibles y válidos.

5. RECOMENDACIONES

El trastorno de juego patológico cuenta con una amplia gama de herramientas de medida con buenas propiedades psicométricas que han sido aplicados especialmente en población adulta. Afortunadamente la gran mayoría han sido adaptados y validados en la población española, incluido el CPGI, que se ha erigido como referencia a nivel internacional. Conforme aumentan las oportunidades de juego, debido a la legalización y las nuevas formas de recreación, crece también el interés por estudiar esta problemática en población adolescente. Por ello cada vez hay un número creciente de instrumentos de medida para las personas en esta etapa vital aunque la gran mayoría se han diseñado a partir de los ya desarrollados en población adulta. Así mismo, es necesario ampliar la evidencia de los métodos de evaluación en español, puesto que se adolece de adaptaciones culturales realizadas en castellano.

En cuanto a la estimación de la adicción a videojuegos es un campo aún en desarrollo, controvertido, sin un acuerdo completo en torno al propio constructo. Es necesario que los distintos equipos de investigación en este campo acuerden una aproximación homogénea en cuanto al concepto del fenómeno en sí mismo, su descripción y, en consecuencia, su valoración. Existe una amplia variedad de instrumentos, sin embargo no todos ellos cuentan con unas propiedades psicométricas adecuadas. Entre las herramientas con mayor evidencia se encuentran: GAS-7, IGDS9-SF, IGDT-10 e IGD-9. Todas ellas están traducidas y validadas al español y han demostrado una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest por lo que en el futuro, podrían establecerse como patrón oro para la evaluación del TUV.

Un punto de vital importancia en el campo de las adicciones comportamentales se refiere a que el propio fenómeno se encuentra altamente intrincado a las nuevas tecnologías de la comunicación e información, y por tanto, se debe capear teniendo en cuenta la novedad y la velocidad de expansión y evolución. En definitiva, hay que buscar herramientas que capten las nuevas formas de abuso, puesto que los procedimientos clásicos parecen haberse quedado obsoletos. En esta misma línea, un punto crítico se dirige a las muestras utilizadas para evaluar los instrumentos, ya que en muchas ocasiones son de conveniencia, lo que va en detrimento de la generalización para detectar y evaluar personas que tienen este tipo de comportamiento disfuncional y no llegan a ser captados en dichas investigaciones.

Tabla 4. Instrumentos para la evaluación del TUV con versión en español

| Instrumento | Autor/es | Ítems Formato Respuesta | Punto de corte | País de Origen | Idiomas | Criterios evaluados |
|---------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------|--|--|
| CERV | Chamarro et al. (2014) | 17 Ítems 4 puntos | - | España | SPA | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S,T, F |
| AICA-Sgaming | Wöfling et al. (2012) | 15 Ítems 4 puntos | 13,5 | Alemania | CZ; ENG; DE; ISL; GRK; LTU; NL; POL; ROU; SPA | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,8 y 9. CIE-11: Guía de referencia 1; Disfunción P,S,E,T, F |
| GAS-7 | Lemmens et al. (2009) | 7 Ítems 5 puntos | 4/7 | Holanda | ENG; CH; DE; FA; FI; FR; NOR; SPA; TR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción S,E,T |
| IGD-20 | Pontes et al. (2014) | 20 Ítems 5 puntos | 71/100 | Reino Unido | AR; ENG; KOR; PT; SPA; | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S,T, F |
| IGDS9-SF | Pontes y Griffiths (2015) | 9 Ítems 5 puntos | 25/45 | Reino Unido | AL; ENG; CH; FA; ITL; POL; PT; SI; SPA; TR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,6,7,8 y 9. CIE-11: Guidelines 1,2 y 3; Disfunción S,E,T |
| IGDT-10 | Király et al. (2017) | 10 Ítems 3 puntos | 5/9 | Hungría | CZ; ENG; CH; CRO; FA; FI; FR; HUN; JP; NOR; POL; SPA | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,6,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2,3; Disfunción P,S,E,T |
| Petry IGD | Petry et al. (2014) | 9 Ítems Sí/No | 5/9 | Estados Unidos | ENG; CH; DE; FR; ITL; JP; KOR; NL; PT; SPA; TR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,6,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2 y 3; Disfunción P,S ,E,T |
| POGQ | Demetrovics et al. (2012) | 18 Ítems 5 puntos | 66/90 | Hungría | ENG; FA; FR; FIN; HUN; ITL; KOR; MAL; NOR; SLO; SPA | DSM-5: Criterios 1,2,4,5 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S. |
| POGQ-SF | Pápay et al. (2013) | 12 Ítems 5 puntos | 32/60 | Hungría | CZ; ENG; FIN; FI; FR; HUN; ITL; KOR; MAL; NOR; SLO; SPA | DSM-5: Criterios 1,2,4,5 y 9 CIE-11: Guidelines 1,2; Disfunción P,S,T, F |
| PVP | Salguero y Morán (2002) | 9 Ítems Sí/No | - | España | ENG; FR; NOR; SPA | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P, S,T, F |

Nota: Lista de instrumentos : **AICA-Sgaming:** *Assessment of Internet and Computer Addiction Scale-Gaming*; **CERV:** *Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuego*; **GAS-7:** *Game Addiction Scale-7 ítems*; **IGD-20:** *Internet Gaming Disorder-20 Test*; **IGDS9-SF:** *Internet Gaming Disorder Scale-9 Short Form*; **IGDT-10:** *Internet Gaming Disorder Test-10 ítems*; **Petry IGD:** *Internet Gaming Disorder*; **PIE-9:** *Personal Internet Gaming Disorder Evaluation-9 ítems*; **POGQ:** *Problematic Online Gaming Questionnaire*; **POGQ-SF:** *Problematic Online Gaming Questionnaire-Short Form*; **PVP Scale:** *Problematic Video game Playing Scale*. **Idiomas:** **AL:** Albano; **AR:** Árabe; **ENG:** Inglés; **CH:** Chino; **CRO:** Croata; **CZ:** Checo; **DE:** Alemán; **FA:** Farsi; **FIN:** Finlandés; **FR:** Francés; **HUN:** Húngaro; **ISL:** Islandés; **ITL:** Italiano; **FI:** Finlandés; **GRK:** Griego; **JP:** Japonés; **KOR:** Coreano; **LTU:** Lituano; **MAL:** Malayo; **PT:** Portugués; **NL:** Holandés; **NOR:** Noruego; **POL:** Polaco; **ROU:** Rumano; **SE:** Sueco; **SLO:** Esloveno; **SPA:** Español; **SRB:** Serbio; **TR:** Turco.

Tabla 5. Instrumentos para la evaluación del TUV sin versión en español

| Instrumento | Autor/es | Ítems Formato Respuesta | Punto de corte | País de Origen | Idiomas | Criterios evaluados |
|---------------------------|----------------------------|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------------|--|
| A-EQ | Charlton y Danforth (2007) | 29 Ítems 7 puntos | No está claro | Reino Unido | ENG; FR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4 y 9 CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S,T, F |
| BAM-VG | Sanders y Williams (2016) | 19 Ítems Sí/No | 3 | Canadá | ENG; FR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S,E,T, F |
| CSAS | Rehbein et al. (2015) | 18 Ítems 4 puntos | 5/9 | Alemania | ENG; DE | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S,E,T |
| C-VAT 2.0 | van Rooij et al. (2017) | 11 Ítems Sí/No | 5/9 | Holanda | ENG; NL | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,6,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2,3; Disfunción P,S,E |
| DIA | Ryu et al. (2019) | 10 Ítems Sí/No | 5/10 | Corea del Sur | ENG; KOR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,6,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2,3; Disfunción S,E,F |
| GAIT | Vadlin et al. (2015) | 15 Ítems 5 puntos | No está claro | Suecia | ENG; SE | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5 y 9. CIE-11: Guidelines 1,2; Disfunción P,S,E |
| GAIA | Wong y Hodgins (2014) | 26 Ítems 5 puntos | - | Canadá | ENG | DSM-5: Criterios 2,4,7,8 y 9 CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S,T, F |
| GAS-21 | Lemmens et al. (2009) | 21 Ítems 5 puntos | No está claro | Holanda | ENG; FR; NOR; SRB; TR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5, 7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S,E,T |
| IGUESS | Jo et al. (2018) | 9 Ítems 4 puntos | 10/18 | Corea del Sur | ENG; KOR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,6,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2,3; Disfunción S,E |
| Lemmens IGD-9 | Lemmens et al. (2015) | 9 Ítems Sí/No | 5/9 | Holanda | AR; ENG; CRO; DE; NL; TR; | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción S |
| Lemmens IGD-27 | Lemmens et al. (2015) | 27 Ítems Sí/No 4 puntos | - | Holanda | ENG; NL; TR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5, 7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S,E,T |
| PIE-9 | Pearcy et al. (2016) | 9 Ítems 5 puntos | 5/9 | Australia | ENG | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,6,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2 y 3; Disfunción S,E,T |
| POGU | Kim y Kim (2010) | 20 Ítems - | - | Corea del Sur | ENG; KOR | DSM-5: Criterios 3,4 y 7 CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,E |

Tabla 5 (cont.). Instrumentos para la evaluación del TUV sin versión en español

| Instrumento | Autor/es | Ítems Formato Respuesta | Punto de corte | País de Origen | Idiomas | Criterios evaluados |
|--------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|--|
| SCI-IGD | Koo et al. (2017) | 12 Ítems Sí/No | 5/9 | Corea del Sur | ENG; KOR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,5,6,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2,3; Disfunción S,E,T |
| sIAT-gaming | Pawlikowski et al. (2013) | 12 Ítems 5 puntos | - | Alemania | ENG; DE | DSM-5: Criterios 1,2,4,7 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S,E,T |
| VASC | Yılmaz et al. (2017) | 21 Ítems 5 puntos | 90/105 | Turquía | ENG; TR | DSM-5: Criterios 4,8 y 9. CIE-11: Guía de referencia 1; Disfunción P,S |
| VAT | van Rooij et al. (2012) | 14 Ítems 5 puntos | - | Holanda | ENG; NL; PT | DSM-5: Criterios 1,2,4,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia 1,2; Disfunción P,S,E |

Nota: Lista de instrumentos : **A-EQ:** Addiction-Engagement Questionnaire; **BAM-VG:** Behavioral Addiction Measure for Video Gaming; **CSAS:** Video Game Dependency Scale; **C-VAT 2.0:** Clinical – Video Game Addiction Test 2.0; **DIA:** Diagnostic Interview for Internet Addiction; **GAIT:** Game Addiction Identification Test; **GAIA:** Game Addiction Inventory for Adults; **GAS-21:** Game Addiction Scale-21 items; **IGUESS:** Internet Game Use-Elicited Symptom Screen; **Lemmens IGD-9:** Internet Gaming Disorder Scale-9 items; **Lemmens; IGD-27:** Internet Gaming Disorder Scale-27 items; **PIE-9:** Personal Internet Gaming Disorder Evaluation-9 items; **POGU:** Problematic Online Game Use; **SCI-IGD:** Structured Clinical Interview-Internet Gaming Disorder; **sIATgaming:** Short Internet Addiction Test-Gaming; **VASC:** Video Game Addiction Scale for Children; **VAT:** Video Game Addiction Test. Idiomas: **AL:** Albano; **AR:** Árabe; **ENG:** Inglés; **CH:** Chino; **CRO:** Croata; **CZ:** Checo; **DE:** Alemán; **FA:** Farsí; **FIN:** Finlandés; **FR:** Francés; **HUN:** Húngaro; **ISL:** Islandés; **ITL:** Italiano; **FI:** Finlandés; **GRK:** Griego; **JP:** Japonés; **KOR:** Coreano; **LTU:** Lituano; **MAL:** Malayo; **PT:** Portugués; **NL:** Holandés; **NOR:** Noruego; **POL:** Polaco; **ROU:** Rumano; **SE:** Sueco; **SLO:** Esloveno; **SRB:** Serbio; **TR:** Turco.

Tabla 6. Instrumentos de evaluación de la adicción a internet

| Instrumento | Autor | Items | Formato Respuesta | Punto de corte | País de Origen | Idiomas | Aspectos evaluados |
|----------------|------------------------|-------|-------------------|----------------|----------------|--|--|
| CIUS-5 | Besser et al. (2017) | 5 | 5 puntos | 7/25 | Alemania | ENG; CH; DE; FIN; FR NL; | DSM-5: Criterios 8 y 9. CIE-11: Guías de referencia1,2; Disfunción P,S,E |
| CIUS-8 | Gmel et al. (2019) | 8 | 5 puntos | 13/40 | Suiza | ENG; CH; DE; FIN; FR; NL; | DSM-5: Criterios 1,2,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia1,2; Disfunción P,S,E |
| CIUS-14 | Meerkerk et al. (2009) | 14 | 5 puntos | 28/70 | Holanda | ENG; CH; DE; FIN; FR; NL | DSM-5: Criterios 1,2,4,5,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia1,2,; Disfunción P,S,E,T |
| SSBA | Schluter et al (2018) | 4 | 6 puntos | - | Canadá | ENG | DSM-5: Criterios 6 y 8. CIE-11: Guías de referencia1 y 3; |
| YDQ | Young (1998) | 8 | Sí/No | 5/8 | Estados Unidos | ENG; CH; DE; FR; KOR; ITL; LTU; PT; ROU; SPA; TR | DSM-5: Criterios 1,2,3,4,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia1; Disfunción S,E |
| YIAT | Young (1998) | 20 | 5 puntos | 70/100 | Estados Unidos | ENG; CH; DE; FR; ITL; KOR; PT; TR | DSM-5: Criterios 1,2,4,7,8 y 9. CIE-11: Guías de referencia1,2; Disfunción P,S,E,T |

Nota: Lista de instrumentos: *CIUS: Compulsive Internet Use Scale [CIUS-5, CIUS-8 y CIUS-14 no son nombres publicados, pero han sido adaptados para minimizar la confusión entre estas versiones. Los nombres publicados son: CIUS-14 es 'CIUS'; CIUS-8 es la versión corta de CIUS'; CIUS-5 es la 'Short CIUS'. Los números que acompañan a las siglas CIUS se refieren al número de ítems de cada versión]; SSBA: Screener for Substance and Behavioural Addiction; YDQ: Young Diagnostic Questionnaire; YIAT: Young Internet Addiction Test. Idiomas: ENG: Inglés; CH: Chino; CZ: Checo; DE: Alemán; FIN: Finlandés; FR: Francés; ITL: Italiano; KOR: Coreano; LTU; Lituano; PT: Portugués; NL: Holandés; ROU: Rumano; SPA: Español; TR: Turco.*

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abbott, M., & Volberg, R. A. (2006). The measurement of adult problem and pathological gambling. *International Gambling Studies*, 6(2), 175–200.
- Andrade, L. I., Viñán-Ludeña, M. S., y Alvarado, J. (2022). Psychometric Validation of the Internet Gaming Disorder-20 Test among Ecuadorian Teenagers and Young People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5109.
- Annis, H.M., Graham, J.M., & Davis, C.S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS) User's Guide*. Toronto: Addiction Research of Ontario.
- Ben-Tovim, D., Esterman, A., Tolchard, B., & Battersby, M. (2001). *The Victorian Gambling Screen; Gambling Research Panel*: Melbourne, Australia.
- Beranuy, M., Chamarro, A., Graner, C., y Carbonell, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil. *Psicothema*, 21, 480–485
- Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador-Méndez, M., Sánchez-Iglesias, I., y Labrador, F. J. (2020). Measurement instruments of Internet gaming disorder in adolescents and young people according to DSM-5 criteria: a systematic review. *Adicciones*, 32(4).
- Bonke, J., y Borregaard, K. (2006). Ludomani i Danmark: Udbredelsen af pengespil og problemspillere [Pathological gambling in Denmark: Prevalence of gambling and pathological gamblers]. Copenhagen: Socialforskningsinstituttet.
- Bray, B. C., Lee, G. P., Liu, W., Storr, C. L., Ialongo, N. S., & Martins, S. S. (2014). Transitions in gambling participation during late adolescence and young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 55(2), 188–194. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.02.001>
- Cabrera-Perona, V., Lloret-Irles, D., & Núñez Núñez, R. (2022). Early Detection of Gambling Among At-Risk Adolescents. Validation of EDGAR-A Scale. *Journal of Gambling Issues*, 49.
- Calado, F., Alexandre, J. y Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A systematic review of Recent Research. *Journal of Gambling Studies* 33, 397–424. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>
- Calado, F. y Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions* 5(4), 592–613. DOI: 10.1556/2006.5.2016.073
- Carbonell, X. (2020). The diagnosis of video game addiction in the Dsm-5 and the Icd-11: Challenges and opportunities for clinicians. *Psychol. Pap*, 41, 211–218.
- de Castro V, Fuentes D, Tavares H. The gambling follow-up scale: development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment. *Can J Psychiatry*. 2005;50:81-6.
- Chamarro Lusa, A., Carbonell, X., Manresa, J. M., Muñoz-Mirallas, R., Ortega-Gonzalez, R., Lopez-Morron, M. R., ... y Toran-Montserrat, P. (2014). El Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV): Un instrumento para detectar el uso problemático de videojuegos en adolescentes españoles. *Adicciones*, 2014, Vol. 26, Núm. 4.
- Costa, S., Barberis, N., Gugliandolo, M. C., Liga, F., Cuzzocrea, F., y Verrastro, V. (2020). Examination of the psychometric characteristics of the Italian version of the game addiction scale for adolescents. *Psychological reports*, 123(4), 1365–1381.
- Cowlshaw, S., y Kessler, D. (2016). *Problem gambling in the UK: implications for health, psychosocial adjustment and health care utilization*. *European Addiction Research*, 22, 90–98.
- Cowlshaw, S., McCambridge, J., & Kessler, D. (2018). *Identification of Gambling Problems in Primary Care*. *Journal of Addiction Medicine*, 1. doi:10.1097/adm.0000000000000429
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Griffiths, M. D., Pápay, O., ... y Oláh, A. (2012). The development of the problematic online gaming questionnaire (POGQ). *PLoS one*, 7(5), e36417.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994b). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 20, 769.791.

- Edgren, R., Castrén, S., Mäkelä, M., Pörfors, P., Alho, H., and Salonen, A. H. (2016). Reliability of instruments measuring at-risk and problem gambling among young individuals: a systematic review covering years 2009-2015. *J. Adolesc. Health* 58, 600–615. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016. 03.007
- Evren, C., Dalbudak, E., Topcu, M., Kutlu, N., Evren, B., y Pontes, H. M. (2018). Psychometric validation of the Turkish nine-item internet gaming disorder scale–short form (IGDS9-SF). *Psychiatry research*, 265, 349-354.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de “screening”. *Análisis y Modificación de Conducta*.
- Ferris, J., Wynne, H., Ladouceur, R., Stinchfield, R. y Turner, N. (2001). The Canadian Problem Gambling Index: Final report.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders*. New York: Biometric Research Department.
- Fisher, S. Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the U.K.. *J Gambling Stud* 8, 263–285 (1992). <https://doi.org/10.1007/BF01014653>
- Fisher S. (2000). Developing the DSM-IV-DSM-IV criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. *Journal of Gambling Studies*, 16, 253–273. <https://doi.org/10.1023/A:1009437115789>
- Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M., y Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the internet gaming disorder-20 (IGD-20) test. *Computers in Human Behavior*, 56, 215-224.
- Gaetan, S., Bonnet, A., Bréjard, V., y Cury, F. (2014). French validation of the 7-item Game Addiction Scale for adolescents. *European review of applied psychology*, 64(4), 161-168.
- Gerstein, D. R., Murphy, S. A., Toce, M. T., Hoffmann, J., Palmer, A., Johnson, R. A., Larison, C., Chuchro, L., Buie T., Engelman, L., Volberg, R., Harwood, A., Tucker, A., Christiansen, E., Cummings, W., & Sinclair, S. (1999). Gambling impact and behavior study: Report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago: National Opinion Research Center at the University of Chicago.
- Gómez-Peña, M., Penelo, E., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., Santamaría, J. J., Moragas, L., Aymamí, M., Bueno, B., Gunnard, K., Menchón, J. M., Jiménez-Murcia, S. (2011). *Motivation to change and pathological gambling: Analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables*. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 196–210. doi:10.1348/014466510x511006
- Götestam, K. G., Johansson, A., Wenzel, H. G., & Simonsen, I. E. (2004). Validation of Lie/Bet screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychological Reports*, 95(3), 1009-1013. <https://doi.org/10.2466/pr0.95.3.1009-1013>
- Grant, J.E., Steinberg, M.A., Kim, S.W., Rounsaville, B.J., & Potenza M.N. (2004). *Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling*. *Psychiatry Research*, 128(1), 0–88. doi:10.1016/j.psychres.2004.05.006
- Hawi, N. S., y Samaha, M. (2017). Validation of the Arabic version of the Internet Gaming Disorder-20 test. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(4), 268-272.
- Hosseini, Z. S., Delpazirian, R., Mohajeri, H., y Abharian, P. H. (2019). Psychometric Properties of the Persian Translation of Video Gaming Addiction Test. *Basic and Clinical Neuroscience*, 10(5), 469.
- Inoue, K., Yokomitsu, K., Irie, T., Matsuyama, M., y Tanaka, M. (2021). The validation and reliability of a Japanese version of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ-J). *Addiction science and clinical practice*, 16(1), 1-9.
- Irlés, L., Gomis, M., JC, M. C., y González, T. (2017). Spanish validation of game addiction scale for adolescents (gasa). *Atención Primaria*, 50(6), 350-358.
- Irmak, A. Y., Çelikkalp, Ü., Aydin, G. Ö., y Metinoglu, M. (2021). Development and Validation of the Gaming Disorder Scale–Family Form. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(11), 25-32.

- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Stinchfield, R., Tremblay, J., del Pino-Gutiérrez, A., Moragas, L., Savvidou, L. G., Fernández-Aranda, F., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Tárrega, S., Gunnard, K., Martín-Romera, V., Steward, T., Mestre-Bach, G., & Menchón, J. M. (2017). A Spanish validation of the Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI). *Frontiers in psychology*, 8, 177.
- Johnson, E. E., Hamer, R., Nora, R.M., Tan, B., Eisenstein, N., & Engelhart, C. (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80(1), 83–88. doi:10.2466/pr0.1997.80.1.83
- Khazaal, Y., Chatton, A., Rothen, S., Achab, S., Thorens, G., Zullino, D., y Gmel, G. (2016). Psychometric properties of the 7-item game addiction scale among French and German speaking adults. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-10.
- Kim, H. S., Son, G., Roh, E. B., Ahn, W. Y., Kim, J., Shin, S. H., ... y Choi, K. H. (2022). Prevalence of gaming disorder: A meta-analysis. *Addictive behaviors*, 126, 107183.
- Kim, S. W., Grant, J. E., Potenza, M. N., Blanco, C., & Hollander, E. (2009). The Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS): A reliability and validity study. *Psychiatry Research*, 166(1), 0-84. doi:10.1016/j.psychres.2007.11.008
- King, D. L., Chamberlain, S. R., Carragher, N., Billieux, J., Stein, D., Mueller, K., ... y Delfabbro, P. H. (2020). Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. *Clinical psychology review*, 77, 101831.
- Király, O., Bóthe, B., Ramos-Díaz, J., Rahimi-Movaghar, A., Lukavska, K., Hrabec, O., ... y Demetrovics, Z. (2019). Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10): Measurement invariance and cross-cultural validation across seven language-based samples. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(1), 91.
- Király, O., Slezcka, P., Pontes, H. M., Urbán, R., Griffiths, M. D., y Demetrovics, Z. (2017). Validation of the ten-item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addictive behaviors*, 64, 253-260.
- Koo, H. J., Han, D. H., Park, S. Y., y Kwon, J. H. (2017). The structured clinical interview for DSM-5 Internet gaming disorder: Development and validation for diagnosing IGD in adolescents. *Psychiatry investigation*, 14(1), 21.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., y Gentile, D. A. (2015). The Internet gaming disorder scale. *Psychological assessment*, 27(2), 567.
- Lemos, I. L., Cardoso, A., y Sougey, E. B. (2016a). Cross-cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Brazilian version of the Video Game Addiction Test. *Computers in Human Behavior*, 55, 207-213.
- Lemos, I. L., Cardoso, A., y Sougey, E. B. (2016b). Validity and reliability assessment of the Brazilian version of the game addiction scale (GAS). *Comprehensive Psychiatry*, 67, 19-25.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987) The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184–1188 <https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1184>
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1992). Modifying the Addiction Severity Index for use with pathological gamblers. *The American Journal on Addictions*, 1(3), 240–247. <https://doi.org/10.3109/10550499209004026>
- Lin, C. Y., Imani, V., Broström, A., Årestedt, K., Pakpour, A. H., y Griffiths, M. D. (2019). Evaluating the psychometric properties of the 7-item Persian Game Addiction Scale for Iranian adolescents. *Frontiers in psychology*, 10, 149.
- Littman-Sharp, N., Turner, N.E., & Toneatto, T. (2009). Inventory of Gambling Situations (IGS) User's Guide. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.
- Liu, Y., Wang, Q., Jou, M., Wang, B., An, Y., y Li, Z. (2020). Psychometric properties and measurement invariance of the 7-item game addiction scale (GAS) among Chinese college students. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-11.

- Lopez-Fernandez, O., Honrubia-Serrano, M. L., Baguley, T., y Griffiths, M. D. (2014). Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: Towards the exploration of Internet Gaming Disorder symptomatology. *Computers in human behavior*, 41, 304-312.
- Lopez-Gonzalez, H., Estévez, A., & Griffiths, M. D. (2018). Spanish validation of the Problem Gambling Severity Index: A confirmatory factor analysis with sports bettors. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 814-820. doi:10.1556/2006.7.2018.84
- Lorains, F. K., Cowlshaw, S., y Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498.
- Lubman, D., Manning, V., Dowling, N., Rodda, S., Lee, S. J., Garde, E. L.,... Volberg, R. (2017). Problem Gambling in People Seeking Treatment for Mental Illness. Victorian Responsible Gambling Foundation
- Mak, K. K., Lai, C. M., Watanabe, H., Kim, D. I., Bahar, N., Ramos, M., ... y Cheng, C. (2014). Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(11), 720-728.
- Maldonado-Murciano, L., M. Pontes, H., Griffiths, M. D., Barrios, M., Gómez-Benito, J., y Guilera, G. (2020). The Spanish version of the internet gaming disorder scale-short form (IGDS9-SF): Further examination using item response theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7111.
- Martončík, M., Zibrínová, L., Adamkovič, M., Babinčák, P., y Smelý, I. (2021). Porucha v dôsledku hrania digitálnych hier: skúsenosti so slovenskou verziou dotazníkov IGD-10, GDT a štruktúrovaným klinickým rozhovorom SCI-IGD. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 117(2).
- McConaughy, E. I., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368- 375. doi:10.1037/h0090198
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., & O'Brien, C.P. (1980) An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis*, 168(1), 26-33.
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouvrøpe, K. J. M., Hetland, J., y Pallesen, S. (2011). Problematic video game use: estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 14(10), 591-596.
- Mestre-Bach, G., Fernández-Aranda, F., y Jiménez-Murcia, S. (2022). Exploring Internet gaming disorder: an updated perspective of empirical evidence (from 2016 to 2021). *Comprehensive Psychiatry*, 152319.
- Monacis, L., Palo, V. D., Griffiths, M. D., y Sinatra, M. (2016). Validation of the internet gaming disorder scale-short-form (IGDS9-SF) in an Italian-speaking sample. *Journal of behavioral addictions*, 5(4), 683-690.
- Müller, K. W., Janikian, M., Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. E., Tzavara, C., ... y Tsitsika, A. (2015). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European child & adolescent psychiatry*, 24(5), 565-574.
- Neal, P. N., Delfabbro, P. H., & O'Neil, M. G. (2005). Problem gambling and harm: Towards a national definition. Melbourne: Gambling Research Australia.
- Nelson, K. G., & Oehlert, M. E. (2008). Evaluation of a Shortened South Oaks Gambling Screen in veterans with addictions.. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(2), 309-312. doi:10.1037/0893-164x.22.2.309
- Park, H. S., & Jung, S. Y. (2012). Development of a Gambling Addictive Behavior Scale for Adolescents in Korea. *J Korean Acad Nurs*, 42(7), 957-964. <https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.7.957>
- Parker, J. D. A., Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Keefer, K. V., & Taylor, R. N. (2013). Gambling behaviour in adolescents with learning disorders. *Journal of Gambling Studies*, 29(2), 231-239. <https://doi.org/10.1007/s10899-012-9312-2>

- Pápay, O., Urbán, R., Griffiths, M. D., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Kökönyei, G., ... y Demetrovics, Z. (2013). Psychometric properties of the problematic online gaming questionnaire short-form and prevalence of problematic online gaming in a national sample of adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(5), 340-348.
- Petry, N.M. (2007). *Concurrent and Predictive Validity of the Addiction Severity Index in Pathological Gamblers*. *The American Journal on Addictions*, 16(4), 272-282. doi:10.1080/10550490701389849
- Pickering, D., Blaszczyński, A., & Gainsbury, S. M. (2021). *Development and psychometric evaluation of the Recovery Index for Gambling Disorder (RIGD)*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(4), 472-485. <https://doi.org/10.1037/adb0000676>
- Pontes, H. M., y Griffiths, M. D. (2016). Portuguese validation of the internet gaming disorder scale-short-form. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(4), 288-293.
- Pontes, H. M., Kiraly, O., Demetrovics, Z., y Griffiths, M. D. (2014). The conceptualisation and measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The development of the IGD-20 Test. *PloS one*, 9(10), e110137.
- Pontes, H. M., Macur, M., y Griffiths, M. D. (2016). Internet gaming disorder among Slovenian primary schoolchildren: Findings from a nationally representative sample of adolescents. *Journal of behavioral addictions*, 5(2), 304-310.
- Pontes, Halley M., and Mark D. Griffiths. "Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale." *Computers in human behavior* 45 (2015): 137-143.
- Poon, L. Y., Tsang, H. W., Chan, T. Y., Man, S. W., Ng, L. Y., Wong, Y. L., ... y Pakpour, A. H. (2021). Psychometric Properties of the Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form (IGDS9-SF): Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 23(10), e26821.
- del Prete, F., Steward, T., Navas, J. F., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Oei, T. P. S., & Perales, J. C. (2017). *The role of affect-driven impulsivity in gambling cognitions: A convenience-sample study with a Spanish version of the Gambling-Related Cognitions Scale*. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(1), 51-63. doi:10.1556/2006.6.2017.001
- Prieto, M., Llavona, L. (1998). *20 Questions of Gamblers Anonymous: A Psychometric Study with the Population of Spain*. , 14(1), 3-15. doi:10.1023/a:1023033924960
- Przybylski, A. K., Weinstein, N., y Murayama, K. (2017). Internet gaming disorder: Investigating the clinical relevance of a new phenomenon. *American Journal of Psychiatry*, 174(3), 230-236.
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004). *The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties*. *Addiction*, 99(6), 757-769. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00753.x>
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004). The Gambling Urge Scale: Development, Confirmatory Factor Validation, and Psychometric Properties. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 100-105. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.2.100>
- Roberts, A., Landon, J., Sharman, S., Cowlshaw, S., Murphy, R., Meleck, S., y Bowden-Jones, H. (2018). *Gambling and physical interpersonal violence: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*. *American Journal on Addictions*, 27, 7-14.
- Ryu, H., Lee, J. Y., Choi, A. R., Chung, S. J., Park, M., Bhang, S. Y., ... y Choi, J. S. (2019). Application of diagnostic interview for internet addiction (DIA) in clinical practice for Korean adolescents. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 202.
- Sánchez-Iglesias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Puig, F. J. E., Labrador, M., y Fernández-Arias, I. (2020). Spanish validation and scoring of the internet gaming disorder scale-short-form (IGDS9-SF). *The Spanish Journal of Psychology*, 23.
- Schivinski, B., Brzozowska-Woś, M., Buchanan, E. M., Griffiths, M. D., y Pontes, H. M. (2018). Psychometric assessment of the internet gaming disorder diagnostic criteria: an item response theory study. *Addictive behaviors reports*, 8, 176-184.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*, 127(12), 1653-1658.

- Seok, S., y DaCosta, B. (2012). The world's most intense online gaming culture: Addiction and high-engagement prevalence rates among South Korean adolescents and young adults. *Computers in human behavior*, 28(6), 2143-2151.
- Serrano-Pérez P, Lugo-Marin J, Palma-Álvarez RF, et al. Spanish validation of the Brief Problem Gambling Screen in patients with substance use disorders. *Adicciones*. 2022 Oct;0(0):1754. DOI: 10.20882/adicciones.1754. PMID: 36200231.
- Severo, R. B., Barbosa, A. P. P. N., Fouchy, D. R. C., da Cunha Coelho, F. M., Pinheiro, R. T., de Figueiredo, V. L. M., ... y Pinheiro, K. A. T. (2020). Development and psychometric validation of internet gaming disorder scale-short-form (IGDS9-SF) in a Brazilian sample. *Addictive Behaviors*, 103, 106191.
- Shaffer, H. J., LaBrie, R., Scanlan, K. M., & Cummings, T. N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 339-362. <https://doi.org/10.1007/BF02104901>
- Sharman, S., & D'Ardenne, J. (2018). Gambling and Homelessness: Developing an information sheet, screening tool and resource sheet. *London: GambleAware*.
- Smohai, M., Urbán, R., Griffiths, M. D., Király, O., Mirnics, Z., Vargha, A., y Demetrovics, Z. (2017). Online and offline video game use in adolescents: measurement invariance and problem severity. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 43(1), 111-116.
- Steenbergh, T. A., Meyers, A. W., May, R. K., Whelan, J. P. (2002). *Development and validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 143-149. doi:10.1037/0893-164x.16.2.143
- Stinchfield, R. (2010). A critical review of adolescent problem gambling assessment instruments. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 77-93.
- Stinchfield, R., Govoni, R. y Frisch, G.R. (2005). *DSM-IV Diagnostic Criteria for Pathological Gambling: Reliability, Validity, and Classification Accuracy*, 14(1), 73-82. doi:10.1080/10550490590899871
- Stinchfield R., Govoni R., & Frisch G.R. (2007) A review of screening and assessment instruments for problem and pathological gambling. In Smith G., Hodgins D.C., Williams R.J. (eds) *Research and Measurement Issues in Gambling Studies*, pp. 179-213, Burlington, MA, Academic Press.
- Stinchfield, R., Winters, K. C., Botzet, A., Jerstad, S., & Breyer, J. (2007). Development and psychometric evaluation of the Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 174-184. doi: 10.1037/0893-164X.21.2.174
- Stinchfield, R., Wynne, H., Wiebe, J., & Tremblay, J. (2017). Development and Psychometric Evaluation of the Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS). *Front. Psychol.* 8:2204. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02204
- Stucki, S., y Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23, 245-257. doi:10.1007/s10899-006-9031-7
- Svetieva, E., & Walker, M. (2008). Inconsistency between concept and measurement: The Canadian Problem Gambling Index (CPGI). *Journal of Gambling Issues*, 22, 157-173.
- Tejeiro Salguero, R. A., y Morán, R. M. B. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, 97(12), 1601-1606.
- Toce-Gerstein, M., Gerstein, D.R. & Volberg, R.A. The NODS-CLiP: A Rapid Screen for Adult Pathological and Problem Gambling. *J Gambli Stud* 25, 541 (2009). <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9135-y>
- Toce-Gerstein, M., Gerstein, D.R., Volberg R.A. (2003). *A hierarchy of gambling disorders in the community*, 98(12), 1661-1672. doi:10.1111/j.1360-0443.2003.00545.x
- Tolchard, B., & Battersby, M. (2010). The Victorian Gambling Screen: Reliability and validation in a clinical population. *Journal of Gambling Studies*, 26, 623-638
- Tolchard, B., & Delfabbro, P. (2013). The Victorian Gambling Screen: Validity and reliability in an adolescent population. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(5), 514-525. <https://doi.org/10.1007/s11469-013-9441-6>
- Toneatto, T. (2008). *Reliability and Validity of the Gamblers Anonymous Twenty Questions*, 30(1), 71-78. doi:10.1007/s10862-007-9070-0

- Tremblay, J., Stinchfield, R., Wiebe, J., & Wynne, H. (2010). Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI) Phase III Final Report. Submitted to the Canadian Centre on Substance Abuse and the Interprovincial Consortium on Gambling Research.
- Turner, N.E., Annis, H.M. y Sklar, S.M. (1997). Measurement of antecedents of drug use and drinking: Psychometric Properties of the Inventory of Drug Taking Situations (IDTS). *Behavior Research and Therapy*, 35, 465-483.
- Van Rooij, A. J., Ferguson, C. J., Colder Carras, M., Kardefelt-Winther, D., Shi, J., Aarseth, E., ... y Przybylski, A. K. (2018). A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. *Journal of behavioral addictions*, 7(1), 1-9.
- Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., y Van de Mheen, D. (2017). Clinical validation of the C-VAT 2.0 assessment tool for gaming disorder: A sensitivity analysis of the proposed DSM-5 criteria and the clinical characteristics of young patients with 'video game addiction'. *Addictive Behaviors*, 64, 269-274.
- van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Van den Eijnden, R. J., Vermulst, A. A., y van de Mheen, D. (2012). Video game addiction test: validity and psychometric characteristics. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(9), 507-511.
- Volberg, R. A. y Williams, R. J. (2011). Developing a brief problem gambling screen using clinically validated samples of at-risk, problem and pathological gamblers. Recuperado de <https://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/2561>.
- Volberg, R.A. y Williams, R.J. (2012). Developing a Short Form of the PGSI. Report to the Gambling Commission. January 2012.
- Wang, C. W., Chan, C. L., Mak, K. K., Ho, S. Y., Wong, P. W., y Ho, R. T. (2014). Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: A pilot study. *The Scientific World Journal*, 2014.
- Wiebe, M. D., Cox, B. J., & Mehmel, B. G. (2000). The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA): Further Psychometric Findings from a Community Sample. *Journal of Gambling Studies*, 16(2-3), 275-288. doi:10.1023/a:1009489132628
- Williams, R. J., & Volberg, R. A. (2009). Impact of survey description, administration format, and exclusionary criteria on population prevalence rates of problem gambling. *International Gambling Studies*, 9, 101- 117.
- Williams, R. J., & Volberg, R. A. (2010). Best practices in the population assessment of problem gambling. Guelph: Ontario Problem Gambling Research Centre
- Williams, R.J. y Volberg, R.A. (2014) The classification accuracy of four problem gambling assessment instruments in population research. *International Gambling Studies*, 14:1, 15-28, DOI: 10.1080/14459795.2013.839731
- Winfrey, W. R., Meyers, A. W., & Whelan, J. P. (2013). Validation of a Spanish translation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 274-278. <https://doi.org/10.1037/a0030824>
- Winters, K.C., Specker, S. & Stinchfield, R.D. (2002) Measuring pathological gambling with the diagnostic interview for gambling severity (DIGS). *The downside: Problem and pathological gambling*, 143-148.
- Winters, K.C., Stinchfield, R.D. & Fulkerson, J. (1993) Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *J Gambling Stud* 9, 63-84. <https://doi.org/10.1007/BF01019925>
- Winters, K.C., Stinchfield, R. & Kim, L. (1995). Monitoring adolescent gambling in Minnesota. *Journal of Gambling Studies*, 11, 165-183
- Wood, R. T. y Williams, R. J. (2009). Internet gambling: Prevalence, patterns, problems and policy options. Guelph: Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Wood, R. T. y Williams, R. J. (2011). A comparative profile of the Internet gambler: Demographic characteristics, game-play patterns, and problem gambling status. *New Media and Society*, 13, 1123- 1141

- Wu, T. Y., Lin, C. Y., Årestedt, K., Griffiths, M. D., Broström, A., y Pakpour, A. H. (2017). Psychometric validation of the Persian nine-item Internet Gaming Disorder Scale–Short Form: Does gender and hours spent online gaming affect the interpretations of item descriptions?. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(2), 256-263.
- Xin, M., Xing, J., Pengfei, W., Houru, L., Mengcheng, W., y Hong, Z. (2018). Online activities, prevalence of Internet addiction and risk factors related to family and school among adolescents in China. *Addictive Behaviors Reports, 7*, 14-18.
- Yoon, S., Yang, Y., Ro, E., Ahn, W. Y., Kim, J., Shin, S. H., ... y Choi, K. H. (2021). Reliability, and convergent and discriminant validity of gaming disorder scales: a meta-analysis. *Frontiers in psychology, 5659*.
- Young, M. M., & Wohl, M. J. A. (2009). The Gambling Craving Scale: Psychometric validation and behavioral outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*(3), 512–522. <https://doi.org/10.1037/a0015043>

PARTE 2

PREVENCIÓN

LA PREVENCIÓN AMBIENTAL EN LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

SUSANA PUIGCORBÉ, REGINA MUÑOZ, LIDIA SEGURA, JOAN COLOM

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de los determinantes sociales de la salud intervienen las diferentes circunstancias y factores que influyen en la vida, y la salud, de cada persona. Desde el sistema económico y contexto político de una sociedad, hasta la educación y ocupación de una persona, todas estas condiciones tienen un impacto en los resultados en la salud de cada individuo. Además, muchos de estos determinantes son distintos para diferentes grupos de la población y, al ser estas desigualdades evitables, se genera inequidad que debe ser abordada con políticas y actuaciones específicas (Organización Panamericana de la Salud n.d.).

Tradicionalmente, la prevención de las adicciones se ha llevado a cabo mediante programas y actuaciones que facilitan información, habilidades y educación en salud para prevenir el consumo (o riesgos asociados al consumo) entre las personas. Si bien estos programas se clasificaban según el momento de aplicación dentro del ciclo de la enfermedad, en la actualidad, se clasifican típicamente según a los grupos a los cuales van dirigidos: prevención universal, selectiva o indicada (Becoña Iglesias, 2021). Muchas de estas intervenciones han demostrado su eficacia (tal y como se verá en los capítulos posteriores) incrementando factores de protección y disminuyendo factores de riesgo individuales, especialmente en grupos de mayor vulnerabilidad.

Aun y así, se ha evidenciado la necesidad de incorporar nuevas estrategias de prevención desde una perspectiva de salud pública, que intervengan en las inequidades de salud que se encuentran en el contexto, denominadas estrategias de prevención ambiental. Estas estrategias persiguen crear entornos más beneficiosos para el conjunto de la población, potenciando y facilitando alternativas saludables, así como dificultando o haciendo menos atractivas las conductas de riesgo (Burkhart et al. 2022; Oncioiu et al. 2018).

Los estudios relacionados con la prevención ambiental son escasos y complejos. Al ser las adicciones comportamentales un fenómeno relativamente nuevo, la evidencia sobre el impacto de políticas, regulaciones u otras medidas de prevención ambiental en la disminución de las adicciones comportamentales es aún limitada.

2. VIDEOJUEGOS

2.1. Reducción de la disponibilidad

2.1.1. Sistema de apagado

Una revisión de 12 artículos (Király et al. 2017) analizó la evidencia respecto a regulación de los videojuegos, resumiendo la eficacia empírica de las políticas si la había, o de forma teórica en caso de que no la hubiera. Dentro de la reducción de la disponibilidad se encontraron ejemplos de sistema de apagado, es decir, sistemas que desconectaban el acceso por completo en los videojuegos, en este caso en los videojuegos en línea en horario nocturno para toda la población en Tailandia y Vietnam y, para los menores de 16 años, en Corea del Sur. Aunque no se encontraron estudios valorando el impacto de las medidas de Tailandia y Vietnam, en Corea del Sur se encontró una reducción de la prevalencia del uso de videojuegos después de medianoche en los menores de 16 años, pasando del 3,4% al 0,9% según los resultados de la encuesta nacional escolar realizada el año posterior a la medida (N=10.062). Choi y col., también analizaron el impacto de la medida en Corea del Sur en los 5 años posteriores a su aplicación entre los estudiantes afectados por la medida (menores de 16 años) y los que no. Para ello se utilizaron los datos de las olas anuales de una encuesta representativa en estudiantes desde 2011 a 2015 (N=243.957), comparando las variables de tiempo de uso de internet, horas de sueño y proporción de adolescentes con adicción a internet, por grupos y por años. En el estudio no se encontró un efecto en las horas de sueño, pero sí en el tiempo de uso de internet y en la proporción de estudiantes con adicción a internet. En ambos grupos, ambas variables disminuyeron significativamente el año posterior a la aplicación de la medida (2012). En cambio, en los años 2013, 2014 y 2015 se observó un aumento de los valores, superando éstos a los previos a la normativa (Choi et al. 2018).

Por otro lado, Davies and Blake realizaron un estudio en contexto de laboratorio con un grupo de jugadores adultos voluntarios (N=31) para probar el efecto a corto plazo de los sistemas de apagado y de fatiga encontrando que el sistema de apagado (apagado automático del juego después de 60 minutos de juego) controlaba de forma eficaz el tiempo empleado en el juego, pero aparecieron efectos adversos como enfado e insatisfacción en los jugadores y deseo de jugar inmediatamente después de ser forzados a parar (Davies y Blake 2016).

En 2019, se implementó en China un sistema de apagado en los videojuegos en línea para los menores de 18 años, permitiendo su acceso entre las 8 am y las 10 pm y durante 90 minutos en los días entre semana, y 3 horas en los días de fin de semana y vacaciones. En agosto de 2021, las restricciones del sistema de apagado se endurecieron, permitiendo el uso durante 60 minutos al día los viernes, sábados y domingos. Hasta la fecha no se han encontrado estudios que muestren el impacto entre de estas medidas, pero los informes

realizados en el sector del videojuego en China reportan que el tiempo de juego entre los menores de edad disminuyó en un 88% respecto al año anterior a la medida (Goh, 2022).

2.1.2. Sistemas de auto-exclusión

En cuanto a los sistemas de auto-exclusión, los mecanismos de restricción bajo solicitud, en 2011 se implementó también en Corea del Sur un mecanismo de restricción a los juegos en línea a los menores de 18 años, bajo solicitud (del propio jugador o de sus tutores legales), restringiendo el acceso a los videojuegos en las horas elegidas. Según Király y col. (Király et al. 2017), fue un mecanismo que se usó raramente, aunque no se encontró evidencia de su impacto. Tampoco se han encontrado estudios posteriores que analicen la utilización de esta medida y su impacto.

2.1.3. Sistemas de fatiga

Los sistemas de fatiga consisten en “emporar” la experiencia de los jugadores con el paso del tiempo (ralentización del juego, reducción de las recompensas obtenidas,...). En China se implementó en 2007 un sistema de fatiga donde las compañías de videojuegos deben monitorizar el tiempo de juego de los jugadores y disminuir las recompensas que estos reciben al cabo de 3h y eliminarlas al cabo de las 5 horas de juego, mostrando también en este momento una alerta de juego problemático cada 15 minutos. No se encontraron estudios que midieran el impacto de esta medida respecto a la adicción al videojuego, aunque se interpreta su ineficacia por el cambio de las medidas del gobierno chino a medidas más restrictivas en 2019. En cuanto a la evidencia disponible, en la revisión de Király y col., se incluyeron dos estudios que analizaron el posible impacto de estas medidas (Király et al. 2017). En el primero, Park y Ahn (Park y Ahn 2010), realizaron un estudio con datos de la industria del videojuego de Corea del Sur para simular con modelos predictivos el impacto en la industria y en los jugadores de la aplicación de los sistemas de fatiga. En la primera simulación las empresas aplicaban los sistemas de fatiga en sus videojuegos de forma voluntaria. En la segunda se incrementaban las tasas de las empresas y se devolvían si estas aplicaban los sistemas de fatiga. Aunque los resultados fueron mejores en la segunda simulación, en ambas se incrementaban los beneficios de las compañías, disminuyendo el número de jugadores con problemas de adicción (medidos como los que jugaron por largos períodos de tiempo) y se mejoraba la imagen social de los videojuegos.

En el segundo estudio, Davies y Blake, compararon en contexto de laboratorio el efecto de las medidas de fatiga y de sistema de apagado, junto con una situación de control, en un grupo de jugadores adultos voluntarios (N=31) para probar el efecto a corto plazo. En este estudio, al exponer a los jugadores se incrementó el tiempo de juego respecto al control y al sistema de apagado, aunque no aparecieron efectos adversos. Los autores atribuyeron este efecto al efecto de novedad del videojuego, ya que los jugadores estuvieron expuestos en el sistema de fatiga en solo una ocasión y de haber sido expuestos más regularmente a este sistema posiblemente se habría mostrado eficaz (Davies y Blake 2016).

2.1.4. Medidas de control parental

Las medidas de control parental son aquellas que permiten a los padres o tutores establecer límites en el acceso a los entornos digitales entre los menores. En esta categoría se incluyen desde los indicadores de clasificación o categorización de la edad recomendada (PEGUI o ESRI) (ESA 1994; ISFE 2003) que se muestran en los videojuegos, hasta softwares que ofrecen herramientas a las familias y tutores para controlar y/o supervisar el uso de los niños/as. El uso de estas herramientas recae en las familias o tutores, aunque los gobiernos pueden obligar a los proveedores a implementarlos en los videojuegos o financiar campañas para sensibilizar sobre la utilidad de estas herramientas. No hay evidencia de la eficacia de estas herramientas en los videojuegos en la disminución de la adicción a los videojuegos o su uso problemático, aunque un estudio realizado en una muestra de estudiantes de entre 12 a 16 años (N=610), mostró que solo un 27% de los estudiantes jugaba a los videojuegos recomendados para su edad (el 38% jugaba a juegos recomendados para personas mayores de edad y el 37% no se fijaba en las recomendaciones). Los resultados del mismo estudio también mostraron asociaciones inversas significativas entre la supervisión y control por parte de los padres con el tiempo de juego y la intensidad de juego de los estudiantes (Lloret Irlés, Cabrera Perona, and Sanz Baños 2013). Un estudio que realizó tres meta-análisis en un total de 57 estudios (Collier et al. 2016) encontró que la restricción del uso del contenido digital por parte de los padres (limitación del tiempo y/o contenido) mostró un tamaño del efecto pequeño, aunque significativo, en la disminución del tiempo de uso de contenido digital (incluyendo videojuegos).

2.2. Medidas para la reducción de daños

2.2.1. Mensajes de aviso

Una de las medidas descritas para la reducción de daños durante el uso de los videojuegos en la revisión de Kyrály et al. (2017) es la aparición de mensajes de aviso. En este sentido, aunque no se encontraron estudios evaluando su eficacia, se indica que hay compañías que de forma voluntaria han introducido mensajes de aviso sobre el uso excesivo en sus videojuegos. Los autores consideraron que esta medida podría ser beneficiosa para algunos jugadores, especialmente si se utiliza para alertar de haber empleado un tiempo elevado de juego, como muestra la evidencia relacionada en el juego con dinero.

2.2.2. Reducir la capacidad adictiva

Otra de las medidas para la reducción de daños es reducir la capacidad adictiva de los videojuegos. Dentro de estas medidas, en la revisión de Király y col., incluyeron el establecimiento del valor límite para obtener ítems raros en cajas botín (objetos virtuales adquiribles en los videojuegos mediante dinero real) a 500 US\$ o bien indicar la probabilidad de su obtención si el coste esperado excediera los 500 US\$. Se implementó en Japón como medida de la auto-regulación de la industria de los videojuegos, aunque no se encontraron estudios que evaluaran su eficacia (Király et al. 2017). En otra revisión específica sobre el abordaje de las cajas-botín (Xiao et al. 2022) se encontró que, en 2017, China implementó

el requerimiento a las empresas de videojuegos de indicar la probabilidad de obtener un ítem raro en las cajas botín y que otras plataformas de compras de contenido virtual también incorporaron el mismo requerimiento. También países como Bélgica o Países Bajos prohibieron el uso de las cajas botín en los videojuegos. A pesar de ello, no se puede valorar el efecto de estas medidas ya que no se están aplicando (Xiao 2023; Xiao et al. 2021).

3. JUEGOS DE AZAR Y DE APUESTA

3.1. Medidas para la reducción del riesgo

3.1.1. Reducción de la publicidad

McGrane et al. (2023) realizaron una revisión de revisiones, que incluyó 8 revisiones sistemáticas, sobre la exposición a la publicidad y los daños relacionados con el juego. Los resultados mostraron evidencia consistente en cuanto a la existencia de una asociación entre la exposición a la publicidad y experimentar daños relacionados con el juego, además de evidencia creciente sobre el efecto dosis-respuesta, es decir, mayores daños a mayor exposición. La misma revisión incorpora estudios experimentales que muestran la evidencia de los mecanismos causales. Algunos estudios reportan evidencias específicas sobre el impacto de la publicidad en grupos vulnerables y como efectos sociales, como la normalización del juego en la sociedad, pueden conducir al daño. En base a la evidencia clara de la exposición a la publicidad del juego al juego problemático o patológico, muchos países han empezado a regular su publicidad.

Aunque no se encontraron revisiones sistemáticas analizando el efecto de las restricciones de la publicidad, Planzer et al. realizaron un estudio comparando las diferentes regulaciones en la unión europea, los estados miembro y tres jurisdicciones de juego autónomas de la corona inglesa con los resultados de juego en la población de las regiones. Los autores encontraron que una regulación de la publicidad de juego online más estricta se asociaba con una prevalencia inferior de juego problemático (Planzer, Gray, y Shaffer 2014).

3.2. Medidas para la reducción de la disponibilidad

3.2.1. Reducción de la oferta de juego

Varios estudios han encontrado una relación entre la distancia de la vivienda a diferentes tipos de locales o establecimientos con juego (desde casinos a locales con máquinas tragaperras), con el juego problemático, disminuyendo la probabilidad de padecer dicho trastorno entre las personas que residen más lejos de dichos locales o entre las que perciben no tener una elevada oferta o disponibilidad de juego en el entorno (Ofori Dei et al. 2020; Pearce et al. 2008; Tong y Chim 2013). En este sentido, las medidas de reducción de la oferta de locales de juego podrían tener un impacto importante en la disminución de la normalización del juego o en la disminución del juego problemático en la población. Si bien no se encontraron revisiones sistemáticas que evaluaran la eficacia de estas me-

didadas, un estudio evaluó los cambios que ocurrieron en Noruega después de diferentes modificaciones en la disponibilidad de juego.

Rossow y Hansen realizaron un estudio en que analizaron el efecto de las diferentes normativas implementadas en Noruega a lo largo de los años (Rossow y Hansen 2016) a partir de los datos de la autoridad de juego gubernamental y los datos de diferentes estudios transversales de prevalencia poblacional de juego problemático. En ese país, se prohibieron completamente las máquinas tragaperras a mediados de 2007 durante un año y medio. Durante este tiempo, si bien otros tipos de juego aumentaron sus ingresos, los ingresos brutos recaudados por el total de la oferta del juego de Noruega descendieron un 28% en el primer año y un 31% en el segundo. Por otro lado, según los datos obtenidos del servicio telefónico nacional a los jugadores y sus familias, las llamadas por motivos relacionados con el juego problemático a máquinas tragaperras disminuyeron de 490 en 2006 (año previo a las medidas) a 10 en 2008. El número de llamadas por otros tipos de juego incrementó (de 104 en 2006 a 244 en 2008), pero no lo suficiente para llegar a alcanzar el total de llamadas de 2006. El estudio también encontró una reducción del 57% de los inicios de tratamiento por problemas relacionados con el juego, durante la primera mitad de 2008. En cuanto a las prevalencias de juego problemático de los distintos estudios poblacionales, mostraron un descenso durante la prohibición de las máquinas tragaperras, aunque hubo una menor tasa de respuesta.

Engebø, Torsheim y Pallesen, también analizaron el efecto de la prohibición de las máquinas tragaperras en Noruega en el año 2007, mediante encuestas poblacionales realizadas de forma anual desde 2005 (N ≈ 2.000/año). Los resultados mostraron una disminución de la prevalencia del juego en máquinas tragaperras en las encuestas posteriores a 2007 (de \bar{x} =19% de 2005 a 2007 a \bar{x} =2% entre el 2008 y 2013). De forma congruente con los resultados que Rossow y Hansen observaron con los ingresos brutos del juego, los datos de las encuestas mostraron un incremento en las prevalencias de otros tipos de juego, pero una disminución de la prevalencia de juego total.

3.2.2. Reducción de las horas de juego

Blank y col. realizaron un mapeo de la evidencia (Blank et al. 2021) sobre las diferentes estrategias para reducir el juego patológico en la población. En una revisión de revisiones sistemáticas (McMahon et al. 2019), se incluyó una revisión de 4 estudios que analizaba la reducción de las horas de juego ya sea limitando la apertura de los locales de juego y/o las horas de funcionamiento de las máquinas tragaperras. Los autores concluyeron que pocos jugadores se vieron afectados por la reducción y solo en un estudio se observó una disminución del 3,3% del dinero gastado en los locales de juego con apertura reducida (Tanner et al. 2017).

3.2.3. Sistemas de auto-limitación

Ladouceur, Blaszczynski y Lalande realizaron una revisión sistemática que incluyó 17 estudios sobre el uso de los sistemas de auto-limitación en las máquinas de juego (tragaperras y de lotería) y de apuestas por internet (Ladouceur, Blaszczynski, y Lalande 2012). La revisión encontró que, aunque en algunos estudios hasta un 70% de jugadores reportaron

estar a favor de los sistemas de auto-limitación y ayudarles a mantener sus límites, solo alrededor de un 30% de los jugadores seleccionaron límites de juego de forma voluntaria. En uno de los estudios incluidos, la mitad de los jugadores jugaron menor cantidad de los límites que previamente se habían definido, pero un 40% de los que se habían definido límites monetarios los sobrepasó. Los límites de tiempo prácticamente no fueron usados. En un estudio con jugadores de apuestas en línea (N=47.000), se encontró que el 1,2% de los jugadores utilizaban límites de dinero en las apuestas, y que estos apostaban menos y realizaban apuestas de menor valor en comparación con los jugadores que no tenían límites (Broda et al. 2008).

En la revisión de revisiones de McMahon et al. (2019) para evaluar la efectividad de las intervenciones para reducir el daño en la conducta de juego, 5 de las revisiones incluyeron 13 estudios en total que analizaron la efectividad de los sistemas de auto-limitación, de los cuales 7 no encontraron efectos positivos de estos sistemas. Los 6 estudios restantes sí indicaron efectos positivos, encontrando una reducción del tiempo de juego y actividad de juego. Además, uno de los estudios reportó una reducción de las ganancias de las máquinas tragaperras en un 32%.

En la revisión de Tanner et al. (2017) se encontró que, cuando era obligatorio para los jugadores definir límites de dinero jugado, muy pocos se acercaron al límite (sólo un 0,3% recibieron un aviso de que estaban a punto de sobrepasar el límite) y, de entre ellos, solo un 3,1% intentó sobrepasarlo. Otros dos estudios en contexto de laboratorio que se incluyeron en la misma revisión encontraron que los participantes cumplían mejor con los límites establecidos obligatorios cuando recibían un aviso-recordatorio emergente.

3.2.4. Programas de auto-exclusión

En la misma revisión de revisiones de McMahon et al. (2019) identificaron 2 revisiones que identificaron 11 estudios que examinaron los efectos de los programas de auto-exclusión (Drawson et al. 2017; Ladouceur et al. 2017) (prohibición voluntaria que los ludópatas se imponen a sí mismos como herramienta para impedir seguir apostando), donde 5 de los cuales encontraron que el patrón de juego problemático disminuyó durante el período de autoexclusión, aunque estos cambios no se mantuvieron cuando los jugadores reanudaron el juego. Muchos de los jugadores que se autoexcluyeron del juego (26%-60%), jugaron en algún momento esquivándola. Los jugadores, sin embargo, experimentaron efectos positivos incluyendo reducción en la ansiedad y depresión o dificultades relacionadas con el trabajo o la familia.

3.3. Medidas para la reducción de daños

3.3.1. Mensajes de alerta

En la revisión de revisiones de Blank et al. (2021), se incluyó una revisión sobre la evidencia de los mensajes de alerta en pantallas y pósteres de las máquinas tragaperras, incluyendo 31 estudios que analizaron los resultados en contexto de laboratorio o en contexto natural. La revisión concluyó que los mensajes de alerta pueden reducir los daños asociados a los juegos, aunque su eficacia depende ampliamente del modo como

se presentan y de su contenido. Los mensajes estáticos, como los pósteres, muestran poca eficacia, mientras que los mensajes emergentes, especialmente cuando aparecen interrumpiendo el juego y requieren del cierre activo del aviso por parte del jugador, tienen mayor potencial para reducir el daño. Además, los mensajes fueron más eficaces si eran cortos, directos y fáciles de leer (Ginley et al. 2017).

En la revisión de Tanner et al. (2017) con 27 estudios, se incorporaron 18 estudios que analizaron los mensajes de alerta que aparecían en máquinas tragaperras. El análisis de los estudios indicó que, en general, los mensajes que presentaban información factual, como la probabilidad real de ganar, mejoraban el conocimiento de los jugadores, disminuían la puntuación de pensamientos irracionales, disminuían el tiempo y dinero en el juego e incrementaban la posibilidad de utilizar sistemas de auto-limitación. Los mensajes emergentes tenían mayor impacto y se recordaban mejor que si eran estáticos. En cuanto a los estudios analizando mensajes sobre la autoevaluación del jugador, los jugadores mostraron recordarlos más que los mensajes informativos y éstos influían en mayor medida en la percepción del tiempo de juego y la probabilidad de tomar descansos en el juego, e incluso finalizar la partida. En cuanto a los mensajes emergentes sobre el tiempo de juego y el dinero empleado, los estudios mostraron variabilidad de resultados, con lo que no queda clara su eficacia.

En la revisión de revisiones de McMahon et al. (2019), se incluyeron 5 revisiones que contenían 9 estudios únicos sobre la efectividad de los mensajes en las máquinas tragaperras, 8 de los estudios reportaron que los avisos causaron efectos positivos sobre el juego, controlando mejor el tiempo destinado al juego por parte de los jugadores. Además, un 22% de los jugadores que utilizaron un reloj en la pantalla de juego redujeron el tiempo de juego.

3.3.2. Restricción del uso de billetes

En la misma revisión de revisiones de McMahon et al. (2019), también se identificaron 2 revisiones con 4 estudios únicos que examinaron la eficacia de impedir el uso de billetes grandes en máquinas tragaperras (Harris y Griffiths 2017; Tanner et al. 2017). Mientras dos estudios no encontraron efectos, en el tercer estudio encontraron que la frecuencia de uso de las máquinas tragaperras disminuyó un 20% y en el último estudio un 15%-20% de los jugadores reportaron una reducción de la conducta de juego, encontrando mayor efecto entre los jugadores problemáticos y los que se encontraban en las categorías de riesgo.

Según el estudio de Rossow y Hansen realizado en Noruega, tras implementarse una normativa que impedía a las máquinas tragaperras admitir billetes, los ingresos brutos de las máquinas descendieron un 17% en un año (interrumpiendo la tendencia de aumento que llevaba año tras año). Aunque hubieron algunos jugadores que incrementaron el juego en otras modalidades (los ingresos en los otros juegos aumentaron en un 3%), la medida hizo que, en general, el dinero ingresado en juego disminuyera el 10% en todo el país (Rossow y Hansen 2016). Además, el número de derivaciones a tratamiento por problemas descendió en un 23% en los primeros 6 meses después de la restricción del uso de billetes en las máquinas.

3.3.3. Precio máximo por apuesta

En la revisión de revisiones de McMahon et al. (2019) se incluyó una revisión que incorporó 3 estudios que analizaron la eficacia de establecer el precio máximo por apuesta (Tanner et al. 2017). De los 3 estudios, los dos que utilizaron datos auto-reportados no mostraron cambios en la conducta de juego mientras que el tercero que comparó el juego en máquinas con límites de apuestas de 1\$ encontró una reducción de tiempo de juego y pérdidas de los jugadores respecto a los que jugaron en máquinas con límites de apuestas a 10\$.

3.3.4. Eliminar cajeros automáticos

En la revisión de revisiones de McMahon et al. (2019) se incluyó una revisión que incluyó 2 estudios que analizaron la eficacia de eliminar los cajeros automáticos en los locales de juego (Tanner et al. 2017). En el primer estudio, con datos auto reportados, el 97% de los jugadores indicaron no haber disminuido el gasto de juego, mientras que en el segundo estudio encontró un descenso del 7% del gasto en máquinas tragaperras, siendo los efectos más elevados en los jugadores problemáticos, que incluso redujeron su puntuación de severidad en el juego.

3.3.5. Prohibición de fumar en los locales

La revisión de Tanner et al. (2017) encontró 2 estudios sobre la prohibición de fumar en locales de juego y aunque en el primer estudio el 89% de participantes reportaron que no había afectado su conducta de juego, en un segundo estudio se reportó una reducción significativa del juego como consecuencia a la medida.

3.3.6. Retiro de la recompensa

En la misma revisión sistemática de Tanner et al. (2017), incorporada en la revisión de revisiones de McMahon et al. (2019), se incorporó un estudio que analizó el efecto de retirar la opción de ganar el premio grande tras jugar por un período largo de tiempo. Los jugadores que alcanzaron el límite, y que por tanto dejaban de poder optar al premio, en comparación a un grupo control, realizaron apuestas en menor ratio y tuvieron menores pérdidas económicas.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Becoña Iglesias, Elisardo. 2021. *La Prevención Ambiental En El Consumo de Drogas. ¿Qué Medidas Podemos Aplicar?* Madrid.
- Blank, Lindsay, Susan Baxter, Helen Buckley Woods, and Elizabeth Goyder. 2021. "Interventions to Reduce the Public Health Burden of Gambling-Related Harms: A Mapping Review." *The Lancet Public Health* 6(1):e50–63. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30230-9.
- Broda, Anja, Debi A. LaPlante, Sarah E. Nelson, Richard A. LaBrie, Leslie B. Bosworth, and Howard J. Shaffer. (2008). "Virtual Harm Reduction Efforts for Internet Gambling: Effects of Deposit Limits on Actual Internet Sports Gambling Behavior." *Harm Reduction Journal* 5(1):27. doi: 10.1186/1477-7517-5-27.
- Burkhart, Gregor, Samuel Tomczyk, Ina Koning, and Angelina Brotherhood. 2022. "Environmental Prevention: Why Do We Need It Now and How to Advance It?" *Journal of Prevention* 43(2):149–56. doi: 10.1007/s10935-022-00676-1.
- Choi, Jiyun, Hyunseok Cho, Seungmin Lee, Juyeong Kim, and Eun-Cheol Park. 2018. "Effect of the Online Game Shutdown Policy on Internet Use, Internet Addiction, and Sleeping Hours in Korean Adolescents." *Journal of Adolescent Health* 62(5):548–55. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.11.291.
- Collier, Kevin M., Sarah M. Coyne, Eric E. Rasmussen, Alan J. Hawkins, Laura M. Padilla-Walker, Sage E. Erickson, and Madison K. Memmott-Elison. 2016. "Does Parental Mediation of Media Influence Child Outcomes? A Meta-Analysis on Media Time, Aggression, Substance Use, and Sexual Behavior." *Developmental Psychology* 52(5):798–812. doi: 10.1037/dev0000108.
- Davies, Bryan, and Edwin Blake. 2016. "Evaluating Existing Strategies to Limit Video Game Playing Time." *IEEE Computer Graphics and Applications* 36(2):47–57. doi: 10.1109/MCG.2016.25.
- Drawson, Alexandra S., Jessica Tanner, Christopher J. Mushquash, Aislin R. Mushquash, and Dwight Mazmanian. 2017. "The Use of Protective Behavioural Strategies in Gambling: A Systematic Review." *International Journal of Mental Health and Addiction* 15(6):1302–19. doi: 10.1007/s11469-017-9754-y.
- ESA.(1994). "Entertainment Software Rating Board."
- Ginley, Meredith K., James P. Whelan, Rory A. Pfund, Samuel C. Peter, and Andrew W. Meyers. 2017. "Warning Messages for Electronic Gambling Machines: Evidence for Regulatory Policies." *Addiction Research & Theory* 25(6):495–504. doi: 10.1080/16066359.2017.1321740.
- Goh, Brenda. 2022. "Tencent Posts Slowest-Ever Sales Rise; Regulation Impact Set to Ease." *Reuters*. Retrieved (<https://www.reuters.com/technology/tencents-quarterly-profit-jumps-60-beats-expectations-2022-03-23/>).
- Harris, Andrew, and Mark D. Griffiths. 2017. "A Critical Review of the Harm-Minimisation Tools Available for Electronic Gambling." *Journal of Gambling Studies* 33(1):187–221. doi: 10.1007/s10899-016-9624-8.
- ISFE. 2003. *Pan-European Game Information*.
- Király, Orsolya, Mark D. Griffiths, Daniel L. King, Hae-Kook Lee, Seung-Yup Lee, Fanni Bányai, Ágnes Zsila, Zsófia K. Takacs, and Zolt Demetrovics. 2017. "Policy Responses to Problematic Video Game Use: A Systematic Review of Current Measures and Future Possibilities." *Journal of Behavioral Addictions* 7(3):503–17. doi: 10.1556/2006.6.2017.050.
- Ladouceur, Robert, Alex Blaszczynski, and Daniel R. Lalande. 2012. "Pre-Commitment in Gambling: A Review of the Empirical Evidence." *International Gambling Studies* 12(2):215–30. doi: 10.1080/14459795.2012.658078.
- Ladouceur, Robert, Paige Shaffer, Alex Blaszczynski, and Howard J. Shaffer. 2017. "Responsible Gambling: A Synthesis of the Empirical Evidence." *Addiction Research & Theory* 25(3):225–35. doi: 10.1080/16066359.2016.1245294.
- Lloret Irlés, Daniel, Víctor Cabrera Perona, and Yolanda Sanz Baños. 2013. "Relationships between Video-Gaming Habits, Parental Monitoring and School Performance." *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 3(3):237–48. doi: 10.1989/ejihpe.v3i3.46.

- McGrane, E., H. Wardle, M. Cloves, L. Blank, R. Pryce, M. Field, C. Sharpe, and E. Goyder. 2023. "What Is the Evidence That Advertising Policies Could Have an Impact on Gambling-Related Harms? A Systematic Umbrella Review of the Literature." *Public Health* 215:124–30. doi: 10.1016/j.puhe.2022.11.019.
- McMahon, Naomh, Katie Thomson, Eileen Kaner, and Clare Bamba. 2019. "Effects of Prevention and Harm Reduction Interventions on Gambling Behaviours and Gambling Related Harm: An Umbrella Review." *Addictive Behaviors* 90:380–88. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.11.048.
- Ofori Dei, Samuel M., Darren R. Christensen, Olu Awosoga, Bonnie K. Lee, and Alun C. Jackson. 2020. "The Effects of Perceived Gambling Availability on Problem Gambling Severity." *Journal of Gambling Studies* 36(4):1065–91. doi: 10.1007/s10899-020-09930-9.
- Oncioiu, Sinziana I., Gregor Burkhart, Amador Calafat, Mariangels Duch, Parvati PermanHowe, and David R. Foxcroft. 2018. *Environmental Substance Use Prevention Interventions in Europe*. Lisbon.
- Organización Panamericana de la Salud. n.d. "Determinantes Sociales de La Salud." Retrieved (<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>).
- Park, Bong-Won, and Jae-Hyeon Ahn. 2010. "Policy Analysis for Online Game Addiction Problems." *System Dynamics Review* 26(2):117–38. doi: 10.1002/sdr.436.
- Pearce, J., K. Mason, R. Hiscock, and P. Day. 2008. "A National Study of Neighbourhood Access to Gambling Opportunities and Individual Gambling Behaviour." *Journal of Epidemiology & Community Health* 62(10):862–68. doi: 10.1136/jech.2007.068114.
- Planzer, Simon, Heather M. Gray, and Howard J. Shaffer. 2014. "Associations between National Gambling Policies and Disordered Gambling Prevalence Rates within Europe." *International Journal of Law and Psychiatry* 37(2):217–29. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.11.002.
- Rosow, Ingeborg, and Marianne Bang Hansen. 2016. "Gambling and Gambling Policy in Norway—an Exceptional Case." *Addiction* 111(4):593–98. doi: 10.1111/add.13172.
- Tanner, Jessica, Alexandra S. Dawson, Christopher J. Mushquash, Aislin R. Mushquash, and Dwight Mazmanian. 2017. "Harm Reduction in Gambling: A Systematic Review of Industry Strategies." *Addiction Research & Theory* 25(6):485–94. doi: 10.1080/16066359.2017.1310204.
- Tong, Henry H. Y., and David Chim. 2013. "The Relationship between Casino Proximity and Problem Gambling." *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health* 3(1):2. doi: 10.1186/2195-3007-3-2.
- Xiao, Leon Y. 2023. "Breaking Ban: Belgium's Ineffective Gambling Law Regulation of Video Game Loot Boxes." *Collabra: Psychology* 9(1). doi: 10.1525/collabra.57641.
- Xiao, Leon Y., Laura L. Henderson, Rune K. L. Nielsen, and Philip W. S. Newall. 2022. "Regulating Gambling-Like Video Game Loot Boxes: A Public Health Framework Comparing Industry Self-Regulation, Existing National Legal Approaches, and Other Potential Approaches." *Current Addiction Reports* 9(3):163–78. doi: 10.1007/s40429-022-00424-9.
- Xiao, Leon Y., Laura L. Henderson, Yuhan Yang, and Philip W. S. Newall. 2021. "Gaming the System: Suboptimal Compliance with Loot Box Probability Disclosure Regulations in China." *Behavioural Public Policy* 1–27. doi: 10.1017/bpp.2021.23.

PARTE 3

INTERVENCIÓN

TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES. EVIDENCIAS DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA CADA UNA DE ESTAS ADICCIONES

ROCÍO VILLA, GEMMA I. SAN NARCISO, MARÍA JESÚS ANTUÑA

1. JUEGO PATOLÓGICO

El juego patológico es un trastorno relativamente común, con gran impacto personal y social. El tratamiento integral de este trastorno implica terapia grupal, familiar, individual y en algunos casos abordaje farmacológico. Aunque la evidencia emergente sugiere que el funcionamiento de sistemas de neurotransmisores (dopaminérgico, serotoninérgico, glutamatérgico y sistema opioide) está alterado en estos sujetos, no hay fármacos aprobados por la FDA para el juego patológico y sólo se ha realizado un número limitado de ensayos clínicos (Dowling et al., 2022; Fong, Kalechstein, Bernhard, Rosenthal y Rugle, 2008; Goslar, Leibetseder, Muench, Hofmann y Laireiter, 2019; Kraus, Etuk y Potenza, 2020; Pallesen et al., 2007; Waisman y Calero, 2021; Yip y Potenza, 2014).

Teniendo en cuenta las características de este trastorno, la experiencia clínica indica que no es probable alcanzar la estabilidad con un único fármaco, ni con únicamente tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta que en el momento del diagnóstico, en gran parte de los pacientes la patología está avanzada, y por lo general, se acompaña de síntomas ansiosos, depresivos y conductuales (Waisman y Calero, 2021). Los fármacos más estudiados hasta el momento en el tratamiento del juego patológico son los antidepresivos, los estabilizadores del estado del ánimo y los antagonistas opioides. También se han ensayado antipsicóticos atípicos y otros psicofármacos.

Se han realizado intentos de clasificar a los jugadores patológicos en emocionalmente vulnerables e impulsivos (Blaszczynski y Nower, 2002), en jugadores buscadores de activación, buscadores de dinero o jugadores de alivio o de escape y en función de la gravedad

de la psicopatología asociada (González-Ibáñez et al., 2003). Establecer tipologías de jugadores patológicos es una tarea muy sugerente porque posibilitaría establecer estrategias terapéuticas diferenciadas en función de las mismas (Echeburúa, 2005).

De una forma similar, se ha considerado el juego patológico desde distintas perspectivas psicopatológicas (Waisman y Calero, 2021):

- Desde el espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos. En este caso se utilizarían antidepresivos ISRS o duales, en dosis medias-altas y con una duración del tratamiento superior al de las depresiones.
- Desde las adicciones comportamentales. Se utilizarían antagonistas opioides como la naltrexona y el nalmefeno.
- Como resultado de una alteración de la regulación del estado de ánimo. Se podrían usar como tratamiento los estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos atípicos, al igual que en trastornos del humor como el trastorno bipolar y las depresiones resistentes.

A continuación, se mencionan los resultados de las revisiones y metanálisis consultados más relevantes, y más adelante se incluirán los estudios por tipos de psicofármacos.

- Pallesen et al. (2007) llevan a cabo un metaanálisis de estudios sobre intervenciones farmacológicas en el juego patológico. Finalmente incluyeron 16 estudios y un total de 597 sujetos fueron analizados. La edad media general fue de 43,3 años. La proporción total de hombres fue 62,8%. Las medidas de resultados relacionadas con el juego se compilaron en 2 puntos en tiempo: basal y postratamiento. No encontraron diferencias en el resultado entre las 3 principales clases de intervenciones farmacológicas (antidepresivos, opiáceos antagonistas, estabilizadores del estado de ánimo). Concluyeron que las intervenciones farmacológicas para el juego patológico puede ser una alternativa de tratamiento adecuada en el juego patológico.
- El metaanálisis publicado en 2019 por Goslar et al., analizó 34 estudios, incluidos ensayos abiertos y controlados con placebo, con un total de 1340 participantes para proporcionar una evaluación integral de la eficacia a corto y largo plazo de los tratamientos farmacológicos y combinados en el juego patológico. Dichos tratamientos farmacológicos se asociaron con reducciones grandes y medianas pre-post en la gravedad global, la frecuencia y las pérdidas financieras. Los tamaños del efecto controlado para las variables de resultado fueron sólidos para la reducción de la gravedad global a corto plazo. De los estudios controlados con placebo, los resultados mostraron que los antagonistas opioides y los estabilizadores del estado de ánimo, en particular el agente glutamatérgico, topiramato combinado con una intervención cognitiva y litio para jugadores con trastorno bipolar, demostraron resultados prometedores. Sin embargo, se necesitan ensayos controlados aleatorios a gran escala, diseñados más rigurosamente, con períodos iniciales prolongados de placebo. Además, futuros estudios necesitan monitorizar los tratamientos psi-

cosociales concurrentes, el tipo de comorbilidad, utilizar herramientas de medición equivalentes y proporcionar datos de seguimiento para ampliar el conocimiento sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos.

- Kraus et al. (2020) evaluaron mediante una revisión sistemática los hallazgos de 19 ensayos controlados aleatorios que probaron farmacoterapias para el tratamiento del juego patológico. Los antagonistas de opioides como la naltrexona se mostraron prometedores en tratamiento de este trastorno. El nalmefeno es otro antagonista de los receptores de opioides que mostró resultados alentadores. El tratamiento farmacológico combinado con psicoterapia puede proporcionar mejores tasas de retención de pacientes en comparación con los tratamientos farmacológicos únicamente.
- Recientemente, Dowling et al. (2022), publicaron una revisión sistemática que examina la eficacia de las principales categorías de intervenciones farmacológicas únicamente (antidepresivos, antagonistas opioides, estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos atípicos) para los trastornos o problemas con el juego, y además, examina la eficacia de estas categorías principales entre sí. Incluyeron 17 estudios en la revisión, con una n total de 1193 sujetos. La duración del tratamiento osciló entre 7 y 96 semanas. Los resultados fueron los siguientes: antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo no fueron más efectivos que el placebo después del tratamiento, los antagonistas opioides mostraron un efecto beneficioso medio del tratamiento sobre la gravedad de los síntomas del juego en relación con el placebo, el antipsicótico atípico olanzapina tuvo un efecto beneficioso medio del tratamiento sobre la gravedad de los síntomas del juego en relación con el placebo. En la efectividad comparativa los antidepresivos no fueron más efectivos que los antagonistas de opioides en los síntomas depresivos o síntomas de ansiedad, al igual que los antidepresivos no fueron más efectivos que los estabilizadores del estado de ánimo en los síntomas depresivos o síntomas de ansiedad después del tratamiento.

1.1. Antidepresivos

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluvoxamina, paroxetina, citalopram y escitalopram) y la clomipramina se han probado basándose en la hipótesis de que la disfunción de la serotonina podría ser un mediador potencial de los problemas de juego. Los estudios preclínicos han demostrado una correlación entre un bajo nivel de serotonina en el sistema nervioso central y la supresión de las respuestas inhibitorias. Los estudios clínicos han sugerido una asociación entre la impulsividad y la desregulación serotoninérgica, y tal y como ya se ha mencionado, se cree que el sistema serotoninérgico está involucrado en la etiología del juego patológico (Hollander, Buchalter y DeCaria, 2000; Yip y Potenza, 2014).

En general, los estudios iniciales con antidepresivos comunicaron resultados positivos. Un ensayo clínico doble ciego, cruzado con placebo seguido de clomipramina (dosis de 125-150 mg/día), en una mujer con juego patológico, que presentaba además fobia

social y rasgos de personalidad obsesiva, fue evaluado como mejoría significativa tras la clomipramina y mejoría mínima con placebo. La conducta de juego remitió por completo al cabo de 10 semanas (Hollander, Frenkel, Decaria, Trugold y Stein, 1992). La utilización de antidepresivos tricíclicos ha disminuido considerablemente por su perfil desfavorable de efectos secundarios y tolerabilidad respecto a otros grupos de antidepresivos. De esta forma, los antidepresivos más ampliamente estudiados, y de los que se cuenta con mayor evidencia en el tratamiento del juego patológico son los ISRS. Hollander et al. (2000), realizaron un ensayo clínico de 16 semanas de duración, en el que se comparó la eficacia de fluvoxamina frente a placebo. Hallaron una mejora significativamente mayor (medida con la Escala de Impresión Clínica Global) respecto a la gravedad del juego patológico, en los pacientes tratados con fluvoxamina. Igualmente, paroxetina mostró ser superior a placebo en un ensayo doble ciego de 8 semanas de duración en el que se incluyeron 45 pacientes con juego patológico (Kim, Grant, Adson, Shin y Zaninelli, 2002). Citalopram mostró mejoría significativa tanto en síntomas depresivos, como en comportamientos relacionados con el juego, en un estudio en el que se incluyeron 15 sujetos con juego patológico, utilizando dosis de entre 20-60 mg/día (Zimmerman, Breen y Posternak, 2002). La eficacia del escitalopram también ha sido estudiada en estudios abiertos. En el primero de los estudios se trataron durante 12 semanas a 13 pacientes con juego patológico y ansiedad. Escitalopram en dosis medias de 25 mg/día, fue superior a placebo (Grant y Potenza, 2006). En otro estudio, se utilizaron dosis de hasta 30 mg/día de escitalopram en 19 jugadores. Se halló buena respuesta al fármaco con mejoría en la escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown para el juego patológico (Black, Shaw, Forbush y Allen, 2007).

Sin embargo, en otros ensayos clínicos realizados con fluvoxamina, paroxetina y sertralina, no demostraron superioridad frente a placebo (Blanco, Petkova, Ibáñez y Sáiz-Ruiz, 2002; Grant et al., 2003; Saiz-Ruiz et al., 2005). Si bien, se ha señalado que estos 3 estudios presentaban elevados índices de respuesta a placebo (McElroy y Keck, 2009).

Otro antidepresivo con el que se han llevado a cabo diversos estudios ha sido el bupropion. En uno de estos estudios, abierto, sin comparador, se encontró que 9 de 10 jugadores patológicos experimentaron gran mejoría con bupropion, en un ensayo clínico a 8 semanas de tratamiento (Black, 2004). Igualmente, bupropion en dosis de entre 150-450 mg/día mostró ser tan efectivo como naltrexona 100 mg/día en un ensayo de 12 semanas (Dannon, Lowengrub, Musin, Gonopolski y Kotler, 2005a).

Sin embargo, en otro ensayo doble ciego de 12 semanas, en el que se trataron 39 sujetos con juego patológico, no deprimidos, y se aleatorizaron para recibir bupropión o placebo, hubo pocas diferencias en las medidas de resultados empleadas entre los grupos de tratamiento. Tanto los sujetos que recibieron bupropion, como los que recibieron placebo, obtuvieron resultados igualmente buenos en este ensayo a corto plazo, y se observaron mejoras desde la primera semana de tratamiento. La alta tasa de respuesta al placebo y la alta tasa de incumplimiento en este estudio, reflejan el desafío inherente al tratamiento de personas con este trastorno (Black et al., 2007).

Una reciente revisión (Dowling et al., 2022), que evalúa la eficacia de las principales categorías de intervenciones farmacológicas en el juego patológico, determinó, que evalua-

dos como grupo, los antidepresivos no son más efectivos que el placebo en el tratamiento de la gravedad de los síntomas del juego patológico, gastos en juegos de azar, síntomas depresivos, deterioro funcional y respuesta medida mediante la escala de impresión clínica global (ICG).

1.2. Estabilizadores del estado de ánimo

El juego patológico y el trastorno bipolar tienen varias características similares, como impulsividad, cambios de humor y pensamiento grandioso, lo que ha llevado a la evaluación de agentes estabilizadores del estado de ánimo en ese trastorno (Achab y Khazaal, 2011). Algunos de estos fármacos, han mostrado ser eficaces en tratamiento del juego patológico, asociado o no a trastorno bipolar. Diversos estudios que se mencionan a continuación así lo corroboran.

La eficacia del carbonato de litio en el juego patológico es probablemente una de las primeras referencias sobre las respuestas a fármacos en este trastorno que se puede encontrar en la bibliografía, aunque se trata de observaciones sobre casos aislados que presentaban además un diagnóstico de trastorno bipolar. Precisamente por la comorbilidad con esta enfermedad, no es fácil establecer si la mejoría en la conducta de juego puede atribuirse a un efecto específico del litio sobre ésta, o si depende de un abordaje adecuado de su trastorno de base (Ibañez y Sáiz, 2001)

Ya en 1994 se llevó a cabo un ensayo cruzado y controlado con placebo de 12 semanas con carbamazepina en un paciente con juego patológico y sin trastorno bipolar. Se consiguió una remisión sostenida con este fármaco (Haller y Hinterhuber, 1994). Años después, la carbamazepina volvió a demostrar eficacia en el tratamiento de este trastorno en un estudio abierto de 10 semanas en el que se incluyeron 8 sujetos (Black, Shaw y Allen, 2008).

En un ensayo controlado simple ciego de 42 sujetos y 14 semanas de duración, evaluó la eficacia y seguridad del litio y el valproato en jugadores patológicos no bipolares. Con ambos fármacos se consiguió una mejoría significativa (tasa de respuesta 61% y 68 % respectivamente), sin diferencias de grupo, en la Escala Obsesiva Compulsiva de Juego Patológico-Yale Brown (Pallanti, Quercioli, Sood y Hollander, 2002). Nuevamente, el litio volvió a resultar arrojar resultados favorables, en un ensayo frente a placebo y de 10 semanas de duración (Hollander, Pallanti, Allen, Sood y Baldini Rossi, 2005), en este caso en 40 pacientes jugadores patológicos con trastorno bipolar, en los que se redujeron los síntomas maníacos y el comportamiento de juego. Si bien, los resultados de este ensayo deben ser valorados con cautela, ya que, atendiendo a los criterios del DSM, los síntomas de manía, excluirían el diagnóstico de juego patológico.

Otro fármaco ensayado en el tratamiento del juego patológico ha sido el topiramato. Un ensayo de 12 semanas (Dannon, Lowengrub, Gonopolski, Musin y Kotler, 2005b) compara topiramato y fluvoxamina. Se incluyeron 31 pacientes y los resultados fueron más favorable para el primero, tanto en retención en el estudio, como según la puntuación de la Escala de Impresión Clínica Global. Pero como muchos otros fármacos, el topiramato ha tenido resultados contradictorios. Con posterioridad, en 2013, en un ensayo doble ciego, demostró no ser superior a placebo (Berlin et al., 2013).

Estudiados como grupo en la revisión mencionada de Dowling et al., (2022), los estabilizadores del estado de ánimo no resultaron efectivos en la gravedad de los síntomas del juego, ni en la reducción de los síntomas depresivos y síntomas de ansiedad asociados a éste. Comparativamente con antidepresivos, ninguno de los dos grupos fue más eficaz que el otro en los síntomas depresivos o síntomas de ansiedad.

1.3. Antagonistas opioides

Los antagonistas opioides se han probado basándose en la hipótesis de que el sistema de recompensa dopaminérgico mesocorticolímbico, que influye en los comportamientos gratificantes y de refuerzo involucrados en el abuso de sustancias, también se ha implicado en el juego patológico. Se cree que los antagonistas opiáceos disminuyen la neurotransmisión de dopamina en el núcleo accumbens y el neurocircuito motivacional, reduciendo la excitación y el deseo de juego (Victorri-Vigneau et al, 2018). Estos fármacos resultan más eficaces en los casos con mayores impulsos o deseos de jugar, y se consideran en la actualidad como la opción farmacológica de primera línea (Bobes, Casas y Gutierrez, 2020). La eficacia de los antagonistas opioides en el juego ha sido probada en distintos estudios. Los datos disponibles sobre el juego patológico en adultos proponen el uso de naltrexona y también el litio como las intervenciones farmacológicas con mayor evidencia (Grant y Potenza, 2010). La identificación de subgrupos de pacientes que tienen más probabilidades de beneficiarse de los antagonistas de los opiáceos debe ser un objetivo, ya que la respuesta a estos fármacos parece relacionarse con una predisposición genética (Victorri-Vigneau et al, 2018).

Las adicciones conductuales ampliamente definidas comparten muchas similitudes con los trastornos por uso de sustancias. En el marco de que la naltrexona es uno de los tratamientos más estudiados para los trastornos por consumo de sustancias, se realizó un metanálisis de ensayos aleatorios controlados con placebo que evaluaron la eficacia de la naltrexona en el tratamiento de adicciones conductuales. Se incluyeron un total de 6 ensayos clínicos de los cuales 3 evaluaron la eficacia de la naltrexona en el tratamiento del juego patológico y 3 probaron sus beneficios en otras adicciones conductuales. El metanálisis de toda la muestra dio como resultado una mejora estadísticamente significativa en la puntuación con naltrexona versus placebo (Mouaffak et al., 2017).

Kim y Grant (2001), diseñaron un estudio doble ciego de 11 semanas, con naltrexona (en dosis hasta 250 mg/día, siendo finalmente la dosis media de 188 mg/día) en el que se incluyeron 89 pacientes, aunque se analizaron los datos de 45. Se encontró mejoría significativa asociada a este tratamiento frente al grupo placebo.

Rosenberg et al (2013), desarrollaron un estudio con el objetivo de investigar los tratamientos farmacológicos que se habían explorado previamente con cierto éxito, con la intención de comparar su eficacia. En este estudio, se asignaron 78 pacientes a 4 tipos diferentes de medicamentos psicotrópicos: naltrexona, topiramato, bupropión y escitalopram. Los pacientes fueron tratados durante más de 2 años, con seguimientos adicionales de 2 años sin medicación. La muestra se evaluó utilizando la escala Hamilton de depresión, la escala Hamilton de ansiedad, la evaluación global del funcionamiento y la escala

analógica visual para medir el bienestar general. Durante los primeros 2 años de tratamiento, abandonaron 34 pacientes, y uno más abandonó durante los 2 años adicionales de seguimiento. Se observó una mejora significativa en todas las escalas y en todos los grupos después de 2 años, excepto en la escala Hamilton de depresión en el grupo que recibió topiramato. El grupo de pacientes tratados con naltrexona tuvo una tasa de abandono estadísticamente significativa más baja en comparación con otros grupos, y la mayor efectividad dentro de los 4 fármacos con diferentes mecanismos de acción ensayados.

Otro ensayo evaluó los efectos de la naltrexona y del haloperidol en el comportamiento de juego. Se asignó a jugadores recreativos masculinos ($n = 62$) para recibir dosis orales únicas de 50 mg de naltrexona, 2 mg de haloperidol o placebo, en un diseño de grupos paralelos. A las 2,5 h después de la dosificación, los participantes completaron diversas tareas. Los niveles de prolactina aumentaron en el grupo de naltrexona, pero no difirieron entre el haloperidol y el placebo, lo que implica que la naltrexona, pero no el haloperidol, puede haber sido funcionalmente activa a estas dosis. Las acciones observadas de naltrexona corroboraron la relevancia de la transmisión de opioides para la toma de decisiones humanas y el procesamiento de refuerzo, con implicaciones de tratamiento para una variedad de trastornos adictivos y relacionados con el control de impulsos (Porchet et al., 2013).

Una revisión (Aboujaoude y Salame, 2016) cuyo objetivo fue evaluar la función terapéutica de la naltrexona en todo el espectro de la adicción, tanto de sustancias como conductual, incluyó entre los 39 ensayos clínicos aleatorios controlados con placebo 2 estudios de juego patológico. A pesar de las muy diferentes presentaciones dentro y entre ambas categorías de adicción, los datos, en conjunto, muestran consistencia a favor de la relativa eficacia y seguridad de la naltrexona. Dado el beneficio potencial y la buena tolerabilidad revelados en los estudios, la alta morbilidad asociada con la adicción y la escasez de tratamientos alternativos, la naltrexona parecería una opción de tratamiento infrautilizada. Además, la aparentemente amplia eficacia contra la adicción de la naltrexona respalda el papel compartido de las vías cerebrales de los opioides en la fisiopatología de la adicción, definida en términos generales.

La eficacia y la tolerabilidad del antagonista opioide nalmefeno en el tratamiento de adultos con juego patológica fue evaluada en un ensayo de 16 semanas, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. Incluyó 207 sujetos con juego patológico que fueron asignados al azar para recibir nalmefeno (25 mg/día, 50 mg/día o 100 mg/día) o placebo. El instrumento de medida utilizado fue la escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown modificada para el juego patológico. Los sujetos que recibieron nalmefeno tuvieron una reducción estadísticamente significativa en la severidad del juego patológico. El nalmefeno en dosis bajas (25 mg/día) pareció eficaz y se asoció con pocos eventos adversos. Las dosis más altas (50 mg/día y 100 mg/día) produjeron efectos secundarios intolerables (Grant et al., 2006).

La revisión realizada por Dowling et al., (2022), evalúa entre otras estrategias psicofarmacológicas, las intervenciones realizadas con antagonistas opioides (naltrexona y nalmefeno) pueden tener efecto beneficioso sobre la gravedad de los síntomas del juego en

relación con el placebo después del tratamiento. En la comparativa realizada de antidepresivos con antagonistas de opioides, ninguno de los dos grupos fue más efectivo que el otro en los síntomas depresivos o síntomas de ansiedad.

1.4. Antipsicóticos

La olanzapina fue identificada como un fármaco candidato para tratar a los jugadores patológicos porque modifica la función dopaminérgica y serotoninérgica. Varios estudios han demostrado que la olanzapina reduce eficazmente la impulsividad en otros trastornos psiquiátricos, una diana farmacológica de interés para los jugadores patológicos. En este estudio, se incluyeron 21 jugadores patológicos, cuya actividad principal de juego era el video póker, en un ensayo de siete semanas, doble ciego, controlado con placebo. Las medidas de resultado incluyeron impulsos autoinformados para el juego, frecuencia del comportamiento de juego y niveles de estado de ánimo y ansiedad autoinformados. Los resultados revelaron que todos los participantes del estudio informaron niveles reducidos de impulsos de juego, comportamiento de juego y síntomas de estado de ánimo y ansiedad. La administración de olanzapina no se asoció con un efecto superior a placebo. Si bien estos hallazgos sugieren que la olanzapina no es un tratamiento eficaz para los jugadores patológicos de video-póker, la olanzapina aún podría ser un tratamiento efectivo para un subconjunto específico de jugadores patológicos, incluidos aquellos con un trastorno psiquiátrico concurrente (Fong, Kalechstein, Bernhard, Rosenthal y Rugle, 2008).

Recientemente, Dowling et al. (2022), mediante una revisión sistemática que avaló la eficacia de diferentes antipsicóticos atípicos, hallaron que olanzapina muestra un efecto beneficioso medio del tratamiento sobre la gravedad de los síntomas del juego en relación con el placebo.

Es importante destacar que la terapia de reemplazo de dopamina utilizada para tratar a pacientes con enfermedad de Parkinson se ha convertido en un factor de riesgo bien conocido para desarrollar un trastorno de juego patológico. Así, el aripiprazol, podría ser un nuevo factor de riesgo debido a su mecanismo agonista parcial de dopamina, que explicaría la aparición de juego patológico en algunos casos. A partir de una cohorte de 166 jugadores patológicos con esquizofrenia o trastorno bipolar, se analizan los datos de 8 pacientes tratados con aripiprazol. La probabilidad de que el juego patológico se debiera realmente al aripiprazol fue “posible” en 7 de 8 casos, y “dudosa” en uno (Gaboriau et al., 2014). Un posterior estudio, incluyó una revisión sistemática de informes de casos y el análisis de la cohorte de jugadores mencionada. Se reportaron 48 casos de jugadores patológicos en relación a terapia de reemplazo de dopamina y 17 en relación a aripiprazol. Surgieron dos patrones clínicos. Los pacientes del grupo de aripiprazol eran jóvenes, impulsivos y buscadores de novedades y tenían antecedentes de abuso de sustancias. Su primera experiencia de juego ocurrió durante la adolescencia. Por el contrario, los pacientes del grupo tratados con terapia de reemplazo de dopamina eran mayores y comenzaron a jugar tarde en la vida. Mostraron bajos niveles de cognición relacionados con el juego. Así, los pacientes del grupo aripiprazol parecían ser jugadores patológicos más graves (jóvenes, impulsivos buscadores de novedades y con antecedentes de abuso de sustancias) que los pacientes del grupo de terapia de reemplazo. El mecanismo desencadenante y del

desarrollo del juego patológico es complejo y no puede atribuirse únicamente a los efectos farmacodinámicos de los fármacos dopaminérgicos. De hecho, es necesario considerar los factores de vulnerabilidad individuales y los factores ambientales (Grall-Bronnec et al., 2016).

1.5. Otros psicofármacos

Diversos estudios han evidenciado similares sustratos neuroquímicos en el juego patológico y la dependencia a estimulantes. De esta forma, los fármacos indicados en la dependencia de sustancias psicoactivas e impulsividad también parecen ser efectivos en el juego patológico. (Waisman y Calero, 2021).

El estimulante atípico modafinilo, reduce el abuso de cocaína y la impulsividad en pacientes con TDAH. Un estudio doble ciego cruzado con placebo, en el que incluyeron 20 sujetos con juego patológico, encontró como resultado que el modafinilo (200 mg/día) reduce los efectos de refuerzo del juego de máquinas tragaperras (Zack y Poulos, 2009). La n-acetilcisteína ha sido estudiada en un ensayo clínico con 27 jugadores patológicos, cuyo resultado sugiere la posibilidad de controlar la recaída en el juego mediante su efecto modulador en el sistema glutamatérgico (Grant, Kim y Odlaug, 2007). La memantina, un antagonista del receptor de N-metil D-aspartato, parece reducir la excitabilidad del glutamato y mejorar la toma de decisiones impulsivas, lo que sugiere que puede ayudar a las personas con juego patológico. Así se demostró en un estudio de 10 semanas de duración con 29 sujetos, y dosis de memantina de entre 10 y 30 mg/día. El tratamiento con memantina se asoció con una disminución del juego y una mejor flexibilidad cognitiva (Grant, Chamberlain, Odlaug, Potenza y Kim, 2010).

A pesar de haber obtenido resultados prometedores en distintos estudios, la investigación en este campo destaca varios problemas metodológicos o limitaciones: la existencia de un alto porcentaje de abandonos en los estudios, la elevada respuesta a placebo, el seguimiento a corto plazo, la ausencia de instrumentos estandarizados en la evaluación, diversidad en las variables de eficacia utilizadas para medir resultados, dificultando así la comparación, problemas relacionados con las muestras, limitaciones en el análisis estadístico y las intervenciones psicológicas y psicosociales. Todos estos aspectos suponen futuros retos de investigación en el abordaje terapéutico del juego patológico (Berlin et al., 2013).

1.6. Recomendaciones

Tabla 1. Resumen de la evidencia acerca de los tratamientos farmacológicos disponibles para el tratamiento del juego patológico.

| Resultados | Grado de recomendación |
|--|------------------------|
| Actualmente no hay suficiente evidencia para recomendar ningún tratamiento farmacológico para el tratamiento del juego patológico. | B |
| Los antidepresivos como grupo no son más efectivos que el placebo en el tratamiento de la gravedad de los síntomas del juego patológico. | C |
| Los antagonistas opioides pueden tener efecto beneficioso sobre la gravedad de los síntomas del juego. | B |
| Los estabilizadores del estado de ánimo evaluados como grupo no resultan efectivos en la gravedad de los síntomas del juego, ni en la reducción de los síntomas depresivos y síntomas de ansiedad asociados. | C |
| El antipsicótico atípico olanzapina puede tener eficacia sobre la gravedad de los síntomas del juego. | C |
| El antipsicótico atípico aripiprazol puede ser un factor de riesgo debido a su mecanismo agonista parcial de dopamina. | B |
| Los antidepresivos no parecen ser más efectivos que los antagonistas de opioides en los síntomas depresivos o síntomas de ansiedad. | D |
| Los antidepresivos no han resultado más efectivos que los estabilizadores del estado de ánimo en los síntomas depresivos o síntomas de ansiedad. | D |

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo

2. TELÉFONO MÓVIL. INTERNET. REDES SOCIALES. VIDEOJUEGOS

En estos últimos 30 años, todo lo que se refiere a las tecnologías de la información y la evolución de las mismas, en especial aquello que tiene que ver con el teléfono móvil, internet y redes sociales ha llegado a ser de relevante importancia por la prevalencia sobre el uso/abuso problemático de las mismas que ha evolucionado con un desarrollo acelerado. Dentro de este grupo tanto internet como el teléfono móvil facilitan la posibilidad no solo de una adicción conductual a estos mecanismos sino también de adicción a los videojuegos, al sexo, compra compulsiva, juego on line. La realidad es que no hay una clara definición de en qué consiste este “uso/abuso generador de problemas” ni cuánto tiempo debería de considerarse “normal” el uso de estas tecnologías. Están tan unidos en el día a día, es tan cotidiano el hecho de llevar el móvil, consultar internet que resulta difícil y preocupante saber cuándo se traspasan los límites y se convierte en un problema la utilización de esta nueva forma de comunicación, de estudio y de relación, en ocasiones

este uso evita un aislamiento ya que se puede estar en contacto con todo el mundo aún sin conocerlo.

Las adicciones comportamentales son conductas repetidas que si bien es cierto resultaban placenteras en el inicio después se convierten en actos impulsivos-compulsivos que no son fáciles de controlar. En el tratamiento de las adicciones comportamentales, el objetivo terapéutico que se debe plantear es el reaprendizaje de la conducta, la adaptación del sujeto para poder controlar la conducta generadora del problema. En el juego patológico no hay evidencia científica que avale el juego controlado y por lo tanto la abstinencia en el juego sería el objetivo a plantearse, pero en el resto resulta en ocasiones discutible y hasta de difícil evaluación si deben considerarse como trastornos o son procederres exagerados o excesivos y en tanto en cuanto es complicado poder aislarse de teléfono móvil, internet...

La comorbilidad que se puede encontrar entre estas adicciones comportamentales es heterogénea, hay evidencias de relación entre la adicción a internet y trastornos afectivos y de ansiedad (Carli et al., 2013; Morrison y Gore, 2010; Selfhout, Branje, Delsing, ter Bogt y Meeus, 2009), trastornos por déficit de atención, especialmente en la adicción a internet (De-Sola, Talledo, Rodríguez de Fonseca y Rubio, 2017a; De-Sola, Talledo, Rubio y de Fonseca, 2017b), síntomas compatibles con el trastorno obsesivo compulsivo, problemas del control de impulsos (Kelley y Gruber 2013; Ko, Yen, Chen y Chen, 2012; Müller, Beutel y Wölfling, 2014, así como trastornos y problemas relacionados con la salud física (Kwon et al., 2013; Smith, Louw, Crous y Grimmer-Somers, 2009).

Entre las adicciones comportamentales que está adquiriendo especial auge e importancia en los últimos años se encuentra el teléfono móvil y todo lo que ello conlleva ya que puede ser un primer paso para redes sociales, internet, juego online, compras... Cada vez los teléfonos móviles son más completos y realizan múltiples funciones haciendo más atractiva esta tecnología. El teléfono móvil está presente en la vida diaria incluso su uso facilita la actividad laboral fuera del horario laboral pudiendo aparecer un problema tecnoestrés. Conviene recordar que no todas aquellas personas con uso/abuso del teléfono se deben considerar adictos, aún es necesario valorar si este comportamiento resulta una adicción y si se encuentran involucrados en el desarrollo de la misma la ansiedad, impulsividad, neuroticismo o extraversión y se ha encontrado que la incidencia en población joven y adolescente presenta una mayor incidencia que en población adulta (Kuss y Griffiths, 2011).

Puede parecer exagerado pero muchas personas con teléfono móvil “sufren” si se han quedado sin batería cobertura, pueden presentar ansiedad, malestar, pánico, sudores si pierden el móvil, si no pueden contestar a las llamadas o mensajes, en este fenómeno se llama nomofobia.

El teléfono móvil según estudios realizados su prevalencia como uso perjudicial o conflictivo en España se sitúa en torno al 5% (De Sola et al., 2017; De Sola et al., 2017). El teléfono proporciona hoy en día un sin fin de utilidades no solo de ocio si no también laborales, se puede acceder a internet, redes sociales...son como pequeños ordenadores, se tiene conectividad inmediata e interacción social en la mano sin hacer esfuerzo

La adicción a internet o el uso/abuso perjudicial fue descrito por primera vez por Golberd (Brenner, 1997) para determinar la utilización compulsiva del mismo y los problemas relacionados con esa conducta que entre otros incluían un aislamiento del sujeto a nivel familiar, social y laboral e incluso la posibilidad de endeudamiento ya que se puede jugar de manera online aunque este apartado corresponde a la adicción de juego on line (Fong et al., 2008; Fong et al., 2011; Kühn y Gallinat, 2014; Young, Pistner, O'Mara y Buchanan, 1999).

En el caso de los juegos en internet, resultan en ocasiones estimulantes cuando se realiza de una manera adecuada ya que favorecen la cognición espacial (Dannon et al., 2005; McElroy et al., 2009) y puede servir de diversión o bien de distracción hasta que una exhibición prolongada con una pérdida de control sobre esa conducta pueda llevar a unas consecuencias nada favorables para la vida del sujeto y convertirse en un problema. Hay estudios que corroboran (Duplaga y Szulc, 2019). que el uso sin abuso de internet facilitaría una mejoría en la autonomía en independencia del individuo. Dentro de la comorbilidad asociada que se puede relacionar con el uso de manera abusiva de internet además del alcohol se debería valorar el encontrarse con un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (De Sola et al., 2017a; De Sola et al., 2017b). Las personas que presentan este trastorno pueden en ocasiones manifestar dificultades para relaciones sociales, problemas de hostilidad y en paliar esa sintomatología utilizando internet con los videojuegos ya que hay autores que relacionan la liberación de dopamina con la mejoría de capacidad de atención del sujeto (Koepp et al., 1998).

Hay trabajos en los que el ser varón se asocia más frecuentemente al uso de video juegos, mientras que las mujeres tienen más inclinación a las redes sociales. Los video juegos favorecen la reducción del contacto social y así mismo un aumento de la agresividad (Gioia, Colella y Boursier, 2022). Mientras que para otros autores la utilización de los videojuegos en aquellos que favorecen la participación de varias personas se estimulan las relaciones sociales y la colaboración de los jugadores (Lobel, Engels, Stone, Burk, y Granic, 2017). En otros trabajos en adolescentes, las chicas que presentaban rasgos de mayor introversión y con baja responsabilidad al igual que los chicos que también tenían también baja responsabilidad se relacionaba más con uso problemático de los video juegos (Conrod, 2016).

2.1. Tratamiento

El tratamiento de las adicciones comportamentales al ser una entidad de reciente identificación y sin reconocimiento nosológico dificulta su abordaje. Diferentes estudios parecen indicar que en el proceso de adicción intervienen los mismos circuitos cerebrales que están relacionados con las conductas adictivas con sustancias (Mihajlov y Vejmelka, 2017; Vondráčková y Gabrhelík, 2016) por lo que se sugiere un abordaje similar al que se realiza en los trastornos por consumo de sustancias, con un abordaje integral y estudio de todos aquellos factores que pueden potenciar o desencadenar la conducta. En primer lugar, el tratamiento debería de basarse en la estrategia para adquirir nuevos patrones de conducta y realizar un "uso razonable" de las mismas. Se deben adquirir habilidades y estrategias para afrontar situaciones de riesgo, así como una correcta planificación del tiempo de su utilización. Es fundamental establecer una adecuada alianza terapéutica

para incrementar la adherencia al tratamiento. El paciente se encuentra inmerso en un proceso de dependencia que le genera un padecimiento y los tratamientos se basan en la sintomatología y evidentemente si hay una comorbilidad psiquiátrica tratar estos trastornos de una manera conjunta. Además, hay que tener en cuenta si la persona considera que esa vehemencia al realizar la conducta es considerada por ella como algo patológico. Por eso es importante el estudio de la comorbilidad psiquiátrica que se pueda estar asociada a este tipo de adicción ya que puede encontrarse problemas de ansiedad, depresión, control de impulsos, consumo de sustancias en especial el alcohol puesto que esta asociación ha sido referenciada estudios como De Sola et al. (2017), esto ha generado que en estos últimos años se realicen estudios con instrumentos diagnósticos, en muchas ocasiones aún no están estandarizados y con una muestra de pacientes con un número no lo suficientemente representativo para aportar información sobre el desarrollo de las mismas. Los estudios deberían en muchas ocasiones orientados hacia población adolescente ya que su presencia en esta franja puede resultar problemática. (Choi et al., 2017; Mihajlov et al., 2017; Vondráčková et al., 2016; Zajac, Ginley, Chang y Petry, 2017).

En el tratamiento de las nuevas tecnologías y dado que están presentes en el día a día habría que buscar una convivencia con el sujeto en el que el uso desadaptativo que realizaba de las mismas se convierta en un uso más racional de éstas ya que el teléfono móvil, internet, redes sociales se encuentra en muchas ocasiones vinculados al trabajo. Se han convertido en ocasiones en “un mal” del momento que vivimos, además resulta difícil de tratar porque estas nuevas tecnologías están presentes diariamente y lo que se pretende es una “convivencia” con ellas. El uso de farmacoterapia para este tipo de adicciones no está desarrollado totalmente a falta de estudios concluyentes, pero pasa por tratar la comorbilidad que se encuentra presente. Es necesario hacer una valoración precisa de las características del individuo porque a veces estos comportamientos reflejan limitaciones o carencias de la persona y en algunos casos el uso de internet o teléfono móvil puede reflejar la inseguridad en las relaciones personales más fáciles de realizarse a través de una máquina. Para todo esto es necesario que el sujeto tome conciencia del problema que tiene y solicite ayuda, será mucho más eficaz el tratamiento cuando la persona es consciente que tiene un problema y no cuando está influido y en ocasiones obligado por familia, pareja o amigos, así habrá mayores probabilidades de éxito, se encuentra inmerso en un proceso que le hace ocupar la mayor parte de su tiempo esta conducta problema y que le lleva a desatender el resto de los aspectos de su vida. Cualquiera de los tratamientos farmacológicos revisados, aquí no será una solución definitiva para el tratamiento de las adicciones a las nuevas tecnologías, sino más bien una ayuda farmacológica eficaz junto a la psicoterapia individual estándar.

El abordaje debe realizarse basándose en una intervención psicológica y una intervención farmacológica para tratar la sintomatología disruptiva que afecta al paciente como podría ser la ansiedad, depresión, control de impulsos o personalidad impulsiva, contando con la comorbilidad psiquiátrica y dando una cobertura integral. En este caso la abstinencia total como se plantearía en la adicción con sustancias parece poco probable, las nuevas tecnologías están presentes en prácticamente todos los aspectos de la vida diaria, A día de hoy los menores de edad utilizan cada vez más frecuentemente el móvil

como fines de ocio, esta utilización puede conllevar el riesgo de desarrollo en el futuro de una adicción por lo tanto sería útil de regular su uso como primera vía de tratamiento y de prevención para evitar un uso problemático

Ya se ha comentado que las adicciones comportamentales pueden coexistir con trastornos psiquiátricos comórbidos como pueden ser la ansiedad, depresión TDHA o los trastornos de la personalidad, en sus diferentes versiones desde leves hasta graves, deberán ser tratados estos trastornos acordes a los criterios científicos y además tratar la sintomatología asociada a la actividad comportamental generadora del problema. Incluso en ocasiones hay injerencia en el sueño con lo cual este aspecto tampoco deberá ser descuidado. Se debe tener presente que no todo abuso o uso problemático es catalogado como adicción. Aunque parece que estas conductas de adicción al móvil, internet, video juegos o redes sociales puede parecer más propia de jóvenes y adolescentes también se da en edad adulta. En ocasiones esa impulsividad refleja una necesidad de rapidez de la respuesta, la utilización de fármacos en estos procesos se asocia a la comorbilidad psiquiátrica que puede aparecer (Carli et al., 2012; Müller et al., 2014).

La utilización de naltrexona está mostrando resultados favorables para el tratamiento de las adicciones comportamentales en estudios con controles aleatorizados para juego, compras compulsivas y la adicción a internet (Dannon, Lowengrub, Musin, Gonopolsky, y Kotler, 2007; Grant, Kim y Hartman, 2008). Los resultados obtenidos muestran que aquellos receptores opioides tipo mu juegan un papel similar en las adicciones conductuales al que juegan en las adicciones a sustancias, probablemente, a través de la modulación de las vías dopaminérgicas mesolímbicas (Grant et al., 2008).

En lo que se refiere a la adicción a internet hay estudios realizados con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) que, aunque son pocos todavía sí que los resultados obtenidos hacen pensar que pueden ser beneficiosos en esta adicción con una reducción de la conducta (Bowers, Chen y Bonci, 2010). Mientras que para otros autores el uso de los inhibidores de la recaptación de serotonina es válido para tratar la compulsión tanto a internet como a internet con adicción sexual asociada también (Bostwick y Bucci, 2008; Sattar y Ramaswamy, 2004). En algunos trabajos la utilización de escitalopram reduce el craving además de mejorar evidentemente el estado de ánimo de la persona (Dell'Osso et al., 2008), los mismos resultados que se obtuvieron con el uso de sertralina en el juego patológico incluido a través de internet (Saiz et al., 2005). En relación a los video juegos parece que el bupropión ha resultado ser el fármaco más eficaz, al igual que el escitalopram pero en el del bupropión se demostró cómo había una mayor eficacia en la atención y disminuyendo la impulsividad (Seo et al., 2021; Song et al., 2016).

También el uso de fluvoxamina, carbamacepina, e incluso litio sugieren la posibilidad de reducción del deseo de realizar la conducta problema (Black et al., 2007).

De la misma manera que aquellos pacientes con trastorno por déficit de atención o del espectro autista asociados a un uso/abuso de internet se beneficiarían de un tratamiento más completo si esa comorbilidad se encuentra tratada, en el caso del trastorno por déficit de atención estas personas puedan estar con varios temas abiertos y con necesidad

de información constante (Aznar, Kopecký, Romero, Cáceres y Trujillo, 2020). En individuos con TDHA y el juego en línea parece según indican estudios que indican que estas personas podrían beneficiarse de la utilización del metilfenidato de liberación prolongada o atomoxetina para disminuir la utilización del uso de juego en internet (Black et al., 2008).

Entre los trabajos realizados en el campo de las adicciones comportamentales para el tratamiento de estas, hay autores consideran que la pérdida de funcionamiento en la corteza prefrontal es uno de los elementos príncipes para el desarrollo de estas adicciones ya que se explicaría así la pérdida de control de impulsos (Blum et al., 2015; Brand, Young y Laier, 2014). Hay estudios sobre la impulsividad (Fernández-Serrano et al., 2012a; Fernández-Serrano, Perales, Moreno-López, Pérez-García y Verdejo-García, 2012b) que tienen la finalidad de explorar la posible existencia de un eje impulsividad-compulsividad en el abuso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) similar al propuesto previamente para personas con adicción a la cocaína. Los datos sugieren que sí es posible situar a estos sujetos de la muestra de la población de usuarios de TIC en un eje entre la impulsividad, como comienzo del desgobierno de la corteza prefrontal para controlar la conducta, hasta la compulsividad, como estado en el que se ha instaurado el hábito que se ejecuta para reducir el malestar de no hacerlo. Así lo sugiere el hecho de que las personas con puntuaciones muy elevadas en impulsividad (Impulsive Behavior Scale, UPPS-P) presentan puntuaciones muy bajas en compulsividad (Escala de Uso Compulsivo para tecnología de información y comunicación, OCDUS-TIC) y se agrupan, por tanto, en el grupo denominado alta impulsividad. De la misma manera, las personas con puntuaciones muy elevadas en compulsividad (OCDUS-TIC) presentan puntuaciones muy bajas en impulsividad (UPPS-P) y se agrupan en el grupo denominado alta compulsividad. El tránsito entre ambos polos está representado por las personas que se encuentran en los grupos intermedios, como se ha hipotetizado en el marco del modelo (Everitt y Robbins, 2016). Otros trabajos reflejan como a veces se confunden la concentración máxima a la hora de jugar a los videojuegos con un estado patológico de abuso, pero es que el video juego puede requerir una atención total que lleve a confusión. Hacen hincapié que todo esto tiene que ver más con el aspecto de compulsión frente a la impulsividad (Pedrero et al., 2018). Bowers et al. (2007) avalan que estas personas con mayor susceptibilidad y que tienden a engancharse a estas tecnologías suelen presentar características que se asocian a depresión, ansiedad, ansiedad social, impulsividad y tienen un mayor potencial de desarrollar adicción a internet o teléfono móvil

Para el control de estímulos, se plantearía es que, tras un periodo de desconexión digital, después se le limitase el acceso y no pasar más tiempo del establecido, así como buscar recursos para aquellos momentos de ocio. Hay autores que propone la utilización de fármacos para el control de impulsos (Bowers et al. 2007). Con respecto a esto en los últimos años se han publicado algunos estudios pequeños e informes de casos que indican que el topiramato también puede tener un uso potencial en el tratamiento de estas conductas. Hasta ahora, se han observado efectos positivos del topiramato en la reducción de las recaídas en el juego problemático y en la reducción de la conducta sexual y de alimentación compulsiva (Fong et al., 2008; Fong et al., 2008; Khazaal y Zullino, 2006; Tata y Kockler, 2006). Claramente, esta vía para el tratamiento de las adicciones no relacionadas con las drogas debe explorarse más a fondo.

Existe una sólida bibliografía realizada durante más de veinte años que inducen a pensar el papel decisivo que tiene el glutamato y los receptores de glutamato en la recompensa, refuerzo y recaída en las adicciones (Atmaca, 2007; Bowers et al., 2010; Kotov, Gamez, Schmidt y Watson, 2010; Moussawi y Kalivas, 2010; Reissner y Kalivas, 2010; Salamone, Correa, Farrar y Mingote, 2007). Entre las últimas opciones terapéuticas propuestas para el tratamiento de las adicciones comportamentales están el Topiramato o la N-acetilcisteína. Estos estudios sugieren que la modulación glutamatérgica de los niveles de dopamina en el núcleo accumbens puede considerarse un mecanismo común en las adicciones con o sin sustancia (Grant et al., 2008; Kalivas, Volkow y Seamans, 2005).

En otros trabajos se sugiere que el uso de antipsicóticos atípicos como olanzapina no supondrían un tratamiento eficaz en la adicción al videojuego con póker ya que sus efectos no superarían al placebo (Fong et al., 2008). Sin embargo, hay otros trabajos que reportan que el uso de quetiapina a dosis de 200mg en aquellos pacientes con síntomas de compulsión a la hora de usar internet pueden resultar beneficiosas (Bipeta, Yerramilli, Karredla y Gopinath, 2015; Camardese, De Risio, Di Nicola, Pizi y Janiri, 2012).

A tener en cuenta que en el tratamiento de las adicciones conductuales aún queda mucho que hacer para llegar a tratamientos específicos, como se ha repetido anteriormente son de nueva aparición y aún no están reconocidas como tales por los sistemas de clasificación. Hay que tener presente que el primer paso para iniciar un tratamiento sería, limitar o evitar su uso problemático y aquellas situaciones que supongan una pérdida de control, ayudado con un aporte farmacológico que mitigue la sintomatología ocasionada y además que trate la comorbilidad psiquiátrica asociada

2.2. Recomendaciones

Tabla 2. Resumen de la evidencia acerca de los tratamientos farmacológicos disponibles para el tratamiento de la adicción a las nuevas tecnologías.

| Resultados | Grado de recomendación |
|---|------------------------|
| Actualmente no hay suficiente evidencia para recomendar ningún tratamiento farmacológico para el tratamiento de la adicción a las nuevas tecnologías | B |
| Los antidepresivos como grupo no son más efectivos que el placebo en el tratamiento de la gravedad de los síntomas de la adicción a las nuevas tecnologías | B |
| Los antagonistas opioides pueden tener efecto beneficioso sobre la gravedad de los síntomas de la adicción a las nuevas tecnologías | B |
| Los estabilizadores del estado de ánimo evaluados como grupo no resultan efectivos en la gravedad de los síntomas de adicción a las nuevas tecnologías, ni en la reducción de los síntomas depresivos y síntomas de ansiedad asociados. | B |
| El antipsicótico atípico quetiapina puede tener eficacia sobre la gravedad de los síntomas de adicción a las nuevas tecnologías | C |
| Los antidepresivos no parecen ser más efectivos que los antagonistas de opioides en los síntomas depresivos o síntomas de ansiedad. | D |

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo

3. BIBLIOGRAFIA

- Aboujaoude, E. y Salame, W. O. (2016). Naltrexone: A Pan-Addiction Treatment? *CNS Drugs*, 30(8), 719–733. doi: 10.1007/s40263-016-0373-0
- Achab, S. y Khazaal, Y. (2011). Psychopharmacological treatment in pathological gambling: a critical review. *Current Pharmaceutical Design*, 17(14), 1389–1395. doi: 10.2174/138161211796150774
- Atmaca M. (2007). A case of problematic internet use successfully treated with an SSRI-antipsychotic combination. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31(4), 961–962. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.01.003>
- Aznar, I., Kopecký, K., Romero, J. M., Cáceres, M. P. y Trujillo, J. M. (2020). Patologías asociadas al uso problemático de internet. Una revisión sistemática y metaanálisis en WOS y Scopus. *Investigación Bibliotecológica: Archivonomía, Bibliotecología e Información*, 34 (82), 229-253. <https://doi.org/10.22201/iibi.24488321xe.2020.82.58118>
- Berlin, H. A., Braun, A., Simeon, D., Koran, L. M., Potenza, M. N., McElroy, S. L.,... Hollander, E. (2013). A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 14(2), 121–128. doi: 10.3109/15622975.2011.560964
- Black D. W. (2004). An open-label trial of bupropion in the treatment of pathologic gambling. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(1), 108–110. doi: 10.1097/01.jcp.0000114844.58996.4a
- Black, D. W., Arndt, S., Coryell, W. H., Argo, T., Forbush, K. T., Shaw, M. C.,... Allen, J. (2007). Bupropion in the treatment of pathological gambling: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(2), 143–150. doi: 10.1097/01.jcp.0000264985.25109.25
- Black, D. W., Shaw, M. C. y Allen, J. (2008). Extended release carbamazepine in the treatment of pathological gambling: an open-label study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(5), 1191–1194. doi: 10.1016/j.pnpbp.2008.02.013
- Black, D. W., Shaw, M., Forbush, K. T. y Allen, J. (2007). An open-label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling. *Clinical Neuropharmacology*, 30(4), 206–212. doi: 10.1097/wnf.0b013e31803d357f
- Blanco, C., Petkova, E., Ibáñez, A. y Sáiz-Ruiz, J. (2002). A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Annals of Clinical Psychiatry*, 14(1), 9–15. doi: 10.1023/a:1015215809770
- Blaszczynski, A. y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x
- Bipeta, R., Yerramilli, S. S., Karredla, A. R., y Gopinath, S. (2015). Diagnostic Stability of Internet Addiction in Obsessive-compulsive Disorder: Data from a Naturalistic One-year Treatment Study. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 12(3-4), 14–23.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutierrez, M. (Eds). (2020). Manual de trastornos adictivos. ADAMED Laboratorios, S.L.U.
- Bostwick, J. M., y Bucci, J. A. (2008). Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clinic Proceedings*, 83(2), 226–230. <https://doi.org/10.4065/83.2.226>
- Bowers, M. S., Chen, B. T., y Bonci, A. (2010). AMPA receptor synaptic plasticity induced by psychostimulants: the past, present, and therapeutic future. *Neuron*, 67(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.06.004>
- Bowers, M. S., Chen, B. T., Chou, J. K., Osborne, M. P., Gass, J. T., See, R. E., Bonci, A., Janak, P. H., y Olive, M. F. (2007). Acamprosate attenuates cocaine- and cue-induced reinstatement of cocaine-seeking behavior in rats. *Psychopharmacology*, 195(3), 397–406. <https://doi.org/10.1007/s00213-007-0904-y>
- Brand, M., Young, K. S., y Laier, C. (2014). Prefrontal control and internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 375. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00375>
- Brenner V. (1997). Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet use, abuse and addiction: the first 90 days of the Internet Usage Survey. *Psychological Reports*, 80(3 Pt 1), 879–882. <https://doi.org/10.2466/pr0.1997.80.3.879>

- Blum, K., Febo, M., Smith, D. E., Roy, A. K., 3rd, Demetrovics, Z., Cronjé, F. J., Femino, J., Agan, G., Fratantoni, J. L., Pandey, S. C., Badgaiyan, R. D., y Gold, M. S. (2015). Neurogenetic and epigenetic correlates of adolescent predisposition to and risk for addictive behaviors as a function of prefrontal cortex dysregulation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(4), 286–292. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0146>
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Hoven, C. W., Brunner, R., y Kaess, M. (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1–13. <https://doi.org/10.1159/000337971>
- Camardese, G., De Risio, L., Di Nicola, M., Pizi, G., y Janiri, L. (2012). A role for pharmacotherapy in the treatment of “internet addiction”. *Clinical Neuropharmacology*, 35(6), 283–289. <https://doi.org/10.1097/WNF.0b013e31827172e5>
- Conrod P. J. (2016). Personality-Targeted Interventions for Substance Use and Misuse. *Current Addiction Reports*, 3(4), 426–436. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0127-6>
- Choi, J., Cho, H., Kim, J. Y., Jung, D. J., Ahn, K. J., Kang, H. B., Choi, J. S., Chun, J. W., y Kim, D. J. (2017). Structural alterations in the prefrontal cortex mediate the relationship between Internet gaming disorder and depressed mood. *Scientific Reports*, 7(1), 1245. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-01275-5>
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Gonopolski, Y., Musin, E. y Kotler, M. (2005). Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study. *Clinical Neuropharmacology*, 28(1), 6–10. doi: 10.1097/01.wnf.0000152623.46474.07
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Musin, E., Gonopolski, Y. y Kotler, M. (2005). Sustained-release bupropion versus naltrexone in the treatment of pathological gambling: a preliminary blind-rater study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(6), 593–596. doi: 10.1097/01.jcp.0000186867.90289.ed
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Musin, E., Gonopolsky, Y., y Kotler, M. (2007). 12-month follow-up study of drug treatment in pathological gamblers: a primary outcome study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(6), 620–624. <https://doi.org/10.1097/jcp.0b013e31815a4400>
- Dell’Osso, B., Hadley, S., Allen, A., Baker, B., Chaplin, W. F., y Hollander, E. (2008). Escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder: an open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 452–456. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n031>
- De-Sola, J., Talledo, H., Rodríguez de Fonseca, F., y Rubio, G. (2017). Prevalence of problematic cell phone use in an adult population in Spain as assessed by the Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS). *PloS One*, 12(8), e0181184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181184>
- De-Sola, J., Talledo, H., Rubio, G., y de Fonseca, F. R. (2017). Psychological Factors and Alcohol Use in Problematic Mobile Phone Use in the Spanish Population. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00011>
- Dowling, N., Merkouris, S., Lubman, D., Thomas, S., Bowden-Jones, H. y Cowlishaw, S. (2022). Pharmacological interventions for the treatment of disordered and problem gambling. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD008936. doi: 10.1002/14651858.CD008936.pub2
- Duplaga, M. y Szulc, K. (2019). The Association of Internet Use with Wellbeing, Mental Health and Health Behaviours of Persons with Disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3252. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183252>
- Echeburúa E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17(1), 11-15.
- Everitt, B. J., y Robbins, T. W. (2016). Drug Addiction: Updating Actions to Habits to Compulsions Ten Years On. *Annual Review of Psychology*, 67, 23–50. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033457>
- Fernández-Serrano, M. J., Perales, J. C., Moreno-López, L., Santos-Ruiz, A., Pérez-García, M., y Verdejo-García, A. (2012). Impulsividad y compulsividad en individuos dependientes de cocaína [Impulsivity and compulsivity in cocaine dependent individuals]. *Adicciones*, 24(2), 105–113.
- Fernández-Serrano, M. J., Perales, J. C., Moreno-López, L., Pérez-García, M., y Verdejo-García, A. (2012). Neuropsychological profiling of impulsivity and compulsivity in cocaine dependent individuals. *Psychopharmacology*, 219(2), 673–683. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2485-z>

- Fong, T., Kalechstein, A., Bernhard, B., Rosenthal, R. y Rugle, L. (2008). A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 89(3), 298–303. doi: 10.1016/j.pbb.2007.12.025
- Fong, T. W., Campos, M. D., Brecht, M. L., Davis, A., Marco, A., Pecanha, V., y Rosenthal, R. J. (2011). Problem and pathological gambling in a sample of casino patrons. *Journal of Gambling Studies*, 27(1), 35–47. <https://doi.org/10.1007/s10899-010-9200-6>
- Gaboriau, L., Victorri-Vigneau, C., Gérardin, M., Allain-Veyrac, G., Jolliet-Evin, P. y Grall-Bronnec, M. (2014). Aripiprazole: a new risk factor for pathological gambling? A report of 8 case reports. *Addictive Behaviors*, 39(3), 562–565. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.11.005
- Gioia F., Colella G. M. y Boursier V. (2022). Evidence on problematic online gaming and social anxiety over the past ten years: a systematic literature review. *Current Addiction Report*, 9:32–47. doi: 10.1007/s40429-021-00406-3
- González-Ibáñez, A., Aymamí, M. N., Jiménez, S., Domenech, J. M., Granero, R. y Lourido-Ferreira, M. R. (2003). Assessment of pathological gamblers who use slot machines. *Psychological Reports*, 93(3 Pt 1), 707–716. doi: 10.2466/pr0.2003.93.3.707
- Goslar, M., Leibetseder, M., Muench, H. M., Hofmann, S. G. y Laireiter, A. R. (2019). Pharmacological Treatments for Disordered Gambling: A Meta-analysis. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 415–445. doi: 10.1007/s10899-018-09815-y
- Grall-Bronnec, M., Sauvaget, A., Perrouin, F., Leboucher, J., Etcheverrigaray, F., Challet-Bouju, G.,... Victorri-Vigneau, C. (2016). Pathological Gambling Associated With Aripiprazole or Dopamine Replacement Therapy: Do Patients Share the Same Features? A Review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36(1), 63–70. doi: 10.1097/JCP.0000000000000444
- Grant, J. E., Chamberlain, S. R., Odlaug, B. L., Potenza, M. N. y Kim, S. W. (2010). Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study. *Psychopharmacology*, 212(4), 603–612. doi: 10.1007/s00213-010-1994-5
- Grant, J. E., Kim, S. W., Potenza, M. N., Blanco, C., Ibanez, A., Stevens, L.,... Zaninelli, R. (2003). Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 18(4), 243–249. doi: 10.1097/00004850-200307000-00000
- Grant, J. E. y Potenza, M. N. (2006). Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *International Clinical Psychopharmacology*, 21(4), 203–209. doi: 10.1097/00004850-200607000-00002
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Hollander, E., Cunningham-Williams, R., Nurminen, T., Smits, G. y Kallio, A. (2006). Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *The American Journal of Psychiatry*, 163(2), 303–312. doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.303
- Grant, J. E., Kim, S. W. y Odlaug, B. L. (2007). N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study. *Biological Psychiatry*, 62(6), 652–657. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.11.021
- Grant, J. E., Kim, S. W., y Hartman, B. K. (2008). A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 783–789. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0511>
- Grant, J. E. y Potenza, M. N. (2010). Pharmacological treatment of adolescent pathological gambling. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 129–138.
- Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., Haws, C. A., y Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 251–256. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.08.011>
- Hollander, E., DeCaria, C. M., Finkell, J. N., Begaz, T., Wong, C. M. y Cartwright, C. (2000). A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathological gambling. *Biological psychiatry*, 47(9), 813–817. doi: 10.1016/s0006-3223(00)00241-9
- Hollander, E., Frenkel, M., Decaria, C., Trugold, S. y Stein, D. J. (1992). Treatment of pathological gambling with clomipramine. *The American Journal of Psychiatry*, 149(5), 710–711. doi: 10.1176/ajp.149.5.710b

- Hollander, E., Pallanti, S., Allen, A., Sood, E. y Baldini Rossi, N. (2005). Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders?. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 137–145. doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.137
- Ibañez, A. y Sáiz, J. (2001). La ludopatía: una “nueva” enfermedad. Barcelona: MASSON.
- Kalivas, P. W., Volkow, N., y Seamans, J. (2005). Unmanageable motivation in addiction: a pathology in prefrontal-accumbens glutamate transmission. *Neuron*, 45(5), 647–650. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2005.02.005>
- Kelley, K. J. y Gruber, E. M. (2013). Problematic Internet use and physical health. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(2), 108–112. <https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.016>
- Kim, S. W. y Grant, J. E. (2001). An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 285–289. doi: 10.1097/00004850-200109000-00006
- Kim, S. W., Grant, J. E., Adson, D. E., Shin, Y. C. y Zaninelli, R. (2002). A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(6), 501–507. doi: 10.4088/jcp.v63n0606
- Khazaal, Y., y Zullino, D. F. (2006). Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: case report. *BMC Psychiatry*, 6, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-22>
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S. y Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. *European Psychiatry*, 27(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.04.011>
- Koepp, M. J., Gunn, R. N., Lawrence, A. D., Cunningham, V. J., Dagher, A., Jones, T., Brooks, D. J., Bench, C. J., y Grasby, P. M. (1998). Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature*, 393(6682), 266–268. <https://doi.org/10.1038/30498>
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., y Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Kraus, S. W., Etuk, R. y Potenza, M. N. (2020). Current pharmacotherapy for gambling disorder: a systematic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 21(3), 287–296. doi: 10.1080/14656566.2019.1702969
- Kühn, S. y Gallinat, J. (2014). Amount of lifetime video gaming is positively associated with entorhinal, hippocampal and occipital volume. *Molecular Psychiatry*, 19(7), 842–847. <https://doi.org/10.1038/mp.2013.100>
- Kuss, D. J., y Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction--a review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(9), 3528–3552. <https://doi.org/10.3390/ijerph8093528>
- Kwon, M., Lee, J. Y., Won, W. Y., Park, J. W., Min, J. A., Hahn, C., Gu, X., Choi, J. H., y Kim, D. J. (2013). Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PloS One*, 8(2), e56936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056936>
- Leung, K. S. y Cottler, L. B. (2009). Treatment of pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 69–74. doi: 10.1097/YCO.0b013e32831575d9
- Lobel, A., Engels, R. C., Stone, L. L., Burk, W. J., y Granic, I. (2017). Video Gaming and Children’s Psychosocial Wellbeing: A Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 884–897. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0646-z>
- McElroy, S. L. y Keck, P. E. (2009). Trastornos del control de los impulsos. En Gabbard, G. O. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos, tomo II. p. 857-867. Barcelona: Ars Médica.
- Mihajlov, M., y Vejmelka, L. (2017). Internet Addiction: A Review of the First Twenty Years. *Psychiatria Danubina*, 29(3), 260–272. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.260>
- Morrison, C. M., y Gore, H. (2010). The relationship between excessive Internet use and depression: a questionnaire-based study of 1,319 young people and adults. *Psychopathology*, 43(2), 121–126. <https://doi.org/10.1159/000277001>

- Mouaffak, F., Leite, C., Hamzaoui, S., Benyamina, A., Laqueille, X. y Kebir, O. (2017). Naltrexone in the Treatment of Broadly Defined Behavioral Addictions: A Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *European Addiction Research*, 23(4), 204–210. doi: 10.1159/000480539
- Moussawi, K., y Kalivas, P. W. (2010). Group II metabotropic glutamate receptors (mGlu2/3) in drug addiction. *European Journal of Pharmacology*, 639(1-3), 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2010.01.030>
- Müller, K. W., Beutel, M. E., y Wölfling, K. (2014). A contribution to the clinical characterization of Internet addiction in a sample of treatment seekers: validity of assessment, severity of psychopathology and type of co-morbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 770–777. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.01.010>
- Pallanti, S., Quercioli, L., Sood, E. y Hollander, E. (2002). Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(7), 559–564. doi: 10.4088/jcp.v63n0704
- Pallesen, S., Molde, H., Arnestad, H. M., Laberg, J. C., Skutle, A., Iversen, E.,... Holsten, F. (2007). Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(4), 357–364. doi: 0.1097/jcp.013e3180dcc304d
- Pedrero, E. J., Ruiz, J. M., Rojo, G., Llanero, M., Pedrero, J., Morales, S., y Puerta, C. (2018). Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): abuso de Internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC. *Adicciones*, 30(1), 19–32. <https://doi.org/10.20882/adicciones.806>
- Porchet, R. I., Boekhoudt, L., Studer, B., Gandamaneni, P. K., Rani, N., Binnamangala, S.,... Clark, L. (2013). Opioidergic and dopaminergic manipulation of gambling tendencies: a preliminary study in male recreational gamblers. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 138. doi: 10.3389/fnbeh.2013.00138
- Reissner, K. J., y Kalivas, P. W. (2010). Using glutamate homeostasis as a target for treating addictive disorders. *Behavioural Pharmacology*, 21(5-6), 514–522. <https://doi.org/10.1097/FBP.0b013e32833d41b2>
- Rosenberg, O., Dinur, L. K. y Dannon, P. N. (2013). Four-year follow-up study of pharmacological treatment in pathological gamblers. *Clinical Neuropharmacology*, 36(2), 42–45. doi: 10.1097/WNF.0b013e31828740ea
- Saiz-Ruiz, J., Blanco, C., Ibáñez, A., Masramon, X., Gómez, M. M., Madrigal, M. y Díez, T. (2005). Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(1), 28–33. doi: 10.4088/jcp.v66n0104
- Salamone, J. D., Correa, M., Farrar, A., y Mingote, S. M. (2007). Effort-related functions of nucleus accumbens dopamine and associated forebrain circuits. *Psychopharmacology*, 191(3), 461–482. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0668-9>
- Sattar, P., y Ramaswamy, S. (2004). Internet gaming addiction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(12), 869–870.
- Selfhout, M. H., Branje, S. J., Delsing, M., ter Bogt, T. F., y Meeus, W. H. (2009). Different types of Internet use, depression, and social anxiety: the role of perceived friendship quality. *Journal of Adolescence*, 32(4), 819–833. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.10.011>
- Seo, E. H., Yang, H. J., Kim, S. G., Park, S. C., Lee, S. K., y Yoon, H. J. (2021). A Literature Review on the Efficacy and Related Neural Effects of Pharmacological and Psychosocial Treatments in Individuals With Internet Gaming Disorder. *Psychiatry Investigation*, 18(12), 1149–1163. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0207>
- Smith, L., Louw, Q., Crous, L., y Grimmer-Somers, K. (2009). Prevalence of neck pain and headaches: impact of computer use and other associative factors. *Cephalalgia*, 29(2), 250–257. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01714.x>
- Song, J., Park, J. H., Han, D. H., Roh, S., Son, J. H., Choi, T. Y., Lee, H., Kim, T. H., y Lee, Y. S. (2016). Comparative study of the effects of bupropion and escitalopram on Internet gaming disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(11), 527–535. <https://doi.org/10.1111/pcn.12429>
- Tata, A. L., y Kockler, D. R. (2006). Topiramate for binge-eating disorder associated with obesity. *The Annals of Pharmacotherapy*, 40(11), 1993–1997. <https://doi.org/10.1345/aph.1H178>

- Victorri-Vigneau, C., Spiers, A., Caillet, P., Bruneau, M., Ignace-Consortium, Challet-Bouju, G. y Grall-Bronnec, M. (2018). Opioid Antagonists for Pharmacological Treatment of Gambling Disorder: Are they Relevant?. *Current Neuropharmacology*, 16(10), 1418–1432. doi: 10.2174/1570159X15666170718144058
- Vondráčková, P., y Gabrhelík, R. (2016). Prevention of Internet addiction: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 568–579. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.085>
- Waisman, M. y Calero S. (2021). Adicciones. Juego patológico y otras adicciones conductuales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial panamericana.
- Yip, S. W. y Potenza, M. N. (2014). Treatment of Gambling Disorders. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1(2), 189–203. doi: 10.1007/s40501-014-0014-5
- Young, K., Pistner, M., O'Mara, J., y Buchanan, J. (1999). Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 2(5), 475–479. <https://doi.org/10.1089/cpb.1999.2.475>
- Zack, M. y Poulos, C. X. (2009). Effects of the atypical stimulant modafinil on a brief gambling episode in pathological gamblers with high vs. low impulsivity. *Journal of psychopharmacology*, 23(6), 660–671. doi: 10.1177/0269881108091072
- Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., y Petry, N. M. (2017). Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 979–994. <https://doi.org/10.1037/adb0000315>
- Zimmerman, M., Breen, R. B. y Posternak, M. A. (2002). An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(1), 44–48. doi : 10.4088/jcp.v63n0109

CAPÍTULO 6

EVIDENCIAS DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPEÚTICOS

ANA ROSA GONZÁLEZ BARROSO, JUDIT LÓPEZ BERGA, MIGUEL ÁNGEL PADILLA FERNÁNDEZ

1. INTRODUCCIÓN

Las adicciones comportamentales han sido objeto de estudio en los últimos años, si bien la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos aún está dando sus primeros pasos. Encontramos literatura con estudios muy heterogéneos en cuanto a metodología, criterios de inclusión, edad de la muestra, factores culturales y variables dependientes.

Siguiendo la formulación de las adicciones a sustancias, el objetivo inicial del tratamiento de la mayoría de las adicciones comportamentales es la abstinencia. No obstante, al hablar de patologías tales como la adicción a internet o a las nuevas tecnologías, la abstinencia se torna un objetivo menos práctico, por lo que ha sido necesario redefinir algunas de estas metas y por tanto, las intervenciones dirigidas a alcanzarlas.

En el presente capítulo se lleva a cabo una revisión de las investigaciones realizadas sobre tratamientos psicológicos para el abordaje del juego patológico, ya descrito como diagnóstico en las principales clasificaciones y otras adicciones comportamentales: la adicción a videojuegos y la adicción a internet. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión sistemática en las bases de datos de Medline a través de Pubmed; PsycInfo y Psicodoc, eligiendo meta-análisis, revisiones sistemáticas y ensayos aleatorizados de calidad sin limitación de fechas. Asimismo, se ha realizado una revisión bibliográfica en manuales de referencia de tratamientos psicológicos y consultado los trabajos de grupos expertos en el tratamiento de adicciones comportamentales.

Con la intención de hacer de este capítulo algo mucho más pragmático, se dividen las investigaciones y las recomendaciones en los tres grandes grupos antes citados: Juego Patológico (*gambling*), Adicción a videojuegos (*gaming*) y Adicción a internet.

2. JUEGO PATOLÓGICO

2.1. Recorrido histórico de la intervención psicológica

Según el modelo de intervención de la Organización Mundial de la Salud, el tratamiento en la adicción al juego puede realizarse adaptando el modelo para el abuso de sustancias (Suescún, 2015), hecho que ha quedado patente en la aplicación de los tratamientos psicológicos de las adicciones a sustancias a las adicciones comportamentales.

Las primeras intervenciones fueron enfoques psicodinámicos (Bergler, 1957) en los que se concebía que la base sobre la que se sustenta el juego patológico era la culpa por la rebelión contra las figuras de la autoridad que conducía al individuo a una necesidad de autocastigo y que tenía la idea del masoquismo como núcleo de la ludopatía.

Con el auge de las terapias conductuales en los años 60, se ponen en marcha este tipo de intervenciones para atender a los jugadores patológicos. Las terapias aversivas se utilizaban en los orígenes, tanto la aplicación de estímulos aversivos (corrientes eléctricas) como la sensibilización encubierta (en imaginación) (Ferrández, 2010). Se trata de técnicas basadas en el condicionamiento clásico y que actualmente se encuentran en desuso debido principalmente a que sólo era eficaces en un espacio temporal muy reducido.

Greenberg y Marks (1982) utilizaban la desensibilización sistemática en imaginación y usaban la técnica consiguiendo abstinencias de casi el 50% de los pacientes a los 6 meses. Por su parte, McConaghy et al. en 1983 realizaron un estudio comparando la desensibilización sistemática con el entrenamiento aversivo obteniendo mejores resultados para la desensibilización al año de seguimiento.

En los años 80, se incorpora el componente cognitivo y en 1989, Ladouceur et al. utilizan el cuestionamiento de verbalizaciones irracionales durante el juego convirtiéndose este tratamiento en uno de los más conocidos durante años para los jugadores patológicos e iniciando la hegemonía del tratamiento cognitivo-conductual en el juego patológico.

Las modalidades de tratamiento psicológico con la mayor evidencia hasta el momento son: la terapia cognitivo-conductual, la entrevista motivacional y las intervenciones basadas en *mindfulness* (Cowlshaw et al., 2012; Matheson et al., 2018; Maynard et al., 2018; Yakovenko et al., 2015). También resultan útiles las técnicas cognitivas relacionadas con la modificación de ideas irracionales y el pensamiento mágico asociado al juego; la psicoeducación sobre las probabilidades de ganar; el entrenamiento en solución de problemas, en habilidades de afrontamiento del estrés y técnicas para aumentar el auto concepto (Jiménez-Murcia et al., 2015).

Ya desde finales del siglo pasado se empieza a enfatizar un tratamiento personalizado, retomando este objetivo en las nuevas modalidades de terapia. De esta forma, muchos autores defienden que para obtener éxito con el tratamiento es muy importante identificar correctamente el tipo de jugador y las necesidades específicas de este; además de un sujeto que reconozca el problema y esté motivado para el cambio (Alonso-Fernández, 1996).

En los últimos años, por tanto, aún con una fuerte tendencia de las técnicas cognitivo-conductuales, se dibuja una intervención multicomponente, con estrategias combinadas y más personalizadas. Suponen tratamientos habituales las técnicas conductuales de desensibilización en imaginación, la relajación, el control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta. Tratamientos cognitivo-conductuales tales como la reestructuración cognitiva, la prevención de recaídas y la terapia motivacional. Y se han incorporado, en los últimos años, estrategias más novedosas que están arrojando resultados prometedores, como las técnicas de tercera generación, las psicoterapias en modalidad online o el *feedback* personalizado.

En la línea del tratamiento personalizado se incorporan a la investigación los programas de juego controlado (equivalente al consumo controlado en las adicciones a sustancias) que serán incluso más relevantes en otras adicciones comportamentales tales como la adicción a internet, en las que, como aludíamos previamente, la abstinencia completa parecería menos viable. En cuanto al juego patológico, el objetivo principal sería la abstinencia, pero si no se puede lograr este objetivo, en algunos abordajes se buscaría como meta el juego controlado (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Bâez, 1999).

2.2. Resumen de la evidencia

De las adicciones que se recopilan en este trabajo, sin duda el juego patológico es la que cuenta con un mayor recorrido en la literatura científica. En la búsqueda sobre meta-análisis y estudios de revisión, encontramos numerosos trabajos desde principios de los 2000 que tratan de esbozar una recomendación sobre el abordaje del trastorno y la eficacia de las intervenciones.

A continuación, se recogen las principales conclusiones obtenidas a partir de los artículos revisados. Para una ampliación de los estudios encontrados, ver Tabla 1.

Chabless y Ollendick (2001)

En esta revisión, los autores clasificaron los tratamientos en función de la evidencia científica, otorgando una evidencia fuerte a la terapia cognitivo-conductual y a la terapia de conducta, una evidencia moderada a la prevención de recaídas y una evidencia débil a los grupos de jugadores anónimos y a la terapia aversiva.

Pallesen et al. (2005)

Realizan un estudio para revisar si la intervención psicoterapéutica tiene efectos favorables en el juego patológico. Sin embargo, no especifican el tipo de intervención, por lo que las técnicas empleadas por los diferentes estudios son muy heterogéneas. Encontraron que las intervenciones parecían producir resultados muy favorables tanto a corto como a largo plazo, pero no encontraron ninguna variable mediadora que se relacionara significativamente con la magnitud de los tamaños del efecto en el seguimiento, a pesar de que la duración de la terapia parecía correlacionar positivamente con la mejoría de los pacientes en muchos de los casos y la severidad del juego correlacionaba con un menor mantenimiento de los resultados a largo plazo.

Cowlshaw et al. (2012)

En su artículo, compararon la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, la terapia motivacional, terapia combinada de ambas y otras terapias (no categorizables en los grupos anteriores). Se encontró que la terapia cognitivo-conductual era la que mejores resultados arrojaba en el tratamiento de esta patología (Raylu y Oei, 2010; Rizeanu, 2014), pudiendo mejorar su eficacia con la incorporación de algunos componentes, tal y como destacan Cunningham (2009) y Diskin y Hodgins (2009) en sus estudios. En ellos encontraron que la transmisión de información sobre el juego y la realización de una entrevista motivacional era útil para reducir el dinero gastado en el juego. A su vez, Grant et al. en 2009, hallaron que la entrevista motivacional aumentaba la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, por lo que parecería útil introducirla dentro del protocolo de tratamiento.

Yakovenko et al. (2014)

Encuentran cinco estudios en que sustentan la eficacia de la entrevista motivacional en la reducción del comportamiento de juego con un pequeño tamaño del efecto, aunque con los efectos a largo plazo aún por determinar.

Goslar et al. (2017)

Realizan un meta-análisis sobre la eficacia diferencial de los tratamientos cara a cara en comparación con los autoguiados. Parten de la premisa de que muchos jugadores no buscan ayuda profesional (Suurvali, Hodgins y Cunningham, 2010) por lo que se han ido desarrollando muchas intervenciones auto guiadas para favorecer la accesibilidad y reducir barreras al tratamiento como el coste o la estigmatización (Rash y Petry, 2014). De esta forma, se encuentran opciones de tratamiento que pueden llevar de forma autónoma y normalmente se realizan en forma de material escrito como libros de autoayuda, por teléfono, internet u otros recursos multimedia (Raylu et al., 2008). Goslar et al. parten de una literatura previa que considera ya demostrada la eficacia de las intervenciones psicológicas cara a cara, hipotetizando que estas serán más eficaces que las de autoayuda, debido a factores ya reconocidos como la alianza terapéutica, empatía y confianza. Sin embargo, tienen como objetivo identificar las variables que moderan los tamaños del efecto de ambos tipos de tratamiento.

Los resultados revelaron tamaños del efecto significativamente mayores para los tratamientos presenciales (cara a cara) en comparación con los tratamientos autoguiados en relación con la reducción del comportamiento problemático del juego. La intensidad del tratamiento moderó el efecto de la terapia, particularmente para los tratamientos autoguiados; los programas de tratamiento online más intensivos y estructurados habían producido hallazgos más prometedores.

Las comparaciones entre las dos modalidades de tratamiento en el post tratamiento mostraron tamaños del efecto significativamente mayores para los tratamientos cara a cara también con respecto a la reducción de la gravedad global, frecuencia y pérdida financiera. Además, el éxito del tratamiento no se vio afectado por el método de adminis-

tración en formato individual o grupal, pero aumentó con la cantidad de horas dedicadas a la terapia, lo que respalda los resultados de investigaciones anteriores en esta área.

Petry, Ginley y Rash (2017)

Realizan una revisión sistemática en la que se compara la eficacia de la intervención breve presencial y la intervención breve a distancia u online. Encuentran que cada tipo de población se beneficiaría de un tipo de intervención: así, los pacientes con menor gravedad se benefician de intervenciones breves y online, mientras que el contacto con una terapeuta mejora significativamente los tratamientos auto-dirigidos y sería necesario en aquellos pacientes con mayor gravedad en su sintomatología. Según los autores, aunque las intervenciones de sesión única dirigidas al juego problemático habían demostrado efectos considerables, los resultados del meta-análisis no sugerían que sean tan eficaces como los tratamientos que abarcan múltiples sesiones de tratamiento en persona.

De la misma forma, en cuanto a los tratamientos sobre retroalimentación personalizada, defienden que se debe tener precaución ya que, cuando se administra a personas con poca severidad en el juego, puede surgir un posible “efecto rebote” en el que las personas aumenten su comportamiento de juego para alinearse con la norma. Más allá de esto, y en comparación con otras intervenciones activas como la educación breve, los efectos de las intervenciones de retroalimentación específicas del juego parecen ser relativamente modestos. Aunque la retroalimentación llevada a cabo en formato online es mucho más económica y fácil de hacer llegar a gran escala, no parece tener beneficios pronunciados en la mejora de los resultados en los estudios realizados hasta la fecha.

Entre sus conclusiones, los autores defienden que, cuando los tratamientos cognitivo-conductuales son auto-dirigidos, incluir una llamada telefónica motivacional junto con los materiales puede mejorar los resultados en comparación con la entrega de material sin instrucciones ni apoyo.

Rodda et al. (2018)

El estudio realiza una clasificación taxonómica de los diferentes componentes de las intervenciones para juego patológico en función de la frecuencia con la que aparecen en los artículos analizados. No aporta valores de eficacia ni explora la contribución de estos componentes a los tratamientos, pero sí realiza una identificación de estos de cara a hacer las futuras investigaciones de eficacia más precisas y homogéneas.

Parten de los estudios de revisión de Thomas et al., (2011) en los que se informa que la psicoterapia cara a cara es más eficaz en el tratamiento del juego patológico y la evidencia que apoya terapias como las cognitivo-conductuales, la entrevista motivacional, conductual, cognitiva o intervenciones breves (Cowlshaw et al., 2012; Fong, 2005; Toneatto y Ladouceur, 2003; Viets y Miller, 1997). Aunque existe un amplio abanico de pruebas sobre la eficacia de las intervenciones, existe menos investigación sobre las características y los ingredientes activos de las intervenciones que determinarían la eficacia de los programas de tratamiento. Casi todas las guías de tratamiento recomiendan para evaluar la mejoría del trastorno tres tipos de resultados: la reducción de la frecuencia o intensidad de la

conducta de juego, la reducción de los problemas causados por el juego y los mecanismos o procesos de cambio (Walker et al., 2006).

El objetivo de este estudio es desarrollar un sistema de clasificación que identifique las características o componentes de la intervención que diferenciarían los tratamientos eficaces o ineficaces para cada población. Asimismo, trata de desarrollar un sistema que detecte patrones de similitud y diferencia entre intervenciones en juego patológico que expliquen la diferencia de eficacia.

Presentan el *Gambling Intervention System of Characterization* (GIST-1) que incluye 18 categorías de técnicas de cambio utilizadas en intervenciones y cuatro tipos de categorías de codificación. La Parte 1 describe los tipos de técnicas de cambio utilizadas en las intervenciones (p. ej., reestructuración cognitiva); Parte 2, características de los participantes y del estudio (p. ej., reclutamiento); Parte 3, características de la entrega y realización de la intervención (p. ej., modalidad de entrega); y la Parte 4, características de evaluación.

Quilty et al. (2019)

Estos autores realizan un trabajo de revisión sistemática de artículos en los que se compara la eficacia de las intervenciones breves con intervenciones a largo plazo. Parten de la premisa de una parcialmente demostrada eficacia de estas intervenciones en el tratamiento de otras adicciones, como la adicción al alcohol (Carey et al. 2012; Young et al., 2014).

El valor que otorgan las intervenciones breves en contextos no especializados es el llegar a un porcentaje mayor de población, dado que los servicios especializados solo llegan a una parte de las personas que los necesitan (Quilty et al., 2019). En resumen, muchos estudios individuales han arrojado resultados prometedores sobre la eficacia de la intervención breve en problemas de juego patológico, aunque estos aún difieren en muchos aspectos, tales como grupo de comparación, las medidas de resultado, los seguimientos a largo plazo u otros aspectos importantes, lo que supone aún una limitación a la hora de generalizar los resultados positivos.

Pfund et al. (2020)

Tanto en la literatura sobre juego patológico como en la relacionada con los tratamientos de abuso de sustancias, existen resultados contradictorios sobre la relación entre el número de sesiones y el éxito terapéutico. El objetivo de la investigación de Pfund et al. era profundizar en la investigación realizada por Petry et al. en 2017. Su objetivo era el de examinar la relación entre el número pretendido (es decir, el número de sesiones prescritas en ensayos aleatorizados) y la dosis recibida (el número de sesiones a la que los pacientes acudían) con la eficacia de esos tratamientos.

Los resultados indicaban que, a medida que aumentaban la dosis de tratamiento prevista aumentaba la eficacia de tratamiento, resultados significativos incluso cuando se controlaron las tasas de abandono del estudio. Sin embargo los estudios de alta calidad tuvieron tamaños del efecto menores que los estudios de menor calidad.

Un factor que parecía estar relacionado con un mayor tamaño del efecto fue la voluntad de los participantes (búsqueda activa de tratamiento). No parecían influir la ubicación del estudio, el formato o el tipo de tratamiento. Los resultados respaldaban la hipótesis de que habría una relación significativa entre la dosis recibida y el resultado, pero no la idea de que la dosis prevista no estaría relacionada con el resultado. La eficacia del tratamiento aumentó a medida que aumentaba el número de sesiones de tratamiento, tanto ofrecidas como recibidas. La dosis media fue de 6,7 sesiones.

Concluyen que para determinar la dosis de tratamiento adecuada, los profesionales deben monitorear sistemáticamente los síntomas de sus pacientes para determinar su evolución y prestar atención a las estrategias respaldadas empíricamente para retener a las personas en el tratamiento para maximizar el resultado exitoso. Estas estrategias incluyen, entre otras, fomentar la alianza terapéutica, educar a los clientes sobre la duración adecuada del tratamiento, adaptar el tratamiento a las preferencias de los clientes y discutir las expectativas sobre roles y comportamientos en terapia desde la primera sesión.

Sagoe et al. (2021)

Realizan una revisión sistemática y un meta-análisis sobre las intervenciones en juego patológico basadas en tratamientos online.

Los resultados que obtienen reflejan que el tamaño del efecto para los síntomas generales del juego es significativo, lo que sugiere que las intervenciones en línea tienen un impacto sustancial tanto en el pre-tratamiento como en el post-tratamiento y en el seguimiento de los pacientes. Para la frecuencia de juego y la cantidad de dinero perdido en el juego, se encontraron efectos pequeños pero significativos después del tratamiento y durante el seguimiento. Los autores compararon el tratamiento presencial con el tratamiento de autoayuda e informaron grandes efectos del primer tratamiento sobre los síntomas generales del juego y efectos moderados sobre la frecuencia del mismo, así como las pérdidas de dinero.

De la misma forma, los tratamientos auto guiados online arrojaron tamaños del efecto para los síntomas generales del juego, la frecuencia del juego y la cantidad de dinero perdido en el juego, sugiriendo en el estudio que las intervenciones basadas en internet están asociadas con buenos resultados. En esta ocasión, no se compara la eficacia con terapias presenciales, que estudios previos habían descrito como más eficaces (Goslar et al., 2017).

Pfound et al. (2021)

Esta revisión sistemática y meta-análisis trata de explorar los abandonos de tratamientos psicológicos en los casos de juego patológico y examinar qué variables influyen en estos. Incluye estudios sobre terapias cognitivas o cognitivo-conductuales e intervenciones motivacionales para juego. Los resultados encontrados sugieren que un 31,9% de los pacientes abandonaban el tratamiento. La única variable que detectaron estaba relacionada a nivel estadístico fue el estado civil, encontrando que los pacientes casados abandonaban con menor frecuencia.

Ribeiro et al. (2021)

El grupo de Ribeiro realiza una revisión sobre la eficacia de distintas psicoterapias. Utiliza estudios que incluyen la terapia cognitivo-conductual, la terapia cognitiva, terapia de exposición, la desensibilización en imaginación, la entrevista motivacional, la combinación de la desensibilización y la intervención motivacional, la terapia de pareja y otros abordajes (no categorizables en los previos). En su revisión, la mayoría de los estudios reportan mejoras significativas en varios o todos los indicadores (conductas de juego, cogniciones y sintomatología emocional relacionada). Encontraron, así mismo, que los efectos se mantenían a largo plazo, si bien las mejoras tendieron a disminuir con el tiempo. El grupo de terapia cognitiva mostró una mejora significativa en la frecuencia de juego en comparación con el tratamiento combinado (terapia cognitiva + terapia de exposición) y el grupo control. En la fase de seguimiento el grupo de terapia de exposición mostró mejoras significativas en la frecuencia de juego en comparación con el combinado y los controles. En cuanto a la desensibilización en imaginación, fue significativamente más eficaz que el grupo control.

El tratamiento combinado de la desensibilización y la entrevista motivacional arrojó resultados significativos en mejoras agudas y en los síntomas de *craving* en comparación con los controles.

En cuanto a otras terapias, se estudia si al añadir otros componentes a la terapia cognitivo-conductual, ésta es más eficaz. Estudian la terapia de mapeo de nodos y encuentran que esta combinación mejoraba los criterios diagnósticos en comparación con los controles que solo recibían terapia cognitivo-conductual, así como los síntomas de ansiedad y depresión (estas últimas se mantenían tras seis meses). Cuando se combinaba el tratamiento cognitivo-conductual con el tratamiento basado en los 12 pasos de alcohólicos anónimos, encontraban que ambas combinaciones disminuían significativamente todos los criterios diagnósticos a excepción del *craving*.

Los estudios sobre retroalimentación personalizada enviada por correo concluyeron que había una disminución de los síntomas, aunque las diferencias no fueron significativas en comparación con el grupo control.

La terapia de pareja solo mostró mejoras significativas en algunas medidas de resultado, en comparación con un control en lista de espera. Cuando se comparó con un tratamiento de terapia cognitivo-conductual estándar, los resultados no mostraron que involucrar a la pareja del paciente en la terapia condujera a mejores resultados. Solo se reportó una mejor adherencia al tratamiento.

Tabla 1. Estudios de meta-análisis y revisiones sistemáticas

| Autor (año) | Diseño del estudio | Muestra | Nº estudios | Tipo de intervención | Variables dependientes | Resultados |
|---|---------------------------|----------------|--------------------|--|--|---|
| Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H., y Molde, H. (2005) | Revisión y meta-análisis | 1.434 | 22 | Terapia psicológica (incluye diversas escuelas) | Mejoría (sin definir) | La terapia psicológica mejora resultados en el post tratamiento y en seguimiento. |
| Marchica y Derevensky (2016) | Revisión sistemática | No se indica | 6 | Intervención de retroalimentación personal | Comportamientos problemáticos de juego patológico Identidad social Creencias y cogniciones Dinero gastado y días juego. | Disminución parcial (no en todos los estudios) Aumento más lento del riesgo de juego Menos gastos y menos conductas problema, post tratamiento y tras 6 meses. Menos frecuencia de juego. Creencias y cogniciones: no diferencias significativas para ilusión de control. Resultados incongruentes (en función de gravedad). |
| Petry, N. M., Ginley, M. K., y Rash, C. J. (2017) | Revisión sistemática | 3.592 | 21 | Intervención breve Intervención de retroalimentación personal Libros de tareas Protocolos SBIRT No tratamiento | Mejoría de la sintomatología (criterios heterogéneos) Algunos incluían seguimiento a largo plazo. | Eficacia de las intervenciones cognitivas y cognitivo-conductuales. Auto dirigidas en personas con menor gravedad. Mejoraba con intervención del terapeuta. Resultados ambivalentes sobre Intervención de retroalimentación personal. |
| Rodda, S., Merkouris, S., Abraham, C., Hodgins, D. C., Cowlshaw, S. y Dowling, N. A. (2018) | Revisión sistemática | No se indica | 46 | Componentes de la intervención (GIST-1) | Gravedad de los síntomas del juego, la frecuencia del juego o el gasto del juego | Proporciona una herramienta para el desarrollo de intervenciones más eficientes y efectivas. |
| Sancho, M. et al. (2018) | Revisión sistemática | | 54 | <i>Mindfulness</i> | <i>Craving</i> Síntomas asociados a la adicción Estado de ánimo Regulación emocional | Los estudios parecen indicar que la combinación del <i>mindfulness</i> y el tratamiento adicional serían la mejor opción independientemente de los efectos de MBI, la combinación de diferentes procesos como aceptación, <i>awareness</i> y no juicio sería necesario para predecir cambios en <i>craving</i> . |

Tabla 1 (cont.). Estudios de meta-análisis y revisiones sistemáticas

| Autor (año) | Diseño del estudio | Muestra | Nº estudios | Tipo de intervención | Variables dependientes | Resultados |
|--|--------------------------------------|-----------------|--|--|---|--|
| Peter, S. C., Brett, E. I., Suda, M. T., Leavens, E. L., Miller, M. B., Leffingwell, T. R., ... y Meyers, A. W. (2019) | Meta-análisis | 968 | 11 | Intervención de retroalimentación personal | Conducta problema (tiempo y dinero empleados) Medidas problemas con el juego | Tamaño del efecto pequeño Predictores del efecto: Inclusión de psicoeducación, entrevista motivacional y límite de inclusión clínica. Las intervenciones de retroalimentación personal eran más efectivas cuando se usan en población con mayor severidad en el juego. |
| Quilty, L. C., Wardell, J. D., Thiruchselvam, T., Keough, M. T., y Hendershot, C. S. (2019) | Meta-análisis | 842 >16 años | Análisis cualitativo: 31 Análisis cuantitativo: 7 | Intervenciones breves de tratamiento | Conductas de juego Conductas problemas asociadas | No se hallaron diferencias significativas en la eficacia de tratamientos breves en comparación con terapias más prolongadas. |
| Pfund, R. A., Peter, S. C., Whelan, J. P., Meyers, A. W., Ginley, M. K., y Relyea, G. 2020 | Meta-análisis | 1.203 | 14 | Dosis (número de sesiones) que son eficaces | Frecuencia Intensidad Criterios DSM Duración GPI ASI-G | Existía relación entre un mayor número de sesiones de tratamiento y mayor éxito. |
| Ribeiro, E. O., Afonso, N. H., y Morgado, P. (2021) | Revisión sistemática | 1.694 | 22 | Terapia cognitivo-conductual T Cognitiva. (indiv/grupal) Terapia de Exposición Entrevista motivacional Desensibilización sistemática en imaginación Combinación entrevista y desensibilización Terapia de Pareja Otras terapias | Dinero gastado Frecuencia de juego Tiempo invertido | La terapia de mapeo de enlace de nodo y el tratamiento facilitado en doce pasos demostraron ser efectivos, mientras que la intervención de retroalimentación personalizada no alcanzó significación en la mayoría de los casos. El programa de ejercicios solo presentó beneficios significativos en la reducción de las comorbilidades del juego, sin lograr mejoras significativas en la gravedad del mismo. |
| Sagoe, D., Griffiths, M. D., Erevik, E. K., Høyland, T., Leino, T., Lande, I. A., ... y Pallesen, S. (2021) | Revisión sistemática y meta-análisis | 2.183 | 13 | Tratamiento online | Síntomas generales del juego; frecuencia del juego; cantidad de dinero perdido en el juego. | Tamaño del efecto para los síntomas de juego grande. Las intervenciones online tienen un impacto sustancial. Mejor resultado en tratamiento con terapeuta. Mejor a mayor gravedad. |
| Pfund et al. (2021) | Revisión sistemática y meta-análisis | 2.791 | 24 | Abandonos en terapia | Ratio de abandonos Variables relacionadas | Ratio elevado de abandonos Estado civil (casado) relacionado con menor tasa de abandonos. |

2.3. Principales intervenciones psicológicas y evidencia sobre su eficacia

Con la revisión realizada, podemos hacer un repaso sobre cada una de las terapias que se están trabajando hoy en día y la eficacia que ha demostrado la investigación en cada una de ellas. Para ello se utilizarán los niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN, siglas en inglés de *Scottish intercollegiate guidelines network* (ver Tabla 2).

Se hace un resumen de la evidencia y un esquema de la misma en la Tabla 3.

Tabla 2. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación.

| | |
|------------|--|
| 1++ | Meta-análisis (MA), de alta calidad, revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo. |
| 1+ | MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos. |
| 1- | MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos. |
| 2++ | RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal. |
| 2+ | Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. |
| 2- | Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal |
| 3 | Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos. |
| 4 | Opinión de expertos. |

Niveles de evidencia científica

| | |
|----------|--|
| A | Al menos un MA, RS o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos |
| B | Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+ |
| C | Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++. |
| D | Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+. |

Grados de recomendación

2.3.1. Psicoeducación

El objetivo de la psicoeducación es instruir a los pacientes acerca del trastorno y de cómo manejarlo. Puede ser individual, familiar o grupal. Este tipo de intervención persigue reducir mitos o información que, en muchos casos, el paciente y la familia disponen, pero que puede ser inapropiada o escasa. Favorece la conexión entre lo que tiene y le sucede y estimula la alianza terapéutica (Smyth, Neme y Gotta, 2021). Además, se establece como un parte del abordaje cognitivo-conductual, si bien su eficacia como tratamiento único no está establecida.

Recomendación: Integrar dentro de los programas cognitivo-conductuales.

2.3.2. Terapia Cognitiva

Es una de las intervenciones con mayor evidencia empírica. En ella se exploran los sesgos cognitivos del paciente, tales como la ilusión de control, la superstición o la percepción de saber calcular las probabilidades de ganar. El objetivo sería, por tanto, orientar a la persona para que identifique sus creencias asociadas al juego y la relación entre el pensamiento, las emociones y las conductas. La técnica más utilizada es la reestructuración cognitiva (Echeburúa et al., 2014).

Ladouceur et al., en 2001 realizaron un estudio aleatorizado en el que obtuvieron una mejoría clínica de la terapia cognitiva frente al grupo control. Si las percepciones erróneas y la comprensión de la aleatoriedad en el jugador pueden ser corregidas, entonces la motivación para jugar disminuye drásticamente. Estos mismos investigadores, en 2003, repitieron el estudio en formato grupal y obtuvieron resultados similares. En Australia, el grupo de Smith et al. (2015) compararon en un estudio aleatorizado el tratamiento cognitivo con la terapia de exposición. Ambos grupos experimentaron una mejoría tanto a los 3 como a los 6 meses, sin diferencias significativas entre ambos grupos. En la revisión llevada a cabo por el grupo de Petry, Ginley y Rash, en 2017, se extrae que el 32% de los sujetos asignados a terapia cognitiva tuvo mejoras clínicamente significativas en el juego en un índice global en comparación con los asignados a la condición de lista de espera. Aquellos que completaron el tratamiento completo de la terapia cognitiva redujeron la cantidad gastada y los días de juego en relación con los que estaban en la lista de espera.

La terapia cognitiva, por tanto, arroja beneficios respecto a la lista de espera, si bien no ha mostrado ser más eficaz que la terapia de exposición.

Grado de recomendación: B (evidencia 1+)

2.3.3. Terapia Conductual

La terapia conductual es también otra de las intervenciones con más evidencia empírica. Utiliza técnicas como la desensibilización sistemática, la relajación, el control de estímulos y la exposición in vivo con prevención de respuestas (Echeburúa et al., 2014).

El enfoque conductual tiene en cuenta tres componentes de la conducta de juego: antecedentes (presión financiera, señales de juego, emociones positivas o negativas, factores interpersonales, impulsos de jugar), comportamiento abierto o encubierto (estrategias de afrontamiento para lidiar con sentimientos negativos, pensar en juegos de azar) y consecuencias (excitación autonómica, oportunidades para socializar, escapar de problemas personales, ganancia para hacer frente a la pérdida financiera) (Hodgins y Holub, 2007).

Esta escuela considera el juego patológico como un comportamiento aprendido y tiene como objetivo revertir la conducta aprendida y la asociación entre excitación e inductores condicionados, de forma que los jugadores reduzcan el juego al desarrollar y utilizar con éxito respuestas de afrontamiento alternativas para hacer frente a los impulsos de jugar (Echeburúa, 2015).

El control de estímulos implica limitar el acceso al dinero, no visitar lugares que ofrecen juegos de azar y no pasar tiempo con personas asociadas con el juego. Según avanza el tratamiento, el control de los estímulos se desvanece gradualmente, excepto la evitación de personas asociadas al juego. La autoexclusión de los lugares de juego puede ser un complemento del tratamiento (Nelson, Kleschinsky, LaBrie, Kaplan y Shaffer, 2010).

La exposición con prevención de respuesta tiene como objetivo la exposición sistemática a señales y situaciones de riesgo para hacer que éstas pierdan su poder para inducir impulsos y conductas de juego. Si se previenen o controlan las respuestas, la relación estímulo-respuesta se debilitará. Este tipo de terapia está diseñada para tratar *craving* e impulsos de juego al aumentar la confianza en la capacidad de autocontrol (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1996). Según el meta-análisis de Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen y Molde (2005), las intervenciones que involucran el desarrollo de habilidades de relajación, la exposición a señales de juego y la acción conductual directa son efectivas para mejorar los impulsos de juego, el tiempo y el dinero gastado, y la abstinencia.

Las técnicas de realidad virtual, por su parte, aportan un escenario para una exposición en imaginación más controlada, sin necesidad de exponer en vivo al paciente, mostrándose eficaces (Segawa et al., 2019).

Recomendación: B (evidencia 1+).

Las investigaciones actuales apuestan por programas multicomponente que incluyan las técnicas conductuales como una parte de la intervención.

2.3.4. Terapia Cognitivo-Conductual

La terapia cognitivo-conductual típica implica monitorizar la conducta de juego, psicoeducación y estrategias cognitivas y conductuales que tienen como objetivo el control conductual, el aprendizaje de habilidades de solución de problemas, estrategias de afrontamiento de emociones disfóricas (emociones negativas, pensamientos sobre el juego), consecuencias de la conducta (ganar dinero, activación, socialización, depresión, disminución de la autoestima, conflictos, etc.) y prevención de recaídas (Raylu y Oei, 2010; Echeburúa y et al., 2014). Las pruebas procedentes de los meta-análisis apoyan la eficacia de

la terapia cognitiva-conductual, con una buena respuesta al tratamiento en términos de síntomas generales, frecuencia de juego y cantidad de dinero perdida, aunque los resultados en el seguimiento son inconclusos debido a datos limitados (Cowlshaw et al., 2012).

A pesar de que la terapia cognitiva-conductual presenta diversos componentes, los más empleados y eficaces son la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, el entrenamiento de habilidades sociales y la prevención de recaídas (Rizeanu, 2012; Sylvain, Ladoucery y Boisvert, 1997). Es más eficaz que tratamientos de autoayuda y más con la presencia de un terapeuta que los autoguiados (Petry et al., 2006).

Nivel de recomendación B (evidencia 1+). Hoy en día es la terapia de elección en el juego patológico.

2.3.5. Entrevista/Intervención Motivacional

Las intervenciones motivacionales han sido diseñadas para incrementar el compromiso de los pacientes con el tratamiento y para resolver la ambivalencia, guiando a los pacientes a tomar decisiones más saludables. Son intervenciones que pueden llevarse a cabo de forma aislada o en combinación con otros tratamientos, por ejemplo, los cognitivo-conductuales. La entrevista motivacional explora y resuelve la ambivalencia asociada con el cambio conductual y comprende varios principios para su facilitación (Miller y Rollnick, 2012).

Estudios previos evaluaron la intervención motivacional por sí sola. Por un lado, se encontraron efectos (Carlbring et al., 2010) mientras que otra parte de la investigación no lo hizo (Petry et al., 2008). En general, no existe mucha evidencia de los beneficios para el juego cuando no se combina con tratamientos cognitivo-conductuales. En estudios más recientes, sin embargo, se encuentra que la entrevista motivacional podría tener una eficacia a corto plazo significativa en términos de cantidad de dinero perdido y frecuencia de juego, si bien los efectos a largo plazo solo se mantienen en la frecuencia de juego (Yakovenko et al., 2015).

En combinación con la terapia cognitivo-conductual sí existen evidencias a favor de una mejoría de los resultados (García Caballero et al., 2018; Jiménez Murcia et al., 2015).

Recomendación: B (evidencia 1+). Se suele utilizar en combinación con tratamiento cognitivo-conductual.

2.3.6. Tratamientos Combinados

Como veíamos, autores como Jiménez-Murcia et al., (2015) y García Caballero et al. (2015), encontraban en sus estudios que el tratamiento cognitivo-conductual con componentes motivacionales es eficaz para tratar el juego patológico. Vemos que esta línea de investigación se va abriendo camino, al tratar de abarcar diferentes componentes de la experiencia de la persona jugadora. De esta forma, se va investigando diferentes combinaciones, especialmente partiendo de las técnicas conductuales, cognitivas o cognitivo-con-

ductuales, que son las que se han mostrado más eficaces, para entender si esta adición resultaría beneficiosa para el tratamiento.

En algunos casos, la investigación apunta a que no es así y que, de hecho, podría ser contraproducente. Por ejemplo, la exposición con prevención de respuesta, pese a ser una terapia efectiva, parece tener resultados contradictorios si se emplea en combinación con elementos cognitivos (Carlbring, Jonsson, Josephson y Forsberg, 2010; Jiménez-Murcia et al., 2012; Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1996). Una de las teorías que explican la interacción entre estas técnicas sería que procedimientos cognitivos de algún tipo supondrían un escape de la exposición, interfiriendo por tanto en ésta.

En otros casos, como el de la terapia motivacional, si bien hemos visto que puede tener efectos positivos al combinarla con la Terapia cognitivo-conductual (Grant et al., 2009; Petry et al., 2008, 2009; García Caballero et al., 2015), no podemos afirmar que la integración de la parte motivacional sea lo que mejora la Terapia cognitivo-conductual porque los estudios no utilizaron un diseño de desmantelamiento. Tan solo podríamos extrapolar que ese tratamiento (combinado en este caso) es eficaz.

Aunque los estudios cada vez utilizan más una combinación de técnicas (también en relación con la citada personalización del tratamiento), esto dificulta más metodológicamente los estudios, por lo que no hay ninguna evidencia que respalde de forma firme una determinada combinación, más allá de la cognitivo-conductual.

2.3.7. Terapia Autodirigida

En formato individual, la Terapia cognitivo-conductuales la más empleada en intervenciones auto dirigidas, es un formato en el que el paciente lleva a cabo las técnicas mediante materiales auto dirigidos o autoguiados (por ejemplo, libros de ejercicios). Aunque este tipo de encuadre arroja resultados positivos, aumentaba su eficacia cuando se complementaba, por ejemplo, con una llamada telefónica motivacional de un terapeuta (Petry, Ginley y Rash, 2017).

Terapia grupal autodirigida

Esta técnica surge en Los Ángeles en 1957, con la formación del grupo más conocido hasta el momento y que sirve de referente para el resto, Jugadores Anónimos. Está inspirado en Alcohólicos Anónimos y consiste en reuniones de grupo semanales en las que cada jugador expone su caso y sus circunstancias particulares, el resto de los integrantes realizan una escucha activa y aportan su experiencia y sus estrategias de afrontamiento (Ibáñez y Sáiz, 2001). Estos grupos se componen exclusivamente de jugadores y exjugadores, excluyendo la figura del terapeuta. Además de estas reuniones de grupo, también realizan reuniones de apoyo e información para los familiares de los jugadores (Ibáñez y Sáiz, 2001). Cabe mencionar la distinción entre los grupos de autoayuda y las Asociaciones de Jugadores, que contarían con profesionales coordinándolo y en los que se llevan a cabo intervenciones individuales y grupales guiadas por un terapeuta.

Según los estudios realizados, este tipo de grupos obtienen resultados favorables, como los grupos de terapia de los doce pasos (TSF – *Twelve Steps Facilitated*) (Marceaux y Melville, 2011) y *Congruence Couple Therapy* – CCT- (Lee y Awosoga, 2014). En ambos casos, se encontraban tamaños del efecto comparables con los de la terapia cognitivo-conductual, si bien los estudios no eran ensayos controlados (Lee y Rovers, 2008, Toneatto y Dragonetti, 2008).

Recomendación: D (evidencia 2-).

2.3.8. Intervención breve de retroalimentación personalizada

La retroalimentación personalizada (*personalized feedback*) proporciona al paciente mensajes sobre su conducta y su funcionamiento en relación a una norma. Al personalizarlo, los mensajes se darían según la disposición del sujeto para cambiar y sus objetivos personales.

Los meta-análisis han mostrado que la retroalimentación personalizada en juego patológico muestran pequeños pero significativos efectos de tratamiento (Peter et al., 2019). Incluso en los seguimientos a 3 meses, las personas que habían recibido sesiones de retroalimentación personalizada referían menor dinero empleado en juego y menores síntomas de juego patológico (Petry, Ginley y Rash, 2017). Sin embargo, otras investigaciones apuntarían a que estos resultados solo serían aplicables en casos de mayor severidad, ya que al utilizarse como referencia los datos normativos, podría darse el resultado contradictorio de que una persona que jugara menos (aunque presentara otros criterios) podría aumentar hasta llegar a la norma (Petry, Ginley y Rash, 2017). Ribeiro et al. en 2021 incluyen en su meta-análisis este tipo de intervención, concluyendo que no existía evidencia de su eficacia.

Recomendación: C (evidencia nivel 1-) Más utilizado para programas de prevención.

2.3.9. Mindfulness y Terapias de tercera generación

Los estudios sobre eficacia de estas terapias en el juego patológico parten de la evidencia existente en cuanto a las mismas en los trastornos por consumo de sustancias (Lee et al., 2015), aportando evidencia de que tratamientos basados en Terapia de Aceptación y Compromiso pueden sostenerse más en las fases de seguimiento en comparación con las condiciones de control de intervenciones cognitivo-conductuales (Lee, An, Levin y Twohig, 2015; Serfaty et al., 2018).

En el estudio de Salgar (2022), quienes realizaron una revisión de la literatura, se hallan dos estudios sobre juego patológico, ambos con intervenciones breves online de la terapia de aceptación y compromiso: una con presentaciones en digital y otra mediante un libro de autoayuda con sesiones individuales online. En ambos, la intervención sobre la regla verbal “estar cerca de ganar” influyó en la reducción interfase de las escalas subjetivas, si bien los resultados no fueron estadísticamente significativos (Nastally y Dixon, 2012).

Asimismo, observaron que el entrenamiento en defusión cognitiva mejoraba el entrenamiento (Belisle et al., 2019).

Por su parte, la Terapia Dialéctica Conductual ha mostrado un nivel de evidencia insuficiente en los casos de juego patológico. Esto se explica por la metodología de los estudios, pues uno era un caso único y el resto carecían de grupo control (Christensen et al. 2013; Cavicchioli et al., 2020; Pluhar et al., 2020). Estas limitaciones sitúan las terapias de tercera generación metodológicamente en una situación similar a la de las terapias contextuales, cuyas limitaciones del diseño de los estudios también van en la línea del tamaño muestral y un reducido control experimental (Gooding y TARRIER, 2009).

Respecto a las intervenciones basadas en *mindfulness*, se han constatado que los grandes tamaños del efecto que encuentran constituyen un punto de partida para futuras investigaciones (Van Der Tempel, 2019). En esta misma línea, Maynard et al. (2018) ya habían obtenido efectos de moderados a grandes para la reducción de síntomas de juego, el *craving* y los resultados financieros. Independientemente de los efectos de las intervenciones basadas en *mindfulness*, la combinación de diferentes procesos como aceptación, *awareness* y no juicio era necesaria para predecir cambios en *craving* (Sancho et al., 2018).

En ese mismo año, Melero Ventola et al. (2019) llevaron a cabo una investigación sobre la eficacia del programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena aplicado a familiares de jugadores patológicos. Los resultados indicaban una mejoría en la percepción de estrés en los familiares que recibieron estas sesiones.

Recomendación: D (evidencia 2-). Se recomienda su uso como componente adicional a otras técnicas.

2.3.10. Tratamiento online

Más que una estrategia de tratamiento es una modalidad de encuadre. Generalmente se trata de tratamientos cognitivo-conductuales pero a distancia.

Ladouceur en 2005 encuentra que solo el 10% de las personas con problemas de juego buscan tratamiento. El deseo de manejar el problema por ellos mismos, el estigma, cierta clandestinidad, la vergüenza, el desconocimiento sobre el problema e incluso problemas prácticos (disponibilidad o coste), la preocupación sobre el tratamiento, la incertidumbre y la evitación, la presión de otros para continuar jugando y la expectativa de no obtener beneficio del juego son algunas de las barreras con las que se encuentran los pacientes a la hora de comprometerse con el tratamiento (Rockloff y Schofield, 2004; Suurvali et al., 2009). Algunas de estas dificultades se han solventado con la reciente inclusión de los tratamientos online, aumentando la percepción de confidencialidad, fomentando la apertura y la honestidad y superando las barreras prácticas como la distancia a dispositivos de tratamiento, conflictos entre el tratamiento y otras circunstancias como el cuidado de hijos o trabajo, el coste del desplazamiento y la provisión de tratamientos relevantes a necesidades culturales o idiomáticas (van der Maaset al., 2019). Además de estas ventajas, este tipo de tratamientos aportan facilidad para reclutar pacientes, la posibilidad de evaluar

los síntomas y de hacer el diagnóstico online, aumentar la efectividad (coste-beneficio) de estas intervenciones y la oportunidad para integrar estos tratamientos en encuadres tradicionales (Andersson y Titov, 2014).

Los efectos positivos de los tratamientos online para adicciones han sido evaluados en varias revisiones bibliográficas (Chebli, Blaszczynski y Gainsbury, 2016; Gainsbury y Blaszczynski, 2011; Giroux, Goulet, Mercier, Jacques y Bouchard, 2017). Dos estudios probaron un enfoque basado en internet (online) para la Terapia cognitivo-conductual y los resultados fueron satisfactorios, demostrando tener una eficacia similar a la de un tratamiento presencial (Ribeiro et al., 2021).

Este desarrollo ha conllevado que la eficacia de la teleterapia o terapia online, como opción terapéutica a través de la tecnología, haya preocupado desde un primer momento a la comunidad científica, siendo bastantes las cuestiones que despiertan interés entre los profesionales, como la pérdida de captación de la información proporcionada por el cliente, la dificultad de establecer una buena alianza terapéutica o los riesgos en la confidencialidad (González-Peña et al., 2017). No obstante, en la revisión de Sucala et al. (2012) se habían analizado once estudios que comparaban la alianza terapéutica en la terapia individual a distancia con la terapia individual de forma presencial, concluyendo que en ambos casos era equivalente.

Terapia de grupo online

Es una modalidad de tratamiento muy novedosa que tiene su auge durante los meses de confinamiento en 2020 debido a la crisis sanitaria de la COVID 19. Si bien no existe literatura aún que haya investigado sobre la eficacia de este tipo de formato por lo reciente de su desarrollo, la experiencia clínica parece haber sido prometedora, por lo que parece un campo interesante a explorar en un futuro, dadas las ventajas ya mencionadas en la modalidad online individual.

Uno de los más conocidos es un programa de corte psicoeducativo mediante el uso del correo electrónico o entornos web. Uno de estos tratamientos online es el llamado *Gamblingless: For Life*, un programa auto dirigido, *online*, de ocho semanas de duración con una orientación cognitivo-conductual para el tratamiento de los problemas de juego (Merkouris et al., 2017).

El grupo de Villoria López et al., en 2022 publican su experiencia con la modalidad online de la terapia grupal en la intervención con juego patológico, reportando una experiencia satisfactoria, aunque aún sin investigar.

Recomendación: en investigación.

2.3.11. Intervenciones neuropsicológicas (rehabilitación cognitiva)

Algunos estudios ya han incorporado dichos módulos obteniendo mejoras en atención, memoria de trabajo, memoria demorada y *craving*, junto con un mayor aumento del bienestar percibido (Rupp et al., 2012) y aumentando la eficacia frente a las terapias cognitivas clásicas (Pedrero Pérez et al., 2011). Además, si se evalúan dichas funciones con anterioridad a la incorporación de los individuos a los programas de rehabilitación aumenta el éxito de los mismos (Yücel, Lubman, Solowij, y Brewer, 2007).

Recomendación: en investigación

2.4. Consideraciones sobre los tratamientos psicológicos en poblaciones específicas

2.4.1. Pacientes duales

Hay diversas terapias para el jugador con patología dual: tratamiento hospitalario, terapia intensiva ambulatoria, terapia cognitivo-conductual individual y en grupo, Jugadores Anónimos y farmacoterapia.

La hospitalización se limita a los pacientes con una crisis aguda, fracasos terapéuticos previos y trastornos comórbidos graves, como la depresión y los intentos autolíticos. Las terapias más efectivas en estos casos parecen ser la terapia cognitivo-conductual, la entrevista motivacional y los grupos de autoayuda. Los programas que combinan farmacoterapia con tratamientos psicológicos parecen aumentar la retención del tratamiento, si bien la intervención debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente y la investigación debe mejorar las estrategias motivacionales (Echeburúa, Amor y Gómez, 2017).

Mientras los programas de tratamiento enfocados a lograr la abstinencia son la mejor opción para las personas con problemas de apuestas, el juego moderado en un enfoque de reducción de daños puede ser interesante para los jugadores duales (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2005).

2.4.2. Juego patológico en mujeres

En los últimos años ha surgido un interés creciente por los aspectos psicopatológicos y terapéuticos de la adicción al juego. Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones han tenido como participantes a pacientes masculinos. Además, hasta ahora se habían realizado pocos estudios sobre las diferencias de género en la adicción al juego, a pesar de que un tercio del total de las personas afectadas son mujeres.

Según investigaciones como las de Echeburúa y Del Corral (2005), el juego en la mujer sería una estrategia de escape de los problemas o para hacer frente a la mala relación de pareja o a la soledad o haber padecido vivencias traumáticas en la infancia mientras que en el hombre sería más frecuente la búsqueda de sensaciones o el juego como estrategia evitativa de afrontamiento.

Las mujeres además se inician más tarde en el juego, pero se vuelven adictas más rápidamente y responden mejor al tratamiento si se toman en cuenta estas características diferenciales. Por ello, parece haber diferencias de género en el perfil clínico y de comorbilidad de los pacientes, que deben tomarse en consideración en el diseño del tratamiento (Echeburúa, 2014).

La búsqueda de ayuda terapéutica por parte de la mujer adicta se hace generalmente en solitario. A diferencia del hombre jugador, que suele venir acompañado por alguno de sus familiares cercanos, la mujer acude sola y no cuenta con una colaboración activa por parte de su pareja en el tratamiento. Asimismo, y a diferencia del hombre adicto, la mujer jugadora, una vez que ha dado el paso inicial de buscar ayuda, es más consciente de lo ocurrido y muestra un profundo sentimiento de vergüenza (Becoña, 1997).

Existen aún pocos estudios sobre tratamientos específicos para mujeres, aunque cabe mencionar el trabajo de Fluvia Prever en Italia, que opta por iniciar el abordaje de los problemas de juego de forma diferente en mujeres, en concreto, poniendo el foco de intervención en el malestar emocional para conseguir mayor adhesión al tratamiento y posibilitando cambios personales para después abordar la conducta de juego de forma específica. Asimismo, el trabajo de Prever contempla no solo el género sino las variables culturales asociadas al mismo en las diferentes culturas (Fluvia Prever, 2017; Prever, Blycker y Brandt, 2023).

Tabla 3. Resumen de la evidencia para los tratamientos psicológicos

| Tipo de tratamiento | Nivel de Evidencia | Nivel de recomendación | Estudios |
|---|--------------------|------------------------|---|
| Terapia cognitiva | 1+ | B | Cowlishaw et al. (2012) Ladouceur et al. (2001, 2003) Smith et al. (2015) Petry et al. (2017) |
| Terapia conductual | 1+ | | Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen y Molde (2005) |
| Terapia cognitivo-conductual | 1+ | B | Gooding y TARRIER (2009) Jäger et al. (2012) Young (2013) Wölfling et al. (2014) King y cols (2017) Torres-Rodríguez et al. (2018) González Bueno et al. (2018) |
| Entrevista motivacional | 1+ | B | Yakovenko et al. (2015) García Caballero et al. (2018) Grant et al. (2009) Petry et al. (2008, 2009) |
| Terapia de exposición con realidad virtual | 1+ | B | Segawa et al. (2019) |
| Grupos de autoayuda | 2- | D | Toneatto y Ladoceur (2015) |
| Intervención breve | 1+ | B | Petry, Ginley y Rash (2017) Quilty et al. (2019) |
| Tratamiento online | 1+ | B | Sagoe et al. (2021) |
| Mindfulness | 2- | D | Maynard et al. (2018) |
| Terapia de retroalimentación personalizada | 1- | C | Peter et al. (2019) |

2.5. Conclusiones sobre la intervención en juego patológico

Derivado de lo expuesto anteriormente y además del resumen de la recomendación de los tratamientos psicológicos, podemos exponer las siguientes conclusiones de los estudios:

- Los abordajes cognitivo-conductuales tienen un apoyo empírico considerable (Goslar et al., 2020; Gooding y Tarrier, 2009; Hague et al., 2016; Zajac et al., 2017; Kim y Noh, 2019) y hoy día se establecen como el tratamiento psicológico de elección para el juego patológico.
- Los programas multicomponente y los adaptados a cada paciente parecen ser el futuro de la intervención.
- Las técnicas de reducción del estrés basadas en *mindfulness*, la intervención motivacional o la retroalimentación personalizada funcionan mejor como parte de un programa que como intervenciones en sí mismas.
- La intervención con más impacto para la adicción al juego es la basada en objetivos realistas y técnicas como el entrenamiento en actividades gratificantes, la exposición y la prevención de recaídas (Suescún, 2015).
- Existen pruebas de un mejor efecto cuando existe apoyo de un terapeuta (Rash y Petry, 2016) en comparación con las técnicas auto guiadas.
- La gravedad de base del trastorno parece correlacionar inversamente con el éxito del tratamiento (Merkouris et al., 2016).
- La recomendación de autores como Petry et al. (2017) es de unas 6-8 sesiones de Terapia cognitivo-conductual que integre intervenciones motivacionales para pacientes que busquen ayuda con el juego patológico.
- La modalidad de tratamiento online se muestra como una alternativa interesante ya que los resultados son prometedores y además presenta como ventaja solventar barreras que solían estar presentes para los pacientes a la hora de acceder a tratamiento (Pfound et al., 2020).
- Se presenta la intervención grupal como una gran opción terapéutica, pudiendo ser la terapia grupal cognitivo-conductual una de las más consideradas en el ámbito clínico (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Ladouceur et al., 2003).
- El éxito del tratamiento parece aumentar con el número de horas empleadas en la terapia (Goslar et al., 2017; Dowling et al., 2007, Oei et al., 2010), lo que sugiere que la manifestación crónica del juego patológico requiere tratamientos más intensivos para alcanzar una mejoría significativa. Sin embargo, las intervenciones breves están obteniendo muy buenos resultados (a falta de investigar qué variables del paciente o del trastorno modulan esta eficacia) lo que aumentaría la eficiencia, dado el menor coste y mayor adaptabilidad de las intervenciones a todos los entornos y dispositivos.

3. OTRAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES: ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS Y ADICCIÓN A INTERNET

La adicción comportamental más estudiada hasta la fecha ha sido el juego patológico, por lo que es la que tiene un mayor desarrollo de estudios de investigación. No obstante, en las últimas décadas, tanto por un mayor interés en las adicciones sin sustancia como por el desarrollo de las nuevas tecnologías, se empiezan a estudiar los tratamientos en otras patologías, tales como la adicción a videojuegos y la adicción a internet, con un campo de investigación mucho menor, aun empezando y con mayores problemas metodológicos que en el caso de los estudios sobre juego patológico.

No queríamos, no obstante, dejar fuera de esta guía las intervenciones que se están llevando a cabo con personas que presentan otras adicciones comportamentales, si bien casi todos los estudios están realizados en adolescentes y adultos jóvenes y esta población se abordará en otros capítulos de la guía.

3.1. Adicción a videojuegos o *gaming*

La adicción a los videojuegos, tanto en su versión analógica como en la online está empezando a recibir bastante atención y con ello, también la intervención para esta adicción conductual.

En las revisiones de la literatura al respecto, la terapia cognitivo-conductual parece ser el enfoque de tratamiento mayoritariamente utilizado.

Los estudios son aún muy recientes, de peor calidad metodológica y muy heterogéneos en criterios, metodología y variables sociodemográficas. Un importante número de ellos proceden de estudios orientales, donde esta adicción, como la adicción a internet, parece llevar más tiempo estudiándose. En la literatura revisada encontramos estudios generalmente sin grupo control y con resultados poco extrapolables (ver Tabla 4).

Las conclusiones que se pueden extraer de los estudios es que la mayor parte de ellos utilizan terapia cognitivo-conductual. Por ejemplo, en España hay varios estudios que prueban la eficacia del programa PIPAC, que consta de 6 módulos: 1) Psicoeducativo 2) Intervención estándar en adicciones conductuales 3) Intrapersonal 4) Interpersonal 5) Familiar 6) Creación de un nuevo estilo de vida. Los ensayos realizados concluyen que el tratamiento es eficaz a la hora de reducir el trastorno. Asimismo, Anthony, Mills y Nower (2020) encontraron en su revisión que las intervenciones más eficaces eran aquellas que tenían como objetivo la reducción del daño.

En general, podemos afirmar que aún no hay evidencia disponible suficiente para poder llegar a conclusiones específicas sobre la eficacia de los tratamientos del juego patológico online.

Por un lado, la conceptualización de adicción a videojuegos online sigue siendo inconsistente, así como los métodos de detección y diagnóstico, todo esto dificulta la puesta en común y la investigación y el tipo de muestra impide la generalización de los resultados.

Tabla 4. Resultados de investigación en adicción a videojuegos

| Autor/es (años) | Diseño del estudio | Población | Nº estudios | Tipo de intervención | Variables dependientes y evaluación | Resultados |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------|---|---|--|
| King, D.L y Delfabbro, P.H. (2014) | Revisión sistemática | Adolescentes | 8 | Diferentes tipos: terapia cognitivo-conductual, terapia de realidad, autoayuda online, asesoramiento multimodal | Síntomas de adicción a videojuegos mediante diferentes escalas auto administradas, horas de uso de internet | La evidencia disponible es insuficiente. |
| King DL, Delfabbro, P.H., Wu, A.M.S., Doh YY, Kuss, D.J., Pallesen, S., Mentzoni, R., Carragher, N., (2017) | Revisión sistemática | Jóvenes y adolescentes | 30 | terapia cognitivo-conductual, estimulación eléctrica, entrenamiento en realidad, terapia multimodal, autoayuda, psicoterapia | Síntomas de adicción a videojuegos. | Parece haber un fuerte consenso de los beneficios de la terapia cognitivo-conductual comparado con otros tratamientos. Solo dos estudios con seguimiento midieron el cambio en el diagnóstico. |
| Stevens et al. (2019) | Meta-análisis y revisión sistemática | Jóvenes | 13 | Terapia cognitivo-conductual | Síntomas del trastorno por juego <i>online</i> Ansiedad Depresión Tiempo empleado en jugar | La terapia cognitivo-conductual resulta altamente eficaz a la hora de reducir síntomas de trastorno de juego por internet y de depresión. Resultados moderados en reducción de la ansiedad. No suficiente potencia para determinar efecto en el tiempo empleado en jugar. No se hallaron resultados en el seguimiento a largo plazo. |
| Zajac et al. (2020) | Revisión sistemática | Jóvenes | 22 | Terapia cognitivo-conductual | Síntomas del Trastorno de juego por internet (algunos con DSM 5, YIAS, horas de juego...) | Problemas metodológicos, no conclusiones firmes sobre la eficacia de los tratamientos. |
| Denizci, N. (2018) | Revisión y meta-análisis | Adolescentes o jóvenes adultos | 6 | Diferentes tipos de terapias: familiar, cursos, tratamiento cognitivo-conductual, terapia de realidad virtual, <i>mindfulness</i> . | Trastorno por juego por internet: medido con YIAS, criterios DSM 5, horas de juego, <i>Chen internet Addiction Scale</i> | Resultados eficaces para la reducción del tiempo empleado en el trastorno de juego por internet. |
| Pallesen, S., Lorvik, I.M., Bu, E.H. Y Molde, H. (2015) | Ensayo sin grupo de control | Población de entre 12-20 años | 12 | Tratamiento ecléctico manualizado (terapia cognitivo-conductual, terapia familiar y terapia centrada en soluciones) | Síntomas del trastorno de juego por internet a través de diferentes fuentes de información: pacientes, madres y terapeutas. | Dos pacientes no cambiaron o empeoraron, cuatro tuvieron una mejoría mínima, cuatro tuvieron una mejoría moderada y dos tuvieron una mejoría marcada. Poca capacidad para extrapolar conclusiones. |

Tabla 4 (cont.). Resultados de investigación en adicción a videojuegos

| Autor/es (años) | Diseño del estudio | Población | Nº estudios | Tipo de intervención | Variables dependientes y evaluación | Resultados |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------|--|--|---|
| González-Bueso, V., Santamaría, J.J., Fernández, D. et al. (2018) | Ensayo aleatorizado | Adolescentes y adultos jóvenes | 1 | Terapia cognitivo-conductual + psicoeducación de padres | Sintomatología Criterios diagnósticos | Reducción en los criterios diagnósticos. Reducción en síntomas (hostilidad, psicoticismo y seguridad global) |
| Li, H. y Wang, S. (2013) | Ensayo longitudinal | Adolescentes y adultos jóvenes | 1 | Tratamiento cognitivo-conductual grupal | Síntomas de gravedad de la adicción Estilos cognitivos Abstinencia Funcionamiento social Distorsiones cognitivas Depresión y ansiedad | No diferencias significativas. La terapia cognitivo-conductual reduce las creencias distorsionadas. |
| Torres-Rodríguez et al. (2018) | Ensayos aleatorizados | Adolescentes | 4 | Programa PIPATIC | Síntomas <i>gaming</i> Psicopatología Patrones de personalidad Problemas emocionales Alianza y cambio terapéutico | Disminución de la sintomatología patológica de <i>gaming</i> Disminución de horas de juego Mejoría en problemática emocional y conductual y en sintomatología psicopatológica Mejoría situación en la escuela Mejora patrones de personalidad |
| Wölfling et al. (2019) | Ensayo clínico aleatorizado (ECA) | Adultos | 1 | Terapia cognitivo-conductual manualizada. Tratamiento breve para la adicción a internet y videojuegos (STICA) | AICA-S Tiempo empleado en internet Funcionamiento psicosocial Depresión | Resultados significativos en el grupo STICA y en el funcionamiento. No diferencias en depresión. |
| Wölfling et al. (2014) | ECA | Adultos | 1 | STICA | Síntomas del Trastorno de juego <i>online</i> . Psicopatología Autoeficacia percibida | Resultados significativos |
| Liu, Potenza et al. (2020) | ECA | Adultos | 1 | Intervención en <i>craving</i> | Cambios cerebrales mediante fMRI | Cambios cerebrales La conectividad intrínseca se relacionó negativamente con los cambios en la gravedad. Relación entre los cambios cerebrales y cambios en la gravedad de la adicción. |

3.2. Adicción a internet

Echeburúa y del Corral (2010) en sus estudios de revisión sobre la adicción a internet concluyeron que el tratamiento psicológico de elección es el control de estímulos y la exposición gradual a internet, seguido de un programa de prevención de recaídas.

En la misma línea el meta-análisis realizado por Winkler et al. en 2013 sobre estudios de tratamiento farmacológico y psicológico de la adicción a internet, sugirió que estas intervenciones fueron altamente efectivas para mejorar el tiempo empleado online y las puntuaciones en depresión y ansiedad.

Chun, Shim y Kim en 2017 llevaron a cabo un meta-análisis en el que encontraron que los programas de adicción a internet son efectivos en grupos de alto riesgo; la terapia artística integradora, la entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual fueron considerables, si bien los autores indican que es necesario un enfoque integral y diverso que tenga en cuenta las características de los adolescentes. En cuanto a las intervenciones grupales, éstas son más efectivas cuando el número total de sujetos está entre 9 y 12. Las intervenciones que duraron 8 o más de 8 semanas fueron las más efectivas, seguidas de las que duraron de 5 a 7 semanas y luego de las que duraron menos de 5 semanas.

Kim y Noh (2019) llevaron a cabo también un estudio de meta-análisis y encontraron una reducción de la gravedad de los síntomas en aquellos pacientes que recibieron intervenciones psicológicas en comparación con los controles (Du et al., 2010; Kim et al., 2012). En cuanto al formato individual, los resultados sugieren que la terapia mejoró los síntomas de la adicción a internet y que esta mejora se mantuvo 6 meses después. Otro estudio sugirió que la combinación de terapia individual y grupal reducían significativamente los síntomas de la adicción a internet y el tiempo de uso de internet.

En el meta-análisis, los estudios sobre la intervención basada en la familia sugirieron que estas reducen la gravedad de la adicción a internet y el tiempo de uso. Un estudio de terapia de grupo multifamiliar encontró diferencias significativas en la gravedad de la adicción a internet y el tiempo de uso entre los grupos experimentales y de control a lo largo del tiempo; los efectos de la terapia grupal multifamiliar sobre la adicción a internet se mantuvieron tanto en la evaluación posterior como en la prueba de seguimiento de 3 meses.

Zajac, Ginley y Petry (2017) en su revisión, destacan una escasez de estudios de resultados de tratamiento bien diseñados y evidencia limitada de la efectividad de cualquier modalidad de tratamiento por lo que para estos autores todos los tratamientos estarían aún en fase experimental. Encontraron estudios sobre terapia cognitivo-conductual, pero sin grupo control, que reportaban mejoras significativas en los síntomas relacionados con la adicción a internet antes y después del tratamiento (Wölfling, Beutel, Dreier, y Müller, 2014; Young, 2013). Otros estudios que comparaban la electro-acupuntura, la terapia cognitivo-conductual y una combinación de ambas y los tres grupos mostraron reducciones significativas en los síntomas de adicción a internet a lo largo del tiempo. Los participantes en la condición de tratamiento combinado tuvieron resultados superiores en comparación con los grupos de tratamiento único, y los resultados del grupo de electro-acupuntura sola

fueron superiores a los del grupo de terapia cognitivo-conductual sola (Zhu et al., 2012). Otros trabajos estudiaban la terapia de familia, encontrando que los adolescentes en la condición de tratamiento tenían reducciones significativamente mayores en el tiempo que pasan en internet y en la gravedad de la adicción en comparación con el grupo control (Liu et al., 2015; Zhong et al., 2011).

Por su parte, otro grupo de estudios abordaron el efecto de intervenciones tales como el diario personal, terapia de realidad y autoayuda online basada en la entrevista motivacional: los tres grupos de tratamiento mostraron reducciones significativamente mayores en la cantidad de tiempo dedicado a internet y la gravedad de la adicción a internet en comparación con la condición de lista de espera, sin diferencias significativas entre ninguno de los grupos de tratamiento (Lee, Seo, and Choi, 2016; Kim, 2008; Su, Fang, Miller y Wang, 2011).

Anthony, Mills y Nower en 2020) realizan una nueva revisión sistemática, encontrando que las técnicas de reducción de daños (en lugar de la abstinencia) serían intervenciones psicoterapéuticas eficaces tanto en el trastorno de juego por internet como para el uso problemático de tecnología, incluido internet. La terapia cognitivo-conductual se ha adaptado para la adicción a internet y se ha probado con éxito entre adolescentes y adultos de diferentes países. Otro estudio, en China, encontró que una intervención breve online, que combinaba componentes de terapia cognitivo-conductual e intervención motivacional tuvo un mayor efecto en la reducción de la adicción a internet que la psicoeducación.

La evidencia sobre qué intervención es más efectiva para reducir la gravedad de la adicción es limitada. Aunque la terapia cognitivo-conductual se usó más en los artículos revisados, no se puede concluir que ésta pueda ser más eficaz que otras intervenciones psicológicas. El meta-análisis de los ensayos que emplearon terapia cognitivo-conductual grupal no apoyó un efecto significativo sobre la gravedad de la adicción; el resultado empleado con más frecuencia, además de los indicadores de adicción, fue la depresión y la ansiedad. Actualmente no es posible hacer una recomendación basada en la evidencia.

Para consultar los estudios revisados, ver Tabla 5.

Tabla 5. Tratamientos psicológicos para la adicción a internet

| Autor/es (año) | Diseño del estudio | Población | Nº estudios | Tipo de intervención | Variables dependientes y evaluación | Resultados |
|--|------------------------|------------------------|--------------|--|---|--|
| Anthony, W.L., Mills, D., Nower, L. (2020) | Revisión Sistemática | No se indica | No se indica | terapia cognitivo-conductual; entrevista motivacional; intervenciones basadas en la atención plena; terapia familiar e intervenciones multinivel | Escala de trastornos de juego online Prueba de adicción a internet de Young. | Los estudios sobre adicción a internet no muestran resultados consistentes. La fórmula más utilizada fue la cognitivo-conductual. |
| Chun, J., Shim, H. y Kim, S. (2017) | Meta-análisis | Adolescentes | 70 | Terapia cognitivo-conductual Terapia de realidad Arteterapia Entrevista motivacional Terapia integradora | Escala de propensión a la adicción a internet de Corea. Tamaño del grupo Nº de Sesiones | La terapia integradora produjo efectos de mayor tamaño en comparación con otros modelos de tratamiento. Los programas de adicción a internet son efectivos en grupos de alto riesgo. Las terapias artísticas, integradora, motivacional y cognitiva fueron sustanciales. Necesidad de enfoque integral. Intervenciones grupales de entre 9-12 sesiones, más de 8 semanas. |
| Echeburúa, E. y de Corral, Paz (2010). España | Revisión bibliográfica | No se indica | No se indica | Control de estímulos Exposición gradual Prevención de recaídas | Reaprendizaje del control de la conducta. | El tratamiento psicológico de elección es el control de estímulos y la exposición gradual a internet, seguido de un programa de prevención de recaídas |
| Sancho et al. (2018) | Revisión Sistemática | No se indica | 54 | <i>Mindfulness (MBI)</i> | Síntomatología de la adicción. | Eficacia como complemento de otras terapias. |
| Kim y Noh (2019) | Meta-análisis | Adolescentes y adultos | 11 | terapia cognitivo-conductual individual/grupal Terapia familiar Asesoramiento | Gravedad de los síntomas Tiempo de uso de internet Ansiedad Función familiar Autoestima | Reducción de la gravedad de la adicción en los sujetos que recibieron tratamiento psicológico. No diferencias significativas entre la terapia cognitivo-conductual grupal y control. Cierta eficacia de la terapia cognitivo-conductual individual y de la combinación entre ambas. Eficacia de las intervenciones basadas en la familia y de los programas de asesoramiento. Los resultados no permiten concluir que la terapia cognitivo-conductuales más eficaz que otras. |

Tabla 5 (cont.). Tratamientos psicológicos para la adicción a internet

| Autor/es (año) | Diseño del estudio | Población | Nº estudios | Tipo de intervención | Variables dependientes y evaluación | Resultados |
|---|---------------------------|-------------------------|---------------------------|---|--|---|
| Weinstein, A. (2015) | Revisión bibliográfica | No se indica | No se indica | Terapia cognitivo-conductual | | Los resultados preliminares de intervenciones psicológicas como la Terapia cognitivo-conductual parecen prometedores. |
| Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., y Petry, N. M. (2017) | Revisión Sistemática | Adolescentes y adultos. | 13 en adicción a internet | Terapia cognitivo-conductual Terapia familiar Otras psicoterapias | | Escasez de estudios de resultados de tratamiento bien diseñados y evidencia limitada de la efectividad de cualquier modalidad de tratamiento cognitivo-conductual: mejoras en los síntomas de adicción y mantenimiento a lo largo del tiempo. Electro-acupuntura, terapia cognitivo-conductual y combinación de ambas: los tres grupos mostraron reducciones significativas (mayor combinado). Terapia de familia: Reducción del tiempo y gravedad. Otros: diario personal en el hogar, terapia de realidad y web de autoayuda; los tres mostraron reducción en el tiempo dedicado a internet y la gravedad, pero sin diferencias. |
| Zhang, Y. Y., Chen, J. J., Ye, H., y Volantin, L. (2020). | Revisión Sistemática | Adolescentes | No se indica | Terapia cognitivo-conductual | Psicopatología Depresión y ansiedad Tiempo dedicado Calidad de vida | Aunque varios estudios previos han informado sobre el tratamiento eficaz de la adicción a internet en adolescentes mediante la terapia cognitivo-conductual, todavía existen conclusiones contradictorias con respecto a este tema |
| Zhang, J., Zhang, Y., y Xu, F. (2019) | Meta-análisis | Adolescentes y adultos | No se indica | Terapia cognitivo-conductual | Escala de uso de internet Criterios diagnósticos Síntomas clínicos Escala de adicción a internet Tiempo online | La eficacia de la terapia cognitivo-conductual en adicción a internet sigue siendo incierta |
| Liu, Fang, Yan, Zhou et al. (2015) | ECA | Adolescentes | 1 | Terapia multifamiliar | Adicción a internet Tiempo online | Diferencia en la disminución de síntomas. |
| Du, Jiang y Vanca (2010) | ECA | Adolescentes | 1 | terapia cognitivo-conductual grupal multimodal | Criterios diagnósticos | Diferencias en la mejora de habilidades de gestión del tiempo y síntomas del trastorno. |
| Young (2013) | Ensayo no aleatorizado | Adultos | 1 | Cognitivo-conductual | Escala auto administradas | La terapia fue efectiva para mejorar los síntomas y el estado de recuperación se mantuvo tras seis meses. |

4. BIBLIOGRAFÍA

- Andersson, G. y Titov, N. (2014). Advantages and limitations of internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1): 4–11.
- Bergler, E. (1957). *The psychology of gambling*. New York: Hill y Wang.
- Becoña, E. (1997). Características de la mujer jugadora patológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2: 21–34.
- Belisle, J., Paliliunas, D., Dixon, M., y Speelman, R. (2019). Decreasing influence of arbitrarily applicable verbal relations of recreational gamblers: A randomized controlled trial. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 52(1): 60–72.
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*. 39(2): 92–103.
- Carey, K.B., Scott-Sheldon, L.A., Elliott, J.C., Garey, L., Carey, M.P. (2012). Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: A meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clin Psychol Rev* 2012; 32:690–703.
- Cavicchioli, M., Ramella, P., Vassena, G., Simone, G., Prudenziati, F., Sirtori, F., Movalli, M., y Maffei, C. (2020). Dialectical behavior therapy skills training for the treatment of addictive behaviors among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*: 1–17.
- Chambless, D. L., y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1): 685–716.
- Chebli, J. L., Blaszczynski, A., y Gainsbury, S. M. (2016). Internet-based interventions for addictive behaviours: A systematic re-view. *Journal of Gambling Studies*, 32(4): 1279–1304.
- Christensen, D., Dowling, N., Jackson, A., Brown, M., Russo, J., Francis, K., y Umemoto, A. (2013). A Proof of Concept for Using Brief Dialectical Behavior Therapy as a Treatment for Problem Gambling. *Behaviour Change*, 30(02): 117–137.
- Chun, J., Shim, H., Kim, S.A. (2017). Meta-Analysis of Treatment Interventions for internet Addiction Among Korean Adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. Apr; 20(4):225–231.
- Cowlshaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14; 11.
- Cunningham, J. A., Hodgins, D.C., Toneatto, T., Rai, A., y Cordingley, J. (2009). Pilot study of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *Behavior Therapy*, 40(3): 219–224.
- García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V., y Aragay, N. (2018). Eficacia de la intervención Motivacional y la Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del Juego Patológico. *Adicciones*, 30(3): 219–224.
- Gainsbury, S., y Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 490–498.
- Giroux, I., Goulet, A., Mercier, J., Jacques, C., y Bouchard, S. (2017). Online and mobile interventions for problem gambling, alcohol, and drugs: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8, Article No. 954.
- González-Bueso V., Santamaría, J.J., Fernández, D., Merino, L., Montero, E., Jiménez-Murcia, S., Del Pino-Gutiérrez, A., Ribas, J. (2018). Internet Gaming Disorder in Adolescents: Personality, Psychopathology and Evaluation of a Psychological Intervention Combined With Parent Psychoeducation. *Front Psychol*. 2018 May 28; 9:787.
- Greenberg, D. y Marks, I. (1982). Behavioral psychotherapy of uncommon referrals. *British Journal of Psychiatry*. 141:148–53.
- Denizci Nazlıgül, M., Baş, S., Akyüz, Z., y Yorulmaz, O. (2018). Internet gaming disorder and treatment approaches: A systematic review. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 5, 13–35

- Diskin, K. M., y Hodgins, D. C. (2009). A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 382–388
- Dowling, N.A., Cowlshaw, S., Jackson, A.C., Merkouris, S.S., Francis, K.L., Christensen, D.R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015; 49:519–39.
- Du, Y.S., Jiang, W., Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioral therapy for internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Feb; 44(2):129-34.
- Echeburúa, E., Amor, P.J., Gómez, M. (2017). Current psychological therapeutic approaches for gambling disorder with psychiatric comorbidities: A narrative review. *Salud Mental*. 2017; 40(6):299-305.
- Echeburúa, E., Del Corral, P. y Amor, P.J. (2005). El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. Vol. 13 (3): 511-528.
- Echeburúa, E. y Del Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, vol. 22, núm. 2, 2010, pp. 91-95.
- Echeburúa, E., Bãez, C., y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 24(1), 51–72.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Cruz-Sáez M.(2014). Nuevos retos en el tratamiento del Juego Patológico. *Terapia psicológica*. 2014. Vol. 32, nº1, 31-40.
- Echeburúa, E. (2014). Adicción al juego en la mujer y comorbilidad. Implicaciones para el tratamiento. *Revista de Patología Dual*. 2014; 1 (1) A2.
- Espada Sánchez, J.P. (2015). *Conductas adictivas en adolescentes*. Madrid, España. Editorial Síntesis.
- Ferrández, A. 2010. Eficacia de un tratamiento psicológico multicomponente de aplicación individual para jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid
- Fonseca, E. (2021), *Manual de tratamientos psicológicos eficaces: adultos*. Editorial Pirámide.
- Floros, G. D. (2018). Gambling disorder in adolescents: prevalence, new developments, and treatment challenges. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 43.
- Fong, T.W. (2005) Types of psychotherapy for pathological gamblers. *Psychiatry*, 2(5), 32-39.
- Fortune, E. E., y Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: a review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 298.
- García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V., y Aragay, N. (2018). Eficacia de la intervención Motivacional y la Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del Juego Patológico. *Adicciones*, 30(3), 219-224.
- Gooding, P., y Tarrier, N. (2009). A systematic review and metaanalysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 592–607
- González-Peña, P., Torres, R., del Barrio, V. y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91.
- Goslar, M., Leibetseder, M., Muench, H. M., Hofmann, S. G., y Laireiter, A. R. (2017). Efficacy of face-to-face versus self-guided treatments for disordered gambling: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 142-162.
- Goslar, M., Leibetseder, M., Muench, H. M., Hofmann, S. G., y Laireiter, A. (2020). Treatments for internet addiction, sex addiction and compulsive buying: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions* (published online ahead of print 2020)
- Graham Jr., J. M. (2014). Narrative therapy for treating video game addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12, 701–707.

- Grant, J.E., Donahue, C.B., Orlaug, B.L., Kim, S.W., Miller, M.J., M. P.N. (2009). Imaginal desensitization plus motivational interviewing for pathological gambling: a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*. 195:266-267.
- Griffiths, M. (2008). Diagnosis and management of video game addiction. *New Directions in Addiction Treatment and Prevention*. 12: 27-41.
- Griffiths, M. y Cooper, G. (2003). Online therapy: Implications for problem gamblers and clinicians. *British Journal of Guidance y Counselling*, 31(1), 113- 135.
- Hague, B., Hall, J., y Kellett, S. (2016). Treatments for compulsive buying: A systematic review of the quality, effectiveness and progression of the outcome evidence. *Journal of behavioral addictions*, 5(3), 379-394.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Granero, R., et al. (2015). Nuevas tecnologías como estrategia terapéutica complementaria para el Trastorno de Juego [New technologies as a complementary therapeutic strategy for the treatment of internet Gaming Disorder]. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33(2), 59-66.
- Jiménez-Murcia, S., Aymami, N., Gómez-Peña, M., Santamaría, J. J., Álvarez-Moya, E., Fernández-Aranda et al. (2012). Does exposure and response prevention improve the results of group cognitive-behavioural therapy for male slot machine pathological gamblers? *British Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 54-71.
- JongSerl, C., HaiSun, S., y Soyoun K. (2017). A Meta-Analysis of Treatment Interventions for internet Addiction Among Korean Adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. Apr 2017: 225-231
- Kim, S., y Noh, D. (2019). The Current Status of Psychological Intervention Research for internet Addiction and internet Gaming Disorder. *Issues in mental health nursing*, 40(4), 335-341.
- Kim, J. (2008). The effect of an R/T group counseling program on the internet addiction level and self-esteem of internet addiction university students. *International Journal of Reality Therapy*, 27(2), 4-12.
- King, D. L., y Delfabbro, P. H. (2014). Internet gaming disorder treatment: A review of definitions of diagnosis and treatment outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 942-955.
- King, D.L., Delfabbro, P.H., Wu, A.M. y cols (2017). Treatment of internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*. Jun; 54:123-133.
- Kuss, D. J. y Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic internet use: A systematic review of clinical research. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 143-176.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behav Res Ther*. 2003 May; 41(5):587-96.
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21: 49-57.
- Lee, B. K., y Awosoga, O. (2014). Congruence couple therapy for pathological gambling: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 31, 1047-1068.
- Lee, B. K., y Rovers, M. (2008). 'Bringing torn lives together again': Effects of the first congruence couple therapy training application to clients in pathological gambling. *International Gambling Studies*, 8, 113-129
- Lee, E., An, W., Levin, M., y Twhig, M. (2015). An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7.
- Lee, H., Seo, M. J., y Choi, T. Y. (2016). The effect of home-based daily journal writing in Korean adolescents with smartphone addiction. *Journal of Korean Medical Science*, 31(5), 764-769
- Li, H. y Wang, S. (2013). The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and Youth Services Review*, 35, 1468-1475.
- Li Anthony, W., Mills, D. J., Stanmyre, J. F. y Nower, L. (2023). Facets of *mindfulness* among video game players: A latent profile analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*. Advance online publication

- Liu, Q. X., Fang, X. Y., Yan, N., Zhou, Z. K., Yuan, X. J., Lan, J., y Liu, C. Y. (2015). Multi-family group therapy for adolescent internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors*, 42, 1-8.
- Liu, L., Potenza, M. N., Lacadie, C. M., Zhang, J. T., Yip, S. W., Xia, C. C., ... y Fang, X. Y. (2020). Altered intrinsic connectivity distribution in internet gaming disorder and its associations with psychotherapy treatment outcomes. *Addiction Biology*, 26(2), e12917.
- Luquiens, A., Tanguy, M. L., Lagadec, M., Benyamina, A., Aubin, H. J., y Reynaud, M. (2016). The efficacy of three modalities of internet-based psychotherapy for non-treatment-seeking online problem gamblers: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(2), e4752.
- Marceaux, J.C., y Melville, C. L. (2011). Twelve-step facilitated versus mapping-enhanced cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: A controlled study. *Journal of Gambling Studies*, 27, 171-190
- Marchica L, Derevensky JL. (2016). Examining personalized feedback interventions for gambling disorders: A systematic review. *J Behav Addict*. 2016 Mar; 5(1):1-10.
- Marco, C., y Chóliz, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online: fundamentos de propuesta de tratamiento y estudio de caso. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(1), 46-55.
- Marcos, M., y Chóliz, M. (2019). Mujer y juego online. Propuesta de tratamiento de un caso de adicción a videobingo. *INFORMACIO PSICOLOGICA*, (117), 99-114.
- Marcos, M. (2020). Juego online: tratamiento de un caso de adicción a apuestas deportivas. *Liberabit*, 26(2), e399
- Matheson, C., Pflanz-Sinclair, C., Almarzouqi, A., Bond, C.M., Lee, A.J., Batieha, A. et al. (2018). A controlled trial of screening, brief intervention and referral for treatment (SBIRT) implementation in primary care in the United Arab Emirates. *Prim Health Care Res Dev*. 2018; 19(02):165-75.
- Maynard, B.R., Wilson, A. N., Labuziński, E. y Whiting, S. W. (2018). *Mindfulness*-based approaches in the treatment of disordered gambling: a systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 28, 348-362.
- Martín-Fernández, M., Matalí, J. L., García-Sánchez, S., Pardo, M., Lleras, M., y Castellano-Tejedor, C. (2016). Adolescentes con Trastorno por juego en internet (IGD): perfiles y respuesta al tratamiento. *Adicciones*, 29(2), 125-133.
- McConaghy, N., Armstrong, M.S., Baszczynski A., Allockc, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *Brithish Journal of Psychiatry* 142:366-72.
- McIntosh, C.C., Crino, R.D. y O'Neill, K.O. (2016). Treating problem gambling samples with cognitive behavioural therapy and *mindfulness*-based interventions. A clinical trial. *J Gambling Studies*, 32:1305-25
- Melero Ventola, A.; Bernabé, J., Crego, A.; Cortés-Rodríguez, M. y Gómez Martínez, MA. (2019). Eficacia del programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena (REBAP) aplicado a familiares de jugadores patológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 27.:355-373.
- Merkouris, S., Rodda, S., Austin, D., Lubman, D., Harvey, P., Battersby, M., ... Dowling, N. (2017). Gamblingless: For Life study protocol: a pragmatic randomised trial of an online cognitivebehavioural programme for disordered gambling. *BMJ Open*, 7(2)
- Merkouris, S. S., Thomas, S. A., Browning, C. J., y Dowling, N. A. (2016). Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 48, 7-31.
- Miller, W. and Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press.
- Mínguez, F. M., Segal, H. D., y Quintero, J. (2015). Protocolo de tratamiento de las adicciones sin sustancia psicoactiva. *Medicine-Programa de formación médica continuada acreditado*, 11(86), 5157-5160.

- Nastally, B., y Dixon, M. (2012). The Effect of a Brief Acceptance and Commitment Therapy Intervention on the Near-Miss Effect in Problem Gamblers. *The Psychological Record*, 62(4), 677-690.
- Oei, T.P., Raylu, N. y Casey, LM (2010). Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: a randomized controlled trial. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38, 233-238.
- Pallesen, S., Mitssem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H., y Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, 100(10), 1412-1422.
- Pallesen, S., Lorvik, I. M., Bu, E. H., y Molde, H. (2015). An exploratory study investigating the effects of a treatment manual for video game addiction. *Psychological Reports*, 117(2), 490-495.
- Pedrero-Pérez, E.J., Rojo-Mota, G. y Huertas-Hoyas, E. (2022). Systematic review: Treatment modalities applied in smartphone addiction/abuse. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 22(1), 122-131.
- Pedrero Pérez, E. J., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez de León, J. M., Llanero Luque, M., y Puerta García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de la adicción. *Revista de Neurología*, 52, 163-172.
- Peter, S. C., Brett, E. I., Suda, M. T., Leavens, E. L., Miller, M. B., Leffingwell, T. R., ... y Meyers, A. W. (2019). A meta-analysis of brief personalized feedback interventions for problematic gambling. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 447-464.
- Petry, N. M., Ginley, M. K., y Rash, C. J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 951.
- Petry, N.M., Weinstock, J., Ledgerwood, D.M., Morasco, B. (2008). A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76:318-28.
- Petry, N.M., Weinstock, J., Morasco, B.J., Ledgerwood, D.M. (2009). Brief motivational interventions for college student problem gamblers. *Addiction*. 2009; 104:1569-78.
- Pfund, R. A., Peter, S. C., Whelan, J. P., Meyers, A. W., Ginley, M. K., y Relyea, G. (2020). Is more better? A meta-analysis of dose and efficacy in face-to-face psychological treatments for problem and disordered gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(5), 557-568.
- Pfund, R.A., Peter, S.C., McAfee, N.W., Ginley, M.K., Whelan, J.P. y Meyers, A.W. (2021). Dropout from face-to-face, multisession psychological treatments form problem and disordered Gambling: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2021, vol 35 n98, 901-913.
- Pluhar, E., Jhe, G., Tsappis, M., Bickham, D., y Rich, M. (2020). Adapting Dialectical Behavior Therapy for Treating Problematic Interactive Media Use. *Journal of psychiatric practice*, 26(1), 63-70
- Poddar, S., Sayeed, N., y Mitra, S. (2015). Internet gaming disorder: Application of motivational enhancement therapy principles in treatment. *Indian Journal of Psychiatry*, 57, 100 - 101.
- Pontes, H. M. y Griffiths, M. D. (2015c). Internet Gaming Disorder and its associated cognitions and cognitive-related impairments: A systematic review using PRISMA guidelines. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(3), 102-118.
- Portillo, J., Lecharlier C., Delgado, E., Gómez, I. y Leonés Gil, E. (2018). Tratamiento en centro de adicciones de un sujeto con problemas de juego patológico. II Congreso Virtual Internacional de Psicología.
- Prever, F. (2017). *Gambling Disorders in Women. An International Female Perspective on Treatment and Research*. Edit. Routledge.
- Prever, F., Blycker, G., Brandt, L. (2023). *Behavioural Addiction in Women: An International Female Perspective on Treatment and Research*. Edit. Routledge.
- Przepiórka, A. M., Blachnio, A., Miziak, B. y Czuczwar, S. J. (2014). Clinical approaches to treatment of internet addiction. *Pharmacological Reports*, 66(2), 187-191.
- Quilty, L. C., Wardell, J. D., Thiruchselvam, T., Keough, M. T., y Hendershot, C. S. (2019). Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. *PLoS One*, 14(4), e0214502.
- Rash, C. y Petry, N. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology Research and Behavior Management*. 285-295.

- Raylu, N., Oie, TP y Loo, J (2008). The current stams and future direction of self-help treatments for problema gamblers. *Clinical Psychology Review*, 28, 1372-1385.
- Raylu, N., y Oei, T. P. S. (2010). A cognitive behavioral therapy programme for problem gambling. East Sussex: Routledge.
- Ribeiro, E. O., Alfonso, N. H., y Morgado, P. (2021). Non-pharmacological treatment of gambling disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-15.
- Rizeanu, S. (2012). Proposal for a Cognitive Model to the Treatment of Pathological Gambling. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 742-746
- Rizeanu, S. (2014). The efficacy of cognitivebehavioural intervention in pathological gambling. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 127, 626-630.
- Rockloff, M. J., y Schofield, G. (2004). Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20(2), 121-126
- Rodda, S., Merkouris, S. S., Abraham, C., Hodgins, D. C., Cowlshaw, S., y Dowling, N. A. (2018). Therapist-delivered and self-help interventions for gambling problems: A review of contents. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 211-226.
- Rupp, C. I., Kemmler, G., Kurz, M., Hinterhuber, H., y Fleischhacker, W. W. (2012). Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 73, 625-634.
- Sagoe, D., Griffiths, M. D., Erevik, E. K., Høyland, T., Leino, T., Lande, I. A., ... y Pallesen, S. (2021). Internet-based treatment of gambling problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(3), 546-565.
- Salgar Cubillos, C. (2022). Eficacia de las terapias de tercera generación en el tratamiento de adicciones conductuales: una revisión sistemática. Bogotá D.C : Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2022.
- Sales Triguero, I., y Cloquell Lozano, A. (2021). La adicción al juego online entre los adolescentes españoles. Propuestas de prevención en el marco educativo. *Edetania. Estudios Y Propuestas Socioeducativos.*, (59), 85-103.
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., y Menchón, J. M. (2018). *Mindfulness*-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 95
- Saxton, J, Rodda, S.N., Booth, N., Merkouris, S.S., Dowling, N.A. (2021) The efficacy of Personalized Normative Feedback interventions across addictions: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 16(4): e0248262
- Serfaty, S., Gale, G., Beadman, M., Froeliger, B., y Sunjeev, S. K. (2018). *Mindfulness*, acceptance and defusion strategies in smokers: A systematic review of laboratory studies. *Mindfulness*, 9, 44-58.
- Stevens, M.W.R., King, D.L., Dorstyn, D., Delfabbro, P.H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother.* 2019; 26: 191- 203.
- Su, W., Fang, X., Miller, J. K., y Wang, Y. (2011). Internet-based intervention for the treatment of online addiction for college students in china: A pilot study of the healthy online self-helping center. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(9), 497-503.
- Sucala, M., Schnur, J., Constantino, M., Miller, S., Brackman, E. y Montgomery, G.H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *Journal of Medical internet Research*
- Suescún, M. (2015). Adicciones tecnológicas: del móvil y los videojuegos a los juegos de azar. En Á. Lopera Jaramillo, C. Jaramillo, W. Montaña Pardo, y S. Botina Narváez (Ed.). *Prevención y tratamiento de las adicciones desde lo psicosocial* (pp. 95-97). Colombia: Editorial FUNLAM
- Suurvali, H., Hodgins, D.C. y Cunningham, J.A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literatura. *Journal of Gambling Studies*, 26, 1-33.

- Sylvain, C., Ladoucer, R., y Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
- Toneatto T. (2016). Single-session interventions for problem gambling may be as effective as longer treatments: Results of a randomized control trial. *Addict Behav.* 2016; 52:58–65.
- Toneatto, T., y Dragonetti, R. (2008). Effectiveness of community based treatment for problem gambling: A quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs. twelve-step therapy. *American Journal on Addictions*, 17, 298–303.
- Torres-Rodríguez, A. y Carbonell, X. (2017). Actualización y propuesta de Tratamiento de la Adicción a los Videojuegos en línea: El programa PIPATIC. *Revista de Psicoterapia*, 28(107): 317-336.
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M.D., Carbonell, X. et al. (2019). internet Gaming Disorder Treatment: A Case Study Evaluation of Four Different Types of Adolescent Problematic Gamers. 2019. *Int J Ment Health Addiction* 17, 1–12.
- Torres-Rodríguez A, Griffiths MD, Carbonell X, Oberst U. Treatment efficacy of a specialized psychotherapy program for internet Gaming Disorder. *J Behav Addict.* 2018 Dec 1;7(4):939-952.
- Van der Maas, M., Shi, J., Elton-Marshall, T., Hodgins, D. C., Sanchez, S., Lobo, D. S. S., ... Turner, N. E. (2019). Internet based interventions for problem gambling: Scoping review. *JMIR Mental Health*, 6(1), Article No. e65
- Van der Tempel, J., McDermott, K., Niepage, M., Afifi, T., McMain, S., Jindani, F., Singer, I., Paniak, I., Answer, S., Menezes, K., Lobo, D., y Zack, M. (2019). Examining the effects of *mindfulness* practice and trait *mindfulness* on gambling symptoms in women with gambling disorder: a feasibility study. *International Gambling Studies*, 20(1), 114– 134.
- Villoria López, C., Díaz Aguilar, E. y Molina-Peral, J. A. (2022). La terapia de grupo online en el juego patológico: una modalidad desconocida descubierta en tiempos de pandemia. *Revista Española de Drogodependencias*, 47(2), 14-24.
- Waisman, M. y Calero, S. (2022). Adicciones. Juego patológico y otras adicciones conductuales. Edit médica Panamericana.
- Walker, M., Toneatto, T., Potenza, M.N., Petry, N., Ladouceur, R., Hodgins, DC, el-Guebaly, N., Echeburúa, F. y Blaszczynski, A. (2006). A framework for reporting outcomes in problema gambling treatment research: the Banff Alberta Consensus. *Addiction*, 101(4), 504-511.
- Weinstein, A. (2015). Internet addiction: diagnosis, comorbidity and treatment. *Медицинская психология в России*, (4 (33)), 3.
- Winkler, A., Dörsing, B., Rief, W., Shen, Y. y Glombiewski, J. A. (2013). Treatment of internet addiction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 317-329.
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., y Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: A clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *BioMed Research International*, 2014, 425-924.
- Wölfling, K., Müller, K.W., Dreier, M., Ruckes, C., Deuster, O., Batra, A., Mann, K., Musalek, M., Schuster, A., Lemenager, T., Hanke, S., Beutel, M.E. (2019). Efficacy of Short-term Treatment of internet and Computer Game Addiction: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2019 Oct 1;76(10):1018-1025.
- Wölfling, K., Beutel, M.E., Dreier, M. y Müller, K.W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *Biomed Res Int.* 2014:425924.
- Yakovenko, I. y Hodgins, D.C. (2018). A scoping review of co-morbidity in individuals with disordered gambling. *Int Gambl Stud.* 2018; 18:1–18.
- Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B.R., Hodgins, D.C. y Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational inter-viewing for disordered gambling: Systematic review and meta-analysis. *Addict Behav.* 2015; 43:72–82.
- Yau, Y. H., y Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. *Harvard review of psychiatry*, 23(2), 134–146.

- Yücel, M., Lubman, D. I., Solowij, N., y Brewer, W. J. (2007). Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *Neuropsychology of drug abuse*, 41, 957-968.
- Young, K.S. (2007). Cognitive behavior therapy with internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychol Behav.* 2007 Oct; 10(5):671-9.
- Young, K.S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with internet-addicted patients. *J Behav Addict.* 2013 Dec; 2(4):209-15.
- Young, M.M., Stevens, A., Galipeau, J., Pirie, T., Garritty, C., Singh, K. et al. (2014). Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: A systematic review. *Syst Rev.* 3:50.
- Zadka, Ł., Olajossy, M. (2016). Compulsive buying in outline. *Psychiatr Pol.*; 50(1):153-64. English, Polish.
- Zhang, Y.y., Chen, J.j., Ye, H., y Volantin, L. (2020). Psychological effects of cognitive behavioral therapy on internet addiction in adolescents: A systematic review protocol. *Medicine.* 2020; 99:4(e18456).
- Zhang, J., Zhang, Y. y Xu, F. (2019). Does cognitive-behavioral therapy reduce internet addiction? Protocol for a systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2019; 98:38(e17283).
- Zhong, X., Zu, S., Sha, S., Tao, R., Zhao, C., Yang, F., ... y Sha, P.(2011). The effect of a family-based intervention model on internet-addicted Chinese adolescents. *Social Behavior and Personality*, 39(8), 1021-1034
- Zajac, K., Ginley, M.K., Chang, R. y Petry, N.M. (2017). Treatments for internet gaming disorder and internet addiction: A systematic review. *Psychol Addict Behav.* Dec; 31(8):979-994.
- Zajac, K., Ginley, M.K. y Chang, R. (2020). Treatments of internet gaming disorder: a systematic review of the evidence. *Expert Rev Neurother.* 2020 Jan;20(1):85-93.
- Zhu, T. M., Li, H., Jin, R. J., Zheng, Z., Luo, Y., Ye, H., y Zhu, H. M.(2012). Effects of electroacupuncture combined psycho-intervention on cognitive function and event-related potentials P300 and mismatch negativity in patients with internet addiction. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 18(2), 146-151.

RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN CLÍNICA EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES

JOSÉ RAMÓN LÓPEZ-TRABADA

1. INTRODUCCIÓN

Existen diversos enfoques en los programas de tratamiento para las distintas adicciones comportamentales dependiendo de qué tipo de adicción comportamental se trate, ya que el objetivo a plantear puede variar de unas a otras. Hay adicciones, como la adicción a la comida, en la que la abstinencia como objetivo no es planteable, o al sexo, donde la abstinencia a largo plazo tampoco sería planteable y, por tanto, el enfoque terapéutico tendría que ser otro, dirigido a la reeducación de la conducta a fin de conseguir normalizarla.

2. RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN CLÍNICA

En ese sentido, las medidas de control externo (Tabla 1) que pretenden establecer barreras iniciales que dificulten la conducta adictiva y que, habitualmente, se instauran de manera que voluntariamente sean aceptadas por el paciente al inicio del tratamiento, serían distintas según el tipo de adicción de que se trate.

En las adicciones donde el dinero es un mediador de la misma, como es el juego por apuestas o en las compras compulsivas, las medidas iniciales están muy centradas en el control del mismo. Así, se establecen, entre otras:

2.1. No llevar dinero.

No llevar dinero encima ni tarjetas de ningún tipo, o llevar lo justo para lo que se vaya a comprar, justificando ese gasto con los tickets de compra.

Tabla 1. Medidas de control externo

| | |
|--|--|
| Adicciones mediadas por dinero. Juego. Compras Compulsivas. | No llevar dinero. |
| | No tener tarjetas de crédito/debito. |
| | Tarjeta monedero. |
| | Mancomunar Cuentas Corrientes. |
| | Inclusión en Fichero de autoprotección de la AEMIP |
| En Juego Patológico además | Curatela. |
| | Autoexclusión en la DGOJ. |
| | Cierre de cuentas On-Line y Bloqueo de publicidad. |
| | App de bloqueo de sitios de juego on-line. |
| | Móvil sin conexión a internet. |
| Adicción a la Comida | Abstenerse de jugar a cualquier juego. |
| | No tener los alimentos peligrosos en casa |
| | Comidas variadas y en horarios regulares |
| | Hacer la compra acompañado. |
| Adicción a la Pornografía | No llevar dinero ni Tarjetas de crédito/debito. |
| | App de control parental. |
| | Móvil sin conexión a Internet |
| Adicción a las redes sociales | Móvil sin conexión a internet |
| | App de control parental |
| | Limitar el número de aplicaciones en el móvil |
| | Desactivar notificaciones |
| | App de control del tiempo gastado en redes sociales. |
| | App de bloqueo de redes sociales. |

2.2. Tarjeta Monedero.

La tarjeta monedero es una tarjeta de recarga en la que se puede poner una cantidad determinada de dinero, reponiéndolo cuando se agote, y que además permite el seguimiento de los gastos realizados, al salir reflejados en el extracto de la tarjeta.

2.3. Mancomunar las cuentas corrientes.

Las cuentas corrientes se pueden mancomunar. Son cuentas donde cualquiera de los titulares necesita el visto bueno de los demás titulares para poder operar. Así, el paciente no puede operar si no tiene el consentimiento del otro mancomunado.

2.4. Inclusión en el fichero de autoprotección de la AEMIP.

La Asociación Española de Microcréditos ofrece la posibilidad de ser inscrito en un fichero de autoprotección que te excluye de la posibilidad de solicitar microcréditos en la mayoría de las compañías dedicadas a la concesión de los mismos. Ver anexo I.

2.5. Curatela.

Hasta el año 2021, esta figura legal, la Curatela, era una medida de protección para aquellas personas aquejadas de una clara incapacidad para manejar sus intereses económicos. Tras un procedimiento judicial en el que se peritaba dicha capacidad, el Juez, si lo consideraba adecuado, nombraba un Curador (Tutor) que supervisaba y aprobaba las decisiones del tutelado en el ámbito económico exclusivamente, manteniendo el mismo el resto de sus derechos jurídicos.

En 2021 se aprobó la Ley 8/2021 de 2 de junio que entró en vigor a principios de septiembre, por la que se modificó la antigua figura de la Curatela, pasando el Curador a ser más un asesor que debe respetar siempre la máxima autonomía del tutelado en el ejercicio de su capacidad jurídica, debiendo atender en todo caso a su voluntad, deseos y preferencias, y solo en casos excepcionales y con autorización judicial asumir funciones representativas.

En el caso del Juego por apuestas hay otras medidas de control externo más específicas que se pueden poner en marcha. Así, están:

2.6. Autoexclusión del Juego.

La autodenuncia o autoexclusión es un recurso que la Dirección General de Ordenación del Juego, ente dependiente del Ministerio de Consumo que se ocupa de la gestión del juego en territorio nacional, pone a disposición de cualquier persona para facilitar su inclusión en una lista de personas que, de forma voluntaria, ya que tienen que ser ellos mismos quienes lo soliciten, se inscriben en ella para evitar poder entrar en los distintos centros de juego por apuestas y que es comprobada a la entrada de los mismos, Salones, Bingos, Casinos o Webs de juego on-line.

Esta lista con los DNI de los autodenunciados debería garantizar la exclusión de los jugadores en ella apuntados de la posibilidad de entrar en los mismos. Ver Anexo II.

2.7. Cierre de cuentas On-Line y Bloqueo de publicidad.

Hay jugadores autoexcluidos que mantienen cuentas on-line relacionadas con apuestas o con “marcadores” donde se ve la proporción de las apuestas de los diversos deportes. Esto, como cualquier otro estímulo asociado al juego, supone una situación de riesgo elevada. Por ello, proponemos a los pacientes bloquear todas aquellas Webs que tengan relación con el juego y, así mismo, bloquear, en la medida de lo posible, toda publicidad sobre el juego, lo cual no es fácil, ya que dicha publicidad está muy extendida, aunque con la última legislación se ha restringido mucho la presencia de la misma. En el caso de los anuncios de televisión, se aconseja cambiar de canal cuando estos aparezcan.

También, en el caso de las apuestas deportivas, recomendamos que el paciente no vea retransmisiones deportivas o programas de radio y televisión sobre deportes, al igual que no leer prensa deportiva, ya que mantenerse al día en el ámbito deportivo sería un nutriente que mantendría activa la dependencia y dispararía los deseos de jugar.

2.8. Apps de bloqueo de sitios de juego on-line.

Existen varias aplicaciones para dispositivos, tanto ordenadores, como móviles y tabletas que una vez instaladas en el dispositivo bloquean cualquier acceso a webs de juego en todo el mundo. Normalmente son de pago, bien mensual o anual, y con licencia para ser instalados en todos los dispositivos del paciente sin límite de instalaciones, apps como Betfilter, Gamban, Gamblock o BlockGambling.

2.9. Móvil de “abuelo”.

En algunos casos se puede llegar a proponer al paciente el uso de móviles sin conexión a internet a fin de facilitar lo todo anterior.

2.10. No jugar a ningún tipo de juego.

Muchos pacientes piensan que su problema con el juego se limita al juego del que dependen, pero no a otros sobre los que aparentemente no han perdido el control. Se les explica que Juego es Juego y que todos ellos se soportan en los mismos principios, refuerzo positivo a corto plazo, negativo a largo plazo, refuerzo intermitente, competitividad, etc. Por ello, el jugar a cualquier juego es estimular sus deseos de jugar al juego del que dependen y, por tanto, sería una conducta de riesgo.

Esto es algo que cuesta mucho que entiendan y respeten, sobre todo con juegos de tradición social como la lotería en Navidad, cupones, partidas de cartas, etc.

2.11. Cambiar de hábitos y estilo de vida.

Realizar actividades alternativas para ocupar y disfrutar del tiempo libre, mucho mejor si, además, son incompatibles con la conducta de juego. Se pueden recuperar actividades que el paciente hacía con anterioridad y que había abandonado debido al problema de juego o nuevas actividades que le resulten reforzantes.

3. OTRAS RECOMENDACIONES CLINICAS

Es útil informar a los familiares o amigos cercanos del problema para que puedan ayudarle. Se explica al responsable que estas medidas de control externo son barreras para dificultar el acceso al juego, pero no son la solución, sino solo un facilitador inicial de la abstinencia, y que su misión es de supervisión, no de férreo control económico, para neutralizar las actitudes “policiales” del familiar. La decisión de en qué gasta el paciente su dinero es del propio paciente, limitando su supervisión a comprobar la veracidad del gasto realizado por él para no generar un ambiente contraproducente en la evolución del paciente.

En este sentido, algunas Asociaciones de Jugadores Rehabilitados y algunos recursos asistenciales, utilizan programas de Control parental, como por ejemplo el programa “Qustodio”, uno de los más usados, que permiten monitorear la actividad del sujeto en Internet, en las redes sociales, comprobar su ubicación y otras funciones, y que podrían otorgar un control del responsable del paciente sobre el mismo que podría ir mucho más allá del objetivo estricto de su supervisión sobre el juego, por lo que su utilización podría ser muy cuestionable.

En la adicción a videojuegos o a las nuevas tecnologías el planteamiento terapéutico pasa por la negociación con el paciente del tiempo y condiciones de uso del dispositivo. Así, se concretan el número de horas de juego o de conexión a internet y el uso del dispositivo en zonas comunes y no en la habitación del paciente.

Además, se intenta potenciar otras actividades que habitualmente el juego o el uso de Internet han ido restringiendo, como recuperar o instaurar aficiones alternativas, deporte, lectura, cine o cualquier otra actividad nueva que genere motivación en el paciente, estimular la comunicación y el diálogo con la familia, fomentar las relaciones sociales y las actividades en equipo o grupo.

En el caso de las compras compulsivas, se aplicarían también las medidas de control externo económico ya mencionadas y también sobre el uso de Internet. También se recomienda ir a comprar acompañado o realizar un listado de las cosas que se necesitan comprar y ceñirse a él.

En otras adicciones comportamentales, como en la adicción a la comida, también existen medidas de control externo que se pueden poner en marcha.

Normalmente, existen una serie de alimentos que suelen ser los más consumidos en este tipo de dependencia, alimentos altamente sabrosos, normalmente hidratos de carbono, por lo que se recomienda no tener alimentos de este tipo en casa, establecer una dieta variada pero donde se excluyan los alimentos señalados, establecer un horario regular de comidas y, si es posible, que se realicen siempre acompañados, realizar la compra siempre acompañado para evitar el riesgo de comprarlos, y también las medidas de control económico son aplicables en este caso.

En el caso de la adicción al sexo y consumo de pornografía, las medidas de control sobre el acceso a internet serían aplicables, y de nuevo, el uso de móviles básicos sin acceso a internet.

En la adicción a las redes sociales se pueden instaurar las medidas sobre el acceso a internet, también limitar en número de aplicaciones en el móvil, desactivar las notificaciones y el uso de aplicaciones de control tanto del tiempo que estamos en redes como del acceso a las mismas, aplicaciones como Antisocial, Off the grid, App Detox, Freedom, Social Fever y otras similares.

Se plantea una abstinencia inicial en el caso de las relaciones sexuales mientras se realiza el tratamiento que, en este caso, como en otras adicciones comportamentales,

como la comida o el trabajo, su objetivo no sería la abstinencia a largo plazo sino reeducar la conducta para poder realizarla de manera normalizada.

4. REDES Y DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO

España cuenta con un conjunto diversificado y plural de centros y recursos de atención en el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas (CC.AA). Estos centros son públicos o privados, en este último caso, muchos son financiados por las Administraciones Públicas, y debidamente acreditados.

Existen tres niveles diferenciados de atención en base a la especialización de los distintos recursos:

1. Recursos de primer nivel. Son la principal puerta de entrada al sistema donde se atiende al paciente.
2. Recursos de segundo nivel (Centros ambulatorios de asistencia). Se trata de centros que prestan atención personalizada en régimen ambulatorio. Estos recursos pueden plantear objetivos de abstinencia, u otros de carácter intermedio y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención.
3. Recursos de tercer nivel. Son recursos de alta especialización, esto es, centros o dispositivos especializados en el tratamiento a personas con trastornos adictivos.

Los tipos de intervención que se llevan a cabo se pueden agrupar en:

1. Información, detección precoz, motivación y derivación: esencialmente en los recursos de primer y segundo nivel.
2. Evaluación y diagnóstico: en recursos de segundo nivel.
3. Abordaje terapéutico: en recursos de segundo y tercer nivel. Abordado desde una atención integral que contempla desde los inicios de la intervención hasta la Incorporación Social.

En todos los casos, las intervenciones se adaptan a los perfiles de las personas o los colectivos con características y necesidades específicas a través de diferentes tipos de Programas específicos.

Los programas de tratamiento para las adicciones comportamentales pueden ser ofrecidos en varias redes o dispositivos, tales como:

4.1. Clínicas especializadas

Clínicas tanto privadas como concertadas con las distintas comunidades autónomas, que proporcionan tratamiento ambulatorio o en régimen de internamiento, de orientaciones distintas, con equipos multidisciplinares y de carácter intensivo. Muchas de ellas cuentan con programas específicos también para patología dual.

Como desventajas, presentan que en el ámbito privado son tratamientos caros y en las concertadas las listas de espera pueden llegar a ser muy dilatadas en el tiempo.

4.2. Hospitales generales

Ofrecen programas de tratamiento específico para algunas adicciones, normalmente tratamiento de tipo ambulatorio, en formato grupal. Al estar incluidos dentro del Servicio de Psiquiatría del hospital se podrían beneficiar de la red sanitaria con el que este cuente. De nuevo las listas de espera serían el problema mayor de estos dispositivos.

4.3. Centros de día

Normalmente con enfoque multidisciplinar y que funcionan como hospitales de día, es decir, régimen de semingreso, ya que el paciente asiste durante varias horas diarias a su tratamiento y que, además del tratamiento psicoterapéutico y médico, cuentan con otros aspectos fundamentales, como terapia ocupacional, asesoramiento laboral y dispositivos adicionales, como pisos de apoyo al tratamiento, etc.

4.4. Programas de tratamiento en línea

Tanto grupales como individuales. Estos programas permiten a los pacientes recibir tratamiento de manera más accesible a través de plataformas en línea o aplicaciones móviles. No suelen ser tan intensivos y con menor accesibilidad urgente en caso de recaídas.

4.5. Grupos de ayuda mutua

Ofrecen un seguimiento a largo plazo y pueden ser realizados en línea o presenciales, aportando, por tanto, una alta accesibilidad. Algunos con personal técnico, habitualmente psicólogos, pero otros solo con ex-adictos y que constituyen un recurso fundamental en el mantenimiento terapéutico.

4.6. Terapeutas privados

Algunas personas optan por trabajar con terapeutas privados para recibir tratamiento de las adicciones.

Cada uno de estos dispositivos tiene sus propias ventajas y desventajas y es importante considerar cuál sería el más adecuado para cada persona. Es imprescindible, por ello, una evaluación adecuada de cada caso para poder determinar la idoneidad de qué recurso se ajustaría más en cada paciente.

5. ELEMENTOS DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

Los programas de tratamiento para las adicciones comportamentales deben incorporar varios elementos para ser efectivos, como son:

5.1. Evaluación

El primer paso es realizar una evaluación exhaustiva para determinar el comienzo de la conducta adictiva, desarrollo temporal, tiempo de evolución, tratamientos previos, periodos previos de abstinencia o control, problemas relacionados, como problemas psicológicos, de salud física, de pareja, familiares, sociales, laborales, económicos y legales.

También es importante conocer la situación personal del paciente: si vive solo o no, relaciones y soporte social actual, apoyo familiar y de pareja, situación laboral y económica, etc.

Todo ello se realiza a través de una Historia Clínica estructurada y de los distintos instrumentos de valoración específicos para cada adicción.

La evaluación es el paso preliminar fundamental para establecer qué tipo de tratamiento y qué recurso se adapta mejor a las necesidades de cada paciente, por lo que es un elemento fundamental en el planteamiento terapéutico individualizado de cada paciente, teniendo en cuenta sus circunstancias, historial y objetivos.

5.2. Tratamiento farmacológico

No hay tratamientos farmacológicos específicos para las adicciones comportamentales, pero en algunos casos puede ser necesario el uso de medicamentos para tratar síntomas de abstinencia, alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión u otras alteraciones derivadas de la situación del paciente por la repercusión que la adicción le haya producido o para ayudar a las personas a controlar su impulsividad, elemento presente en todas las adicciones y que dificulta el control de las mismas.

5.3. Psicoterapia

Tanto de manera individual como grupal, aunque mayoritariamente se considera el formato grupal y de orientación cognitivo-conductual como el más adecuado, existen muchas otras orientaciones, como las psicodinámicas, sistémicas, de aceptación y compromiso, etc.

La terapia grupal debería incluir un módulo de psicoeducación, fundamental para entender la enfermedad y así ser más eficiente en su manejo, un módulo de prevención de recaídas, que además de enseñar a evitar y manejar situaciones de riesgo, tanto externas como internas, doten al paciente de herramientas de manejo como alternativas a la adicción en el enfrentamiento a situaciones o estados que antes eran eludidos con ella, así como un módulo de habilidades sociales.

5.4. Grupos de familia

Es importante involucrar a la familia en el tratamiento de estas adicciones, explicar qué es la adicción, enseñar cómo apoyar en la evolución del paciente y también que las familias tengan un espacio propio para descargar sus malestares y preocupaciones derivadas de la adicción de su familiar y resolver posibles dudas en su manejo.

En algunos casos, es necesario tratar la codependencia que muchos familiares desarrollan en el curso de la adicción del paciente y que, además de constituir una patología en sí misma del familiar, se suele erigir en una dificultad añadida en el manejo terapéutico del mismo.

5.5. Apoyo a largo plazo

Ya que la adicción es una enfermedad crónica, es importante proporcionar apoyo continuo para ayudar a las personas a mantenerse alejadas de la adicción una vez que han completado el tratamiento. Aquí son fundamentales los grupos de ayuda mutua, que proporcionan apoyo a largo plazo y con los que los distintos dispositivos deberían mantener una coordinación adecuada, incluyendo al paciente en los mismos en etapas tempranas del tratamiento.

5.6. Adherencia y Compromiso continuo

El tratamiento de las adicciones es un proceso continuo y crónico, siendo fundamental que el paciente esté comprometido con su tratamiento y recuperación, por lo que todo aquello que facilite la adherencia al mismo, como la flexibilidad y accesibilidad asistencial, sería de gran importancia.

6. ADICCIONES COMPORTAMENTALES Y GÉNERO.

Las adicciones comportamentales en mujeres tienen características diferenciales de los hombres que hacen necesario un abordaje diferenciado y específico. En el sexo femenino predominan la adicción al móvil, las redes sociales, la comida y las compras compulsivas.

En el caso del juego patológico, también hay diferencias en varios aspectos:

La prevalencia es del 30,4 % frente al 69,6 % en varones, la mujer suele acudir menos a solicitar tratamiento y suele abandonarlo con más frecuencia debido a la falta de apoyo de sus parejas o de la familia, responsabilidades familiares que dificultan su asistencia, miedo a las repercusiones que pueden tener, etc.

Los juegos predominantes en el sexo femenino son:

- Tragaperras
- Bingo
- Lotería
- L. Primitiva
- Bonoloto Cupones ONCE
- Lotería instantánea: Rasca
- Escaso juego On-Line

Las mujeres generan pérdidas menores que dilatan su toma de conciencia de enfermedad y la demanda de tratamiento. Por ello, el tiempo de evolución en las mujeres suelen ser superior al de los hombres. Además, el estigma social asociado al juego en mujeres provoca que ellas experimenten una mayor carga de culpa y vergüenza, lo que hace que busquen ayuda con una frecuencia significativamente menor que los hombres.

También las motivaciones para jugar son distintas en las mujeres, en las que predominan como factores causales la soledad, el maltrato psicológico y físico, la frustración personal y laboral y los estados emocionales negativos, que hacen imprescindible el abordaje específico de las mismas y que en grupos mixtos sería de difícil manejo.

Por ello, el tratamiento de las mujeres con adicción al juego patológico y a las demás adicciones comportamentales debería ser específico y debería tener en cuenta las siguientes perspectivas de género:

- Abordaje de conductas adictivas invisibilizadas
- Relaciones interpersonales y de pareja
- Violencia de género
- Doble estigmatización social
- Falta de apoyo familiar
- Maternidad. Miedo a perder la custodia de los hijos
- Apoyo social y servicios de atención a los hijos
- Dificultades en el acceso al mercado laboral
- Autoestima.

7. ADICCIONES COMPORTAMENTALES Y ADOLESCENTES

En la población adolescente, uno de las principales dificultades suele ser la conciencia de enfermedad del paciente, que suele ser escasa, por no decir nula en la mayoría de los casos, debido en parte a que las consecuencias negativas de la adicción no son percibidas como tales por el paciente o muchas son compensadas por los padres, como por ejemplo el pago de deudas económicas, y la normalización generalizada entre la población joven de la conducta de juego, sobre todo del juego online y las apuestas deportivas. Por ello, uno de los primeros objetivos sería fomentar en el paciente la motivación para el cambio, analizando las ventajas del mismo frente a las desventajas de mantener la conducta adictiva.

El tratamiento más adecuado vuelve a ser el formato grupal, complementándose con terapia individual y terapia familiar, ya que la evolución del paciente en este caso depende de manera fundamental de los cambios que los padres realicen, como restaurar límites en la conducta del adolescente, que habitualmente han desaparecido a lo largo de la en-

fermedad y en la convivencia familiar, recuperar el diálogo y la comunicación intrafamiliar positiva y no culpabilizadora, y compartir actividades en familia. Todo lo anterior de cara a recuperar una relación familiar sana y armónica tras el deterioro que la adicción ha producido en la misma a lo largo de su evolución.

8. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.

- Ascher, M.S. & Levounis, P. (2015). *The behavioral addictions*. American Psychiatry Publishing.
- Bobes, J., Casas, M. & Gutiérrez, M. (2021). *Manual de Trastornos Adictivos*. 3ª Ed. Ars Médica.
- De Wit, H. & Jentsch, J.D. (2020). "Recent Advances in Research on Impulsivity and Impulsive Behaviors". *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. Springer.
- Echeburúa, E., Labrador, F.J. & Becoña, E. (Ed.). (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Pirámide.
- Heinz, A., Romanczuk-Seiferth, N. & Potenza, M.N. (Ed.). (2019). "Gambling Disorder". Springer.
- Ifland, J., Marcus, M.T. & Preuss, H.G. (2018). *Processed food addiction. Foundations, assessment and recovery*. CRC Press.
- King, D. & Delfabbro, P. (2019). "Internet gaming disorder. Theory, assessment, treatment and prevention". Academic Press.
- Linderberg, K., Kindt, S. & Szasz-Janoch, C. (2020). *Internet addiction in adolescent. The PROPECT program for evidence-based prevention and treatment*. Springer.
- Rubio, G. (2015). *Fundamentos de Psiquiatría: Bases científicas para el manejo clínico*. Panamericana.
- Thombs, D.L. & Osborn, C.J. (2019). "Introduction to addictive behaviors". 5ª Ed. The Guilford Press.
- Verdura, E.J., Ponce, G. & Rubio, G. (2011). Adicciones sin sustancia: juego patológico, adicción a nuevas tecnologías, adicción al sexo. *Medicine*, 10: (86).



SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN EL FICHERO DE AUTOPROTECCIÓN DE AEMIP

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| | |
|---------------------|----------------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | Click or tap here to enter text. |
| DNI/NIE: | Click or tap here to enter text. |
| FECHA NACIMIENTO: | Click or tap here to enter text. |
| DIRECCIÓN: | Click or tap here to enter text. |
| CÓDIGO POSTAL: | Click or tap here to enter text. |
| LOCALIDAD: | Click or tap here to enter text. |
| PROVINCIA: | Click or tap here to enter text. |
| TELÉFONO MÓVIL: | Click or tap here to enter text. |
| EMAIL: | Click or tap here to enter text. |

El solicitante adjunta la siguiente documentación obligatoria:

- Fotocopia del DNI/NIE en vigor por ambas caras

El solicitante consiente la inclusión de sus datos en el fichero de autoprotección AEMIP por un **período de 2 años**.

De acuerdo con la normativa de protección de datos vigente, al cumplimentar y aceptar esta cláusula, usted, como usuario del fichero, manifiesta conocer y aceptar la inclusión de sus datos personales en el fichero de autoprotección de AEMIP, y acepta que AEMIP, con domicilio social en Calle Velázquez, 157, 1º, 28002 Madrid y NIF G86820594 actúe como Responsable del Tratamiento de los datos facilitados.

Las Entidades que pueden acceder al servicio y consultar sus datos son asociados y miembros adheridos de AEMIP. La inclusión en el fichero de autoprotección es voluntaria y, por tanto, en el momento del registro el Usuario marcará la opción de consentir su inclusión con la duración de conservación de sus datos durante el periodo de dos años, sin perjuicio de que pueda solicitar la baja en cualquier momento a través del ejercicio de sus derechos. Posteriormente, los datos se conservarán debidamente bloqueados mientras sean necesarios para el cumplimiento de una obligación legal o para la formalización, ejercicio y defensa de reclamaciones.

El Usuario podrá ejercer sus derechos enviando una solicitud firmada acompañando una fotocopia del DNI o NIE al domicilio de la AEMIP o bien al correo electrónico: legal@aemip.es

El Usuario tiene derecho a presentar una reclamación ante las autoridades de control, en concreto ante la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6, 28001 – Madrid. Para obtener más información detallada, puede consultar la Política de Privacidad, disponible a continuación.

- Doy mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con la Política de Privacidad.
- Solicito la inclusión de mis datos en el fichero de autoprotección de la AEMIP.

En _____ a _____ de _____ de 20____

FIRMA:

Anexo II



MINISTERIO
DE CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE CONSUMO Y JUEGO
DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN DEL JUEGO



REGISTRO GENERAL DE INTERDICIONES DE ACCESO AL JUEGO (RGIAJ)

SOLICITUD A PETICIÓN DEL INTERESADO

(Si escribe a mano: en mayúsculas con letra clara. También escriba los números con claridad. Si es posible: cumplimiento el formulario en ordenador y luego imprímalo. Tiene que firmar la solicitud. Tiene que adjuntar copia de su documento identificativo)

DATOS PERSONALES:(Copie los datos siguientes tal como aparecen en su documento identificativo)

NOMBRE:

APELLIDO 1º:

APELLIDO 2º:

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:

DNI

NIE / Tarjeta de Residencia

(Con estos documentos se podrá comprobar la prohibición en juego presencial y on line)

Pasaporte

Otro

(Con estos documentos se podrá comprobar la prohibición sólo en juego presencial)

Nº de documento

(Si es usted español o ciudadano extranjero con NIE debe cumplimentar al menos una solicitud con NIF o NIE, respectivamente. Para mayor protección en juego presencial, cumplimente otras solicitudes con pasaporte u otro documento.....)

FECHA NACIMIENTO (dd/mm/aaaa):

SEXO:

Hombre

Mujer

DOMICILIO:(A efectos de notificación; exprese el tipo y nombre de vía, número, portal, escalera, piso y puerta) CÓD. POSTAL:

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA

Correo postal

Notificación electrónica

(Si elige la notificación electrónica compruebe que puede acceder al panel de notificación la sede de la Dirección General de Ordenación del Juego (<https://sede.ordenacionjuego.gob.es/convocatoria=4>) o a Carpeta Ciudadana (<https://carpetaciudadana.gob.es>) para lo que deberá disponer de un certificado electrónico reconocido o usuario en el sistema CI@ve)

La DGOJ tratará los datos identificativos del presente formulario a fin de verificar su identidad en el Sistema de Consulta de Datos de Identidad (SCDI)

SOLICITUD (Seleccione al menos una de las opciones)

Inscripción en el RGIAJ. (ALTA en el Registro, sin acceso a juego on line ni a locales de juego ni a loterías cuando sus normas específicas así lo determinen) *Más información en el dorso

Modificación de datos contenidos en el RGIAJ

Cancelación en el RGIAJ. (BAJA en el Registro, si está inscrito y desea volver a jugar)

Certificado de situación en el RGIAJ

DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA

DNI

NIE / Tarjeta de Residencia

Pasaporte

Otro (Especificar)

DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante, **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, que ha leído toda la información relacionada al dorso, que se ha atendido a las instrucciones contenidas en la solicitud y que son ciertos los datos que se expresan.

, a de de 20

FIRMADO EL/LA SOLICITANTE

SR. SUBDIRECTOR GENERAL DE REGULACIÓN DEL JUEGO

Remitir a: DGOJ. c/ Atocha, 3. (28012) Madrid.

CAPÍTULO 8

ADICCIONES COMPORTAMENTALES Y OTRAS COMORBILIDADES: EVIDENCIAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y PSICOFARMACOLÓGICO

IGNACIO LUCAS, ISABEL BAENAS, LUCERO MUNGUÍA, BERNAT MORA-MALTAS, IVÁN PERALES, FERNANDO FERNÁNDEZ-ARANDA, SUSANA JIMÉNEZ-MURCIA

1. INTRODUCCIÓN

La presencia de trastornos neuropsiquiátricos comórbidos a conductas patológicas relacionadas con el control de impulsos y las adicciones suele traducirse en una mayor complejidad clínica en términos de gravedad, pronóstico y tratamiento (con mayores tasas de recaída y abandono terapéutico) (Ball et al., 2006; Bozkurt et al., 2013; Maniaci et al., 2017; Munguía et al., 2021; Thege et al., 2016). En el presente capítulo se revisa de forma pormenorizada la evidencia acumulada en la literatura científica, especialmente centrada en los últimos 10 años, acerca de la efectividad de las estrategias terapéuticas para el abordaje de la comorbilidad. Dentro de las adicciones comportamentales se han incluido los dos trastornos actualmente reconocidos en los principales manuales diagnósticos de patología mental, DSM-5 (APA, 2013) y CIE-11 (The World Health Organisation, WHO, 2019), el trastorno de juego (TJ) y la adicción a videojuegos. Aunque minoritarios, también se han considerado estudios relativos a la comorbilidad con conductas relacionadas, como la adicción a Internet, la hipersexualidad, la compra compulsiva o la cleptomanía. Al hablar de trastornos neuropsiquiátricos comórbidos se hace referencia a trastornos mentales del eje I, trastornos de la personalidad y Enfermedad de Parkinson.

2. TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Las adicciones comportamentales muestran un elevado nivel de comorbilidad con las adicciones a sustancias, principalmente con el alcohol o la nicotina. En pacientes diagnosticados de TJ o problemas con el juego se estima una prevalencia de adicción a sustancias de un 57.5% (Lorains et al., 2011). Si bien los tratamientos indicados para las adicciones comportamentales y las adicciones a sustancias son distintos, algunos autores proponen

un abordaje simultáneo enfocado a tratar sus mecanismos transdiagnósticos (Kim & Hodgins, 2018).

Un estudio cualitativo que revisó las principales dificultades en el tratamiento de estas comorbilidades, recogió valoraciones de pacientes que presentaban un TJ comórbido con abuso de sustancias, así como de los profesionales implicados en su tratamiento (Wieczorek & Dąbrowska, 2020). Los resultados mostraron que las dificultades más destacadas eran la severidad de los síntomas de estos pacientes, el mantenimiento de la abstinencia y el efecto que tenía en un trastorno el hecho de tratar el otro trastorno comórbido. En general, este estudio ponía de manifiesto la dificultad de tratar la comorbilidad, haciendo énfasis en la heterogeneidad de estos pacientes y, por lo tanto, en la necesidad de aplicar tratamientos de precisión individualizados.

2.1. Alcohol

Un estudio analizó la asociación entre el consumo del alcohol y los resultados a corto plazo de un tratamiento cognitivo-conductual (TCC) grupal para el TJ (Jiménez-Murcia et al., 2016). Los resultados mostraron que el consumo del alcohol se asoció a una mayor presencia de recaídas y de abandono del tratamiento para el TJ. Así, la presencia o no de adicción o el consumo problemático de alcohol en los casos que presentaran adicciones comportamentales podrían tener un efecto directo sobre el tratamiento y, por lo tanto, esta comorbilidad debería tenerse en cuenta a la hora de elegir el abordaje terapéutico de la adicción comportamental.

Otras investigaciones se han centrado en evaluar si las intervenciones farmacológicas recomendadas para tratar la adicción al alcohol podrían ser eficaces también para tratar las adicciones comportamentales comórbidas. En este sentido, Grant y Chamberlain (2015) revisaron la relación entre el TJ y los trastornos por uso de sustancias, incluyendo implicaciones para su tratamiento, principalmente farmacológico. Dicha revisión incluyó un estudio que observaba que el uso de antagonistas de los opioides reducía los impulsos de jugar, principalmente en aquellos pacientes con un historial familiar de adicción al alcohol (Grant, 2009). Asimismo, proponían que la medicación indicada para modular los niveles glutamatérgicos en el núcleo accumbens podría ayudar a reducir los comportamientos adictivos, así como el uso de los estimulantes atípicos dirigidos a reducir los niveles de impulsividad (Grant et al., 2014). En relación al uso de medicamentos agonistas de los receptores gabaérgicos para el tratamiento de las adicciones, el baclofeno se ha recomendado en el caso de la adicción al alcohol. Sin embargo, Guillou-Landreat et al. (2017) describieron el caso de un paciente con TJ que presentaba comorbilidad con alcohol en el cual el uso de baclofeno produjo un incremento en sus conductas de juego, posiblemente relacionado con el aumento de la desinhibición. De modo, esta evidencia apoyaría que los agonistas de los opioides serían una mejor elección para el tratamiento de la adicción al alcohol en los casos en los que haya una adicción comportamental comórbida.

Otro aspecto importante es que algunas intervenciones farmacológicas pueden interactuar con el alcohol. En este sentido, en una revisión sobre el uso de fármacos para tratar el TJ, considerando los resultados de 18 estudios doble ciego con placebo, Grant et al.

(2014) recomendaban considerar el uso de antagonistas de los opioides para el tratamiento de este trastorno, habiéndose demostrado que no existía interacción con el alcohol.

Sin embargo, no todas las evidencias avalan la efectividad del uso de los antagonistas de los opioides para tratar la comorbilidad de abuso de sustancias con TJ (Martinac et al., 2019). Por ejemplo, en un ensayo aleatorizado doble ciego con placebo no se encontraron diferencias entre el uso de naltrexona y placebo, ni en la reducción de las conductas de juego, ni en la reducción del abuso de alcohol (Toneatto et al., 2009).

Al comparar la eficacia de dos intervenciones, TCC grupal y entrevista motivacional, en pacientes con TJ, se observó que los que presentaban conductas de riesgo con el alcohol se beneficiaban más de la entrevista motivacional, mientras que el resto mostraban mejores resultados con la TCC (Josephson et al., 2016).

2.2. Nicotina

El consumo de tabaco es otra de las comorbilidades más frecuente en pacientes diagnosticados con TJ y se ha relacionado con una mayor severidad de los síntomas (Odling et al., 2013). Sin embargo, la literatura no ha encontrado una asociación directa entre el consumo de tabaco y el resultado al tratamiento del TJ. Un estudio llevado a cabo con 676 pacientes diagnosticados con TJ que recibieron TCC mostró que no había ninguna diferencia en la adherencia al tratamiento entre los pacientes que eran consumidores de tabaco y los no consumidores (Ronzitti et al., 2015). En la misma línea, otro estudio que recogió datos de 385 pacientes en 11 centros de tratamiento para el TJ reportó que el consumo de tabaco no era predictor de la adherencia al tratamiento ni de los comportamientos de juego durante o después del tratamiento (Odling et al., 2013). Por lo tanto, teniendo en cuenta estos hallazgos, el consumo de tabaco no se asociaría con el resultado del tratamiento de la adicción comportamental.

La intervención farmacológica es otro posible método de abordaje de esta comorbilidad. Los niveles de glutamato en el núcleo accumbens se asocian con la conducta de búsqueda de la recompensa en las adicciones a sustancias. Un ensayo aleatorizado doble ciego con placebo probó la eficacia de N-acetilcisteína, un aminoácido que restaura los niveles de glutamato a nivel cerebral, junto a un tratamiento de desensibilización con imaginación para el TJ, en pacientes que presentaban dependencia a la nicotina. La aplicación simultánea de estas intervenciones redujo eficazmente la dependencia a la nicotina y mejoró los resultados del tratamiento para el TJ (Grant et al., 2014).

Capurso (2017) expone el caso de un paciente con adicción a nicotina y un uso problemático de pornografía, que recibió un tratamiento con 50 mg/d de naltrexona (antagonista no selectivo de los opioides). El efecto del tratamiento fue una reducción tanto del uso de tabaco como del consumo de pornografía. Sin embargo, el paciente reportó también un aumento de la anhedonia, por lo que se redujo la dosis de naltrexona a 25 mg/d. Esta reducción provocó una vuelta a los niveles anteriores de consumo de tabaco, manteniendo los síntomas de anhedonia, por lo que finalmente se suprimió la medicación. La efectividad de la medicación en reducir tanto el consumo de tabaco como el uso de pornografía señala los posibles sistemas comunes entre estos dos y muestra el efecto beneficioso que pue-

de producir esta intervención. Sin embargo, este caso también destaca la importancia de tener en cuenta los posibles efectos iatrogénicos de esta medicación, como la anhedonia.

Más recientemente, Grant & Chamberlain (2020) destacan la efectividad de las intervenciones motivacionales para el tratamiento, tanto del TJ como del abuso de sustancias. En su revisión recogen, además, las intervenciones de 12 pasos como Alcohólicos Anónimos o Jugadores Anónimos, a pesar de que no existen datos contrastados sobre su eficacia.

2.3. Otras sustancias

Un estudio aleatorizado evaluó los tratamientos breves para el TJ en pacientes con abuso de sustancias (Petry et al., 2016). Se comparó la eficacia entre tres tipos de intervención: una intervención psicoeducativa, una intervención de asesoramiento y una terapia motivacional seguida de TCC, para reducir la conducta de juego. Los resultados demostraron la superioridad de las intervenciones motivacionales y de la TCC en casos de comorbilidad del TJ con el abuso de sustancias.

Las evidencias de tratamiento de comorbilidad de una adicción comportamental y otra sustancia específica distinta al alcohol o la nicotina son escasas. En uno de los pocos casos publicados se presenta a un paciente con adicción a la cocaína y cleptomanía (Urso et al., 2018). El historial de tratamiento del paciente mostró que el uso de 2 mg/d de haloperidol, un fármaco antipsicótico, no consiguió reducir los comportamientos de cleptomanía.

También relacionado con la comorbilidad del TJ con la cocaína, otro estudio describe la estimulación de ciertas áreas cerebrales que se asocian a conductas adictivas. En este sentido, la actividad de la corteza prefrontal dorsolateral se ha relacionado comúnmente a funciones ejecutivas, como la inhibición de respuesta. El estudio, con siete pacientes que presentaban un TJ y una adicción a la cocaína, evaluó la efectividad de una intervención basada en la estimulación magnética transcraneal repetida (rTMS, por sus siglas en inglés) de la corteza prefrontal dorsolateral (Cardullo et al., 2019). Las sesiones de estimulación se realizaron una vez al día durante los primeros cinco días y una sesión doble una vez a la semana, durante las siguientes ocho semanas. Tras la intervención se observó una reducción de las conductas de juego y del *craving* por consumir cocaína, mejorando además la sintomatología afectiva. Los resultados de este estudio ponen en relieve la importancia de explorar nuevos enfoques terapéuticos, basados en la intervención sobre procesos básicos que pueden estar directamente asociados a las conductas adictivas, como las funciones ejecutivas. No obstante, es importante destacar las limitaciones de este estudio, puesto que la muestra era reducida y que no se incluía un grupo control.

3. OTROS TRASTORNOS MENTALES

3.1. Trastornos afectivos

3.1.1. Depresión

La depresión es uno de los trastornos con mayor comorbilidad en el TJ, con una prevalencia de hasta un 29.9% (Dowling et al., 2015). Se han propuesto distintas aproximaciones para explicar la presencia conjunta de ambos trastornos. Mientras que para algunos autores, la depresión se presenta como una consecuencia de los problemas económicos y sociales derivados del TJ (Blaszczynski & Nower, 2002), para otros puede ser una condición primaria a la conducta de juego, siendo ésta una respuesta a estados de ánimo negativos (Getty et al., 2000). Los distintos abordajes de tratamiento para dicha comorbilidad van desde la TCC, los abordajes por Internet y los farmacológicos.

En los estudios recogidos por Stevens et al. (2019), la TCC demostró una alta eficacia en la reducción de los síntomas del TJ (modalidad online) y de la depresión comórbida, y una eficacia moderada en la sintomatología ansiosa. Sin embargo, no se observaba una reducción significativa en los síntomas de juego, como el tiempo pasado jugando en línea.

Otros programas se han orientado al tratamiento vía internet del TJ con comorbilidad con depresión. La intervención llamada “*Deprexis*” (Bücker et al., 2018) para personas con TJ (máquinas recreativas con premio) mostró una disminución significativa de ambos trastornos. El programa, basado en la TCC, constaba de diez módulos con contenido terapéutico, más un módulo de resumen. Los temas eran la activación conductual, modificación cognitiva, relaciones interpersonales, habilidades de resolución de problemas y métodos de relajación, complementados con técnicas de aceptación y atención plena, así como psicología positiva.

Los mismos autores llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado para probar la eficacia de una intervención de autoayuda basada en Internet “*Restart*” + tratamiento tradicional versus solo tratamiento tradicional (Bücker et al., 2021). La intervención de autoayuda basada en Internet “*Restart*” consta de 11 módulos para el abordaje de los problemas relacionados con el juego como manejo del impulso de juego, prevención de recaídas, etc., así como síntomas emocionales comórbidos, por ejemplo, baja autoestima, síntomas depresivos, etc. El abordaje utiliza TCC, así como *mindfulness*, entre otros elementos. De acuerdo con los resultados, el grupo con mayor severidad tanto de TJ como de sintomatología depresiva fue el más favorecido con el uso de “*Restart*”. Si bien no hubo diferencias entre grupos en la mejora del TJ, sí hubo una mejora significativa en la reducción de los síntomas depresivos con el uso del programa de autoayuda.

Palomäki et al. (2022) realizaron la intervención en línea para TJ y síntomas depresivos “*Peli Poikki*” (PP). La intervención está basada en TCC de 8 semanas, incluyendo asimismo la entrevista motivacional. Los participantes tienen acceso a módulos semanales, a un foro de discusión en línea y a recibir una llamada telefónica semanal de un terapeuta. La participación es gratuita y anónima. Los participantes pueden tener apoyo terapéutico

adicional para otros problemas de salud mental durante el programa PP, y pueden asistir a grupos de apoyo mutuo. Sin embargo, se les aconseja no tener tratamiento simultáneo para los problemas de juego. Esta terapia fue efectiva para la sintomatología asociada al TJ, y se mantuvo durante los periodos de seguimiento (6 y 12 meses), a excepción de aquellos pacientes con mayor sintomatología depresiva o sentimiento de mayor falta de control de sus finanzas, para quienes el efecto positivo del programa disminuyó durante el seguimiento.

Los estudios anteriores muestran que, para el tratamiento de la comorbilidad entre el TJ y la depresión, los abordajes en línea tienen resultados positivos. Estos resultados abren una importante línea de intervención que permite alcanzar a un mayor número de población con esta problemática, reduciendo algunas barreras para la búsqueda del tratamiento presencial como pueden ser el estigma, la falta de acceso a atención médica gratuita y la recepción de tratamiento a pesar de situaciones excepcionales que interrumpen el tratamiento tradicional, como lo fue la pandemia por COVID-19.

Solo el estudio publicado por Kuru et al. (2017) presenta un abordaje conjunto de TCC y tratamiento farmacológico en un caso clínico con TJ y depresión mayor. La TCC fue el referido como estándar para el tratamiento de trastornos relacionados con el control de los impulsos y conductas adictivas, constando de 4 módulos: reestructuración cognitiva, desarrollo de habilidades de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas. El tratamiento farmacológico consistió en duloxetina (60mg/d). Al final del primer mes se observó que los pensamientos suicidas del paciente desaparecieron y sus síntomas depresivos disminuyeron. Además, el paciente se mantuvo abstinentes de juego durante 3 meses, así como a lo largo del seguimiento, hasta 6 meses después del tratamiento.

Un ensayo prospectivo doble ciego a 12 semanas y con una muestra de 30 pacientes con depresión mayor y uso excesivo de juego en línea, consistió en la administración de bupropión a un grupo (150 mg/d, incrementando a 300 mg/d, durante la primera semana de tratamiento), mientras que al otro se le pautó escitalopram (comenzando con 10mg/d e incrementando hasta 20 mg/d durante la primera semana). Después del tratamiento, los síntomas de ambos trastornos en ambos grupos mejoraron. Sin embargo, la impulsividad y los niveles de atención se redujeron significativamente en el grupo con bupropión al ser comparado con el grupo tratado con escitalopram (Nam et al., 2017).

El tratamiento farmacológico con bupropión también fue publicado en un estudio de caso por Sepede et al. (2017). La paciente de 59 años con trastorno de compra compulsiva y depresión mayor comienza tratamiento con 100 mg/d de sertralina sin mostrar mejoría, por lo que se sugirió el cambio a paroxetina (20mg/d), tratamiento que se suspendió por efectos gastrointestinales adversos, administrándose finalmente mirtazapina (30mg/d). Los síntomas depresivos mejoraron, pero no el comportamiento de compra. Asimismo, la paciente solicitó un cambio de medicación por un aumento subjetivo de peso (índice de masa corporal, IMC, en el rango normal), siendo dicho dato significativo pues la paciente tenía un antecedente de anorexia. De modo que se añadió al tratamiento 150 mg/d de bupropión y 28 semanas después de la primera evaluación todas las puntuaciones psi-

cométricas de ambos trastornos fueron significativamente menores, sin efectos adversos graves y con sólo un ligero aumento de peso (+4,7%).

El uso de citalopram, en cambio, continúa en debate por los efectos derivados. En el caso clínico publicado por Cuomo et al. (2014), la paciente que solicitaba tratamiento por depresión mayor, con historial de trastorno de somatización, desarrolló TJ tras el uso de citalopram. Su sintomatología ansiosa y depresiva se redujo considerablemente después de 7 meses de uso de citalopram oral (40mg/d), pero simultáneamente apareció la conducta de juego. Así, de forma gradual, citalopram se fue reduciendo, introduciendo pregabalina y alprazolam. Todo ello se asoció a una paulatina reducción de la conducta de juego, aunque el impulso por jugar se mantuvo.

Finalmente, sólo existe un estudio que explore los resultados de tratamiento de TJ sobre sintomatología depresiva comórbida, en pacientes en ingreso hospitalario. Moghaddam et al. (2015) observaron que, tras 8 semanas de tratamiento en un centro de tratamiento residencial, hubo una reducción en los síntomas depresivos. El abordaje incluía TCC, terapia conductual dialéctica, *mindfulness*, entrevista motivacional y los 12 pasos de jugadores anónimos. Sin embargo, en el estudio no se especificó el resultado del tratamiento sobre el TJ.

En el caso de oras adicciones comportamentales, sólo existe registro de un ensayo clínico aleatorizado en pacientes con adicción al sexo y depresión (Firoozikhojastehfar et al., 2022). El grupo experimental, asignado a un abordaje con TCC, que consistió en 9 sesiones de 60 minutos de duración, mostró una mejora significativa de las conductas de hipersexualidad y síntomas depresivos, tanto al finalizar la intervención como en el periodo de seguimiento (1 mes), en comparación con el grupo control. Sin embargo, los objetivos de la TCC no están especificados en el estudio excepto el abordaje de las distorsiones cognitivas asociadas a las conductas de hipersexualidad.

Finalmente, y también en relación a la hipersexualidad, un tratamiento combinado de TCC y entrevista motivacional redujo los síntomas depresivos en hombres con comportamiento sexual problemático a través de internet, pero sin modificar las conductas sexuales Orzack, et al. (2006).

3.1.2. Trastorno bipolar

La presencia comórbida del trastorno bipolar (TB) con otros trastornos adictivos, tanto por sustancias como comportamentales, es una condición que implica mayor severidad del TB y peor resultado del tratamiento (Kennedy et al., 2010; Leverich et al., 2006; Mandelli et al., 2012; Mazza et al., 2009; Soberay et al., 2014).

Hasta la fecha, las evidencias sobre adicciones comportamentales con comorbilidad con el TB se han centrado en la eficacia de los tratamientos farmacológicos, sin hacer referencia a la utilización de tratamientos psicológicos.

El uso de carbonato de litio es uno de los fármacos que ha mostrado mayor eficacia para el tratamiento comórbido de ambos trastornos. En un estudio de caso único con pre-

sencia comórbida de TUS, TJ y TB, tratado con carbonato de litio de liberación inmediata (hasta 900 mg/), se logró la remisión de la conducta de juego y mayor estabilidad del estado de ánimo (Chaim et al., 2014). Estos resultados son coincidentes con los de Hollander et.al. (2005), donde se indicó que la liberación sostenida de carbonato de litio en 29 pacientes con TJ y TB mejoró simultáneamente ambos trastornos.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que en pacientes con TB y adicciones comportamentales comórbidas la utilización de antidepresivos puede aumentar el riesgo de empeoramiento clínico al inducir hipomanía o manía (Leverich et al., 2006).

Igualmente, se ha asociado la aparición de adicciones comportamentales al uso de determinados fármacos para el tratamiento del TB. Por ejemplo, este sería el caso de un varón de 40 años con diagnóstico de TB desde los 15 años, sin antecedentes familiares ni personales de TJ, que tras el tratamiento con aripiprazol (5mg/d), después de un episodio de hipomanía, presentó conducta de juego, que cesaron inmediatamente después de la suspensión del fármaco (Carbone et al., 2019). En otro estudio de caso, un paciente de 57 años con TB e historial de juego social inició conducta problemática tras incrementar en 10 mg/d la medicación con hasta 20 mg/d. Después de 3 semanas con una disminución de la dosis de aripiprazol (10 mg/d) y con la continuación de la psicoterapia de apoyo, el paciente presentó una reducción de su comportamiento de juego (Giri & Peteru, 2019).

3.2. Trastornos relacionados con la ansiedad

La comorbilidad entre trastornos de ansiedad y adicciones comportamentales es frecuente. Sin embargo, los estudios que obtienen resultados positivos en la reducción de los cuadros ansiosos, en realidad suelen tener como objetivo la mejoría de los síntomas depresivos (Bücker et al., 2021; Stevens et al., 2019), o ser resultados secundarios a terapias dirigidas al tratamiento de la adicción comportamental.

Han et al. (2020) exploraron la eficacia de la TCC en pacientes con TJ versus terapia de soporte. Las dos estrategias terapéuticas consistieron en 14 sesiones con frecuencia semanal. Los resultados mostraron que la TCC era superior a la terapia de soporte, tanto para la reducción de la conducta de juego como en los síntomas asociados de ansiedad, impulsividad y aislamiento social.

En cuanto al tratamiento farmacológico, Grant & Potenza (2006) encontraron que el uso de escitalopram fue efectivo para el tratamiento de pacientes con juego problemático y trastornos de ansiedad comórbidos, con una mejora de los síntomas de ambos trastornos.

Por otro lado, Grant y et al. (2013) realizaron un estudio piloto para explorar la eficacia de tolcapona, un inhibidor de la catecol-O-metiltransferasa (COMT), para el tratamiento de TJ, observando reducciones no solo en la gravedad del TJ, sino también en la sintomatología ansiosa y depresiva, así como una mejora en la calidad de vida de los participantes.

A pesar de lo anterior, estos resultados no pueden ser concluyentes ya que aún sería necesaria la realización de estudios específicos para el abordaje de la comorbilidad de adicciones comportamentales y ansiedad.

3.3. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Al igual que con otras comorbilidades, la evidencia empírica sobre la eficacia de los tratamientos para el TJ con comorbilidad con el TOC es escasa, centrándose únicamente en la exploración de tratamientos farmacológicos, más no psicológicos.

Bipeta et al. (2015) investigaron la eficacia del tratamiento farmacológico en 11 pacientes con TOC y adicción a Internet. Todos recibieron clonazepam, que se redujo gradualmente después de tres semanas, además de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) (fluvoxamina, sertralina o fluoxetina), o clomipramina durante un año. Los resultados mostraron que ambos trastornos habían mejorado significativamente en comparación con los valores iniciales, y sólo dos pacientes volvieron a cumplir criterios de adicción a internet después del tratamiento. Sin embargo, son necesarios más estudios y con poblaciones más amplias para que estos resultados puedan ser concluyentes.

3.4. Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

El DSM-5 recoge el TEPT como entidad nosológica en la categoría de “trastornos asociados al trauma y el estrés”. En 2013, Najavits et al. (2013) realizaron un estudio piloto en el que aplicaron una adaptación de la terapia psicológica “*Seeking Safety*” (SS) a sujetos diagnosticados de TEPT (las causas del TEPT en los sujetos del estudio eran diversas) y TJ. Esta terapia basada en la TCC se ha empleado en la comorbilidad entre TEPT y adicción a sustancias (Najavits, 2002), destacando los componentes de psicoeducación y de aprendizaje de habilidades de afrontamiento. De los siete pacientes del estudio de Najavits et al. (2013), cinco realizaron más de 22 sesiones de tratamiento en seis meses. Los efectos positivos del tratamiento se evidenciaron en la significativa reducción de síntomas de ambas patologías. Por un lado, mejoró la sintomatología clínica afectiva, se redujeron los síntomas de ansiedad, descendió la reexperimentación de eventos traumáticos, disminuyeron las experiencias de disociación, la autocrítica excesiva y algunos comportamientos sexuales inadecuados derivados del TEPT. Y, por otro, se observaron cambios en el procesamiento de la información, especialmente en el sesgo de ilusión de control en el juego.

3.5. Trastornos psicóticos

Echeburúa et al. (2011, 2017) llevó a cabo un estudio piloto en 43 individuos con esquizofrenia y TJ en dos grupos de tratamiento: uno que recibió tratamiento psicofarmacológico para el abordaje de la esquizofrenia y TCC orientada al TJ (grupo experimental), frente al otro grupo que estaba en lista de espera para TCC, recibiendo el tratamiento con psicofármacos para la esquizofrenia (grupo control). La TCC consistió en 26 sesiones (seis de ellas grupales), con frecuencia semanal, de 60 minutos de duración. Los principales componentes del programa eran la psicoeducación, control de estímulos, exposición gradual “in vivo” con prevención de respuesta y prevención de recaídas. Se realizó seguimiento al mes, tres, seis y doce meses postratamiento. De los 43 participantes seleccionados, 35 accedieron a recibir el tratamiento, siendo éste completado por un total de 28. No solo se obtuvieron resultados positivos en el grupo experimental sino que también evaluaron variables que podían estar modulando el curso y tratamiento del TJ (Echeburúa et al., 2017). Se describió una tasa de fracaso terapéutico del 43% en los sujetos del grupo experimen-

tal, sobre todo, en los dos primeros meses de tratamiento. Como factores significativos a los cuales podría atribuirse el resultado del tratamiento, se encontraban la edad temprana de los individuos, el mayor número de episodios psicóticos previos y la edad tardía en el inicio del juego. Durante el seguimiento, se describió una tasa de recaída del 32% (el 67% de éstas ocurrieron durante los seis primeros meses). Los predictores más relevantes en la recurrencia fueron la edad temprana de los pacientes y la baja cuantía de sus pagas semanales.

Estudios de casos han descrito el tratamiento con antagonistas de la serotonina/dopamina y con TCC en la comorbilidad entre ambas patologías con buenos resultados (Borras & Huguelet, 2007; Potenza & Chambers, 2001). Shonin et al. (2014) describieron el caso clínico de una paciente de 32 años con diagnóstico de esquizofrenia y TJ tratada con TCC de segunda generación, seguida de una fase de tratamiento con un modelo de recuperación basado en meditación que incluía la intervención conocida en inglés como *Meditation Awareness Training (MAT)*. Tras un total de 20 sesiones de tratamiento (TCC+MAT), la paciente mostró mejoría de la comorbilidad, mantenida a los tres meses de seguimiento.

3.6. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Diferentes estudios han descrito la frecuente comorbilidad entre el TDAH con las adicciones comportamentales, como TJ y adicción a videojuegos, esta última especialmente en población infanto-juvenil (Potenza et al., 2019; Weinstein & Weizman, 2012). La presencia de TDAH se ha asociado a una mayor severidad del TJ (Aymamí et al., 2015). Una reciente revisión de Lampropoulou et al. (2022) destaca el uso de metilfenidato (estimulante) y atomoxetina (no estimulante), dos fármacos efectivos en el tratamiento del TDAH, para el abordaje de esta comorbilidad. Precisamente, el estudio de Park et al. (2016) reclutó un total de 86 adolescentes con TDAH y trastorno por uso de videojuegos. Estos fueron divididos en dos grupos de tratamiento, unos recibieron metilfenidato (44 participantes) y los otros, atomoxetina (42 participantes), comparando la eficacia de los dos fármacos al cabo de 12 semanas. En ambos grupos se redujo la gravedad de la sintomatología asociada al uso adictivo de videojuegos.

La eficacia de metilfenidato en el tratamiento de la comorbilidad entre TDAH y adicción a videojuegos había sido descrita en un estudio previo con población infanto-juvenil (8-12 años) y un periodo de seguimiento de 8 semanas (Han et al., 2009). Más recientemente, el trabajo de Chang et al. (2020) respalda los resultados previos con metilfenidato y atomoxetina en pacientes con TDAH y adicción a videojuegos que además presentan problemas de regulación emocional.

Como ejemplo de abordaje terapéutico de patología comórbida múltiple, McLaughlin et al. (2018) describen el uso de un compuesto pro-dopaminérgico (KB200z) en una paciente de 38 años con antecedente de TDAH, trastorno por uso de sustancias, trastorno por acumulación y compra compulsiva. Este tratamiento se añadió al tratamiento habitual con el que había estado años estable, basado en una combinación de buprenorfina/naloxona y sales mixtas de anfetamina y dextroanfetamina. Posteriormente, se observó una reducción en la conducta de compra y acumulación. Aunque se trata de un caso único,

este trabajo pone de manifiesto la presencia de potenciales factores de vulnerabilidad compartidos cuyo estudio puede servir de base para plantear nuevas dianas biológicas con implicaciones terapéuticas en el abordaje de la comorbilidad de las adicciones comportamentales con el TDAH.

3.7. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

La presencia comórbida de TCA con diversas adicciones comportamentales ha sido ampliamente referida en la literatura (Lozano-Madrid et al., 2020; Mestre-Bach et al., 2020; Weintraub et al., 2013), reportándose que la presencia de patología dual entre trastornos adictivos con TCA, principalmente aquellos asociados con características de la personalidad más impulsivas como bulimia nerviosa, incrementa la severidad del perfil patológico del paciente (del Pino-Gutiérrez et al., 2017). Sin embargo, los estudios que demuestren la eficacia de un tratamiento conjunto son limitados.

Hadwiger et al. (2019) publicaron dos casos clínicos sobre el tratamiento en ingreso hospitalario de dos pacientes con trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) y TJ. Durante la hospitalización, ambos pacientes fueron tratados con un protocolo de desnutrición que incluía un plan de realimentación con supervisión, psicoeducación, consejo nutricional, terapia individual y familiar, fisioterapia y servicios sociales. Las intervenciones tenían como objetivo modificar los comportamientos de ingesta y de juego, a través de una programación estructurada, reforzando la realización de conductas adaptativas. Ambos pacientes siguieron un programa de TCC, para abordar problemas de comportamiento y comunicación y mejorar las estrategias de afrontamiento adaptativas ante el estrés emocional. También se incluyeron sesiones con los familiares para incrementar las habilidades de comunicación entre padres e hijos, así como para promover la educación y apoyo. Ambos pacientes progresaron a nivel sintomatológico en ambas condiciones, aunque los resultados no se mantuvieron en cuanto a la conducta de juego.

4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La información relacionada al resultado de tratamiento comórbido en adicciones comportamentales y trastornos de la personalidad es escasa, sin embargo, las características de los trastornos de la personalidad pueden tener una importante implicación en el desarrollo y mantenimiento de adicciones comportamentales u otros trastornos del control de los impulsos (Maniaci et al., 2017).

En el estudio llevado a cabo por Maniaci et al. (Maniaci et al., 2017), se utilizó psicoterapia sistémica (sesiones semanales de una hora de duración y sesiones familiares una vez al mes) en pacientes con TJ, de los cuales 59.8% tenían trastornos de la personalidad comórbidos (narcisista, antisocial, negativista y desafiante). La presencia de cualquiera de estos trastornos fue un predictor de abandono terapéutico, independientemente de otros factores sociodemográficos (edad y nivel educativo) o propios del TJ (severidad y duración del trastorno). Igualmente, las variables asociadas a una mayor probabilidad de fracaso terapéutico fueron el trastorno antisocial de la personalidad y el negativista, similar a lo

que se observó en el trastorno por uso de sustancias. Así, la necesidad de seguir explorando tratamientos eficaces para abordar la comorbilidad de los trastornos adictivos con los trastornos de la personalidad es importante (Duggan et al., 2007).

5. ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP)

Diversos comportamientos potencialmente adictivos pueden preceder en el curso evolutivo a la EP, sin embargo, su presencia se describe mayoritariamente en el contexto del tratamiento dopaminérgico. Así, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (The World Health Organisation, WHO, 2019) establece la incompatibilidad de diagnosticar una adicción comportamental (TJ) o adicción a videojuegos, las únicas adicciones comportamentales reconocidas en este manual) si estas entidades se relacionan nosológicamente con el tratamiento de la EP. No obstante, en este capítulo se ha querido revisar esta doble condición por varios motivos. Por un lado, su interurrencia en pacientes con EP es relativamente común, oscilando la presencia de comportamientos adictivos y relacionados con el control de impulsos entre el 14-17% (Grassi et al., 2021; Zhang et al., 2021) y situándose en torno al 7% en el caso del juego de apuesta (Weintraub, Sohr, et al., 2010). Asimismo, estos cuadros pueden llegar a ser invalidantes para el paciente, afectando a su calidad de vida, sin olvidar el impacto añadido para los cuidadores (Grassi et al., 2021). Por último, desde el punto de vista clínico, su abordaje en el contexto de la EP supone un reto terapéutico en el campo de la salud.

5.1. Estrategias farmacológicas

Actualmente, existe una falta de evidencia acerca de las recomendaciones farmacológicas óptimas en el manejo de cuadros relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas en la EP (Grassi et al., 2021; Ramirez-Zamora et al., 2016). Dado el papel que se ha atribuido al tratamiento dopaminérgico en la aparición y/o exacerbación de dicha sintomatología, es necesario distinguir dos tipos de estrategias farmacológicas, que no tienen por qué ser excluyentes: a) las relativas a optimizar el tratamiento dopaminérgicos de la EP y b) aquellas que hacen referencia a otros fármacos que podrían ser útiles en el tratamiento de síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas en la EP.

5.1.1. Optimización del tratamiento dopaminérgico

En todo paciente con EP que inicia tratamiento dopaminérgico, la prevención de problemas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas debe ser la primera medida a considerar. Así, la psicoeducación al paciente y a los familiares resulta una herramienta de gran utilidad (Brock et al., 2019; Pirritano et al., 2014). En el caso de que aparezcan estos síntomas, la modificación del tratamiento dopaminérgico puede ser eficaz para mitigarlos (Vargas & Cardoso, 2018). En este sentido, tanto la reducción de la dosis como la discontinuación del tratamiento dopaminérgico se han asociado a una disminución y/o remisión sintomática en la mayoría de los casos (Vitale et al., 2019). No obs-

tante, se advierte que podría haber cierta latencia de respuesta de hasta varias semanas (Samuel et al., 2015). Como normal general, el tipo de modificación farmacológica escogido debe valorarse de manera individualizada, de acuerdo con la severidad de los síntomas, el tipo de agentes dopaminérgicos usados, la respuesta terapéutica del paciente y su tolerabilidad (Ramirez-Zamora et al., 2016).

Tanto los fármacos agonistas dopaminérgicos ergóticos (como cabergolina, bromocriptina, pergolida) como no ergóticos (pramipexol, ropinirol, rotigotina, piribedil, apomorfin) se han asociado a la presencia y/o agravamiento de síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas (Vitale et al., 2019). Sin embargo, resulta controvertido el hecho de que tengan un efecto dosis y tiempo-dependiente sobre estos síntomas (Corvol et al., 2018; Grassi et al., 2021). Por ello, su suspensión suele ser considerada como primera opción (Weintraub, Koester, et al., 2010). En algunos casos, la discontinuación completa no es posible debido a la aparición de síntomas de abstinencia (como apatía, fatiga, algias, cambios anímicos, etc.), al empeoramiento de los síntomas motores de la EP o al miedo del paciente a que esto ocurra. Si bien no hay una recomendación estándar para el abordaje de los síntomas de abstinencia (Vitale et al., 2019), algunos autores han defendido el mantenimiento de los agonistas dopaminérgicos aunque se haga una reducción de dosis y con una monitorización estrecha de la evolución clínica (Rizos et al., 2016). Alternativamente, se ha recomendado priorizar el uso de agonistas con baja selectividad por el receptor dopaminérgico D3 (p.e. bromocriptina) frente al pramipexol y ropinirol (García-Ruiz et al., 2014; Kraus et al., 2020; Martínez-Martin et al., 2015; Santangelo et al., 2013; Sriram et al., 2013). Si bien estos dos agonistas dopaminérgicos son de los más usados en la EP, han sido especialmente asociados con síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas, así como con síntomas abstinenciales (Corvol et al., 2018; Ramírez-Gómez et al., 2017; Santangelo et al., 2013). Otra de las posibles opciones sería pasar de una formulación oral de liberación inmediata a una de liberación prolongada o la sustitución de la vía oral (pramipexol, ropinirol) por la transdérmica (rotigotina) (García-Ruiz et al., 2014; Ramírez-Gómez et al., 2017; Rizos et al., 2012, 2016; Vitale et al., 2019). Una última estrategia que se contempla es el empleo de la terapia de infusión con agonistas dopaminérgicos, como sería el caso de la administración subcutánea de apomorfin, que además tiene baja selectividad D3 (García-Ruiz et al., 2014; Magennis et al., 2012; Martínez-Martin et al., 2015; Samuel et al., 2015; Todorova et al., 2015). Globalmente, se necesitan más estudios a gran escala para consolidar estas recomendaciones, así como para determinar si la vía de administración *per se* podría ser relevante en la prevención de la aparición o recurrencia de los síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas (Vitale et al., 2019).

En el caso de levodopa, se ha descrito un riesgo bajo de asociación con síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas, siendo menor que con agonistas dopaminérgicos (Grassi et al., 2021; Ramirez-Zamora et al., 2016; Vitale et al., 2019; Weintraub, Koester, et al., 2010; Zhang et al., 2021). Así, en los pacientes con EP que presenten comorbilidad con uso de sustancias o antecedente de otros trastornos impulsivo-compulsivos, se recomienda escoger como primera línea de tratamiento levodopa en monoterapia a una dosis mínima eficaz (García-Ruiz et al., 2014; Grassi et al., 2021; Martínez-Castrillo,

2019). Si bien en algunos casos es necesaria su combinación con agonistas dopaminérgicos, esta podría asociarse a un mayor riesgo de problemas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas (Antonini et al., 2017; Bastiaens et al., 2013; Corvol et al., 2018; Weintraub, Koester, et al., 2010). Asimismo, se requiere de una mayor evidencia para extraer conclusiones sólidas con respecto a si existen diferencias en función del tipo de formulación (inmediata o prolongada) y de la vía de administración (oral versus enteral) (Hauser et al., 2013; Ramirez-Zamora et al., 2016; Santangelo et al., 2013; Vitale et al., 2019).

5.1.2. Otras estrategias farmacológicas

Diversos autores han realizado una revisión del abordaje farmacológico de los problemas de control de impulsos y conductas adictivas en la EP más allá de la optimización del tratamiento dopaminérgico (Marques et al., 2018; Ramirez-Zamora et al., 2016; Samuel et al., 2015; Tanwani et al., 2015). En términos generales, el empleo de antiepilépticos (p.e. valproato, zonisamida, topiramato) tiene una evidencia global escasa, procedente mayoritariamente de estudios no controlados (Bermejo, 2008; Bermejo et al., 2010; Degirmenci & Kececi, 2019; Hicks et al., 2011; Jiménez-Urbieto et al., 2015; Kon et al., 2018; Kraus et al., 2020; Pirritano et al., 2014; Santangelo et al., 2013; Sriram et al., 2013) y siendo su uso contemplado como anecdótico en la actualidad (Vitale et al., 2019). También se reflejan en la literatura resultados inconclusos en relación con el uso de fármacos antiglutamatérgicos como amantadina (Cera et al., 2014; Thomas et al., 2010; Walsh & Lang, 2012; D. Weintraub, Sohr, et al., 2010), siendo necesario ampliar la investigación que avale evidencias preliminares favorables a su uso en la comorbilidad de la EP con el TJ (Santangelo et al., 2013). Los resultados sobre el uso de antipsicóticos como clozapina y quetiapina siguen siendo limitados (Bonfils et al., 2015; Cossu et al., 2018; Guedes et al., 2016; Hardwick et al., 2013; Jiménez-Urbieto et al., 2015; Pirritano et al., 2014; Ramirez-Zamora et al., 2016; Sevincok et al., 2007) con una falta de ensayos clínicos aleatorizados. Hasta la fecha, se mantiene una recomendación de uso de estos fármacos de acuerdo con sus principales indicaciones (psicosis, trastorno bipolar) (Vitale et al., 2019). Cabe mencionar que el uso de aripiprazol se ha asociado a la aparición de TJ en la EP (Pirritano et al., 2014). Si bien algunos estudios han sugerido la utilidad del uso de antagonistas opioides como naloxona y nalmefeno en el tratamiento de los síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas en la EP (Bosco et al., 2012; Papay et al., 2014), revisiones recientes ponen de manifiesto resultados poco concluyentes sobre su eficacia en este supuesto (Cossu et al., 2018; Gatto & Aldinio, 2019; Jiménez-Urbieto et al., 2015; Kraemmer et al., 2016; Lopez et al., 2017; Ramirez-Zamora et al., 2016; Voon et al., 2017). Las revisiones de Pirritano et al. (2014) y Gatto & Aldinio (2019) describen el uso de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), para el tratamiento de problemas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas y EP aunque con resultados poco sólidos. A falta de estudios adicionales, en la actualidad, se consideran fármacos de segunda línea (Santangelo et al., 2013). También se aconseja cautela a la hora de prescribir el uso de IMAO e inhibidores de la COMT en estos pacientes (García-Ruiz et al., 2014; Jiménez-Jiménez et al., 2017; Kon et al., 2018; Levy & Lang, 2017; Perez-Lloret et al., 2012; Ramirez-Zamora et al., 2016; Reyes et al., 2014; Vitale et al., 2013). Por último, las terapias basadas en esteroides podrían emerger como opciones potenciales para el abordaje del TJ y otros cuadros relacionados con el

control de impulsos y conductas adictivas en varones con EP, si bien se requiere de una mayor evidencia (Bortolato et al., 2012; Ramirez-Zamora et al., 2016).

5.2. Terapia Psicológica

5.2.1. Terapia Cognitivo-conductual (TCC)

En dos revisiones recientes (Lopes et al., 2021; Yahya et al., 2020) se incluyen un ensayo clínico aleatorizado (Okai et al., 2013) y un estudio piloto (Jiménez-Murcia et al., 2012) que han evaluado TCC en individuos con EP para el manejo de síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas. En ambos se administró una sesión de TCC semanal, en modalidad presencial e individual (en casa del paciente y/o en el entorno clínico), durante un periodo de 12 a 16 semanas consecutivas, dirigidas por psicología (Jiménez-Murcia et al., 2012) o enfermería supervisada por psicología (Okai et al., 2013). En estas sesiones destacaba especialmente un componente psicoeducativo sobre ambas comorbilidades, de autocontrol y planificación de actividades gratificantes, así como el trabajar estrategias de afrontamiento y manejo de emociones en relación con la EP, además de técnicas de resolución de problemas, control de estímulos y gestión del dinero, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, autorrefuerzo y prevención de recaídas.

En el ensayo clínico de Okai et al. (2013), los 45 participantes (predominantemente varones) estaban siendo tratados farmacológicamente por la EP. Estos habían mostrado empeoramiento de los síntomas motores y algunos neuropsiquiátricos (como disforia) al intentar reducir el tratamiento dopaminérgico debido a la presencia de síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas. Los participantes del ensayo fueron aleatorizados a tratamiento TCC semanal (28 participantes, 12 sesiones de TCC) o lista de espera de 6 meses con manejo farmacológico estándar (17 participantes formaron el grupo control). Destacaban como principales limitaciones de este estudio un pequeño tamaño muestral y la lista de espera. Aun así, se reportó una reducción de los síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas en los individuos tratados con TCC, en comparación con el grupo control, manteniéndose en el seguimiento de los 6 meses. En estos pacientes se empleó la *Escala de Valoración de los Trastornos Impulsivo-Compulsivos en la Enfermedad de Parkinson (QUIP-RS)* (que distingue cuatro subescalas (“juego compulsivo”, “comportamiento sexual compulsivo”, “compra compulsiva” y “comer compulsivo”) y los criterios DSM para el screening diagnóstico de problemas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas como TJ. Un segundo estudio del mismo grupo que incluyó a los participantes de la lista de espera del estudio previo en el tratamiento con TCC, buscó la identificación de factores predictores de buena respuesta al tratamiento (Okai et al., 2015). Un mejor funcionamiento social, la menor dosis de tratamiento dopaminérgico, una menor interferencia funcional de los síntomas relacionados con el control de impulsos y otras conductas adictivas o la ausencia de otras comorbilidades psiquiátricas se asociaron a una mejor respuesta a la TCC en estos pacientes (Okai et al., 2015).

El estudio piloto retrospectivo de Jiménez-Murcia et al. (2012) comparó la eficacia de 16 sesiones de TCC en 60 individuos con TJ, 15 de los cuales presentaban un diagnósti-

co comórbido de EP. Si bien no se mostraron diferencias significativas en la respuesta a tratamiento entre los dos grupos, se encontró una mayor tendencia a la recaída y abandono entre los individuos con ambas comorbilidades. Precisamente, este grupo de investigación perteneciente a la Unidad de Psicología Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona, España) contempla entre sus protocolos de tratamiento la situación de la comorbilidad de una adicción comportamental con la EP. En estos casos, la terapia en modalidad individual, la adaptación de algunas técnicas a la presencia de EP (como psicoeducación y entrenamiento en estrategias de afrontamiento dirigidas a la EP, gestión del tiempo libre, evaluación de otras conductas impulsivas e identificación de situaciones de riesgo específicas), la participación del coterapeuta y la coordinación con neurología y psiquiatría para un abordaje multidisciplinar del paciente resultan claves (Jimenez-Murcia et al., 2006). Una publicación reciente del mismo grupo (Mena-Moreno et al., 2022) describe el empleo de la gamificación como intervención coadyuvante a la TCC. La gamificación supone el traslado de la mecánica de los juegos a ámbitos distintos del puramente lúdico como el educativo o el sanitario. En esta línea, el estudio de Mena-Moreno et al. (2022) reportó un caso clínico de comorbilidad entre EP e hipersexualidad secundaria al tratamiento dopaminérgico. El abordaje terapéutico consistió en 20 sesiones individuales de TCC. Seguidamente, se administró una intervención de 15 sesiones basada en el *serious game* e-Estesia, enfocada al abordaje de la impulsividad y la regulación emocional. Tras la doble intervención, el paciente presentó una mejoría en las puntuaciones de regulación emocional, estrés emocional e impulsividad respecto del estadio pretratamiento. Aunque este resultado se considera preliminar y limita la extracción de conclusiones definitivas, sin duda, abre la puerta a futuras investigaciones encaminadas a profundizar en el uso de estrategias coadyuvantes a la TCC. Por ejemplo, las basadas en la gamificación o en la farmacología, así como a estudios comparativos de la eficacia de la TCC frente a otras terapias (como la terapia farmacológica), o de la combinación TCC+ tratamiento farmacológico versus monoterapia. De hecho, la combinación de TCC y reducción de la dosis de agonistas dopaminérgicos ha demostrado ser efectiva en algunos casos (Pirritano et al., 2014). La intervención no farmacológica basada en un enfoque psicoterapéutico podría contemplarse también en casos en los que sea poco viable el ajuste del tratamiento dopaminérgico (Vitale et al., 2019).

5.3. Técnicas de Neuromodulación

Diferentes trabajos han descrito una reducción de los síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas (como conducta de juego, hipersexual o de compra compulsiva) post cirugía DBS cuando se estimula el núcleo subtalámico, unilateral o bilateralmente (Abbes et al., 2018; Amami et al., 2015; Callesen et al., 2013; Castrioto et al., 2015; Cossu et al., 2018; Eusebio et al., 2013; Gee et al., 2015; Kim et al., 2018; Lhommée et al., 2012, 2017, 2018; Lopez et al., 2017; Luigjes et al., 2019; Merola et al., 2017; Voon et al., 2017; D. Weintraub et al., 2015; Weintraub & Claassen, 2017), incluyendo un reciente metaanálisis de Razmkon et al. (2021). La DBS se asocia normalmente a una modificación de la dosis del tratamiento dopaminérgico que, a su vez, repercutiría en los síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas postcirugía (Ardouin et al., 2006; Cilia et al., 2014; Kasemsuk et al., 2017; Lhommée et al., 2012; Shotbolt et al., 2012). No obstante, también se

ha planteado un potencial efecto directo de DBS sobre estos síntomas a través de la estimulación de subterritorios del núcleo subtalámico e independiente de las modificaciones del tratamiento dopaminérgico (Rossi et al., 2017). Contrariamente, existen otros estudios que reportan una mejoría parcial o ausencia de esta, un empeoramiento sintomático e incluso la aparición de síntomas *de novo* tras la cirugía DBS (Hälbig et al., 2009; Kasemsuk et al., 2017; Kim et al., 2018; Kim et al., 2013; Moum et al., 2012; Umemura et al., 2011). Por otro lado, la literatura existente que evalúa el potencial terapéutico de técnicas de neuromodulación no invasivas, como la estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS) o la estimulación magnética transcraneal directa (tDCS), en la comorbilidad de la EP con conductas adictivas es muy limitada (Grassi et al., 2021; Luigjes et al., 2019). No obstante, se han descrito resultados prometedores con el empleo de rTMS en procesos adictivos (siendo la diana el córtex prefrontal dorsolateral) y trastorno obsesivo-compulsivo (área suplementaria motora) (Grassi et al., 2018; Madeo et al., 2020; Nardone et al., 2014; Pallanti et al., 2015).

6. CONCLUSIONES GENERALES

- De acuerdo con la literatura revisada, los tratamientos farmacológicos utilizados en los diferentes estudios aparecen generalmente más detallados que los tratamientos psicológicos, Este hecho limita en muchas ocasiones poder concretar técnicas específicas dentro de cada formato de tratamiento (cognitivo conductual, los 12 pasos de AA, entrevista motivacional) y en cada comorbilidad.
- No obstante, como autores de este capítulo se hace hincapié en la conveniencia de realizar variaciones oportunas en tratamientos psicológicos, como la TCC, adaptadas para cada patología comórbida en función de sus características específicas. En este sentido, algunas unidades especializadas en adicciones comportamentales como la Unidad de Psicología Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona) ha confeccionado diferentes guías internas de tratamiento para comorbilidades diversas en procesos adictivos. En esta línea, a continuación, se especifican las principales conclusiones extraídas de este capítulo, que pudieran orientar a los diferentes profesionales a la hora de diseñar un tratamiento personalizado cuando se presenta una patología comórbida a la adicción comportamental.

6.1. Trastornos por uso de sustancias

- Algunos de los principales problemas a la hora de tratar esta comorbilidad son la severidad de los síntomas, mantener la abstinencia y el posible efecto que pueda tener el tratamiento de un trastorno sobre el otro. Algunos autores abogan por un tratamiento transdiagnóstico, que aborde los mecanismos comunes de ambos procesos adictivos.
- El abuso de alcohol comórbido a la adicción comportamental se asocia a una peor respuesta al tratamiento de esta última. Este hecho no se ha observado en caso del abuso de la nicotina, que no se asocia a un peor resultado al tratamiento.

- Tanto naltrexona como nalmefeno, antagonistas opioides que ya han mostrado su efectividad en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, serían también los fármacos más efectivos para tratar a pacientes con TJ y trastorno por uso de alcohol o cuando existen antecedentes familiares del mismo. Además, no presentan una interacción adversa con el consumo de alcohol. En el caso de la comorbilidad con el trastorno por uso de nicotina, el uso simultáneo de N-acetilcisteína junto con una intervención de desensibilización en imaginación también ha mostrado reducción en el consumo de nicotina y mejoras en los síntomas del TJ. No obstante, existe alguna evidencia que pone en duda su efectividad. Asimismo, se deben tener en cuenta posibles efectos adversos como la anhedonia.
- Otra clase de fármacos que han demostrado su efectividad para tratar el trastorno por uso de alcohol son moduladores gabaérgicos. No obstante, su uso en casos de comorbilidad con una adicción comportamental podría resultar en una exacerbación de la segunda.
- El uso de terapias psicológicas, que incluyan el componente motivacional, ha demostrado su efectividad para tratar casos de comorbilidad de adicción comportamental con adicción a sustancias. Las intervenciones de 12 pasos en el marco de Alcohólicos Anónimos y Jugadores Anónimos parecen mostrar buenos resultados en el caso del trastorno por uso de alcohol, pero no para el TJ.
- Las evidencias sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos, principalmente TCC, y los tratamientos farmacológicos ponen en relieve la posible conveniencia de un abordaje psicológico y farmacológico simultáneo.
- Otras investigaciones se han orientado a la búsqueda de otros posibles abordajes terapéuticos para la comorbilidad de adicciones comportamentales con trastornos por uso de sustancias, como tratamientos con estimulación magnética de la corteza prefrontal dorsolateral.

6.2. Otros trastornos mentales

- La depresión es uno de los trastornos afectivos con mayor comorbilidad con adicciones comportamentales, principalmente, con TJ. El tratamiento con TCC ha sido el más ampliamente analizado para el abordaje de la comorbilidad, con respuestas positivas en ambos trastornos. Su eficacia en formato online también ha sido descrita, lo que abre la puerta para su utilización con beneficios como optimización de recursos, alcance a mayor número de personas, etc. En cuanto al tratamiento farmacológico, los estudios son escasos y poco concluyentes. Sin embargo, cabe destacar que, mientras el antidepresivo bupropión parece haber dado buenos resultados, el uso de escitalopram ha sido cuestionado por un probable papel en el incremento o aparición de síntomas de adicciones comportamentales, en pacientes con depresión.
- La mayoría de las aproximaciones terapéuticas en la comorbilidad del TB y adicciones comportamentales se han centrado en el tratamiento farmacológico. Si bien el uso de carbonato de litio ha mostrado eficacia para el tratamiento comórbido de

ambos trastornos, la utilización de antidepresivos puede aumentar el riesgo de empeoramiento clínico del TB al inducir hipomanía o manía. Del mismo modo, también se ha descrito que el uso de algunos fármacos para el tratamiento del TB, como el aripiprazol, pueden inducir el desarrollo de una adicción comportamental.

- El uso de la TCC ha mostrado resultados positivos en el tratamiento de la comorbilidad de adicciones comportamentales y ansiedad, si bien el objetivo primario de la terapia no era el abordaje de la sintomatología de ansiedad.
- En el caso de la comorbilidad de TOC con otras adicciones comportamentales, solo existe un estudio controlado que probó la eficacia de distintos ISRS (fluvoxamina, sertralina o fluoxetina), o clomipramina en pacientes con adicción a internet, mostrando resultados positivos en la reducción de los síntomas de TOC y la remisión de la adicción a internet con cualquiera de los medicamentos antes mencionados.
- Dada la escasez de estudios relativos al abordaje terapéutico de la comorbilidad entre TEPT y adicciones comportamentales, es preciso seguir investigando en esta línea.
- Los estudios de tratamiento de la comorbilidad entre trastorno psicóticos y adicciones comportamentales se centran en esquizofrenia y TJ. En este sentido, la realización de un abordaje paralelo de la comorbilidad incluyendo el uso de TCC se perfila como una estrategia terapéutica esperanzadora. Sin embargo, se consideran necesarias nuevas líneas de investigación basadas en estudios longitudinales, con mayor tamaño muestral y controlados con placebo.
- Aunque los trabajos descritos apuntan hacia un potencial beneficio de metilfenidato y atomoxetina en la comorbilidad de TDAH con adicción a internet, la escasez de estudios aleatorizados y controlados con placebo limitan las conclusiones, a este respecto. Asimismo, la literatura adolece de una falta de estudios de tratamiento en la comorbilidad del TDAH con TJ y problemas relacionados con el control de impulsos.
- La presencia comórbida de TCA con diversas adicciones comportamentales ha sido ampliamente referida en la literatura. Al igual que en el caso de la ansiedad, los estudios apuntan al uso de tratamientos que de manera secundaria pueden tener un efecto sobre la conducta alimentaria, aunque no sean el objetivo de estos tratamientos, por lo que se precisa de más estudios en esta área.

6.3. Trastornos de la personalidad

- Considerando que las características de los trastornos de la personalidad pueden tener una importante implicación en el desarrollo y mantenimiento de adicciones comportamentales, la necesidad de explorar potenciales estrategias terapéuticas se hace relevante. Hasta la fecha, la escasez de estudios en la literatura limita la evidencia de tratamiento de la comorbilidad con trastornos de la personalidad.

6.4. Enfermedad de Parkinson

- Actualmente, el tratamiento de los síntomas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas en pacientes con EP sigue representando un reto para los profesionales. En general, existe una falta de estudios que guíen el manejo terapéutico de la comorbilidad, con escasez de ensayos clínicos aleatorizados y una evidencia predominantemente basada en estudios con tamaños muestrales reducidos. Asimismo, la mayoría de los estudios hacen referencia a la conducta de juego sobre otros comportamientos potencialmente adictivos, con algunos estudios puntuales que describen conducta hipersexual o compra compulsiva.
- Los problemas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas en la EP se suelen relacionar con el tratamiento dopaminérgico de la EP. Si bien no existen recomendaciones farmacológicas basadas en la evidencia para el tratamiento de esta comorbilidad, las modificaciones del tratamiento dopaminérgico (reducción y/o discontinuación) pueden ser eficaces como un primer paso en muchos casos.
- Se recomienda que la reducción del tratamiento dopaminérgico se valore de manera individualizada de acuerdo con la severidad de los síntomas, la respuesta del paciente y su tolerabilidad.
- La falta de evidencia actual hace que el tratamiento coadyuvante con otros fármacos (por ejemplo, antidepresivos, antipsicóticos, amantadina, zonisamida...) se considere anecdótico en la comorbilidad de la EP y los problemas del control del impulsos y conductas adictivas. Normalmente, en estos pacientes, se recomienda valorar su administración de acuerdo con las principales indicaciones que tienen estos fármacos y la presencia de otras comorbilidades (como trastornos afectivos, psicosis...).
- El uso de la terapia psicológica está escasamente documentado y se ha centrado en el abordaje con TCC, que ha sido recomendada especialmente en los casos de EP y problemas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas de mayor gravedad.
- La mayoría de los estudios de neuromodulación hacen referencia a la DBS. Aunque la literatura disponible no permite extraer conclusiones definitivas sobre su uso en el abordaje de la comorbilidad.

Tabla 1. Grado de recomendación de las intervenciones para la comorbilidad de trastornos por uso de sustancias y adicciones comportamentales

| Trastornos por uso de sustancias | Grado de recomendación |
|--|-------------------------------|
| Algunos autores recomiendan una intervención transdiagnóstica que aborde los mecanismos comunes de las adicciones a sustancias y las adicciones comportamentales. | D |
| Los fármacos antagonistas de los opiodes como la naltrexona o el nalmefeno han demostrado su efectividad en el tratamiento de la comorbilidad de TJ y trastorno por uso de alcohol. Además, no presentan una reacción adversa al consumo de alcohol. | A |
| La N-acetilcisteína, recomendada como coadyuvante al tratamiento de la adicción a la nicotina, ha demostrado cierta eficacia como tratamiento complementario en la comorbilidad de la adicción a la nicotina y adicciones comportamentales, sin embargo, existen evidencias que ponen en duda su eficacia. Además puede causar efectos adversos como la anhedonia. | C |
| Los moduladores gabaérgicos, como el baclofeno, están recomendados para el tratamiento de la adicción al alcohol, sin embargo, pueden incrementar las conductas impulsivas de la adicción comportamental. | D |
| La TCC ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la comorbilidad de adicción comportamental con adicción a sustancias. | B |
| La intervención psicológica incluyendo componentes motivaciones ha demostrado alta efectividad en el tratamiento de la comorbilidad de adicción comportamental con adicción a sustancias. | A |
| La efectividad de las intervenciones psicológicas y farmacológicas en la comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias y adicciones comportamentales sugieren la conveniencia del abordaje simultáneo con ambos tipos de intervención. | B |
| Otros tipos de abordajes terapéuticos, como la estimulación de la corteza prefrontal dorsolateral, necesitarían de más evidencias para valorar su efectividad. | D |

Tabla 2. Grado de recomendación de las intervenciones para la comorbilidad de otros trastornos mentales y adicciones comportamentales

| Otros trastornos mentales | Grado de recomendación |
|---|-------------------------------|
| El tratamiento con TCC (presencial y online) ha sido el más ampliamente analizado para el abordaje de la comorbilidad: depresión-TJ. Las respuestas han sido positivas en ambos trastornos. | A |
| El antidepresivo bupropión en el uso de la comorbilidad: depresión-TJ se ha reportado con buenos resultados, sin embargo, las muestras son reducidas o se trata de estudios de caso. | C |
| El uso de escitalopram ha sido cuestionado por un probable papel en el incremento o aparición de síntomas de adicciones comportamentales, en pacientes con depresión y TJ, sin embargo las muestras son reducidas o se trata de estudios de caso. | C |
| La utilización de antidepresivos y el aripiprazol, han reportado aumentar el riesgo de empeoramiento clínico del TB y/o el desarrollo de una adicción comportamental. Sin embargo las muestras son reducidas o se trata de estudios de caso. | C |

Tabla 2 (cont.). Grado de recomendación de las intervenciones para la comorbilidad de otros trastornos mentales y adicciones comportamentales

| Otros trastornos mentales | Grado de recomendación |
|---|------------------------|
| El litio ha mostrado eficacia para el tratamiento comórbido de TB y adicciones comportamentales. Sin embargo las muestras son reducidas o se trata de estudios de caso. | C |
| Se han reportado resultados positivos del uso de TCC para la comorbilidad ansiedad-TJ, sin embargo las muestras son reducidas o se trata de estudios de caso. | B |
| El uso de fármacos como escitalopram y tolcapona han tenido resultados positivos en la comorbilidad de ansiedad-adicciones comportamentales, sin embargo las muestras son reducidas o se trata de estudios de caso. | C |
| Solo existe un estudio controlado que probó la eficacia de distintos ISRS (fluvoxamina, sertralina o fluoxetina), o clomipramina en pacientes con adicción a internet y TOC, mostrando resultados positivos en ambos trastornos. Al ser un estudio y con muestra reducida no puede ser generalizable. | D |
| El uso de TCC (con o sin uso simultaneo de tratamiento farmacológico) se ha reportado para el tratamiento de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, comorbidos con TJ, sin embargo los resultados son contradictorios en estudios con número de muestra reducida o estudios de caso. | D |
| Se ha reportado un potencial beneficio de metilfenidato y atomoxetina en la comorbilidad de TDAH con adicción a internet. | B |
| Los resultados de un tratamiento conjunto de adicción comportamental y TCA son escasos, se recomiendan futuros estudios en esta línea. | D |
| Los resultados de un tratamiento conjunto de adicción comportamental y Trastornos de la Personalidad son escasos, se recomiendan futuros estudios en esta línea. | D |

Tabla 3. Grado de recomendación de las intervenciones para la comorbilidad de enfermedad de Parkinson y adicciones comportamentales

| Enfermedad de Parkinson | Grado de recomendación |
|---|------------------------|
| Los problemas relacionados con el control de impulsos y conductas adictivas en la EP pueden estar relacionados con el tratamiento dopaminérgico de la EP. Actualmente, no existen recomendaciones farmacológicas basadas en la evidencia para el tratamiento de esta comorbilidad. Algunos estudios apuntan a que las modificaciones del tratamiento dopaminérgico pueden ser eficaces como un primer paso según el caso. | C |
| La falta de evidencia actual hace que el tratamiento coadyuvante con otros fármacos (por ejemplo, antidepresivos, antipsicóticos, amantadina, zonisamida...) se considere anecdótico en la comorbilidad de la EP y los problemas del control del impulsos y conductas adictivas. | D |
| La eficacia de la terapia psicológica centrada en la TCC ha sido escasamente explorada en esta comorbilidad con resultados prometedores pero que requieren confirmación mediante la realización de ensayos aleatorizados con mayor tamaño muestral y periodo de seguimiento. | C |
| La mayoría de los estudios de neuromodulación hacen referencia a la DBS. La literatura arroja resultados mixtos sobre su eficacia en el abordaje de problemas del control de impulsos y conductas adictivas en la EP. | D |

7. BIBLIOGRAFIA

- Abbes, M., Lhommée, E., Thobois, S., Klinger, H., Schmitt, E., Bichon, A., Castrioto, A., Xie, J., Fraix, V., Kistner, A., Pélissier, P., Seigneuret, É., Chabardès, S., Mertens, P., Broussolle, E., Moro, E., & Krack, P. (2018). Subthalamic stimulation and neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease: Results from a long-term follow-up cohort study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-316373>
- Amami, P., Dekker, I., Piacentini, S., Ferré, F., Romito, L. M., Franzini, A., Foncke, E. M. J., & Albanese, A. (2015). Impulse control behaviours in patients with Parkinson's disease after subthalamic deep brain stimulation: De novo cases and 3-year follow-up. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-307214>
- Antonini, A., Barone, P., Bonuccelli, U., Annoni, K., Asgharnejad, M., & Stanzione, P. (2017). ICARUS study: Prevalence and clinical features of impulse control disorders in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2016-315277>
- APA. (2013). *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington DC*.
- Ardouin, C., Voon, V., Worbe, Y., Abouazar, N., Czernecki, V., Hosseini, H., Pelissolo, A., Moro, E., Lhommée, E., Lang, A. E., Agid, Y., Benabid, A. L., Pollak, P., Mallet, L., & Krack, P. (2006). Pathological gambling in Parkinson's disease improves on chronic subthalamic nucleus stimulation. *Movement Disorders*. <https://doi.org/10.1002/mds.21098>
- Aymamí, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Ramos-Quiroga, J. A., Fernández-Aranda, F., Claes, L., Sauvaget, A., Grall-Bronnec, M., Gómez-Peña, M., Savvidou, L. G., Fagundo, A. B., Pino-Gutierrez, A. Del, Moragas, L., Casas, M., Penelo, E., & Menchón, J. M. (2015). Clinical, psychopathological, and personality characteristics associated with ADHD among Individuals seeking treatment for gambling disorder. *BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2015/965303>
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31(2), 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.013>
- Bastiaens, J., Dorfman, B. J., Christos, P. J., & Nirenberg, M. J. (2013). Prospective cohort study of impulse control disorders in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. <https://doi.org/10.1002/mds.25291>
- Bermejo, P. E. (2008). Topiramate in managing impulse control disorders in Parkinson's disease. In *Parkinsonism and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2007.11.008>
- Bermejo, P. E., Ruiz-Huete, C., & Anciones, B. (2010). Zonisamide in managing impulse control disorders in Parkinson's disease. *Journal of Neurology*. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5603-7>
- Bipeta, R., Srr Yerramilli, S., Reddy Karredla, A., & Gopinath, S. (2015). Diagnostic Stability of Internet Addiction in Obsessive-compulsive Disorder: Data from a Naturalistic One-year Treatment Study. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 12(3–4), 14–23.
- Blaszczyński, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction (Abingdon, England)*, 97(5), 487–499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
- Bonfils, N. A., Benyamina, A., Aubin, H. J., & Luquiens, A. (2015). Clozapine use for refractory impulse control disorders in Parkinson's disease: a case report. *Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1007/s00213-015-4048-1>
- Borras, L., & Huguélet, P. (2007). Schizophrenia and pathological gambling. *American Journal on Addictions*. <https://doi.org/10.1080/10550490701389765>
- Bortolato, M., Cannas, A., Solla, P., Bini, V., Puligheddu, M., & Marrosu, F. (2012). Finasteride attenuates pathological gambling in patients with parkinson disease. In *Journal of Clinical Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182549c2a>
- Bosco, D., Plastino, M., Colica, C., Bosco, F., Arianna, S., Vecchio, A., Galati, F., Cristiano, D., Consoli, A., & Consoli, D. (2012). Opioid antagonist naltrexone for the treatment of pathological gambling in parkinson disease. *Clinical Neuropharmacology*. <https://doi.org/10.1097/WNF.0b013e31824d529b>

- Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I., & Zoroglu, S. S. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(5), 352–359. <https://doi.org/10.1111/PCN.12065>
- Brock, P., Fisher, J. M., Hand, A., & Walker, R. W. (2019). Highlighting the goals for Parkinson's care: Commentary on NICE Guidelines for Parkinson's in Adults (NG71). *Age and Ageing*. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy158>
- Bücker, L., Bierbrodt, J., Hand, I., Wittekind, C., & Moritz, S. (2018). Effects of a depression-focused internet intervention in slot machine gamblers: A randomized controlled trial. *PLoS One*, 13(6). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0198859>
- Bücker, L., Gehlenborg, J., Moritz, S., & Westermann, S. (2021). A randomized controlled trial on a self-guided Internet-based intervention for gambling problems. *Scientific Reports*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/S41598-021-92242-8>
- Callesen, M. B., Scheel-Krüger, J., Kringelbach, M. L., & Møller, A. (2013). A systematic review of impulse control disorders in Parkinson's disease. In *Journal of Parkinson's Disease*. <https://doi.org/10.3233/JPD-120165>
- Capurso, N. A. (2017). Naltrexone for the treatment of comorbid tobacco and pornography addiction. *American Journal on Addictions*, 26(2), 115–117. <https://doi.org/10.1111/ajad.12501>
- Carbone, M. G., Pagni, G., Tagliarini, C., & Maremmi, I. (2019). Can a low dosage of aripiprazole modify incentive salience in naive bipolar patients who gamble? *Addictive Disorders and Their Treatment*, 18(3), 134–139. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000163>
- Cardullo, S., Perez, L. J. G., Marconi, L., Terraneo, A., Gallimberti, L., Bonci, A., & Madeo, G. (2019). Clinical improvements in comorbid gambling/cocaine use disorder (Gd/cud) patients undergoing repetitive transcranial magnetic stimulation (rtms). *Journal of Clinical Medicine*, 8(6). <https://doi.org/10.3390/jcm8060768>
- Castrioto, A., Funkiewiez, A., Debû, B., Cools, R., Lhommée, E., Ardouin, C., Fraix, V., Chabardès, S., Robbins, T. W., Pollak, P., & Krack, P. (2015). Iowa gambling task impairment in Parkinson's disease can be normalised by reduction of dopaminergic medication after subthalamic stimulation. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-307146>
- Cera, N., Bifolchetti, S., Martinotti, G., Gambi, F., Sepede, G., Onofri, M., Di Giannantonio, M., & Thomas, A. (2014). Amantadine and cognitive flexibility: Decision making in Parkinson's patients with severe pathological gambling and other impulse control disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1093–1101. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54423>
- Chaim, C. H., Nazar, B. P., Hollander, E., & Lessa, J. L. M. (2014). Pathological gambling treated with lithium: the role of assessing temperament. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1911–1913. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2014.05.016>
- Chang, C. H., Chang, Y. C., Cheng, H., & Tzang, R. F. (2020). Treatment Efficacy of Internet Gaming Disorder with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Emotional Dysregulation. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaa010>
- Cilia, R., Siri, C., Canesi, M., Zecchinelli, A. L., De Gaspari, D., Natuzzi, F., Tesei, S., Meucci, N., Mariani, C. B., Sacilotto, G., Zini, M., Ruffmann, C., & Pezzoli, G. (2014). Dopamine dysregulation syndrome in Parkinson's disease: From clinical and neuropsychological characterisation to management and long-term outcome. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-303988>
- Corvol, J. C., Artaud, F., Cormier-Dequaire, F., Rascol, O., Durif, F., Derkinderen, P., Marques, A. R., Bourdain, F., Brandel, J. P., Pico, F., Lacomblez, L., Bonnet, C., Brefel-Courbon, C., Ory-Magne, F., Grabli, D., Klebe, S., Mangone, G., You, H., Mesnage, V., ... Elbaz, A. (2018). Longitudinal analysis of impulse control disorders in Parkinson disease. *Neurology*. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005816>
- Cossu, G., Rinaldi, R., & Colosimo, C. (2018). The rise and fall of impulse control behavior disorders. *Parkinsonism and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.07.030>

- Cuomo, I., Kotzalidis, G. D., Caccia, F., Danese, E., Manfredi, G., & Girardi, P. (2014). Citalopram-associated gambling: a case report. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 467–473. <https://doi.org/10.1007/S10899-013-9360-2>
- Degirmenci, Y., & Kececi, H. (2019). Pathological gambling in a patient with Parkinson's disease and valproate response. *Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. <https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2019.00053>
- del Pino-Gutiérrez, A., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Agüera, Z., Granero, R., Hakansson, A., Fagundo, A. B., Bolao, F., Valdepérez, A., Mestre-Bach, G., Steward, T., Penelo, E., Moragas, L., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Rigol-Cuadras, A., Martín-Romera, V., & Menchón, J. M. (2017). The relevance of personality traits in impulsivity-related disorders: From substance use disorders and gambling disorder to bulimia nervosa. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 396–405. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.051>
- Dowling, N. A., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., & Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(6), 519–539. <https://doi.org/10.1177/0004867415575774>
- Duggan, C., Mason, L., Banerjee, P., & Milton, J. (2007). Value of standard personality assessments in informing clinical decision - making in a medium secure unit. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 49(SUPPL. 49). <https://doi.org/10.1192/BJP190.5.S15>
- Echeburúa, E., Gómez, M., & Freixa, M. (2011). Cognitive-behavioural treatment of pathological gambling in individuals with chronic schizophrenia: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.009>
- Echeburúa, E., Gómez, M., & Freixa, M. (2017). Prediction of Relapse After Cognitive-Behavioral Treatment of Gambling Disorder in Individuals With Chronic Schizophrenia: A Survival Analysis. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.008>
- Eusebio, A., Witjas, T., Cohen, J., Fluchère, F., Jouve, E., Régis, J., & Azulay, J. P. (2013). Subthalamic nucleus stimulation and compulsive use of dopaminergic medication in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302387>
- Firoozkijohastehfar, R., Asgari, K., Kalantari, M., Raisi, F., Shahvari, Z., Dadras, I., & Jabalkandi, S. A. (2022). A Pilot Randomized Control of the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on Depression and Hypersexual Behaviors in Compulsive Sexual Behavior Disorder. <https://doi.org/10.1080/26929953.2022.2041514>
- García-Ruiz, P. J., Martínez Castrillo, J. C., Alonso-Canovas, A., Herranz Barcenas, A., Vela, L., Sanchez Alonso, P., Mata, M., Olmedilla Gonzalez, N., & Mahillo Fernandez, I. (2014). Impulse control disorder in patients with Parkinson's disease under dopamine agonist therapy: A multicentre study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-306787>
- Gatto, E. M., & Aldinio, V. (2019). Impulse Control Disorders in Parkinson's Disease. A Brief and Comprehensive Review. *Frontiers in Neurology*, 10(April). <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00351>
- Gee, L., Smith, H., De La Cruz, P., Campbell, J., Fama, C., Haller, J., Ramirez-Zamora, A., Durphy, J., Hanspal, E., Molho, E., Barba, A., Shin, D., & Pilitsis, J. G. (2015). The Influence of Bilateral Subthalamic Nucleus Deep Brain Stimulation on Impulsivity and Prepulse Inhibition in Parkinson's Disease Patients. *Stereotactic and Functional Neurosurgery*. <https://doi.org/10.1159/000381558>
- Getty, H. A., Watson, J., & Frisch, G. R. (2000). A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *Journal of Gambling Studies*, 16(4), 377–391. <https://doi.org/10.1023/A:1009480106531>
- Giri, Y. R., & Peteru, S. R. (2019). Escalation of Gambling Associated With Aripiprazole: A Case Report and Literature Review. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 139–145. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000367>
- Gómez, C. C. R., Dueñas, M. S., Bernal, O., Araoz, N., Farret, M. S., Aldinio, V., Montilla, V., & Micheli, F. (2017). A multi center comparative study of impulse control disorder in Latin American patients with Parkinson disease. *Clinical Neuropharmacology*. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000202>

- Grant, J. E. (2009). Opioid Antagonists in the Treatment of Pathological Gambling and Kleptomania. In *Opiate Receptors and Antagonists* (pp. 445–456). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-197-0_23
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2015). Gambling disorder and its relationship with substance use disorders: Implications for nosological revisions and treatment. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 126–131. <https://doi.org/10.1111/ajad.12112>
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2020). Gambling and substance use: Comorbidity and treatment implications. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 99(September 2019), 109852. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109852>
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., Hampshire, A., Schreiber, L. R. N., & Kim, S. W. (2013). A proof of concept study of tolcapone for pathological gambling: relationships with COMT genotype and brain activation. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1587–1596. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.07.008>
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Schreiber, L. R. N. (2014). Pharmacological treatments in pathological gambling. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 375–381. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04457.x>
- Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2006). Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *International Clinical Psychopharmacology*, 21(4), 203–209. <https://doi.org/10.1097/00004850-200607000-00002>
- Grassi, G., Albani, G., Terenzi, F., Razzolini, L., & Ramat, S. (2021). New pharmacological and neuro-modulation approaches for impulsive-compulsive behaviors in Parkinson's disease. *Neurological Sciences*, 42(7), 2673–2682. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05237-8>
- Grassi, G., Figeo, M., Ooms, P., Righi, L., Nakamae, T., Pallanti, S., Schuurman, R., & Denys, D. (2018). Impulsivity and decision-making in obsessive-compulsive disorder after effective deep brain stimulation or treatment as usual. *CNS Spectrums*. <https://doi.org/10.1017/S1092852918000846>
- Guedes, B. F., Gonçalves, M. R., & Cury, R. G. (2016). Psychosis and concurrent impulse control disorder in Parkinson's disease: A review based on a case report. *Dementia & Neuropsychologia*. <https://doi.org/10.1590/s1980-5764-2016dn1002011>
- Guillou-Landreat, M., Victorri Vigneau, C., & Gerardin, M. (2017). Gambling disorder: A side effect of an off-label prescription of baclofen-literature review. *BMJ Case Reports*, 2017, 1–4. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-217506>
- Hadwiger, A. N., Middleman, A. B., & Pitt, P. D. (2019). Case series: gaming vs. eating-comorbidity of ARFID and IGD. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 24(5), 959–962. <https://doi.org/10.1007/S40519-019-00639-2>
- Hälbig, T. D., Tse, W., Frisina, P. G., Baker, B. R., Hollander, E., Shapiro, H., Tagliati, M., Koller, W. C., & Olanow, C. W. (2009). Subthalamic deep brain stimulation and impulse control in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2008.02509.x>
- Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., Haws, C. A., & Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.08.011>
- Han, J., Seo, Y., Hwang, H., Kim, S. M., & Han, D. H. (2020). Efficacy of cognitive behavioural therapy for internet gaming disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(2), 203–213. <https://doi.org/10.1002/CPP.2419>
- Hardwick, A., Ward, H., Hassan, A., Romrell, J., & Okun, M. S. (2013). Clozapine as a potential treatment for refractory impulsive, compulsive, and punting behaviors in Parkinson's disease. *Neurocase*. <https://doi.org/10.1080/13554794.2012.713490>
- Hauser, R. A., Hsu, A., Kell, S., Espay, A. J., Sethi, K., Stacy, M., Ondo, W., O'Connell, M., & Gupta, S. (2013). Extended-release carbidopa-levodopa (IPX066) compared with immediate-release carbidopa-levodopa in patients with Parkinson's disease and motor fluctuations: A phase 3 randomised, double-blind trial. *The Lancet Neurology*. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70025-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70025-5)

- Hicks, C. W., Pandya, M. M., Itin, I., & Fernandez, H. H. (2011). Valproate for the treatment of medication-induced impulse-control disorders in three patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2011.03.003>
- Hollander, E., Pallanti, S., Allen, A., Sood, E., & Rossi, N. B. (2005). Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *The American Journal of Psychiatry*, *162*(1), 137–145. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.162.1.137>
- Jiménez-Jiménez, F. J., Alonso-Navarro, H., & Valle-Arcos, D. (2017). Hypersexuality Possibly Associated with Safinamide. In *Journal of Clinical Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000762>
- Jimenez-Murcia, S., Aymamí-Sanromà, N. M., Gómez-Peña, M., Álvarez-Moya, E. M., & Vallejo, J. (2006). *Protocols de tractament cognitivoconductual pel joc patològic i d'altres addiccions no tòxiques*. Hospital Universitari de Bellvitge.
- Jiménez-Murcia, S., Bove, F. I., Israel, M., Steiger, H., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., Granero, R., Penelo, E., Vergé, B., Aymamí, M. N., Santamaría, J. J., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Savvidou, L. G., & Menchón, J. M. (2012). Cognitive-behavioral therapy for pathological gambling in parkinson's disease: A pilot controlled study. *European Addiction Research*. <https://doi.org/10.1159/000337442>
- Jiménez-Murcia, S., Del Pino-Gutiérrez, A., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Hakansson, A., Tárrega, S., Valdepérez, A., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Baño, M., Sauvaget, A., Romeu, M., Steward, T., & Menchón, J. M. (2016). Treatment outcome in male Gambling Disorder patients associated with alcohol use. *Frontiers in Psychology*, *7*(MAR), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00465>
- Jiménez-Urbieta, H., Gago, B., de la Riva, P., Delgado-Alvarado, M., Marin, C., & Rodríguez-Oroz, M. C. (2015). Dyskinesias and impulse control disorders in Parkinson's disease: From pathogenesis to potential therapeutic approaches. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.07.010>
- Josephson, H., Carlbring, P., Forsberg, L., & Rosendahl, I. (2016). People with gambling disorder and risky alcohol habits benefit more from motivational interviewing than from cognitive behavioral group therapy. *PeerJ*, *2016*(3), 1–14. <https://doi.org/10.7717/peerj.1899>
- Kasemsuk, C., Oyama, G., & Hattori, N. (2017). Management of impulse control disorders with deep brain stimulation: A double-edged sword. In *Journal of the Neurological Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.01.019>
- Kennedy, S. H., Welsh, B. R., Fulton, K., Soczynska, J. K., McIntyre, R. S., O'Donovan, C., Milev, R., Le Melledo, J. M., Bisserbe, J. C., Zimmerman, M., & Martin, N. (2010). Frequency and correlates of gambling problems in outpatients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *55*(9), 568–576. <https://doi.org/10.1177/070674371005500905>
- Kim, A., Kim, Y. E., Kim, H. J., Yun, J. Y., Yang, H. J., Lee, W. W., Shin, C. W., Park, H., Jung, Y. J., Kim, A., Ehm, G., Kim, Y., Jang, M., & Jeon, B. (2018). A 7-year observation of the effect of subthalamic deep brain stimulation on impulse control disorder in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2018.07.010>
- Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2018). Component model of addiction treatment: A pragmatic transdiagnostic treatment model of behavioral and substance addictions. *Frontiers in Psychiatry*, *9*(AUG), 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00406>
- Kim, Y. E., Kim, H. J., Kim, H. J., Lee, J. Y., Yun, J. Y., Kim, J. Y., Paek, S. H., & Jeon, B. S. (2013). Impulse control and related behaviors after bilateral subthalamic stimulation in patients with Parkinson's disease. *Journal of Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2012.07.020>
- Kon, T., Ueno, T., Haga, R., & Tomiyama, M. (2018). The factors associated with impulse control behaviors in Parkinson's disease: A 2-year longitudinal retrospective cohort study. *Brain and Behavior*. <https://doi.org/10.1002/brb3.1036>

- Kraemmer, J., Smith, K., Weintraub, D., Guillemot, V., Nalls, M. A., Cormier-Dequaire, F., Moszer, I., Brice, A., Singleton, A. B., & Corvol, J. C. (2016). Clinical-genetic model predicts incident impulse control disorders in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-312848>
- Kraus, S. W., Etuk, R., & Potenza, M. N. (2020). Current pharmacotherapy for gambling disorder: a systematic review. In *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1702969>
- Kuru, E., Özdemir, İ., Şafak, Y., Tulacı, R. G., & Türkçapar, M. H. (2017). Cognitive behavioural therapy with pharmacotherapy for pathological gambling patient: case report. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1338820>, 27(3), 311–313. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1338820>
- Lampropoulou, P., Siomos, K., Floros, G., & Christodoulou, N. (2022). Effectiveness of Available Treatments for Gaming Disorders in Children and Adolescents: A Systematic Review. In *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. <https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0067>
- Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T., McElroy, S. L., Keck, F. E., Kupka, R. W., Denicoff, K. D., Holen, W. A., Grunze, H., Martinez, M. I., & Post, R. M. (2006). Risk of switch in mood polarity to hypomania or mania in patients with bipolar depression during acute and continuation trials of venlafaxine, sertraline, and bupropion as adjuncts to mood stabilizers. *The American Journal of Psychiatry*, 163(2), 232–239. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.163.2.232>
- Levy, A., & Lang, A. E. (2017). Recurrent Impulse Control Disorder Associated with Rasagiline Treatment of Parkinson's Disease. In *Canadian Journal of Neurological Sciences*. <https://doi.org/10.1017/cjn.2016.307>
- Lhommée, E., Boyer, F., Wack, M., Pélissier, P., Klinger, H., Schmitt, E., Bichon, A., Fraix, V., Chabardès, S., Mertens, P., Castrioto, A., Kistner, A., Broussolle, E., Thobois, S., & Krack, P. (2017). Personality, dopamine, and Parkinson's disease: Insights from subthalamic stimulation. *Movement Disorders*. <https://doi.org/10.1002/mds.27065>
- Lhommée, E., Klinger, H., Thobois, S., Schmitt, E., Ardouin, C., Bichon, A., Kistner, A., Fraix, V., Xie, J., Aya Kombo, M., Chabards, S., Seigneuret, E., Benabid, A. L., Mertens, P., Polo, G., Carnicella, S., Quesada, J. L., Bosson, J. L., Broussolle, E., ... Krack, P. (2012). Subthalamic stimulation in Parkinson's disease: Restoring the balance of motivated behaviours. *Brain*. <https://doi.org/10.1093/brain/aws078>
- Lhommée, E., Wojtecki, L., Czernecki, V., Witt, K., Maier, F., Tonder, L., Timmermann, L., Hälbig, T. D., Pineau, F., Durif, F., Witjas, T., Pinsker, M., Mehdorn, M., Sixel-Döring, F., Kupsch, A., Krüger, R., Elben, S., Chabardès, S., Thobois, S., ... Speelman, H. (2018). Behavioural outcomes of subthalamic stimulation and medical therapy versus medical therapy alone for Parkinson's disease with early motor complications (EARLYSTIM trial): secondary analysis of an open-label randomised trial. *The Lancet Neurology*. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30035-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30035-8)
- Lopes, S. R., Khan, S., & Chand, S. (2021). The Growing Role of Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Parkinson's Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 34(4), 310–320. <https://doi.org/10.1177/08919887211018274>
- Lopez, A. M., Weintraub, D., & Claassen, D. O. (2017). Impulse Control Disorders and Related Complications of Parkinson's Disease Therapy. *Seminars in Neurology*. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1601887>
- Lorains, F. K., Cowlshaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490–498. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>
- Lozano-Madrid, M., Bryan, D. C., Granero, R., Sánchez, I., Riesco, N., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Treasure, J., & Fernández-Aranda, F. (2020). Impulsivity, Emotional Dysregulation and Executive Function Deficits Could Be Associated with Alcohol and Drug Abuse in Eating Disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1–13. <https://doi.org/10.3390/JCM9061936>
- Luigjes, J., Segrave, R., de Joode, N., Figeo, M., & Denys, D. (2019). Efficacy of Invasive and Non-Invasive Brain Modulation Interventions for Addiction. In *Neuropsychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9393-5>

- Madeo, G., Terraneo, A., Cardullo, S., Gómez Pérez, L. J., Cellini, N., Sarlo, M., Bonci, A., & Gallimberti, L. (2020). Long-Term Outcome of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in a Large Cohort of Patients With Cocaine-Use Disorder: An Observational Study. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00158>
- Magennis, B., Cashell, A., O'Brien, D., & Lynch, T. (2012). An audit of apomorphine in the management of complex idiopathic Parkinson's disease in Ireland. *Movement Disorders*.
- Mandelli, L., Mazza, M., Di Nicola, M., Zaninotto, L., Harnic, D., Catalano, V., Tedeschi, D., Martinotti, G., Bria, P., Janiri, L., & Serretti, A. (2012). Role of substance abuse comorbidity and personality on the outcome of depression in bipolar disorder: harm avoidance influences medium-term treatment outcome. *Psychopathology*, *45*(3), 174–178. <https://doi.org/10.1159/000330364>
- Maniaci, G., La Cascia, C., Picone, F., Lipari, A., Cannizzaro, C., & La Barbera, D. (2017). Predictors of early dropout in treatment for gambling disorder: The role of personality disorders and clinical syndromes. *Psychiatry Research*, *257*, 540–545. <https://doi.org/10.1016/j.PSYCHRES.2017.08.003>
- Marques, A., Durif, F., & Fernagut, P. O. (2018). Impulse control disorders in Parkinson's disease. In *Journal of Neural Transmission*. <https://doi.org/10.1007/s00702-018-1870-8>
- Martinac, M., Karlović, D., & Babić, D. (2019). Alcohol and gambling addiction. *Neuroscience of Alcohol: Mechanisms and Treatment*, 529–535. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813125-1.00054-4>
- Martinez-Castrillo, J. C. (2019). Impulse control disorders in Parkinson's disease: A hard-turning point. In *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2018-319375>
- Martinez-Martin, P., Reddy, P., Katzenschlager, R., Antonini, A., Todorova, A., Odin, P., Henriksen, T., Martin, A., Calandrella, D., Rizos, A., Bryndum, N., Glad, A., Dafsari, H. S., Timmermann, L., Ebersbach, G., Kramberger, M. G., Samuel, M., Wenzel, K., Tomantschger, V., ... Chaudhuri, K. R. (2015). EuroInf: A multicenter comparative observational study of apomorphine and levodopa infusion in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. <https://doi.org/10.1002/mds.26067>
- Mazza, M., Mandelli, L., Di Nicola, M., Harnic, D., Catalano, V., Tedeschi, D., Martinotti, G., Colombo, R., Bria, P., Serretti, A., & Janiri, L. (2009). Clinical features, response to treatment and functional outcome of bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorder: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, *115*(1–2), 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.JAD.2008.08.019>
- McLaughlin, T., Blum, K., Steinberg, B., Modestino, E. J., Fried, L., Baron, D., Siwicky, D., Braverman, E. R., & Badgaiyan, R. D. (2018). Pro-dopamine regulator, KB220Z, attenuates hoarding and shopping behavior in a female, diagnosed with SUD and ADHD. *Journal of Behavioral Addictions*. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.081>
- Mena-Moreno, T., Munguía, L., Granero, R., Lucas, I., Sánchez-Gómez, A., Cámara, A., Compta, Y., Valldeoriola, F., Fernandez-Aranda, F., Sauvaget, A., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2022). Cognitive Behavioral Therapy Plus a Serious Game as a Complementary Tool for a Patient With Parkinson Disease and Impulse Control Disorder: Case Report. *JMIR Serious Games*, *10*(3), e33858. <https://doi.org/10.2196/33858>
- Merola, A., Romagnolo, A., Rizzi, L., Rizzone, M. G., Zibetti, M., Lanotte, M., Mandybur, G., Duker, A. P., Espay, A. J., & Lopiano, L. (2017). Impulse control behaviors and subthalamic deep brain stimulation in Parkinson disease. *Journal of Neurology*. <https://doi.org/10.1007/s00415-016-8314-x>
- Mestre-Bach, G., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., & Potenza, M. N. (2020). Decision-Making in Gambling Disorder, Problematic Pornography Use, and Binge-Eating Disorder: Similarities and Differences. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, *7*(3), 97–108. <https://doi.org/10.1007/S40473-020-00212-7>
- Moghaddam, J. F., Campos, M. D., Myo, C., Reid, R. C., & Fong, T. W. (2015). A Longitudinal Examination of Depression Among Gambling Inpatients. *Journal of Gambling Studies*, *31*(4), 1245–1255. <https://doi.org/10.1007/S10899-014-9518-6>
- Moum, S. J., Price, C. C., Limotai, N., Oyama, G., Ward, H., Jacobson, C., Foote, K. D., & Okun, M. S. (2012). Effects of stn and gpi deep brain stimulation on impulse control disorders and dopamine dysregulation syndrome. In *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0029768>

- Munguía, L., Lucas, I., Jiménez-Murcia, S., Mora-Maltas, B., Granero, R., Miranda-Olivos, R., Sánchez, I., Testa, G., Lozano-Madrid, M., Turtton, R., Menchon, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2021). Executive functions in binge spectrum eating disorders with comorbid compulsive buying. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 29(6), 854–867. <https://doi.org/10.1002/ERV.2855>
- Najavits, L. M. (2002). Seeking safety, a treatment manual for PTSD and substance abuse: Book review. *Cognitive Behaviour Therapy*.
- Najavits, L. M., Smylie, D., Johnson, K., Lung, J., Gallop, R. J., & Classen, C. C. (2013). Seeking Safety Therapy for Pathological Gambling and PTSD: A Pilot Outcome Study. *Journal of Psychoactive Drugs*. <https://doi.org/10.1080/02791072.2013.763557>
- Nam, B., Bae, S., Kim, S. M., Hong, J. S., & Han, D. H. (2017). Comparing the Effects of Bupropion and Escitalopram on Excessive Internet Game Play in Patients with Major Depressive Disorder. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience: The Official Scientific Journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 361–368. <https://doi.org/10.9758/CPN.201715.4.361>
- Nardone, R., De Blasi, P., Höller, Y., Christova, M., Tezzon, F., Trinka, E., & Brigo, F. (2014). Repetitive transcranial magnetic stimulation transiently reduces punding in Parkinson's disease: A preliminary study. *Journal of Neural Transmission*. <https://doi.org/10.1007/s00702-013-1100-3>
- Odling, B. L., Stinchfield, R., Golberstein, E., & Grant, J. E. (2013). The relationship of tobacco use with gambling problem severity and gambling treatment outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 696–704. <https://doi.org/10.1037/a0029812>
- Okai, D., Askey-Jones, S., Samuel, M., David, A. S., & Brown, R. G. (2015). Predictors of response to a cognitive behavioral intervention for impulse control behaviors in Parkinson's disease. In *Movement Disorders*. <https://doi.org/10.1002/mds.26108>
- Okai, D., Askey-Jones, S., Samuel, M., O'sullivan, S. S., Chaudhuri, K. R., Martin, A., Mack, R. J., Brown, R. G., & David, A. S. (2013). Trial of CBT for impulse control behaviors affecting Parkinson patients and their caregivers. *Neurology*. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182840678>
- Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 9(3), 348–360. <https://doi.org/10.1089/CPB.2006.9.348>
- Pallanti, S., Marras, A., & Grassi, G. (2015). Outcomes with neuromodulation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*. <https://doi.org/10.3928/00485713-20150602-07>
- Palomäki, J., Heiskanen, M., & Castrén, S. (2022). Online 8-week cognitive therapy for problem gamblers: The moderating effects of depression symptoms and perceived financial control. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(1), 75–87. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00091>
- Papay, K., Xie, S. X., Stern, M., Hurtig, H., Siderowf, A., Duda, J. E., Minger, J., & Weintraub, D. (2014). Naltrexone for impulse control disorders in Parkinson disease: A placebo-controlled study. *Neurology*. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000729>
- Park, J. H., Lee, Y. S., Sohn, J. H., & Han, D. H. (2016). Effectiveness of atomoxetine and methylphenidate for problematic online gaming in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Human Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1002/hup.2559>
- Perez-Lloret, S., Rey, M. V., Fabre, N., Ory, F., Spampinato, U., Brefel-Courbon, C., Montastruc, J. L., & Rascol, O. (2012). Prevalence and pharmacological factors associated with impulse-control disorder symptoms in patients with parkinson disease. *Clinical Neuropharmacology*. <https://doi.org/10.1097/WNF.0b013e31826e6e6d>
- Petry, N. M., Rash, C. J., & Alessi, S. M. (2016). A randomized controlled trial of brief interventions for problem gambling in substance abuse treatment patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(10), 874–886. <https://doi.org/10.1037/ccp0000127>
- Pirritano, D., Plastino, M., Bosco, D., Gallelli, L., Siniscalchi, A., & De Sarro, G. (2014). Gambling disorder during dopamine replacement treatment in Parkinson's disease: A comprehensive review. *BioMed Research International*, 2014, 12–14. <https://doi.org/10.1155/2014/728038>

- Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 51. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>
- Potenza, M. N., & Chambers, R. A. (2001). Schizophrenia and pathological gambling [2]. In *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.497>
- Ramirez-Zamora, A., Gee, L., Boyd, J., & Biller, J. (2016). Treatment of impulse control disorders in Parkinson's disease: Practical considerations and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(4), 389–399. <https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1158103>
- Razmkon, A., Abdollahifard, S., Rezaei, H., Bahadori, A. R., Roshanshad, A., & Jaafari, N. (2021). Effect of deep brain stimulation on impulse control behaviors of Parkinson's disease patients: A systematic review and meta-analysis. *Interdisciplinary Neurosurgery: Advanced Techniques and Case Management*, 26, 101361. <https://doi.org/10.1016/j.inat.2021.101361>
- Reyes, D., Kurako, K., & Galvez-Jimenez, N. (2014). Rasagiline induced hypersexuality in Parkinson's disease. *Journal of Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2013.04.021>
- Rizos, A., Martinez-Martin, P., Martin, A., Henriksen, T., Kessel, B., Koch, I., Durner, G., Antonini, A., Odin, P., Falup-Pecurariu, C., Reddy, P., Robinson, S., Silverdale, M., MacPhee, G., Douiri, A., Lindvall, S., & Ray Chaudhuri, K. (2012). European multicentre survey of tolerability rates and impulse control behaviour trends of prolonged release dopamine agonists in young and old PD. *Movement Disorders*.
- Rizos, A., Sauerbier, A., Antonini, A., Weintraub, D., Martinez-Martin, P., Kessel, B., Henriksen, T., Falup-Pecurariu, C., Silverdale, M., Durner, G., Røkenes Karlsen, K., Grilo, M., Odin, P., & Chaudhuri, K. R. (2016). A European multicentre survey of impulse control behaviours in Parkinson's disease patients treated with short- and long-acting dopamine agonists. *European Journal of Neurology*. <https://doi.org/10.1111/ene.13034>
- Ronzitti, S., Lutri, V., Meleck, S., Smith, N., & Bowden-Jones, H. (2015). Smoking and gambling disorder: Does tobacco use influence treatment outcome? *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 1107–1117. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9533-2>
- Rossi, P. J., De Jesus, S., Hess, C. W., Martinez-Ramirez, D., Foote, K. D., Gunduz, A., & Okun, M. S. (2017). Measures of impulsivity in Parkinson's disease decrease after DBS in the setting of stable dopamine therapy. *Parkinsonism and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.08.006>
- Samuel, M., Rodriguez-Oroz, M., Antonini, A., Brotchie, J. M., Ray Chaudhuri, K., Brown, R. G., Galpern, W. R., Nirenberg, M. J., Okun, M. S., & Lang, A. E. (2015). Management of impulse control disorders in Parkinson's disease: Controversies and future approaches. In *Movement Disorders*. <https://doi.org/10.1002/mds.26099>
- Santangelo, G., Barone, P., Trojano, L., & Vitale, C. (2013). Pathological gambling in Parkinson's disease. A comprehensive review. *Parkinsonism and Related Disorders*, 19(7), 645–653. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2013.02.007>
- Sepede, G., Di Iorio, G., Sarchione, F., Fiori, F., & Di Giannantonio, M. (2017). Bupropion Augmentation in a Case of Compulsive Buying Disorder. *Clinical Neuropharmacology*, 40(4), 189–191. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000232>
- Sevincok, L., Akoglu, A., & Akyol, A. (2007). Quetiapine in a case with parkinson disease and pathological gambling [13]. In *Journal of Clinical Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31802e98c3>
- Shotbolt, P., Moriarty, J., Costello, A., Jha, A., David, A., Ashkan, K., & Samuel, M. (2012). Relationships between deep brain stimulation and impulse control disorders in Parkinson's disease, with a literature review. In *Parkinsonism and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2011.08.016>
- Soberay, A., Faragher, J. M., Barbash, M., Brookover, A., & Grimsley, P. (2014). Pathological gambling, co-occurring disorders, clinical presentation, and treatment outcomes at a university-based counseling clinic. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 61–69. <https://doi.org/10.1007/S10899-012-9357-2>

- Sriram, A., Ward, H. E., Hassan, A., Iyer, S., Foote, K. D., Rodriguez, R. L., McFarland, N. R., & Okun, M. S. (2013). Valproate as a treatment for dopamine dysregulation syndrome (DDS) in Parkinson's disease. *Journal of Neurology*. <https://doi.org/10.1007/s00415-012-6669-1>
- Stevens, M. W. R., King, D. L., Dorstyn, D., & Delfabbro, P. H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(2), 191–203. <https://doi.org/10.1002/CPP2341>
- Tanwani, P., Fernie, B. A., Nikčević, A. V., & Spada, M. M. (2015). A systematic review of treatments for Impulse Control Disorders and related behaviours in Parkinson's disease. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.005>
- The World Health Organisation. (2019). WHO | International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*.
- Thege, B. K., Hodgins, D. C., & Wild, T. C. (2016). Co-occurring substance-related and behavioral addiction problems: A person-centered, lay epidemiology approach. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 614–622. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.079>
- Thomas, A., Bonanni, L., Gambi, F., Di Iorio, A., & Onofri, M. (2010). Pathological gambling in parkinson disease is reduced by amantadine. *Annals of Neurology*. <https://doi.org/10.1002/ana.22029>
- Todorova, A., Samuel, M., Brown, R. G., & Chaudhuri, K. R. (2015). Infusion Therapies and Development of Impulse Control Disorders in Advanced Parkinson Disease: Clinical Experience after 3 Years' Follow-up. *Clinical Neuropharmacology*. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000091>
- Toneatto, T., Brands, B., & Selby, P. (2009). A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Naltrexone in the Treatment of Concurrent Alcohol Use Disorder and Pathological Gambling. *American Journal on Addictions*, 18(3), 219–225. <https://doi.org/10.1080/10550490902787007>
- Umemura, A., Oka, Y., Yamamoto, K., Okita, K., Matsukawa, N., & Yamada, K. (2011). Complications of subthalamic nucleus stimulation in Parkinson's disease. *Neurologia Medico-Chirurgica*. <https://doi.org/10.2176/nmc.51.749>
- Urso, S., Bersani, G., Roma, P., & Rinaldi, R. (2018). Changes in impulse control disorder features in a present kleptomania patient and importance of rational treatment strategy on social dangerousness: A case report. *Journal of Psychopathology*, 24(1), 31–36.
- Vargas, A. P., & Cardoso, F. E. C. (2018). Impulse control and related disorders in Parkinson's disease. In *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20180052>
- Vitale, C., Amboni, M., Erro, R., Picillo, M., Pellecchia, M. T., Barone, P., Trojano, L., & Santangelo, G. (2019). Parkinson's disease management and impulse control disorders: current state and future perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 19(6), 495–508. <https://doi.org/10.1080/14737175.2019.1620603>
- Vitale, C., Santangelo, G., Erro, R., Errico, D., Manganelli, F., Improta, I., Moccia, M., & Barone, P. (2013). Impulse control disorders induced by rasagiline as adjunctive therapy for Parkinson's disease: Report of 2 cases. In *Parkinsonism and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.parkrel-dis.2012.11.008>
- Voon, V., Napier, T. C., Frank, M. J., Sgambato-Faure, V., Grace, A. A., Rodriguez-Oroz, M., Obeso, J., Bezdard, E., & Fernagut, P. O. (2017). Impulse control disorders and levodopa-induced dyskinesias in Parkinson's disease: an update. In *The Lancet Neurology*. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30004-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30004-2)
- Walsh, R. A., & Lang, A. E. (2012). Multiple impulse control disorders developing in Parkinson's disease after initiation of amantadine. In *Movement Disorders*. <https://doi.org/10.1002/mds.23964>
- Weinstein, A., & Weizman, A. (2012). Emerging association between addictive gaming and attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(5), 590–597. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0311-x>
- Weintraub, D., & Claassen, D. O. (2017). Impulse Control and Related Disorders in Parkinson's Disease. In *International Review of Neurobiology*. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2017.04.006>
- Weintraub, D., David, A. S., Evans, A. H., Grant, J. E., & Stacy, M. (2015). Clinical spectrum of impulse control disorders in Parkinson's disease. In *Movement Disorders*. <https://doi.org/10.1002/mds.26016>

- Weintraub, D., Koester, J., Potenza, M. N., Siderowf, A. D., Stacy, M., Voon, V., Whetteckey, J., Wunderlich, G. R., & Lang, A. E. (2010). Impulse control disorders in Parkinson disease: A cross-sectional study of 3090 patients. *Archives of Neurology*. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2010.65>
- Weintraub, D., Sohr, M., Potenza, M. N., Siderowf, A. D., Stacy, M., Voon, V., Whetteckey, J., Wunderlich, G. R., & Lang, A. E. (2010). Amantadine use associated with impulse control disorders in Parkinson disease in cross-sectional study. *Annals of Neurology*. <https://doi.org/10.1002/ana.22164>
- Weintraub, P., Dunn, T. M., & Yager, J. (2013). Relationship of behavioral addictions to eating disorders and substance use disorders. *Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders: Research, Clinical and Treatment Perspectives*, 405–428. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45378-6_18/COVER
- Wieczorek, Ł., & Dąbrowska, K. (2020). Difficulties in treatment of people with comorbid gambling and substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 25(4), 350–356. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1704078>
- Yahya, A. S., Khawaja, S., & Chukwuma, J. (2020). Management of impulse control disorders in Parkinson's disease. In *Progress in Neurology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/pnp.676>
- Zhang, J. F., Wang, X. X., Feng, Y., Fekete, R., Jankovic, J., & Wu, Y. C. (2021). Impulse Control Disorders in Parkinson's Disease: Epidemiology, Pathogenesis and Therapeutic Strategies. In *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.635494>

CAPÍTULO 9

TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES. EVIDENCIAS PARA ADICCIONES CONTROVERTIDAS (COMPRAS, SEXO, TRABAJO, EJERCICIO, COMIDA)

GEMMA I. SAN NARCISO, ROCÍO VILLA, MARÍA JESÚS ANTUÑA

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas se han realizado extensas investigaciones en el campo de las adicciones conductuales y se publica un número cada vez mayor de artículos sobre este tema. Tanto la inclusión del “trastorno del juego” junto con los trastornos por consumo de sustancias en el DSM-5 publicado en 2013 (Manual Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª Edición) y la creación de un nuevo diagnóstico, “trastorno de los juegos de internet”, mencionado en la sección dedicada a “condiciones para un mayor estudio” han alimentado aún más el interés por esta categoría de adicciones relativamente recientemente descubierta. Se investigan de forma activa otros trastornos relacionados con internet como las redes sociales, las compras, el uso de pornografía, los juegos de azar y los atracones, al igual que las adicciones no relacionadas con internet (por ejemplo, los videojuegos, ver televisión), la adicción al deporte o al ejercicio físico, adicción al sexo, etc. Aunque actualmente no están reconocidos como diagnósticos independientes por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría ni por la Organización Mundial de la Salud, las personas son cada vez más conscientes de las consecuencias negativas de sus adicciones y buscan ayuda (Vasiliiu, 2022).

La decisión de inclusión del trastorno del juego en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), en la categoría de trastornos adictivos se ha tomado tras décadas de investigación empírica. Este cambio en la clasificación del trastorno del juego fue fomentado por una acumulación de datos que respaldan similitudes con las adicciones a

sustancias. Se encontraron alteraciones neurobiológicas similares en trastornos del juego y de sustancias, y además, se identificaron alteraciones análogas en los mecanismos cognitivos (Billieux, Schimmenti, Khazaal, Maurage y Heeren, 2015).

En contraposición a este hecho, y según criterios comúnmente utilizados para identificar adicciones conductuales, es probable que la participación excesiva en cualquier tipo de actividad pueda considerarse como un trastorno psiquiátrico. Algunos autores y publicaciones recientes, han sugerido que casi todas las actividades de la vida diaria podrían conducir a una adicción genuina. Se discute cómo el uso de enfoques de investigación ateóricos y confirmatorios puede resultar en la identificación de una lista ilimitada de nuevas adicciones conductuales promovidas por estudios con deficiencias tanto metodológicas como teórica (Billieux et al., 2015; Kardefelt-Winther, 2015).

Dichos autores sugieren que es probable que los estudios que sobrepatologizan las actividades de la vida diaria den lugar a una evaluación desdeñosa de la investigación de la adicción comportamental, y destacan la necesidad de una investigación de la adicción conductual más prolongada que cambie de un enfoque meramente basado en criterios hacia un enfoque que se centre en los procesos psicológicos involucrados (Fundación Instituto Spiral, 2023).

La idea de que la transición de los comportamientos impulsados por objetivos hacia la compulsividad es lo que los convierte en comportamientos genuinamente adictivos está presente en modelos de adicción a sustancias. Sin embargo, el significado exacto de la compulsividad y su etiología en el campo de las adicciones conductuales siguen estando mal definidos (Perales et al., 2020).

Si la transición hacia la compulsividad es crucial para comprender la etiología de la adicción a sustancias, también debe serlo para comprender las adicciones conductuales. Desafortunadamente, en el campo de los procesos adictivos sin sustancias, “compulsivo” se considera con frecuencia sinónimo de excesivo, problemático o desadaptativo, sin asumir ningún compromiso con respecto a su significado específico (Muela, Navas, Ventura-Lucena y Perales, 2022).

2. COMPRA COMPULSIVA

2.1. Introducción

También conocida como “oniomanía” o adicción a las compras, es un trastorno caracterizado por conductas de adquisición excesivas, reiterativas y con pérdida de autocontrol, que genera problemas económicos, familiares, sociales y de salud.

La compra compulsiva como entidad clínica fue descrita por primera vez a principios del siglo XX (Gossop, 1989), incluyendo ambos el concepto en su tratado de Psiquiatría. Sin embargo, las primeras comunicaciones científicas de casos se publicaron en los años 80. Las características representativas del trastorno de compra compulsiva, incluyendo las compras online fueron descritas por Black, 2007, incluyendo un perfil común en mujeres

(80%) con edades entre 30 y 40 años, que se habían iniciado entre los 18-20 y siguieron un curso constante a lo largo de los años (Rodríguez, González, Fernández, Lameiras y Foltz, 2006).

2.2. Etiología

En cuanto al género, la mayoría de los trabajos publicado establecen que la gran mayoría son mujeres, estableciendo cifras entre aproximadamente el 80 y el 90%. Asimismo, los hombres adictos a las compras gastan más dinero en objetos electrónicos y ocio, y las mujeres lo hacen en moda y maquillaje (Weinstein, Maraz, Griffiths, Lejoyeux y Demotrovićs 2016; Rodríguez, Saucedo, Bonilla y Gutiérrez 2017). Hoy en día las nuevas tecnologías contribuyen a que este trastorno pueda aumentar en cifras ya que las compras online pueden suponer hasta el 16%.

Los diferentes estudios de prevalencia no tienen criterios diagnósticos consensuados, algunos los ubican en los trastornos obsesivo-compulsivos, otros en las adicciones comportamentales y otros en los trastornos del estado de ánimo. En relación con las compras por internet no se dispone aún de estudios concluyentes. La compra compulsiva se da más frecuentemente en países con conciencia consumista, con una gran economía de mercado y donde hay una mayor oferta de productos, tarjetas de crédito que posibilitan este tipo de actuaciones.

Entre los factores que parecen implicados por su parecido con el trastorno obsesivo compulsivo se proponen anomalías de las vías serotoninérgicas, dopaminérgicas y opioides. Muchos investigadores sugieren mecanismos neurobiológicos similares a los trastornos adictivos por sustancias. La mayoría de los clínicos hablan de dificultades en la regulación emocional y elevada impulsividad, también se habla de alto nivel de ansiedad o baja autoestima. Se ha visto algún caso con experiencias traumáticas en la infancia o antecedentes de familiares con problemas de adicción. Hoy día, la compra por Internet, cómoda, rápida y accesible, es probable que favorezca mayor prevalencia de este trastorno, la aparición de las tarjetas de crédito tuvo como consecuencia que grandes gastos se percibiesen como menos “reales”. Esta experiencia que se ha visto amplificada por los medios de pago de productos online son las estrategias avanzadas de marketing, que permiten segmentar y personalizar la publicidad mostrada al usuario con el objetivo de ser más efectiva, adaptándola a sus gustos y anteriores comportamientos en la red (fenotipo digital) (Rodríguez, Saucedo, Bonilla y Gutierrez, 2017).

2.3. Clínica

Se trata de una situación en la que el sujeto presenta un deseo incontrolable por comprar cosas sin necesidad de ellas, en un estado de excitación ante la necesidad imperiosa de comprar y luego un arrepentimiento por la conducta realizada, llegando a ser un consumo que excede su economía hasta que de nuevo se reinicia el ciclo. En este trastorno adictivo la persona suele esconder los artículos comprados o incluso tirarse.

A veces el paciente relata un ánimo bajo que es el que lleva a realizar la conducta y en otras ocasiones son los estados de euforia los que llevan a la conducta de compra compulsiva (Black, 2010; Rose y Segrist, 2014).

El comprador compulsivo suele realizar la conducta solo ya que se avergüenza de esa situación, se pueden encontrar intranquilos cuando pasan por un centro comercial pudiendo en ocasiones aparecer un estado de ansiedad que puede remedar a un síndrome de abstinencia. El craving o deseo de comprar cuando se ve satisfecho más que por el artículo en sí se debe a este consumo sin planificación y por el propio acto de comprar aunque luego el artículo sea guardado o no se le dé valor.

2.4. Comorbilidad

Este trastorno ha sido propuesto durante los últimos 30 años como parte de los trastornos obsesivo-compulsivo, control de impulsos y adicciones relacionadas con el comportamiento, pero no está incluido de manera individual en la última versión del DSM-5, aunque sí es reconocido en este manual dada la especificación dentro del trastorno de acumulación “con adquisición excesiva” y el gasto excesivo entre las características del trastorno límite de la personalidad. Al contrario que en el caso de la ludopatía, las clasificaciones diagnósticas más utilizadas (DSM-5 y CIE-10) no contemplan la compra compulsiva como tal adicción. Se debe explorar si la conducta problema se asocia a un proceso depresivo o está ligada una demencia con delirio como causa prínceps porque sería entonces como consecuencia y no un trastorno por dependencia en sus inicios.

Suele seguir un curso por lo general crónico y recidivante como todas las adicciones, y es necesario estudiar si la persona lo realiza sola acompañada, online, presencial y saber que no atiende a su poder adquisitivo.

Entre los compradores compulsivos se describen un incremento de las compras en temporadas de mayor intensidad de los síntomas depresivos También se han descrito trastornos de ansiedad y otros trastornos del control de impulsos, como el abuso de sustancias psicoactivas, fármacos o la cleptomanía (Moulding, Kings y Knight, 2021; Maraz, Griffiths y Demetrovics, 2016; Faber y O’Guinn, 1992). Asimismo, se ha descrito comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria especialmente con bulimia y atracones; en este sentido, hay estudios que sugieren que las compras compulsivas aparecen antes del debut de la alteración alimentaria. En cuanto a los trastornos de la personalidad, se ha identificado la presencia frecuente de rasgos o trastornos límite, evitativos y obsesivo-compulsivos (De la Gándara, De Dios, Cerezo y Redondo, 1990; Diez, Valdepérez, Aragay y Soms, 2016).

2.5. Diagnóstico

Actualmente hay instrumentos de evaluación para valorar este tipo de conductas, como por ejemplo el Edwards Compulsive Buying Scale (ECBS) (Edwards, 1993), y el Yale Brown Obsessive-Compulsive scale (YBOCS-shopping versión) (Monahan, Black y Gabel, 1995), y en España destacan el Cuestionario de Compra Compulsiva (De La Gándara, 1996) y también el Test de Adicción a las Compras (Echeburúa, 1999).

2.6. Tratamiento

Existen varias opciones terapéuticas que han demostrado eficacia, que incluyen medidas psicoterapéuticas, farmacológicas y cambios o adaptaciones sociales. En el caso de la utilización de un tratamiento psicológico parece que la terapia más eficaz resultar ser la cognitivo conductual (Leite, Pereira, Nardi y Silva, 2014), se trataría de una reeducación de la persona para llegar a poder realizar una compra sana y hacer que esos pensamientos que generaban una compulsión hacia la compra sean reestructurados para ser capaces de poder tener unas estrategias de afrontamiento que impidan la realización de la conducta de manera irrefrenable. En este sentido hay estudios que demuestran que pasados incluso 6 meses de tratamiento las recaídas se reducían de manera significativa (Aboujaoude, Gamel y Koran, 2003; Müller, Arikian, Zwaan y Mitchel, 2013). En otros trabajos, sin embargo, hay mala adherencia al programa de terapia cognitivo conductual con tasa de recaída de casi el 50% y de abandono de un 46, 4% sobre todo en aquellas personas con niveles elevado de depresión, varones y sintomatología obsesivo compulsiva (Granero et al., 2017).

Aún es pronto para hablar sobre tratamientos específicos ya que los estudios que hay son pocos y aun no concluyentes puesto que las muestras utilizadas en los mismos están realizadas con una n pequeña, así pues, no hay un planteamiento de tratamiento farmacológico ya que la investigación sobre este tema es limitada. Hoy en día no se dispone de ningún fármaco que esté validado por la FDA (Food and Drug Administration), Aun así, se debe investigar profundamente en esta patología ya que empieza aun una edad joven, supone un desequilibrio en la persona y está aumentando su prevalencia (Mueller y De Zwaan, 2008).

Los fármacos de los que existe mayor evidencia científica son los Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina (ISRS). En concreto, se han publicado ensayos clínicos con Fluvoxamina y Citalopram con buenos resultados (Lejoyeux y Weinstein, 2010; Diez et al., 2016; Grant, Odlaug, Mooney, O'Brien y Kim, 2012; Koran, Faber, Aboujade, Large y Serpe, 2006). Otra opción terapéutica de la que existen diversas publicaciones que sugieren efectividad es el antagonista opioide Naltrexona, que se ha utilizado con la premisa de que el sistema opioide tiene un papel importante en los circuitos de recompensa (Grant, 2003; Aboujaoude et al., 2014). También se han publicado estudios de caso con resultados positivos del uso de Topiramato o Memantina (Grant et al., 2012). La combinación de ISRS junto con terapia cognitivo conductual y tratamiento con naltrexona parece ser a día de hoy un tratamiento eficaz para estas conductas (Dell Osso, Allen, Altamura, Buoli y Hollander, 2008; Mueller et al., 2008).

Hablar de un tratamiento específico para este tipo de conducta es aún precipitado y se deben realizar más estudios para poder consensuar la manera de abordarlo.

Tabla 1. Resumen de la evidencia acerca de los tratamientos farmacológicos disponibles para el tratamiento de la adicción a la compra compulsiva.

| Resultados | Grado de recomendación |
|---|-------------------------------|
| Actualmente no hay suficiente evidencia para recomendar ningún tratamiento farmacológico para el tratamiento de la adicción a la compra compulsiva | B |
| Los antidepresivos como grupo no son más efectivos que el placebo en el tratamiento de la gravedad de los síntomas de la adicción a la compra compulsiva | B |
| Los antagonistas opioides pueden tener efecto beneficioso sobre la gravedad de los síntomas de la adicción a la compra compulsiva | B |
| Los estabilizadores del estado de ánimo evaluados como grupo no resultan efectivos en la gravedad de los síntomas de adicción a la compra compulsiva, ni en la reducción de los síntomas depresivos y síntomas de ansiedad asociados. | B |
| Los antidepresivos no parecen ser más efectivos que los antagonistas de opioides en los síntomas depresivos o síntomas de ansiedad. | D |

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo

3. ADICCIÓN AL SEXO

3.1. Introducción

La adicción al sexo fue descrita inicialmente por (Goodman, 1992), supone el desarrollo de conductas sexuales irrefrenables utilizadas para producir autogratificación. Se trata de conductas que interfieren en la vida diaria del sujeto, pero que no pueden dejar de practicar a pesar de los aspectos negativos implicados: sentimientos de culpa, llegando a veces a ser los causantes de ruptura de pareja, ocasionan grave daño a la familia, pueden provocar problemas económicos e incluso dar lugar a la pérdida de trabajo (Echeburúa, 1999).

Puede estar asociada a problemas de ansiedad o de depresión, trastornos de la personalidad, riesgo de suicidio, consumo de sustancias, en ocasiones del alcohol puede contribuir a que la conducta sea más desinhibida y a actuar de manera más impulsiva y sin control. En aquellos pacientes con bipolaridad hay que valorar que las conductas sexuales, hipersexualidad, pueden estar exacerbadas en el periodo maníaco. Estas personas a lo largo de su vida y debido a su conducta pueden tener problemas laborales, personales y con su familia, son personas que buscarán contactos en burdeles, búsqueda en internet de pornografía, llamar líneas eróticas y hacer que su vida gire tanto en torno al sexo que complique su actividad cotidiana.

La conducta habitual parte de un impulso incontrolado de la práctica sexual física y anónima, que se repite con intervalos variables siempre cortos -entre algunas horas y escasos días-, con parejas distintas y sin reparar en los perjuicios que ocasiona a uno mismo

y a su familia (Alonso, 1996). Las causas de este trastorno no están del todo claras. En la infancia pudo haber abusos o traumas sexuales (que los afectados frecuentemente suelen negar o desconocer). En otras personas, sin embargo, es el fracaso de una relación afectiva en la vida adulta, vivido de forma muy dramática, lo que actúa como desencadenante. Tener fantasías, conductas sexuales e impulsos intensos y recurrentes que consumen mucho tiempo y que no puedes controlar.

3.2. Etiología

El que una persona sea hiperactiva sexualmente no implica que tenga adicción ni hipersexualidad puesto que no todas estas conductas tienen por qué ser adictivos o generar un problema.

Puede haber una relación con la liberación de monoaminas, variaciones o alteraciones en el sistema dopaminérgico que aparecen cuando se llega al orgasmo y la persona busca esa recompensa de manera compulsiva. En pacientes con enfermedad de Parkinson el tratamiento con agonistas dopaminérgicos puede desarrollar conductas hipersexuales (Mick y Hollander, 2006).

Los andrógenos pueden tener también alguna influencia en la hipersexualidad hay relación entre los pensamientos sexuales en adolescentes varones y el nivel de testosterona, igual que en aquellos sujetos que han sido castrados o con hipogonadismo el seso sexual que ha disminuido o desaparecido es capaz de recuperarse con un tratamiento con testosterona exógena (Zapf, Greine y Carroll, 2008). En aquellos casos con lesión en el área temporal derecha hay personas que son capaces de desarrollar conductas compulsivas de tipo sexual, esta región se encuentra asociada a conducta heterosexual en un hombre (Creed, Ntamati y Tan, 2014).

No existe un consenso respecto al etiquetaje del trastorno según los principales manuales diagnóstico en salud mental. Según la CIE-10, la adicción al sexo forma parte de un grupo de trastornos incluido en la categoría diagnóstica de Impulso sexual excesivo.

La prevalencia en España se sitúa más frecuente en una proporción de tres a uno en varones, siendo más frecuente la masturbación y la promiscuidad como conductas adictivas (Thibaut, 2023; Yaniv y Gola, 2018).

3.3. Clínica

¿Cuándo una conducta sexual es patológica? Es problemática su respuesta puesto que la misma conducta sexual puede serlo para una persona y no para otra, depende de diferentes culturas, hábitos, moralidad, religiosidad, pareja sexual y aquello que en una determinada situación en pareja es “normal” puede convertirse en “patológico” con otra pareja, el deseo sexual varía de un individuo a otro.

La persona aumenta en intensidad y en frecuencia en todo lo relacionado con conductas sexuales como excitación persistente, aumento de la intensidad, aumento de la actividad, impulsividad que genera un malestar importante en la vida del individuo y puede

llegar a provocarle un malestar persistente en el tiempo (Kafka 2010). Puede presentarse no solo con encuentros con otras personas si no también con manifestaciones del tipo masturbatorias de manera muy recurrente. También el consumo de pornografía de manera compulsiva necesitando cada vez más imágenes y estando más tiempo conectado a internet buscando imágenes o contactos virtuales, llegando incluso a evitar los encuentros sexuales con otras personas siendo sustituidos por éstos (Coleman, 1992). En cuanto termina la conducta aparece nuevamente la necesidad compulsiva de comenzar de nuevo y repetir y así sucesivamente.

3.4. Comorbilidad

Se utiliza la conducta sexual compulsiva para escapar de otros problemas, como la soledad, la depresión, la ansiedad o el estrés. En algún estudio se (Ballester, Gómez, Llarío y Salmeron, 2021)) habla de patologías asociadas como la dependencia al alcohol, cocaína o cannabis, depresión mayor, bulimia nerviosa, y trastornos de personalidad (histriónico, narcisista, obsesivo-compulsivo o paranoide) o bien TDAH, o trastornos del estado del ánimo. En este tipo de pacientes no parece estar indicado el uso de benzodiacepinas ya que al ser un trastorno en muchas ocasiones ligado a la impulsividad el uso de la misma puede generar el que aparezca una mayor desinhibición a la hora de la práctica de la conducta objeto de estudio. Se indica que en el uso de tratamientos con agentes dopaminérgicos en aquellos pacientes con demencia, o en enfermedad de Parkinson, o en lesiones frontales o temporales y con desórdenes psiquiátricos (como episodio maniaco, parafilias, déficit de atención con hiperactividad, espectro autista) tienen entre otros síntomas la hipersexualidad (Briken, 2020).

Los trastornos del estado de ánimo sobre todo distimia se encuentran presentes en casi el 80% de los casos, antecedentes de TDHA en infancia en el 17% y Los trastornos de personalidad más frecuentes son histriónico, paranoide, obsesivo compulsivo y pasivo agresivo (Mick et al., 2006).

3.5. Diagnóstico

Entre los problemas más difíciles que se encuentran a la hora de evaluar este tipo de conductas se encuentra que frecuentemente se niega este tipo de actuaciones y las implicaciones que se pueden generar, llegando incluso a minimizar o no contar todo lo que las implicaciones que le produce.

Hay que ser cuidadosos al ahora de estudiar la conducta sexual de la persona ya que hay que explorar la situación familiar, hacer un estudio de la actividad adictiva, explorar las relaciones de pareja, si tiene pareja y si hay escenarios que puedan interferir en la misma.

Hay diferentes escalas para valorar la conducta adictiva el sexo, entre estas escalas se encuentran la Sexual Compulsivity Scale (SCS) (Kalichman y Rompa, 1995), se trata una escala autoaplicada y validada en muestra española (Ballester, Gómez, Llarío y Salmerón, 2013) y la Hypersexual Behavior Inventory- 19 (HBI-19) (Reid, Harper y Anderson, 2011).

En relación al uso de la pornografía hay también escalas diseñadas que exploran la falta de control, el consumo excesivo, la abstinencia, la recaída la evitación de las emociones negativas, destacan la Problematic Pornography Use Scale (PPUS; Kor, et al., 2014) y la Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS; Bőthe Tóth, Zsila, Griffiths y Demetrovics, 2018).

3.6. Tratamiento

Muchos afectados ocultan los síntomas, los minimizan o no lo ven como enfermedad porque consumir pornografía, masturbarse y la promiscuidad, conductas sin control pueden no ser en ocasiones vistas como problema o sentirse avergonzados ante tales gestos (Efrati y Gola, 2018).

Antes de comenzar el tratamiento como una adicción comportamental es necesario evaluar la posibilidad de que esa conducta esté asociada a determinados trastornos psiquiátricos como puede ser el trastorno bipolar, a consumo de sustancias, determinados tratamientos que pueden inducir tal conducta o a lesiones en el lóbulo frontal (Raymond, Coleman y Miner, 2003; Asiff, et al., 2018).

A nivel farmacológico se han probado los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) que reducen el deseo, la activación y el orgasmo siendo este el tratamiento de primera línea (Atmaca, 2020; Malandian, Blanc, Ferreri y Thibaut, 2020). Si se asocian cuadros de ansiedad son de gran utilidad los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina, así como las benzodiacepinas. De la misma manera si se encuentra presente un trastorno por TDAH se indicará el uso de metilfenidato. En algunos se ha sugerido el uso de acetato de medroxiprogesterona que es un antiandrógeno y también el uso de la hormona liberadora de gonadotropinas (GNRH) utilizado en el tratamiento de conductas pedófilas o en algunas parafilias pero no parece el tratamiento más indicado para inhibir el deseo sexual de las personas con adicción al sexo (Verdura, Ponce y Rubio, 2011).

Hay tratamientos farmacológicos que incluyen los estabilizadores del ánimo como el litio, el ácido valproico y la carbamacepina, antiandrógenos (reducen los impulsos sexuales se suelen usar en hombres cuyas conductas sexuales compulsivas son peligrosas para los demás.) y antagonistas del sistema opioide. El topiramato mejora la impulsividad) y puede ser de gran utilidad (Atmaca, 2020; Malandain et al., 2020; Verdura et al., 2011).

Otros tratamientos que están siendo probados con buenos resultados son: la estimulación magnética transcraneal (que es un procedimiento no invasivo que utiliza campos magnéticos para estimular a las neuronas del cerebro) aplicada en la corteza del cíngulo anterior (Blum y Grant, 2020), la cual se activa en hombres con este trastorno al observar estímulos pornográficos (Sinke, et al., 2020).

Hay autores que aconsejan el uso de N-acetilcisteína, ya que este aminoácido es capaz de recuperar los niveles en el núcleo accumbens del glutamato extracelular y que no sólo ha sido eficaz su uso en las adicciones con sustancia si no también en las adicciones comportamentales, aun así y a pesar de ser un tratamiento bien tolerado deberían de hacerse más estudios con este fármaco (Blum y Grant, 2022).

La utilización de naltrexona para la reducción de los impulsos sexuales fue utilizada en un estudio con 19 pacientes acompañado de la utilización de otros psicofármacos apareciendo una reducción de la conducta sexual compulsiva (Savard et al., 2020).

El desarrollo del tratamiento debe ser individualizado para cada persona y será un tratamiento que complementa a la terapia psicológica la utilización de fármacos.

Entre las terapias con aceptación para el tratamiento para esta conducta se encuentra la terapia cognitivo conductual se utiliza para control de impulsos (Bradford, 2021; Savard et al., 2020), la terapia de aceptación y compromiso que se centra en aceptar los pensamientos y los impulsos, y en comprometerse a seguir un plan para poder sobrellevarlos (Thibaut et al., 2010) y el mindfulness (Davis y Hayes, 2011) con el modelo de Salud Sexual (Turner et al., 2022), este modelo utiliza filosofías oriental y occidental y se utiliza para las situaciones que producen estrés, personas con problemas de adicción y para aquellas con conductas sexuales que generan adicción. El mindfulness basado en prevención de recaídas, es una técnica que combina técnicas de terapia cognitiva conductual y el mindfulness tradicional basado en la reducción del estrés (Holas, Draps, Kowalewska, Lewczuk y Gola, 2020).

Tabla 2. Resumen de la evidencia acerca de los tratamientos farmacológicos disponibles para el tratamiento de la adicción al sexo.

| Resultados | Grado de recomendación |
|---|-------------------------------|
| Actualmente no hay suficiente evidencia para recomendar ningún tratamiento farmacológico para el tratamiento de la adicción al sexo | B |
| Los antidepresivos como grupo no son más efectivos que el placebo en el tratamiento de la gravedad de los síntomas de la adicción al sexo | B |
| Los antagonistas opioides pueden tener efecto beneficioso sobre la gravedad de los síntomas de la adicción al sexo | B |

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo

4. ADICCIÓN AL TRABAJO

4.1. Introducción

Conocido como workaholism definido por Oates (1968), como una necesidad excesiva e incontrolable de trabajar incesantemente, que afecta a la salud, a la felicidad y a las relaciones de la persona, desde entonces las investigaciones sobre este tema han dado lugar a numerosos desacuerdos a la hora de definir y medir dicho término (Clark, Lelchook y Taylor, 2010). El trabajo deja de ser entendido como algo que proporciona bien-

estar y que hace participe al sujeto de poder relacionarse con compañeros y establecer fines comunes.

No fue hasta la década de los 80 cuando empezó a cobrar más interés, en ese momento los responsables de la salud vieron como había afectaciones cardiacas, trastornos psicossomáticos, articulares y del tipo afectivo entre otros que podían deberse a una fatiga laboral.

La adicción al trabajo no ha sido reconocida como adicción comportamental en el DSM5 ni CIE-10, realmente es difícil de evaluar, diagnosticar y cuantificar su prevalencia. Puede sin embargo ser diagnosticada y tratada como un trastorno de control de impulsos al igual que otras adicciones comportamentales.

En el trabajo de Scott (1997) presenta tres características fundamentales en los adictos al trabajo: tendencia a pasar una gran cantidad de tiempo en actividades laborales; piensan en el trabajo cuando no están en el trabajo y, tienden a trabajar más allá de la organización y las expectativas monetarias, necesidades o demandas en 2000 ya se describían el workaholism como una patología (Fassel, 2000). Hay autores que hablan de personas obsesionadas con el trabajo que dedican muchas horas y tiempo personal al trabajo, además tienen una serie de emociones negativas como culpabilidad y ansiedad cuando no están trabajando, el adicto al trabajo está disfrutando cuando trabaja y está obsesionado con ello (Merino, Boada y Prizmic, 2014).

Realmente no hay una definición del concepto y se baraja, desde el número de horas que dedica al trabajo, hasta la actitud obsesiva respecto al tema y la preocupación de los rendimientos laborales.

4.2. Etiología

La adicción al trabajo es compleja puesto que no hay solamente una causa que la genere, sino que se encuentran varios predecesores que en mayor o menor medida interactúan entre ellos y facilitan el desarrollo de esa conducta. Se encuentran sujetos que están permanentemente en lucha por conseguir logros y éxitos en el menor tiempo posible mientras que otros no (Aguilera, 2017). Estudiando los antecedentes familiares y personales, mejora la autoestima y la satisfacción en el trabajo para llegar a ser sujetos que solo se encuentran bien si trabajan (Salanova et al., 2016). Incluso en algunos casos la adicción al trabajo es algo que se “hereda” pasa de generación y puede convertirse en una excusa perfecta el refugiarse en el trabajo (Robinson, 2000). En contraposición hay trabajos que afirman que son solo las características individuales son las responsables de que se produzca esa adicción al trabajo (Snir y Zohar, 2008).

En países como Japón, la prevalencia de adictos al trabajo alcanza casi a la cuarta parte de la población activa y resulta ser el doble de España. Para la manera de funcionar de la cultura japonesa la obsesión por el trabajo podría estar bien vista pero hoy en día hay una preocupación por lo que significa vivir por y para el trabajo. Trabajar más de 50 horas semanales puede ser uno de los primeros síntomas de adicción (el doble que en España) aunque muchos expertos coinciden en que dedicar más de 50 horas semanales a

trabajar puede ser un síntoma claro de adicción (Liang y Chu 2009; Kanai, Wakabayashi y Fling, 1996).

Características individuales como son la alta competitividad, gran vitalidad, motivación, destacar cuando se les compara en sociedad facilitan e incrementan el poder desarrollar una adicción al trabajo y que confundan el compromiso empresarial con la adicción (Porter, 2001).

En la teoría de los Rasgos de Personalidad (McMillan, O'Driscoll, Marsh y Brady, 2001) propone que la adicción se debe a determinados rasgos de personalidad que se activan como consecuencia de factores externos, señalan una predisposición genética que no sería totalmente determinante y que estaría relacionada con comportamientos compulsivos y perfeccionistas

4.3. Clínica

El mayor problema al que se enfrentan es negación de esa actitud, la persona se justifica y no ve problema en su conducta, además hay también una negación de la misma y con una necesidad de control sobre esa situación llevándose el trabajo para casa y trabajar durante las vacaciones, trabaja incluso estando enfermo y se excede en la jornada laboral, realiza tareas que no le corresponden para justificar el exceso de trabajo y todo esto puede generar problemas de salud e insatisfacción fuera del trabajo. Esta situación provoca que el individuo se centre en su trabajo olvidando todo lo que ocurre a su alrededor y solo sintiendo placer si la actividad laboral ocupa la práctica totalidad de su tiempo. Esta dedicación plena al trabajo hace que descuiden los otros roles como son la familia, los amigos, el tiempo libre, llegando incluso a generar más trabajo para evitar esos contactos. Pueden presentar estados de cólera y de ira, desconfianza, baja autoestima y en ocasiones agresividad hacia el resto de los compañeros (Del Líbano, Soria, Schaufeli y Gumbau, 2006).

La sintomatología en este tipo de adicción afecta a todos los estados, el fisiológico con un cansancio que se cronifica, estrés, puede haber trastornos del sueño, sexuales, a nivel psicosomático con trastornos del tipo de aumento de la tensión arterial o con molestias gastrointestinales (Scott et al., 1997). A nivel psicológico la persona puede experimentar, depresión, ansiedad, pérdida de control, perfeccionismo, miedo al fracaso, baja autoestima, cólera, ira, obsesión por hacer las cosas, cansancio emocional por no poder desarrollar todas las tareas, soledad por el aislamiento familiar y social (Jackson, Fung, Moore y Jackson, 2016).

Suelen ser sujetos que están implicados en una lucha constante y continua que muestran a veces impaciencia y hostilidad para poder desarrollar las tareas, esta sobrecarga produce cansancio, la persona no quiere delegar y no rinde correctamente, además sensación de ansiedad y depresión por no poder mantener relaciones sociales o esta con su familia (Burke, Matthiesen y Pallesen, 2006).

4.4. Comorbilidad

Esta conducta suele asociarse al trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo buscando una conducta de perfeccionamiento, se relaciona con problemas de sueño, ago-

tamiento episodios de angustia y descenso del estado de ánimo (Andreassen, 2014; Del Libano et al., 2006). Hay autores que encuentran inflexibilidad, rigidez, preocupación excesiva porque todo esté bien ordenado y organizado y control sobre todo tipo de detalles (Burke, 2003).

4.5. Diagnóstico

Un aspecto que dificulta el diagnóstico es que la adicción al trabajo no está contemplada dentro de los manuales de criterios diagnósticos (CIE-10, DSM5). Entre las escalas que se manejan se encuentran la Escala de Adicción al Trabajo de Bergen BWAS (Andreassen, Griffiths, Hetland y Pallesen, 2012), se desarrolló para evaluar la adicción al trabajo, la compulsión o la necesidad incontrolable de trabajar incesantemente (Oates, 1971). The Dutch Work Addiction Scale (DUWAS) (Schaufeli, Taris y van Rhenen, 2008) estudia dos componentes: trabajo excesivo y compulsión por trabajar, presenta buenos índices tanto de fiabilidad y validez). La Escala de Irritación como instrumento de evaluación del estrés laboral estudia una estructura bidimensional con un componente al que llama irritación cognitiva y otra irritación emocional (Merino, Carbonero, Moreno y Morante, 2006).

4.6. Tratamiento

Protocolizar el tratamiento es complicado ya que es una entidad de reciente reconocimiento. Parece que el tratamiento está más orientado al aspecto psicológico y el farmacológico según la sintomatología que esté presente en el sujeto. Para iniciar un tratamiento lo más importante es el reconocimiento por parte de la persona del problema, saber que sus hábitos no son saludables y querer cambiarlos.

Los fármacos que podrían relacionarse con el tratamiento de esta patología son aquellos utilizados en personas que presentan conductas impulsivas o compulsivas y por supuesto los estabilizadores del ánimo y por supuesto los fármacos protocolizados para la comorbilidad psiquiátrica que se encuentre presente en el individuo (depresión, ansiedad, etc). La impulsividad está relacionada con la obsesión por trabajar con el reconocimiento de que está bien hecho su trabajo (Grijalva, Harms, Newman, Gaddis y Fraley, 2014).

Los adictos al trabajo a menudo presentan sentimientos de culpabilidad y ansiedad si están descansando y no dedicando sus fuerzas al trabajo y por lo tanto no experimentan un estado de satisfacción cuando no trabajan. En lo que se refiere a esa inestabilidad emocional pueden ser útiles los antidepresivos de la familia de los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), e incluso en algunos casos la utilización de eutimizantes para mantener el nivel anímico como la carbamacepina, o el valproato sódico, lamotrigina, también el uso de antipsicóticos atípicos como olanzapina o risperidona e incluso el uso de beta bloqu coastes para disminuir los efectos de esa activación emocional y poder realizar un control de la conducta. (Coffey, Schumacher, Baschnagel, Hawk y Holloman, 2011).

Parece claro que esta conducta tiene más relación con la forma de ser de la persona que con el trabajo que realiza, se podrían utilizar técnicas que vayan dirigidas a la reducción del trabajo con una buena gestión del tiempo y la planificación de objetivos, logros o metas para fomentar un estilo de vida saludable. El individuo debe aprender a enfrentarse

a la situación, tiene que tener respuestas de afrontamiento en situaciones de riesgo y una vez que las tiene podría empezar un proceso de sensibilización y exposición en momentos de riesgo de recaer en conducta adictiva, se busca un control de estímulos con una evitación de los mismos, conocimiento del problema y/o evitación o afrontamiento evitando recaída (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010).

Tabla 3. Resumen de la evidencia acerca de los tratamientos farmacológicos disponibles para el tratamiento de la adicción al trabajo.

| Resultados | Grado de recomendación |
|--|------------------------|
| Actualmente no hay suficiente evidencia para recomendar ningún tratamiento farmacológico para el tratamiento de la adicción al trabajo | B |
| Los antidepresivos como grupo no son más efectivos que el placebo en el tratamiento de la gravedad de los síntomas de la adicción al trabajo | B |
| Los antipsicóticos atípicos pueden tener efecto beneficioso sobre la gravedad de los síntomas de la adicción al trabajo | B |

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo

5. ADICCIÓN A LA COMIDA

5.1. Introducción

La adicción a la comida en si misma es producto de las características de ciertos alimentos que son muy recompensantes y del meticuloso proceso de elaboración de éstos y el agregado de sustancias conservantes, colorantes, etc, que son activadoras del circuito de recompensa cerebral (Waisman y Calero, 2021).

También ha sido descrita por varios investigadores como adicción a comer, poniendo el énfasis en el comportamiento y no en la comida en sí (Hebebrand et al., 2014; Vasiliu, 2022).

La prevalencia de la adicción a la comida oscila entre 25-81 % de casos y va asociada a obesidad, trastorno por atracón y bulimia nerviosa, principalmente (Agüera et al., 2016).

Sin embargo, una revisión de veinticinco estudios determinó una prevalencia del diagnóstico de adicción a la comida del 19,9%. Se encontró que este diagnóstico era más frecuente en adultos mayores de 35 años, mujeres y participantes con sobrepeso u obesidad (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins y Burrows, 2014). Algunos autores han demostrado que la prevalencia es similar tanto en adolescentes como en adultos (Rodrigue, Gearhardt y Bégin, 2019).

5.2. Etiología

La patogénesis de esta entidad aún es incierta, pero la disfunción de la recompensa, la impulsividad y la disregulación de las emociones se han considerado mecanismos básicos que desencadenan tanto trastornos de alimentación como conductas adictivas. Es decir, la adicción a la comida tiene muchas características en común con el comportamiento adictivo, como la pérdida de control y la necesidad de repetir con frecuencia el patrón disfuncional a pesar de las consecuencias negativas. La hipótesis de la adicción a la comida supone que la exposición a alimentos muy sabrosos altera los circuitos de recompensa del cerebro, lo que da como resultado un fenotipo conductual similar a la adicción a sustancias y facilita conductas alimentarias disfuncionales, como las crisis de atracones. Los factores genéticos pueden estar involucrados en esta dependencia, como moduladores del mayor antojo de carbohidratos y grasas saturadas (Milano et al., 2023; Vasiliu, 2022).

Los trastornos por consumo de sustancias y el trastorno por atracón comparten una fenomenología similar, que incluye impulsos significativos para participar en episodios de atracones, lo que resulta en angustia y deterioro. Se encuentran vías neurobiológicas similares en ambos trastornos y se han evaluado diferentes tratamientos farmacológicos basados en esta similitud neurobiológica. Un subconjunto de personas con trastorno por atracón puede tener una “adicción a la comida”, pero no hay acuerdo clínico sobre el significado de “adicción a la comida”. Explorar la relación entre el trastorno por atracón y la obesidad también puede arrojar luz sobre hasta qué punto el trastorno por atracón puede verse como una adicción. En general, la investigación sobre trastorno por atracón y trastorno por consumo de sustancias sugiere una superposición entre estos trastornos, pero existen discrepancias entre ellos y se necesita una mayor exploración (Schreiber, Odlaug y Grant, 2013).

5.3. Clínica

La adicción a la comida generalmente se refiere a un patrón de alimentación de tipo adictivo, caracterizado por un consumo excesivo y aberrante de alimentos altamente sabrosos (Rodrigue et al., 2019; Vasiliu, 2022). Se considera un trastorno basado en consecuencias negativas funcionales, angustia asociada y riesgos potenciales tanto para el bienestar psicológico como para la salud física (Vasiliu, 2022).

En adolescentes obesos, que padecen adicción a la comida evaluada mediante la YFAS, en comparación con adolescentes obesos sin esta adicción, se han reportado mayores niveles de impulsividad motora y atencional, que se refieren respectivamente a la tendencia a actuar sin pensar y a la incapacidad de concentrarse. (Zhao et al., 2018).

5.4. Comorbilidades

Existe un alto grado de superposición entre la obesidad, el trastorno por atracón, la bulimia nerviosa y la adicción a la comida, y separarlos únicamente sobre una base clínica es difícil (Long, Blundell y Finlayson, 2015).

Diversas investigaciones indican que los síntomas de esta adicción, además de asociarse con trastornos alimentarios, lo hacen también con síntomas depresivos y de ansiedad,

así como una menor calidad de vida en general (Ahmed, Sayed, Mostafa y Abdelaziz, 2016; Zhao et al., 2018).

5.5. Diagnósticos

A pesar de haber mostrado similitudes neurobiológicas con las adicciones a sustancias, hasta el momento, carece de suficiente entidad diagnóstica, no existiendo pautas terapéuticas basadas en evidencia, ni exámenes clínicos o de laboratorio que puedan usarse como métodos de diagnóstico definitivos (Agüera et al., 2016; Vasiliu, 2022).

Los criterios de diagnóstico de la adicción a la comida se han extrapolado principalmente de los criterios del DSM para la dependencia de sustancias, basándose en el modelo de antecedentes patogénicos y clínicos comunes para las adicciones conductuales y a las drogas. El consumo de más sustancia/alimento de lo inicialmente deseado, o durante un período de tiempo más largo, preocupación intensa por la sustancia/alimento, ansia por una sustancia/alimento específico y el uso continuo a pesar del conocimiento de eventos adversos han sido los criterios centrales para el diagnóstico (Cassin et al., 2019).

La Escala de Adicción a los Alimentos de Yale (YFAS) (Gearhardt, Corbin y Brownell, 2009), se crea adaptando los criterios del DSM-IV-TR para la dependencia de sustancias a la adicción a la comida. Desde entonces, esta escala se ha utilizado ampliamente para evaluar la prevalencia y para caracterizar esta condición. Más recientemente, una nueva versión del YFAS (YFAS 2.0) ha sido creado para adaptarse al diagnóstico once del DSM-5 criterios para los trastornos por consumo de sustancias. (Gearhardt et al., 2009; Rodríguez et al., 2019).

5.6. Tratamiento

El trastorno por atracón está fuertemente asociado con la obesidad. Ante la escasez de tratamientos con evidencia para tratar estos problemas, es necesario identificar una farmacoterapia eficaz para reducir tanto los atracones como el peso.

Debido a las características fenomenológicas comunes entre los trastornos mencionados (trastorno por consumo de sustancias, adicción a la comida, trastorno por atracón y obesidad), y a falta de un tratamiento con indicación específica para la adicción a la comida, se comentan a continuación, tratamientos que podrían ser útiles en este último.

Haciendo un análisis superficial, parece que la obesidad es simplemente la manifestación fenotípica de un comportamiento de ingesta de alimentos deliberadamente defectuoso con la consecuencia de un consumo y gasto de energía desequilibrado y puede revertirse fácilmente mediante la restricción calórica y el ejercicio. A pesar de esta suposición, los decepcionantes resultados de los estudios clínicos a largo plazo basados en esta suposición muestran que el problema es mucho más complejo. Estudios recientes muestran que los neurocircuitos específicos involucrados en la regulación del apetito están etiológicamente integrados en el mecanismo patológico, lo que sugiere que la obesidad debe considerarse una enfermedad neurobiológica y no únicamente la consecuencia de hábitos de ingesta de alimentos perjudiciales. Además, aparte de la manifestación física

de comer en exceso, un creciente cuerpo de evidencia sugiere una estrecha relación con los componentes psicológicos que incluyen alteraciones del estado de ánimo, alteración de la percepción y motivación de la recompensa o comportamiento adictivo. Así, la naltrexona, un fármaco no selectivo de los receptores opioides útil en el alcoholismo, sería útil en los comportamientos adictivos relacionados con el consumo de alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono (Jauch-Chara y Oltmanns, 2014).

Existen estudios en bulimia nerviosa e informes en el trastorno por atracón que sugieren que dosis supraterapéuticas (200–400 mg/día) de naltrexona, pueden disminuir los atracones (Alger, Schwalberg, Bigaouette, Michalek y Howard, 1991; Mitchell et al., 1989).

Un ensayo clínico doble ciego controlado con placebo evaluó los efectos agudos de la combinación naltrexona + bupropion en el trastorno por atracón con obesidad y examinó los efectos a más largo plazo durante un seguimiento de 6 meses después de la interrupción de la medicación. Los análisis revelaron reducciones significativas desde el inicio en los atracones, la psicopatología del trastorno alimentario, la depresión y el peso durante el tratamiento, pero estos cambios con naltrexona + bupropion no difirieron significativamente de aquellos con placebo. A los 6 meses de seguimiento, los resultados siguieron mejorando en relación con el valor inicial, sin diferencias significativas entre ambos grupos (Grilo, Lydecker, Morgan y Gueorguieva, 2021). Considerados como grupo, en el tratamiento farmacológico del trastorno por atracón, los ISRS han conseguido tasas de reducción en los síntomas de atracones, en síntomas psiquiátricos asociados y en peso, en comparación con placebo. Sin embargo, la mayoría de las reducciones de peso no se considerarían clínicamente significativas. Los antidepresivos tricíclicos resultaron inconsistentes con respecto a las reducciones en los atracones y la pérdida de peso. La duloxetina condujo a una disminución de los atracones, pérdida de peso y una mejora global en el trastorno alimentario y los síntomas depresivos (McElroy, Guerdjikova, Mori y O'Melia, 2012).

Entre los fármacos antiepilépticos estudiados hasta ahora en el trastorno por atracón o en la ingesta compulsiva de comida, se incluyen topiramato, zonisamida, lamotrigina y fenitoína. Los resultados obtenidos han sido prometedores en la disminución del deseo imperioso de consumir.

El topiramato es un agente antiepiléptico asociado con la pérdida de peso. En el trastorno por atracón asociado con la obesidad, en comparación con el placebo, el topiramato se ha asociado con una tasa significativamente mayor de reducción de la frecuencia de los atracones, la frecuencia de los días de atracones, el índice de masa corporal, el peso y las puntuaciones en la escala de gravedad de la Impresión clínica global y la Escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown (modificada para atracones). Se concluyó así, que topiramato fue eficaz y relativamente bien tolerado en el tratamiento a corto plazo del trastorno por atracón asociado con la obesidad (McElroy et al., 2003; McElroy et al., 2007).

De igual modo, se ha evaluado la eficacia y la tolerabilidad del topiramato en comparación con el placebo para reducir el peso y los atracones en pacientes obesos con trastorno por atracones que recibían terapia cognitivo-conductual. Topiramato añadido a esta tera-

pia mejoró la eficacia de la última, aumentando la remisión de los atracones y la pérdida de peso a corto plazo (Claudino et al., 2007).

La zonisamida y el bupropion se han investigado para la reducción de peso en adultos obesos. Realizamos un estudio preliminar comparando el efecto sobre el peso corporal de la combinación de estos 2 fármacos frente a la monoterapia con zonisamida. En este ensayo preliminar abierto a corto plazo, el tratamiento combinado de zonisamida y bupropion dio como resultado una mayor pérdida de peso que el tratamiento con zonisamida sola (Gadde, Yonish, Foust y Wagner, 2007).

En otro estudio, la zonisamida demostró nuevamente resultar eficaz en el tratamiento a corto plazo del trastorno por atracón asociado con la obesidad y se asoció con una tasa significativamente mayor de reducción en la frecuencia de los episodios de atracones, el peso corporal, el IMC y las puntuaciones en la escala de impresión clínica global. Pero en este caso no fue bien tolerada (McElroy et al., 2006).

La eficacia y seguridad de lamotrigina en el trastorno por atracón asociado con la obesidad también ha sido evaluada. El fármaco fue bien tolerado pero, como resultado de una respuesta al placebo excepcionalmente alta, es probable que para las medidas de eficacia empleadas (frecuencia semanal de episodios de atracones y días de atracones, peso e IMC, medidas de patología alimentaria, síntomas obsesivo-compulsivos, impulsividad y gravedad global de enfermedad), excepto para el peso corporal y los índices metabólicos, el estudio no pudo detectar una diferencia entre el fármaco y el placebo potencialmente importante desde el punto de vista clínico (Guerdjikova et al., 2009).

La fenitoína tuvo resultados contradictorios en dos estudios cruzados controlados con placebo en pacientes con ingesta compulsiva o atracones. En el primero de ellos no se encontraron diferencias significativas entre la fenitoína y el placebo en ninguna medida de resultado. En el segundo estudio, cuando se compararon los grupos de fenitoína y placebo, hubo significativamente menos atracones en el grupo de fenitoína y placebo que en el grupo de placebo y fenitoína, lo que indica un efecto de arrastre para la primera secuencia de fenitoína (McElroy, Guerdjikova, Mori y O'Melia, 2012).

Un metaanálisis realizado en 2016, incluyó 9 ensayos de terapias psicológicas, y 25 ensayos controlados con placebo que evaluaron el tratamiento farmacológico (n = 19) o combinado (n = 6). Su objetivo fue resumir la evidencia sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales de las terapias psicológicas y farmacológicas para adultos con trastorno por atracón. Los autores concluyeron que la terapia cognitiva conductual, la lisdexanfetamina, los antidepresivos de segunda generación y el topiramato redujeron los atracones y la psicopatología relacionada, y la lisdexanfetamina y el topiramato redujeron el peso en adultos con trastorno por atracones (Brownley et al., 2016).

Debido a que la mayoría de los fármacos utilizados para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad facilitan la función de los sistemas de dopamina y norepinefrina, que están implicados en la conducta alimentaria y la recompensa, así como en la biología de los atracones, y que muchos de estos fármacos se asocian con pérdida de peso o efectos anoréxicos, se han llevado a cabo estudios de la eficacia de atomoxetina,

metilfenidato y lisdexanfetamina en el trastorno por atracón (Heal y Smith, 2022; McElroy, Guerdjikova, Mori y O'Melia, 2012).

En comparación con los pacientes tratados con placebo, los pacientes que recibieron atomoxetina mostraron una disminución significativamente mayor en la frecuencia de los atracones, así como en la frecuencia de los días de atracones, el peso y el IMC (McElroy et al., 2007).

La lisdexanfetamina está aprobada actualmente por la FDA para el tratamiento del trastorno por atracón. Se encontró un efecto significativo en comparación con el grupo control en la reducción de días con atracones, síntomas depresivos y un efecto leve en la abstinencia de atracones (McCuen-Wurst, Ruggieri y Allison, 2018).

Se ha demostrado que los agentes contra la obesidad pueden tener propiedades contra los atracones, ya sea directamente a través de propiedades supresoras del apetito o potenciadoras de la saciedad o indirectamente a través de efectos metabólicos. Estos agentes antiobesidad estudiados son sibutramina, d-fenfluramina y orlistat. Aunque los 2 primeros se retiraron del mercado mundial debido a problemas de seguridad. En 2017, se lanzó una nueva presentación del análogo del péptido de tipo glucagón-1 (GLP-1), liraglutida, como complemento de una dieta reducida en calorías y aumento de la actividad física para el control del peso en adultos. Los ensayos de liraglutida controlados con placebo incluyeron consejos dietéticos y de ejercicio. Los resultados fueron de una pérdida de peso adicional de un 5% respecto a placebo. Así, las comparaciones indirectas con orlistat, sugieren que produce una mayor pérdida de peso que este último. Estos estudios no han dejado claro si el beneficio se mantiene más allá de la retirada del fármaco, ya que un 2-3% de peso corporal se recuperó dentro de las 12 semanas tras la interrupción de la terapia con liraglutida (Waisman y Calero, 2021).

Los ensayos abiertos sugieren que la fentermina/topiramato aprobada por la FDA para la obesidad, tiene utilidad para los atracones. Un ensayo clínico tuvo como objetivo evaluar la eficacia y seguridad de esta asociación de fármacos en pacientes con trastorno por atracón y bulimia nerviosa. Se encontró que esta combinación de medicamentos fue significativamente más efectiva para reducir los atracones que el placebo y fue bien tolerada (Safer et al., 2020).

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico, la mayoría de los estudios sobre tratamiento en adicción a la comida ha sido de tipo piloto y de factibilidad con limitaciones que afectan las conclusiones, no encontrándose intervenciones psicosociales empíricamente respaldadas. Mientras tanto, se recomienda que los profesionales que tratan la adicción a la comida evalúen los trastornos alimentarios comórbidos y, si están presentes, primero brinden tratamientos basados en la evidencia para esas afecciones. Como en casi todas las adicciones comportamentales, la estrategia psicoterapéutica más empleada es la cognitivo conductual, estando su eficacia bien establecida. No obstante, se han empleado otras técnicas: como la entrevista motivacional, técnicas de los 12 pasos, técnicas de liberación emocional, las cuales incluso se han comparado con terapia cognitivo conductual (Fundación Instituto Spiral, 2023).

Varios estudios sobre técnicas de liberación emocional, una técnica psicofisiológica breve, han indicado que puede ser una estrategia terapéutica añadida prometedora a las intervenciones tradicionales para perder peso. Como programa de intervención online, esta técnica ha resultado muy efectiva para reducir los antojos de alimentos, el poder percibido de los alimentos, la sintomatología psicológica y mejorar la restricción dietética y mantener esas mejoras durante un período de 2 años (Stapleton, Lilley-Hale, Mackintosh y Sparenburg, 2020).

Tabla 4. Resumen de la evidencia acerca de los tratamientos farmacológicos disponibles para el tratamiento de la adicción a la comida.

| Resultados | Grado de recomendación |
|--|-------------------------------|
| Actualmente no hay suficiente evidencia para recomendar ningún tratamiento farmacológico para la adicción a la comida. | B |
| Lisdexanfetamina reduce los atracones y el peso en adultos con trastorno por atracón. | A |
| Topiramato reduce los atracones y el peso en adultos con trastorno por atracón. | A |
| Atomoxetina reduce la frecuencia de los atracones y el peso en el trastorno por atracón. | B |
| Naltrexona puede ser útil en comportamientos adictivos relacionados con el consumo de determinados alimentos. | D |

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo

6. ADICCIÓN AL EJERCICIO

6.1. Introducción

Se ha demostrado que realizar ejercicio de forma regular produce una variedad de beneficios para la salud, tanto en el ámbito físico, como en el psíquico y social (Mandolesi et al., 2018; Mikkelsen, Stojanovska, Polenakovic, Bosevski y Apostolopoulos, 2017; Warburton, Nicol, y Bredin, 2006). A pesar de ser bien conocidos estos beneficios del ejercicio moderado y regular, el ejercicio adictivo puede impactar de forma negativa en la vida de las personas que lo sufren (Lakier Smith, 2003).

Aunque los límites en esta tendencia adictiva son difusos, una persona con adicción al ejercicio, continuaría realizándolo independientemente de lesiones físicas, problemas psicológicos o interferencia en otras áreas de su vida (Adams y Kirkby, 1997). Sin embargo, en la actualidad no existen criterios de diagnóstico oficiales para esta conducta.

La heterogeneidad existente en los diferentes estudios con respecto a la prevalencia de adicción al ejercicio es muy alta y en ocasiones poco representativa. Algunos estudios han estimado que en población general esta prevalencia se encuentra en torno al 3% (Griffiths, Szabo y Terry, 2005).

Otro estudio realizado por Mónok et al. (2012) en una muestra de 450 sujetos adultos húngaros de entre 18 y 64 años, halló una prevalencia del 0,3% y 0,5% de riesgo de adicción al ejercicio en la población general.

6.2. Etiología

Márquez y de la Vega (2015) han explicado detalladamente las distintas hipótesis que pueden explicar la adicción al ejercicio, clasificándolas en dos grandes grupos relacionados con mecanismos fisiológicos y psicológicos.

Mecanismos fisiológicos:

- La hipótesis más conocida es la denominada del *runners' high*, relacionada con la sensación de euforia que sienten muchos corredores tras una carrera intensa y que se ha atribuido a efectos centrales de las endorfinas. Las beta-endorfinas y otros opioides endógenos pueden generar dependencia y los estudios en animales sugieren que el ejercicio reduce la sensibilidad a los mismos, siendo necesario aumentar la dosis de ejercicio para mantener sus efectos.
- El sistema endocannabinoide podría tener también un papel en la adicción al ejercicio, ya que dicho sistema se activa por el ejercicio aeróbico y produce efectos de sedación, bienestar y reducción de la ansiedad.
- La hipótesis de la activación simpática mantiene que la adaptación al entrenamiento, especialmente aeróbico, genera una disminución de la frecuencia cardíaca y de la actividad simpática que se traduce en un menor nivel de activación. En consecuencia, los sujetos que practican habitualmente ejercicio tenderían a incrementar sus niveles al objeto de alcanzar un estado óptimo de activación.
- Un mecanismo adicional se contempla en la hipótesis de la regulación termogénica, según la cual el incremento de la temperatura desencadenado por la actividad física intensa generaría un estado de relajación y una disminución de la ansiedad que actuarían como refuerzos positivos para el mantenimiento de la conducta adictiva.
- Se ha puesto de manifiesto una asociación positiva entre la dependencia del ejercicio y unos niveles bajos de leptina en sangre, lo que sugiere una posible implicación de esta molécula en la patogénesis de la adicción al ejercicio.

Mecanismos psicológicos:

- La hipótesis de la valoración cognitiva plantea que el proceso de adicción se iniciaría cuando los sujetos comienzan a utilizar el ejercicio como un medio de enfrentarse al estrés y se produce una dependencia que se racionaliza para explicar el que el ejercicio comience a sustituir las actividades y rutinas de la vida diaria. La presencia de eventos imprevistos que obliguen a reducir la cuantía del ejercicio se traduce en una pérdida de control y la emergencia de sentimientos negativos que amplifican la sensación de vulnerabilidad al estrés.
- La hipótesis de la regulación afectiva propone que el ejercicio origina, por una parte, afectos positivos que contribuyen a una mejora del estado emocional general; por otra, disminuye los afectos negativos y los sentimientos de culpa, irritabilidad o ansiedad, lo que se suma a los beneficios sobre el estado emocional. Cuando existe una privación del ejercicio se exacerban los afectos negativos y aparecen los típicos síntomas de abstinencia que solo pueden neutralizarse a través de más ejercicio.
- Se ha propuesto un modelo interactivo expandido para explicar la adicción al ejercicio que estaría en línea con el modelo PACE (Pragmatics, Attraction, Communication, Expectation) establecido para adicciones en general. Según este modelo, los factores de tipo personal, tales como necesidades, intereses o habilidades, interaccionan con factores situacionales y aspectos sociales, coste y accesibilidad o entorno grupal, generando los motivos para la práctica del ejercicio.

6.3. Clínica

Se ha sugerido que la adicción al ejercicio tiene una dimensión obsesivo-compulsiva, así como aspectos gratificantes que pueden incluirla entre las adicciones conductuales. Los estudios psicológicos también explican la adicción al ejercicio en términos de recompensa, habituación, apoyo social, alivio del estrés, evitación de la abstinencia y reducción de la ansiedad. Se ha sugerido que la adicción al ejercicio es parte de un continuo de actividad deportiva que se desarrolla en etapas desde el ejercicio recreativo hasta el ejercicio de riesgo, el ejercicio problemático y finalmente la adicción al ejercicio (Weinstein y Weinstein, 2014).

Por tanto, en la adicción al ejercicio existe un predominio de esa actividad sobre otras, alteraciones emocionales, tolerancia, síntomas de abstinencia cuando no le es posible practicar ejercicio físico, y la aparición de conflictos que interfieren en su vida como consecuencia de su práctica en exceso (Bircher, Griffiths, Kasos, Demetrovics y Szabo, 2017; Weinstein et al., 2014).

Un reciente estudio ha puesto en evidencia que lo que puede predecir la aparición de adicción a la actividad física puede ser un alto tiempo semanal dedicado a correr, actividad física durante la niñez, bajo nivel educativo, altos niveles de ansiedad y hostilidad, soledad, baja autoestima y género (ya que encontramos mayor incidencia en el género femenino). Además, altos niveles de aspectos del carácter como perseverancia y tenacidad, personalidad autodirigida, evitación del daño e intolerancia a las incertidumbres.

Otros elementos de riesgo para la aparición de adicción al deporte son haber desarrollado patrones alimentarios disfuncionales o trastornos alimentarios o expresar inquietudes derivadas de dismorfismos corporales y musculares (Caponnetto et al., 2021).

6.4. Diagnóstico

A falta de unos criterio oficialmente aceptados e incluidos en los sistemas de clasificación internacionales de enfermedades, se han sugerido y ordenado, criterios para la categorización de la adicción al ejercicio, que son similares a los establecidos en el DSM-5 para las adicciones conductuales. Tales criterios son los siguientes: a) Tolerancia, con un incremento de la cantidad de ejercicio para alcanzar el efecto deseado; b) Retirada, con efectos negativos en ausencia de ejercicio, tales como ansiedad, irritabilidad o problemas de sueño; c) Falta de control y fracaso en los intentos de reducir o cesar la práctica de ejercicio; d) Efectos intencionales, con incapacidad de ajustarse a un rutina establecida; e) Dedicación excesiva a la preparación, realización o recuperación del ejercicio; f) Reducción de otras actividades sociales, ocupacionales y/o recreacionales; y g) Continuidad en la práctica a pesar de saber que se están generando problemas (Downs, Hausenblas y Nigg, 2004).

Se admitiría, por tanto, que los adictos al ejercicio experimentan síntomas de abstinencia como ansiedad, irritabilidad y síntomas depresivos si están privados de ejercicio, además de un efecto ansiolítico inducido por la práctica del mismo (Adams y Kirkby, 1997), y que el realizar ejercicio induce un efecto ansiolítico (Berczik et al., 2012).

Entre los instrumentos de evaluación, existen diversos cuestionarios que permiten evaluar la adicción al ejercicio (Márquez et al., 2015).

- Cuestionario de Ejercicio Obligatorio (OEQ). Evalúa componente emocional, frecuencia e intensidad y preocupación.
- Cuestionario de Dependencia del Ejercicio (EDQ). Analizar los efectos sociales y factores motivacionales del ejercicio.
- Escala de Dependencia del Ejercicio (EDS). Categoriza a los sujetos en tres grupos: en riesgo, sintomáticos no dependientes y asintomáticos no dependientes.
- Inventario de Adicción al Ejercicio (EAI). Valora los seis síntomas del modelo de componentes de la adicción (tolerancia, retirada, efectos intencionales, pérdida de control, tiempo y conflicto).

En cuanto al tipo de herramienta utilizada para su evaluación, el Inventario de Adicción al Ejercicio (EAI), parece detectar una mayor proporción de personas en riesgo de adicción al ejercicio que otros utilizados (Simón- Grima, Estrada-Marcén y Montero-Marín, 2019).

6.6. Comorbilidad

Aunque la adicción al ejercicio es una disfunción en la que juegan un papel relevante elementos ambientales, se considera que la motivación para el ejercicio en los adictos, se relaciona en gran medida con sus rasgos de personalidad. Se han identificado rasgos narcisistas, de perfeccionismo y baja autoestima. Las personas que evidencian una preocupa-

ción excesiva por la imagen corporal, el peso, etc, son las que tienen mayor probabilidad de verse afectadas (Bruno et al., 2014; Klein et al., 2004).

El ejercicio físico puede atenuar los síntomas de ansiedad, estrés y depresión, mejorando los trastornos del sueño. Sin embargo, la ansiedad y la depresión pueden asociarse al ejercicio físico compulsivo, ya que existe una débil frontera entre los aspectos positivos del deporte y el riesgo de que convierta en adictivo (Caponnetto et al., 2021).

Las personas con adicción al ejercicio tienen en alto riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y bulimia, así como miedo a engordar debido a la presión social, imagen corporal distorsionada, falta de relaciones sociales y baja autoestima (Facchini, 2006).

6.7. Tratamiento

A día de hoy aún es pronto para proponer un tratamiento específico para este tipo de patología, no hay un consenso ya que tampoco hay un reconocimiento en los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades, por lo tanto, el tratamiento será sintomático.

En caso de comorbilidad de adicción al ejercicio con otras patologías como trastornos de la conducta alimentaria, trastorno somatomorfos, trastornos por consumo de alcohol u otro trastorno psiquiátrico, éstos también deben recibir atención y tratamiento (Freimuth, Moniz y Kim, 2011).

Existe un estudio de un caso que informa sobre el tratamiento con quetiapina que fue utilizado como un tratamiento complementario para el trastorno bipolar I con trastorno compulsivo comórbido adicción a las compras y al ejercicio físico. Tras 4 semanas de tratamiento el paciente mostró una leve mejoría de su comportamiento compulsivo de las conductas de compra y una mejora moderada de su compulsión a ejercicio físico. Después de 12 semanas de tratamiento con quetiapina, estas conductas mejoraron significativamente y después de 24 semanas desaparecieron (Di Nicola et al., 2010).

Un aspecto principal en el proceso terapéutico de los adictos al ejercicio es la educación del paciente, informando sobre los efectos adversos del ejercicio excesivo y buscando no la abstinencia, si no la práctica con moderación. Las intervenciones más empleadas para conseguir este objetivo son de enfoque cognitivo-conductual, pero se sabe poco sobre su eficacia (Adams et al., 1997; Griffiths, 2005; Landolfi, 2013; Weinstein et al., 2014).

Tabla 5. Resumen de la evidencia acerca de los tratamientos farmacológicos disponibles para el tratamiento de la adicción al ejercicio.

| Resultados | Grado de recomendación |
|---|------------------------|
| Actualmente no hay suficiente evidencia para recomendar ningún tratamiento farmacológico para la adicción al ejercicio. | B |

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo

7. BIBLIOGRAFIA

- Aboujaoude, E., Gamel, N., y Koran, L. M. (2003). A 1-year naturalistic follow-up of patients with compulsive shopping disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(8), 946–950. doi.org/10.4088/jcp.v64n0814
- Adams, J. y Kirkby, R. (1997). Exercise dependence: a problem for sports physiotherapists. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 43(1), 53–58. doi: 10.1016/s0004-9514(14)60402-5
- Agüera, Z., Wolz, I., Sánchez, IM, Hilker, I., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2016). Adicción a la comida: un constructo controvertido. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace (Ed. impresa)*, 117, 17-30. https://ddd.uab.cat/record/273338
- Aguilera, A. (2017). Workaholics: la adicción al trabajo. *La Ciencia en la Calle*, “No. 1, pp. 1-12.1www.researchgate.net/publication/313192341
- Ahmed, A. Y., Sayed, A. M., Mostafa, M. K. y Abdelaziz, E. A. (2016). Food addiction relations to depression and anxiety in egyptian adolescents. *The gazette of the egyptian paediatric association*, 64(4), 149–153. doi: 10.1016/j.epag.2016. 09.002.
- Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J. y Pallesen, S. (2012). *Bergen Work Addiction Scale (BWAS)* APA PsycTests. doi.org/10.1037/t36498-000
- Andreassen, C. S. (2014). Workaholism: an overview and current status of the research. *Journal of Behavioral Addictions*, 3, 1–11. doi:10.1556/JBA.2.2013.017
- Atmaca M. (2020). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Sexual Dysfunction: Current Management Perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 1043–1050. doi.org/10.2147/NDT.S185757
- Asiff, M., Sidi, H., Masiran, R., Kumar, J., Das, S., Hatta, N. H., y Alfonso, C. (2018). Hypersexuality As a Neuropsychiatric Disorder: The Neurobiology and Treatment Options. *Current Drug Targets*, 19(12), 1391–1401. doi.org/10.2174/1389450118666170321144931
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Llarío, M. D. y Salmerón-Sánchez, P. (2013). Sexual compulsivity scale: adaptation and validation in the Spanish population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(6), 526–540. doi.org/10.1080/0092623X.2012.665816
- Berczik, K., Szabó, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urbán, R. y Demetrovics, Z. (2012). Exercise addiction: symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Substance Use & Misuse*, 47(4), 403–417. doi: 10.3109/10826084.2011.639120
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P. y Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123. doi: 10.1556/2006.4.2015.009
- Bircher, J., Griffiths, M. D., Kasos, K., Demetrovics, Z. y Szabo, A. (2017). Exercise addiction and personality: a two-decade systematic review of the empirical literature (1995-2015). *Baltic Journal of Sports and Health Sciences*, 3(106), 19–33. doi: 10.33607/BJSHS.V3I106.30
- Black D. W. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(1), 14–18.
- Blum, A. W. y Grant, J. E. (2020). Positive Response of Compulsive Sexual Behavior to Transcranial Magnetic Stimulation. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 22(1), 19l02469. doi.org/10.4088/PCC.19l02469
- Blum, A. W. y Grant, J. E. (2022). N-acetylcysteine in the treatment of compulsive sexual behavior disorder: A case series. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 203–206. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.066

- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Zsila, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., y Orosz, G. (2018). The Development of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS). *Journal of Sex Research*, 55(3), 395–406. doi.org/10.1080/00224499.2017.1291798
- Burke RJ. (2003) Workaholism components among employees working full- and part-time. *Psychological Reports*, 93(1):84-6. doi: 10.2466/pr0.2003.93.1.84. PMID: 14563032.
- Burke, R. J., Matthiesen, S. B. y Pallesen, S. (2006). Personality correlates of workaholism. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1223-1233. doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.017
- Bradford J. M. (2001). The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(1), 26–34. doi.org/10.1177/070674370104600104
- Briken P. (2020). An integrated model to assess and treat compulsive sexual behaviour disorder. *Nature Reviews Urology*, 17(7), 391–406. doi.org/10.1038/s41585-020-0343-7
- Bruno, A., Quattrone, D., Scimeca, G., Ciccirelli, C., Romeo, V. M., Pandolfo, G.,... Muscatello, M. R. (2014). Unraveling exercise addiction: the role of narcissism and self-esteem. *Journal of Addiction*, 2014, 987841. doi: 10.1155/2014/987841
- Cáceres, J. (2001). Parafilias y violación. Madrid: Síntesis. ISBN: 84-7738-850-4; 978-84-7738-850-0
- Caponnetto, P., Casu, M., Amato, M., Cocuzza, D., Galofaro, V., La Morella, A.,... Vella, M. C. (2021). The effects of physical exercise on mental health: from cognitive improvements to risk of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13384. doi: 10.3390/ijerph182413384
- Cassin, S. E., Buchman, D. Z., Leung, S. E., Kantarovich, K., Hawa, A., Carter, A. y Sockalingam, S. (2019). Ethical, stigma, and policy implications of food addiction: a scoping review. *Nutrients*, 11(4), 710. doi: 10.3390/nu11040710
- Clark, M.A., Lelchook, A.M. y Taylor, M.L. (2010) Beyond the Big Five: How Narcissism, Perfectionism, and Dispositional Affect Relate to Workaholism. *Personality and Individual Differences*, 48, 786-791. doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.013
- Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Baschnagel, J. S., Hawk, L. W., y Holloman, G. (2011). Impulsivity and risk-taking in borderline personality disorder with and without substance use disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 128-141. doi.org/10.1037/a0020574
- Coleman, E. (1992). Is Your Patient Suffering from Compulsive Sexual Behavior? *Psychiatric Annals*, 22(6), 320-325. doi.org/10.3928/0048-5713-19920601-09
- Creed, M. C., Ntamati, N. R., y Tan, K. R. (2014). VTA GABA neurons modulate specific learning behaviors through the control of dopamine and cholinergic systems. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 8. doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00008
- Davis, D. M. y Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(2), 198–208. doi.org/10.1037/a0022062
- De la Gándara, J. J., De Dios, A., Cerezo, P., y Redondo, A. L. (1990). El trastorno de adquisición y uso anormal del atuendo. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 18(4), 258–265.
- De la Gándara Martín JJ. (1996) Comprar por comprar. Cauce Editorial.
- Del Líbano, M., Soria, M. S., Schaufeli, W. B., y Gumbau, S. L. (2006). Adicción al trabajo: concepto y evaluación (I). Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención, (27), 24–30
- Dell' Osso, B., Allen, A., Altamura, A. C., Buoli, M., y Hollander, E. (2008). Impulsive-compulsive buying disorder: clinical overview. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 259–266. doi.org/10.1080/00048670701881561
- Díez D, Valdepérez Toledo A, Aragay N, Soms, M. El trastorno de Compra Compulsiva. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, ISSN 1695-4238, No 117, 2016 (Ejemplar Dedicado a Adicciones Comportamentales, págs 11-16 2016; (117):11–6, Dialnet.uniroja.es/servlet

- Di Nicola, M., Martinotti, G., Mazza, M., Tedeschi, D., Pozzi, G. y Janiri, L. (2010). Quetiapine as add-on treatment for bipolar I disorder with comorbid compulsive buying and physical exercise addiction. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 34(4), 713–714. doi: 10.1016/j.pnpbp.2010.03.013
- Downs, D. S., Hausenblas, H.A. y Nigg, C. R. (2004). Factorial validity and psychometric examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8, 183–201. doi: 10.1207/s15327841mpee0804_1
- Echeburúa, E. (1999) ¿Adicciones...sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet). Bilbao: Desclée de Brouwer. 978-84-330-1378-1
- Edwards, EA. (1993) Development of a New Scale for Measuring Compulsive Buying Behavior. *Financial Counseling and Planning*, 4 (1), 67–84.
- Efrati, Y., y Gola, M. (2018). Compulsive sexual behavior: A twelve-step therapeutic approach. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 445–453. doi.org/10.1556/2006.7.2018.26
- Faber, R. J. y O'Guinn, T. C. (1992). A Clinical Screener for Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research*, 19(3), 459–469. págs 459–469, doi.org/10.1086/209315
- Facchini, M. (2006). ¿La imagen corporal en la adolescencia es un tema de varones? *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(2), 177-184.
- Fassel, D. (1990) Working Ourselves to Death: The High Cost of Workaholism, the Rewards of Recovery. Harper San Francisco.
- Fernández-Montalvo, J., y López-Goñi, J. J. (2010). Adicciones sin drogas: características y vías de intervención. *FOCAD: Formación Continua a Distancia*, 8. doi.org/242573131
- Freimuth, M., Moniz, S. y Kim, S. R. (2011). Clarifying exercise addiction: differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 4069–4081. doi: 10.3390/ijerph8104069
- Fundación Instituto Spiral. (2023). *Guía de adicciones comportamentales (manual para profesionales)*. Recuperado de <https://fspiral.com.es/guia-adicciones-comportamentales/>
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R. y Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52(2), 430–436. doi: 10.1016/j.appet.2008.12.003
- Grijalva, E., Harms, P. D., Newman, D. A., Gaddis, B. H., y Fraley, R. C. (2014). Narcissism and Leadership: A Meta-Analytic Review of Linear and Nonlinear Relationships. *Personnel Psychology*, 68(1), 1-47. doi.org/10.1111/peps.12072
- Goodman, A. (1992). Sexual Addiction: Designation and Treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18(4), 303-314. doi.org/10.1080/00926239208412855
- Gossop, M. (Ed.) (1989). Relapse and addictive behaviour. Londres: Routledge
- Granero, R., Fernández F., Mestre, G., Steward, T., Baño, M., Agüera, Z., Mallorquí, N., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Sancho, M., Sánchez, I., Menchón, J. M., Martín-Romera, V., y Jiménez-Murcia, S. (2017). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying behavior: Predictors of treatment outcome. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 39, 57–65. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.06.004
- Grant, J.E. (2003). Three cases of compulsive buying treated with naltrexone. *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice*, 7: 223.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Mooney, M., O'Brien, R., y Kim, S. W. (2012). Open-label pilot study of memantine in the treatment of compulsive buying. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 24(2), 119–126.
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197)
- Griffiths, M. D., Szabo, A. y Terry, A. (2005). The exercise addiction inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners. *British Journal of Sports Medicine*, 39(6). doi: 10.1136/bjism.2004.017020

- Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Adan, R., Antel, J., Dieguez, C., de Jong, J.,... Dickson, S.L. (2014). "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 295–306. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.08.016 16
- Holas, P., Draps, M., Kowalewska, E., Lewczuk, K. y Gola, M. (2020). A pilot study of mindfulness-based relapse prevention for compulsive sexual behaviour disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(4), 1088–1092. doi.org/10.1556/2006.2020.00075
- Kafka M. P. (2014). What happened to hypersexual disorder?. *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1259–1261. doi.org/10.1007/s10508-014-0326-y
- 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. doi.org/10.1207/S15327752JPA7603_02
- Kanai, A., Wakabayashi, M. and Fling, S. (1996). Workaholism among Employees in Japanese Corporations: An Examination Based on the Japanese Version of the Workaholism Scales. *Japanese Psychological Research*, 38, 192–203. doi.org/10.1111/j.1468-5884.1996.tb00024x
- Kardefelt-Winther D. (2015). Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. Problems with atheoretical and confirmatory research approaches in the study of behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 126–129. doi: 10.1556/2006.4.2015.019
- Klein, D. A., Bennett, A. S., Schebendach, J., Foltin, R. W., Devlin, M. J. Y Walsh, B. T. (2004). Exercise "addiction" in anorexia nervosa: model development and pilot data. *CNS Spectrums*, 9(7), 531–537. doi: 10.1017/s1092852900009627
- Kor, A., Zilcha-Mano, S., Fogel, Y. A., Mikulincer, M., Reid, R. C., y Potenza, M. N. (2014). Psychometric development of the Problematic Pornography Use Scale. *Addictive Behaviors*, 39(5), 861–868. doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.027
- 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. *The American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1806–1812. doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1806
- Jackson, S. S., Fung, M.-C., Moore, M.-A. C. y Jackson, C. J. (2016). Personality and workaholism. *Personality and Individual Differences*, 95, 114–120. doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.020
- Lakier Smith L. (2003). Overtraining, excessive exercise, and altered immunity: is this a T helper-1 versus T helper-2 lymphocyte response?. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 33(5), 347–364. doi: 10.2165/00007256-200333050-00002
- Landolfi E. (2013). Exercise addiction. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 43(2), 111–119. doi: 10.1007/s40279-012-0013-x
- Leite, P., Pereira, V. M., Nardi, A. E., y Silva, A. C. (2014). Psychotherapy for compulsive buying disorder: a systematic review. *Psychiatry Research*, 219(3), 411–419. doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.037
- Lejoyeux, M., y Weinstein, A. (2010). Compulsive buying. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 248–253. doi.org/10.3109/00952990.2010.493590
- Liang, Y. -W. y Chu, C. -M. (2009). Personality traits and personal and organizational inducements: antecedents of workaholism. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 37(5), 645–660. doi.org/2224/sbp.2009.37.5.645
- Long, C. G., Blundell, J. E. y Finlayson, G. (2015). A systematic review of the application and correlates of YFAS-diagnosed 'food addiction' in humans: are eating-related 'addictions' a cause for concern or empty concepts?. *Obesity Facts*, 8(6), 386–401. doi: 10.1159/000442403
- Malandain, L., Blanc, J. V., Ferreri, F., & Thibaut, F. (2020). Pharmacotherapy of Sexual Addiction. *Current Psychiatry Reports*, 22(6), 30. doi.org/10.1007/s11920-020-01153-4
- Mandolesi, L., Polverino, A., Montuori, S., Foti, F., Ferraioli, G., Sorrentino, P. y Sorrentino, G. (2018). Effects of physical exercise on cognitive functioning and wellbeing: biological and psychological benefits. *Frontiers in Psychology*, 9, 509. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00509

- Maraz, A., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2016). The prevalence of compulsive buying: a meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *111*(3), 408–419. doi.org/10.1111/add.13223
- Márquez, S. y de la Vega, R. (2015). La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. *Nutrición Hospitalaria*, *31*(6), versión online. doi: 10.3305/nh.2015.31.6.8934
- McMillan, L. H. W. y O'Driscoll, M. P. (2006). Exploring new frontiers to generate an integrated definition of workaholism. In R. J. Burke (Ed.), *Research companion to working time and work addiction* (pp. 89-107). Northhampton, MA: Elgar. doi.org/10.4337/9781847202833.00012
- Merino Tejedor, E., Carbonero Martín, M. Á., Moreno-Jiménez, B., & Morante Benadero, M. E. (2006). La Escala de Irritación como instrumento de evaluación del estrés laboral. *Psicothema*, *18*(3), 419-424.
- Merino, E., Boada, J., y Prizmic A (2014). La relación entre la irritación laboral y la adicción al trabajo e una muestra española multiocupacional. *Universitas Psychologica*, *13* (2), 477-489. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.rila
- Mick, T. M., y Hollander, E. (2006). Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectrums*, *11*(12), 944–955. doi.org/10.1017/s1092852900015133
- Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M. y Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and mental health. *Maturitas*, *106*, 48–56. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.09.003
- Milano, W., Carizzone, F., De Biasio, V., Mercorio, M., Milano, M., Saetta, B. y Capasso, A. (2023). Neurobiological correlates shared between obesity, BED and food addiction. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders Drug Targets*, *23*(3), 283–293. doi: 10.2174/1871530322666220627125642
- Mitchell, J. E., Burgard, M., Faber, R., Crosby, R. D., & de Zwaan, M. (2006). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(12), 1859–1865. doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.009
- Monahan, P., Black, D. W., y Gabel, J. (1996). Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Psychiatry Research*, *64*(1), 59–67. https://doi.org/10.1016/0165-1781(96)02908-3
- Mónok, K., Berczik, K., Urbán, R., Szabo, A., Griffiths, M. D., Farkas, J., Kun, B. (2012). Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. *Psychology of Sport and Exercise*, *13*(6), 739-746. doi: 10.1016/j.psychsport.2012.06.003
- Moulding, R., Kings, C., & Knight, T. (2021). The things that make us: self and object attachment in hoarding and compulsive buying-shopping disorder. *Current Opinion in Psychology*, *39*, 100–104. doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.016
- Muela, I., Navas, J. F., Ventura-Lucena, J. M. y Perales, J. C. (2022). How to pin a compulsive behavior down: A systematic review and conceptual synthesis of compulsivity-sensitive items in measures of behavioral addiction. *Addictive Behaviors*, *134*, 107410. doi: 10.1016/j.addbeh.2022.107410
- Mueller, A., y de Zwaan, M. (2008). Therapieansätze bei pathologischem Kaufen [Treatment of compulsive buying]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *76*(8), 478–483. doi.org/10.1055/s-2008-1038227
- Müller, A., Arikian, A., de Zwaan, M., y Mitchell, J. E. (2013). Cognitive-behavioural group therapy versus guided self-help for compulsive buying disorder: a preliminary study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*(1), 28–35. doi.org/10.1002/cpp.773
- Oates, W.E (1968). On being a “workaholic” (a serious jest). *Pastoral Psychology*, *19*, 16-20. doi.org/10.1007/BF01785472
- Perales, J. C., King, D. L., Navas, J. F., Schimmenti, A., Sescousse, G., Starcevic, V., Billieux, J. (2020). Learning to lose control: A process-based account of behavioral addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *108*, 771–780. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.12.025
- Porter, G. (2001). Workaholic tendencies and the high potential for stress among co-workers. *International Journal of Stress Management*, *8*, 147-164. doi: 10.1023/A:1009581330960
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E. y Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, *6*(10), 4552–4590. doi: 10.3390/nu6104552

- Raymond, N. C., Coleman, E., y Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 370–380. doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00110-X
- Raymond, N. C., Grant, J. E., y Coleman, E. (2010). Augmentation with naltrexone to treat compulsive sexual behavior: a case series. *Annals of Clinical Psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 22(1), 56–62
- 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 & Psychotherapy*, 16(2), 125–138. doi.org/10.1002/cpp.609
- Rodríguez-Villarino, R., González-Lorenzo, M., Fernández-González, A., Lameiras-Fernández, M., Foltz, M. L. (2006). Individual factors associated with buying addiction: an empirical study. *Addiction Research and Theory* 14 511–525. doi:10.1080/16066350500527979
- Rodríguez, M., Saucedo, J., Bonilla, A., y Gutiérrez, O. (2017). Análisis del comportamiento de compra para identificar compradores compulsivos en Saltillo, Coahuila México. *Revista Internacional Administración y Finanzas* 5(5), p. 27-44.
- Robinson, B. E. (2000). Workaholism: Bridging the Gap Between Workplace, Sociocultural, and Family Research. *Journal of Employment Counseling*, 37(1), 31-47. doi.org/10.1002/j.2161-1920.2000.tb01024.
- Rodríguez, C., Gearhardt, A. N. y Bégin, C. (2019). Food addiction in adolescents: exploration of psychological symptoms and executive functioning difficulties in a non-clinical sample. *Appetite*, 141, 104303. doi: 10.1016/j.appet.2019.05.034
- 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. doi.org/10.1556/JBA.3.2014.011
- Salanova, M., López-González, A.A., Llorens, S., Del Líbano, M., Vicente-Herrero, M.T. y Tomás-Salvá, M. (2016). Your Work May Be Killing You! Workaholism, Sleep Problems and Cardiovascular Risk. *Work & Stress*, 30, 228-242. doi.org/10.1080/02678373.2016.1203373
- Savard, J., Öberg, K. G., Chatzittofis, A., Dhejne, C., Arver, S., y Jokinen, J. (2020). Naltrexone in Compulsive Sexual Behavior Disorder: A Feasibility Study of Twenty Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(8), 1544–1552. doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.04.318
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W. y van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology: An International Review*, 57(2), 173–203. doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x
- Schreiber, L. R., Odlaug, B. L. y 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
- Scott, K. S., Moore, K. S. y Miceli, M. P. (1997). An exploration of the meaning and consequences of workaholism. *Human Relations*, 50, 287–314. doi.org/10.1023/A:1016986307298
- Simón-Grima, J. S., Estrada-Marcén, N. y Montero-Marín, J. (2019). Adicción al ejercicio medida a través del Exercise Addiction Inventory (EAI) y salud en deportistas habituales. Una revisión sistemática y meta-análisis. *Adicciones*, 31(3), 233–249. doi: 10.20882/adicciones.990
- Sinke, C., Engel, J., Veit, M., Hartmann, U., Hillemacher, T., Kneer, J., y Kruger, T. H. C. (2020). Sexual cues alter working memory performance and brain processing in men with compulsive sexual behavior. *NeuroImage. Clinical*, 27, 102308. doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102308
- Snir, R. y Zohar, D. (2008). Workaholism as discretionary time investment at work: an experience-sampling study. *Applied Psychology*, 57(1), 109-127. doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00270.x
- Stapleton, P., Lилley-Hale, E., Mackintosh, G. y Sparenburg, E. (2020). Online delivery of emotional freedom techniques for food cravings and weight management: 2-year follow-up. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 26(2), 98–106. doi: 10.1089/acm.2019.0309
- Thibaut, F., De La Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J. M., y WFSBP Task Force on Sexual Disorders (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines

- for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 11(4), 604–655. doi.org/10.3109/15622971003671628
- Thibaut, F. (2023) Pharmacological Treatments for Compulsive Sexual Behaviors Among Offending Individuals. *Current Addiction Reports*, 10. 52-59. doi: 10.007/s40429-0222-00460-5
- Turner, D., Briken, P., Grubbs, J., Malandain, L., Mestre-Bach, G., Potenza, M. N., y Thibaut, F. (2022). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines on the assessment and pharmacological treatment of compulsive sexual behaviour disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 24(1), 10–69. doi.org/10.1080/19585969.2022.2134739
- Vasiliiu O. (2022). Current status of evidence for a new diagnosis: food addiction - a literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 824936. doi: 10.3389/fpsy.2021.824936
- Verdura, E.J., Ponce, G., y Rubio, G. (2011). Adicciones sin sustancias: juego patológico, adicción a nuevas tecnologías, adicción al sexo. *Medicine*. [acceso: 20/03/2022]; 10(86):5810-6. Disponible en: <https://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/09/adicciones-sin-sustancia.pdf>
- Warburton, D. E., Nicol, C. W. y Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801–809. doi: 10.1503/cmaj.051351
- Weinstein, A. y Weinstein, Y. (2014). Exercise addiction- diagnosis, bio-psychological mechanisms and treatment issues. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4062–4069. doi: 10.2174/13816128113199990614
- Weinstein, A., Maraz, A., Griffiths, M., Lejoyeux, M., y Demetrovics, Z. (2016). Compulsive Buying. *Features and Characteristics of Addiction*. doi.org/10.1016/B978-0-12-800634-4.00098-6
- Zapf, J. L., Greiner, J., y Carroll, (2008). Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 15(2), 158–175. doi.org/10.1080/10720160802035832
- Zhao, Z., Ma, Y., Han, Y., Liu, Y., Yang, K., Zhen, S. y Wen, D. (2018). Psychosocial correlates of food addiction and its association with quality of life in a non-clinical adolescent sample. *Nutrients*, 10(7), 837. doi: 10.3390/nu10070837

PARTE 4

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN MENORES

CAPÍTULO 10

PREVENCIÓN EN MENORES

DANIEL LLORET IRLLES, VÍCTOR CABRERA PERONA

1. INTRODUCCIÓN

Desde que se reconocieron las adicciones comportamentales o sin sustancias, y se incluyeron en la categoría diagnóstica de adicción de los manuales diagnósticos, gobiernos de todo el mundo han mostrado su preocupación. Han sido incorporadas a las estrategias y planes de acción contra la adicción, impulsando así acciones preventivas, y también acciones en el ámbito clínico y en la reinserción. Hasta la fecha, y como se ha comentado en anteriores capítulos, solo dos conductas gozan del acuerdo de la comunidad científica para ser consideradas potencialmente adictivas: el juego de apuestas (APA, 2013; OMS, 2018) y el juego por internet, conocido por videojuego (OMS, 2018). El presente capítulo se limitará a las acciones preventivas del juego de apuestas y de los videojuegos dirigidas a menores, por lo que no se revisarán programas de prevención de otras conductas que potencialmente podrían ser incluidas en la categoría diagnóstica de adicción en un futuro próximo. Sin embargo, como se explica en el apartado tercero de este capítulo, la inmersión digital en la que vivimos hace que resulte difícil diferenciar entre el uso de videojue-

gos y la navegación por Internet, o el uso de redes sociales. En la práctica, esto significa que algunos programas de prevención de la adicción a videojuegos, también pretenden prevenir la conducta problemática de Internet o de las redes sociales.

La prevención de las conductas adictivas es, en sentido amplio, el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales de la conducta a prevenir. Estas intervenciones contienen diversas estrategias que difieren en su duración y grado de organización, siendo los programas el tipo de intervención mejor evaluada. Un programa es un paquete de componentes y actividades, organizados en torno a un modelo teórico, que sirve de guía y que explica qué objetivo pretende alcanzar, qué debe ser administrado, a quién, cuándo, dónde y cómo. Un programa está basado en la evidencia cuando ha sido evaluado exhaustivamente, normalmente mediante un ensayo controlado aleatorizado (ECA) o un diseño cuasiexperimental (DCE), y ha demostrado de forma inequívoca que posee un efecto positivo en uno o más resultados relevantes y que no produce efectos negativos. Desde hace un par de décadas existe un creciente interés por promover los programas y prácticas basadas en la evidencia, fruto del cual han surgido guías, protocolos, repertorios de evidencia y calidad, y sociedades científicas. El esfuerzo en evaluar la eficacia de los programas de prevención ha generado un acervo de evidencia que permite realizar una revisión crítica sobre el alcance de los mismos.

En el presente capítulo se revisa la evidencia sobre la eficacia de los programas de prevención aplicados en contexto escolar o familiar. Quedan por lo tanto excluidos de este capítulo las intervenciones en prevención ambiental que son objeto de otro capítulo de la guía.

1.1. Objetivo

El propósito del presente capítulo es actualizar el conocimiento sobre la oferta preventiva dirigida a menores, revisando la eficacia de los programas de prevención del abuso y/o adicción del juego de apuestas y de los videojuegos. Para ello se proponen los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar estudios que evalúen la eficacia de los programas de prevención del abuso/adicción a los videojuegos y del juego de apuestas.
2. Analizar el nivel de eficacia de cada una de las medidas.
3. Establecer recomendaciones claras y orientadas a la práctica de la prevención.

El capítulo se organiza en dos apartados dedicados al juego de apuestas y a los videojuegos. En el primero, debido a la gran profusión de programas evaluados, se realiza una *revisión paraguas* sobre las cinco revisiones sistemáticas existentes en los últimos diez años. En cuanto a la prevención de la adicción a videojuegos, la literatura sobre la eva-

luación de la eficacia es escasa, y solo se han identificado siete estudios sobre los que se realiza una revisión sistemática.

2. JUEGOS DE APUESTAS

A pesar de considerarse una actividad adulta y no permitida a menores, durante los últimos años, el juego de apuestas se ha convertido en una actividad -además de legalizada-, accesible y normalizada en nuestra sociedad. A ello ha contribuido la expansión del juego de apuestas online y una industria apoyada en una maquinaria publicitaria bien engrasada que durante años se ha focalizado en adultos jóvenes y adolescentes, presentando el juego de apuestas como una actividad aceptada socialmente, emocionante, divertida y con alta probabilidad de ganancia (Binde, 2009, Pitt et al., 2016).

Según la encuesta ESPAD, que incluye jóvenes de 15-16 años de 37 países europeos, la prevalencia entre adolescentes españoles es del 16%, dos puntos por encima de la media europea. De ellos, un 7% informa jugar con frecuencia en los últimos 12 meses (ESPAD Group, 2019). Otros trabajos informan de que uno de cada tres adolescentes ha accedido al juego (Caselles, Cabrera-Perona y Lloret, 2018, DGOJ, 2015; González-Roz et al., 2016; León-Jariego, Parrado-González y Ojea-Rodríguez, 2020). Teniendo en cuenta indicadores de juego problemático (ej. necesidad de apostar cada vez mayores cantidades, afectación social o académica, pensamiento recurrente sobre apuestas, intentos fallidos de abandonar el juego, entre otros), la población joven es el grupo de edad donde más crece en los últimos años. Así, un metaanálisis que revisa estudios realizados en 23 países desde el año 2000 estima que entre el 0,2 y el 12,3% de los adolescentes europeos cumplirían criterios de juego problemático (Calado, Alexandre y Griffiths, 2016), superando en mucho los datos encontrados entre adultos (Gupta et al., 2013). Estos datos varían en función de la metodología e instrumentos empleados. Otros estudios muestran que entre el 4%-5,6% de los adolescentes españoles cumplen criterios de juego de riesgo o problemático (Becoña et al., 2001; Gonzalez-Roz et al. 2016; Lloret et al., 2017). La encuesta ESTUDES 2021 estima que el 3,4% de los estudiantes de 14-18 años cumpliría criterios compatibles con el desarrollo de juego problemático. Por sexos, la prevalencia sería superior entre los chicos que entre las chicas (5,0% y 1,9%, respectivamente) (OEDA, 2022). Desde el enfoque de la práctica clínica, se alerta de un mayor número de jugadores problemáticos entre adultos jóvenes. También que un alto porcentaje de jugadores problema refieren haber iniciado su conducta de juego cuando eran adolescentes (Garrido et al., 2014; Jacobs, 2000). Además, la evidencia sugiere que una exposición a juego de apuestas desde una edad temprana puede incrementar la probabilidad de desarrollar problemas de juego (Granero et al., 2014; DGOJ, 2015).

Dadas las altas prevalencias de juego de riesgo entre adolescentes, el estudio de factores predictivos y el desarrollo de estrategias preventivas se revela fundamental. La investigación sobre factores de riesgo que puedan responder al interrogante de por qué no

la totalidad de las personas adolescentes que se inician en el juego desarrollan criterios de juego problemático se amplía desde hace dos décadas. Así, enmarcados en el modelo bio-psico-social y ecológico, se han evidenciado diversos factores que pueden interactuar contribuyendo a iniciar, mantener o exacerbar la frecuencia y severidad del juego (Derevensky y Gilbeau, 2019; Dowling et al., 2017). Entre los factores individuales se han valorado: género masculino, edad de inicio temprana, impulsividad, búsqueda de sensaciones, baja percepción de riesgo, estilos de afrontamiento desadaptativos, distorsiones cognitivas y motivaciones específicas para ganar dinero apostando (Dowling et al., 2017; Dussault et al., 2011; Potenza et al., 2011). En el ámbito familiar se han considerado factores como las actitudes favorables hacia el juego y la conducta de apuestas de padres/madres (Dixon et al., 2016; Langhinrichsen-Rohling et al., 2004), así como una defectuosa supervisión parental (Molinario et al., 2014). Respecto a factores interpersonales o relacionales, se considera la presión de grupo, entendida como percepción de una actitud o conducta a favor del juego de apuestas de parte de los amigos y compañeros cercanos (Derevensky y Gilbeau, 2019; Lang et al., 2004). Entre los factores macrosociales/socioculturales destacan la influencia a través de los medios de comunicación y la normalización de la conducta de juego a través de la publicidad (Hing et al., 2014; Lloret, et al., 2018).

Desde hace unos años, las iniciativas preventivas sobre adolescentes centran sus esfuerzos en la prevención universal y/o selectiva. Debido a la dispersión de resultados, la heterogeneidad de enfoques y la escasez de programas en nuestro país, se hace necesario conocer y sintetizar los componentes clave en programas de prevención del abuso de juego de apuestas adolescente (Keen et al., 2017; Ladoceur et al., 2013), así como presentar una descripción del estado de la cuestión y los retos metodológicos que la prevención sobre esta problemática plantea en la actualidad.

2.1. Metodología

La revisión siguió la declaración y las directrices de PRISMA 2020 (Page et al., 2021) y revisiones paraguas (Aromataris et al., 2020). La búsqueda inicial se realizó sobre las siguientes bases de datos: Proquest, Pubmed, Scopus, Web of Science, ScienceDirect y Cochrane Central Register of Controlled Trials. Sin acotación de rangos por fecha, se recabaron estudios hasta el 15 diciembre 2022. Se utilizó una combinación de descriptores que incluía: (“prevention” OR “intervention” OR “school-based prevention” OR “family-based prevention”) AND (“gambling” OR “gambling disorder” OR “Problem gambling” OR “gambl*” OR “bet*”) AND (“review” OR “meta-analysis”) AND (“adolescen*” OR “youth”).

La búsqueda primaria arrojó 4 revisiones. No se aplicaron filtros de búsqueda posteriores, dada la importancia de ampliar la búsqueda a toda la posible evidencia.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- a. Tratarse de una revisión sistemática o metaanálisis de estudios empíricos cuantitativos

- b. Contener estudios sobre menores de edad en cualquier contexto
- c. Disponer del texto completo en idioma accesible (inglés o castellano)

Dos revisores independientes participaron en la selección de los estudios, de modo que aplicaron de forma independiente los criterios de inclusión para evaluar la elegibilidad de los estudios recuperados de las búsquedas (tras la eliminación de cualquier duplicado) en dos fases: 1) basada en los títulos y resúmenes 2) basada en los textos completos. Con posterioridad, tras la supresión de referencias duplicadas y aquellas que no cumplían los criterios de inclusión, cinco revisiones fueron seleccionadas para su análisis.

En ese punto, se realizó una búsqueda inversa, a través del recorrido de referencias bibliográficas de los ítems resultantes. En caso de detectar alguna referencia no recogida mediante la búsqueda en bases de datos, ésta sería incluida entre las seleccionadas. Con posterioridad se realizó la extracción de datos de las revisiones. Para cada una de ellas, se describió brevemente el ámbito, diseño, tipos de estudios incluidos, características de la muestra, número de sesiones, periodicidad y duración de cada sesión, personas aplicadoras, objetivos, variables evaluadas, instrumentos de evaluación y los resultados principales.

2.2 Resultados

Las revisiones muestran que la evidencia de la eficacia de la prevención del juego de apuestas es todavía escasa y de baja calidad, debido a carencias metodológicas y la gran variabilidad de instrumentos empleados, y variables evaluadas (Ver tabla 1 y 2). Ladouceur, et al. (2012) identificaron 15 estudios que evaluaban la eficacia de intervenciones preventivas, los resultados mostraban que, aunque las intervenciones eran eficaces para reducir las distorsiones cognitivas o ideas erróneas y aumentar conocimientos sobre el juego, la falta de seguimiento a largo plazo y de medidas de conducta impedía extraer conclusiones claras sobre su eficacia. Conclusiones similares alcanzan Keen, Blaszczyński y Anjoul (2017) al revisar 19 investigaciones correspondientes a 15 programas de prevención. Todos los estudios informaron efectos positivos de la intervención en el ámbito cognitivo (conocimiento sobre el juego y creencias), pero solo nueve estudios evaluaron los efectos en la conducta de juego. De ellos, solo cinco informaron cambios significativos. Sin embargo, presentaban limitaciones metodológicas: breves períodos de seguimiento, falta de comparación de control en análisis *post hoc*, e inconsistencias y errores de clasificación en la medición de la conducta de juego. Similares resultados apunta la revisión de Oh, Ong y Loo (2017), tras revisar 14 programas. Esta revisión hace énfasis en la importancia de ciertas características de implementación de los programas (incluir materiales audiovisuales, intensidad y suficiente duración de las sesiones, personas aplicadoras formadas específicamente, etc.). Tres años más tarde, Forsstrom, Spangberg, Petterson, Brolund & Odeberg (2020), con criterios más restrictivos realizaron un metaanálisis sobre seis estudios con medidas de seguimiento en contexto educativo sobre adolescentes (uno más sobre estudiantes universitarios). Los resultados sugieren que las intervenciones tienen efecto sobre

la conducta de juego, aunque la evidencia es baja debido al diseño de los estudios. Los efectos sobre los componentes cognitivos (aumentar conocimientos, modificación de actitudes hacia el juego), son de muy baja evidencia. Por último, una reciente revisión sistemática menos exigente (Gimenez-Lozano y Morales-Rodríguez, 2022), que incluye 15 trabajos que abarcan los años 2010-2021 (14 de ellos sobre adolescentes), afirma sin realización de metaanálisis que los programas obtendrían similares resultados independientemente de sus características de implementación (número de sesiones, tamaño de la muestra, etc.). Así, los programas revisados sugerirían efectividad respecto a cambios cognitivos a corto plazo, pero continúan presentando las carencias metodológicas que las primeras revisiones describían, como no incluir medidas de seguimiento, centrar su evaluación en las variables cognitivas o errar en la clasificación de los posibles jugadores.

2.3 Características de los programas revisados

Respecto a las características de los estudios revisados (Ver Tablas 2 y 3), existe gran variabilidad. En total, y eliminando las referencias duplicadas, las cinco revisiones analizan 29 estudios. La mayoría de los trabajos proceden de Canadá, tomando el relevo desde mediados los años 2000 los países europeos. En España, apenas aparecen dos intervenciones recientes (Berrios et al., 2021; Choliz et al., 2021); la mayoría de las intervenciones son de carácter universal y un número considerablemente menor, intervenciones selectivas (Turner et al., 2010; Calado et al., 2020). En cuanto al tipo de diseño, predominan los ECA, existiendo también estudios pre-post con y sin grupo control equiparado. En más del 50% de los programas revisados no se contempla o no se informa de una medida de seguimiento (Keen et al., 2017). Asimismo, en cinco casos, las revisiones no informan del tipo de diseño.

Sobre los tamaños muestrales, cuando estos son informados por parte de las revisiones, existe gran heterogeneidad, Desde muestras mínimas ($N = 75$, Lupu y Lupu, 2013) hasta grandes muestras ($N = 16.262$, Ren et al., 2019), siendo más habituales las muestras de unas cuantas centenas de estudiantes. En cuanto a la edad media, no se informa para un gran porcentaje de estudios, recurriéndose a rangos de edad. Una edad media aproximada es 15-16 años, con rango de edad (10-18). Seis estudios se centran en adolescencia temprana y media (Ej. 11-15 años), mientras que otros seis estudios escogen un rango de edad donde el juego de apuestas puede haber hecho ya su aparición (Ej. 15-18). Otra serie de estudios, abarcan un rango de edad mayor (Ej. 13-18 años).

En relación con la intensidad de aplicación o número de sesiones también existe mucha heterogeneidad. Desde los programas de una única sesión, que representan un tercio de los estudios revisados, y que generalmente se fundamentan en el visionado de materiales multimedia (Ferland et al., 2002, Ladoceur et al., 2004), hasta los programas de 6 a 10 sesiones (Lupu y Lupu, 2013; Turner et al., 2008b), que representan cerca de un 20% de los trabajos revisados. El número de sesiones promedio se situaría en unas 3 sesiones. Las revisiones no indican en su gran mayoría la periodicidad entre sesiones, así como la duración total del programa.

En cuanto a las personas aplicadoras, las revisiones no suelen explicitar qué tipo de profesionales implementan las sesiones en el aula a excepción de un muy bajo número de programas que pueden ser implementados por especialistas en juego de apuestas, personal específicamente formado, personal de psicología, o el propio profesorado (Ladoceur et al., 2003; Toridita y Lupu, 2013). Los resultados de eficacia en función del implementador son contradictorios.

Respecto al formato de intervención o modalidad, la práctica totalidad de las intervenciones se realiza en contexto de aula, adecuándose a los medios y materiales disponibles. Destacan intervenciones más recientes en modalidad online (Canale et al., 2016) o aquellas que utilizaron exclusivamente material audiovisual en el aula sin intervención de implementadores (Lemaire et al., 2004; Todirita y Lupu, 2013). El resto de los programas, por lo general, conjuga la intervención expositiva o interactiva de las personas aplicadoras con material audiovisual (Ferland et al., 2002; Lavoie y Ladoceur, 2004; Williams et al., 2010),

Para terminar, respecto a los instrumentos de evaluación utilizados, en general, se sustentan en escalas de conocimiento (ad hoc o validadas con posterioridad como la Gambling Related Knowledge, Huic et al., 2017), ideas distorsionadas (ej. Gambling Fallacies Scale (Moore y Ohthuka, 1999) y actitudes sobre el juego (ej. Gambling Attitudes Scale-GAS, Delfabbro y Thrupp, 2003; Attitudes toward Gambling Scale-ATGS8, Wardle, 2012), así como escalas ad hoc sobre la frecuencia e intensidad de juego e instrumentos adaptados de criterios diagnósticos para evaluar la severidad de juego o problemas relacionados (ej. DSM-IV-J/MR-J, Fisher, 1992, 2000; South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents-SOGS-RA, Winters et al., 1993; Gambling Severity Index-PGSI, Ferris y Wynne, 2001), entre otras.

Tabla 1. Características de las revisiones de programas de prevención del juego de apuestas en adolescentes.

| N. | Revisión | Autor (año) | Objetivos | Tipo de prevención | Tipo de estudios incluidos | Origen de los estudios | Años de los programas incluidos en la revisión | Programas adolescentes / número de programas incluidos | Publicación / Impacto | Calidad de la revisión |
|----|---|------------------------------------|---|------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Prevention programmes for youth gambling: a review of the empirical evidence | Ladoceur, Goulet & Vitaro (2013) | Revisar críticamente la literatura existente sobre la eficacia de la prevención de programas específicos de juegos de azar o apuestas | Universal Selectiva | Experimentales (ECA) Cuasi-experimentales | PubMed WoS PsychInfo Google Scholar | 1993 – 2010 | 15 / 15 | International Gambling Studies, 2013 JCR: FI: 1288 (2014) Posición: 23/35 Q3 (Categoría Substance abuse - SSC) | Si, criterios SPR PRISMA: NO GRADE: NO |
| 2 | Systematic Review of Empirically Evaluated School-Based Gambling Education Programs | Keen, Blaszczyński & Anjoul (2017) | Evaluar los programas escolares sobre juegos de azar o apuestas Ofrecer recomendaciones para la mejora de la metodología de investigación y efectividad de los programas | Universal | ECA | PubMed Scopus Medline PsychInfo ERIC | 1993 - 2016 | 19 / 19 | Journal of Gambling Studies, 2017 JCR: FI: 2,090 Posición: 23/37 Q3 (Categoría Substance abuse - SSC) | Si, criterios QATQS PRISMA: SÍ GRADE: NO |
| 3 | A review of educational-based gambling prevention programs for adolescents | Oh, Ong & Loo (2017) | Examinar la literatura sobre programas de prevención de juego de apuestas en ámbito escolar y centrados en adolescentes | Universal | No informa ECA Cuasi-experimentales | PubMed ProQuest Central Elsevier Springer PsyArticles Google Scholar | 2002 - 2014 | 14 / 17 | Asian Journal of Gambling Issues and Public Health, 2017 JCR: NO SJR: NO Citas: 34 | No informa PRISMA: NO GRADE: NO |

Tabla 1 (cont.). Características de las revisiones de programas de prevención del juego de apuestas en adolescentes.

| N. | Revisión | Autor (año) | Objetivos | Tipo de prevención | Tipo de estudios incluidos | Origen de los estudios | Años de los programas incluidos en la revisión | Programas adolescentes / número de programas incluidos | Publicación / Impacto | Calidad de la revisión |
|----|---|---|---|----------------------------|---------------------------------|---|--|--|---|---|
| 4 | A systematic review of educational programs and consumer protection measures for gambling: an extension of previous reviews | Forsstrom, Spangberg, Petterson, Brolund & Odeberg (2020) | Evaluar la evidencia relativa a medidas preventivas de juego de apuestas en contexto educativo Presentar y discutir las deficiencias de investigación detectadas | Universal | ECA Cuasi-experimentales | Pubmed PsychInfo Scopus SOCINDEX | 2000 - 2018 | 6 / 37 | Addiction Research & Theory, 2020 JCR: FI: 2,336 Posición: 26/37 Q3 (Categoría Substance abuse - SSCI) SJR: Q2 Citas: 23 | SÍ PRISMA: SÍ GRADE: SÍ Realización de meta-análisis |
| 5 | Systematic Review: Preventive Intervention to Curb the Youth Online Gambling Problem | Gimenez-Lozano & Morales-Rodríguez (2022) | Considerar la eficacia de programas de prevención del abuso de juego de apuestas sobre estudiantes de enseñanza primaria y secundaria | Universal Selectiva | ECA Cuasi-experimentales | PubMed Medline Scopus WoS PsychInfo | 2010 - 2021 | 14/15 | Sustainability, 2022 JCR: FI: 3,889 (2021) Posición: 57/128 Q2 (Categoría Environmental Studies - SSCI) SJR: Q3 Citas: 2 | No informa PRISMA: SÍ GRADE: NO |

ECA: Estudio Controlado Aleatorizado; FI: Factor de impacto revista científica; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; JCR: Journal Citation Report Index; PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Q1: Primer cuartil; Q2: Segundo cuartil; Q3: Tercer cuartil; QATQS: Quatly Assessment Tool for Quantitative Studies; SJR: Scientific Journal Ranking Index; SPR: Society for Prevention Research; SSCI: Social Sciences Citation Index;

Tabla 2. Muestras y resultados de las revisiones de programas de prevención del juego de apuestas en adolescentes.

| N. | Autor (año) | Edad media de la muestra (Rango) | Componentes / variables | Resultados principales / Conclusiones |
|----|------------------------------------|---|--|--|
| 1 | Ladoceur, Goulet & Vitaro (2013) | Varios estudios no informan 14-15 años aprox. (8-18 años) | <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos: probabilidad de ganancia, distorsiones cognitivas, aleatoriedad, falacias del juego • Actitudes hacia el juego. • Percepción del riesgo • Habilidades específicas (resolución de problemas, toma de decisiones, afrontamiento específico) | <p>Características de programas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se distinguen programas psico-educativos y programas de habilidades específicas • Heterogeneidad de tamaño muestral, número de sesiones y modalidades de aplicación • Resultados principales • Los programas revisados pueden ser eficaces en aumento de conocimiento sobre probabilidad y reducción de distorsiones cognitivas • Conclusiones • Existen carencias metodológicas • La mayoría de estudios no incluye medidas de conducta de juego • En su mayoría, no se incluyen medidas de seguimiento • Imposibilidad de conocer efectos a largo plazo |
| 2 | Keen, Blaszczynski & Anjout (2017) | Varios estudios no informan 14 años aprox. (10-18 años) | <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos: probabilidad de ganancia, distorsiones cognitivas, aleatoriedad, falacias del juego (100% de los programas) • Percepción del riesgo (58% de los programas) • Habilidades específicas (resolución de problemas, toma de decisiones, afrontamiento) (31% de los programas) | <p>Características de programas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los estudios son ECA • Heterogeneidad de tamaño muestral, número de sesiones y modalidades de aplicación • Resultados principales • La práctica totalidad de programas parecen ser eficaces en cuanto al aumento de conocimiento sobre probabilidad, la reducción de distorsiones cognitivas y el cambio de actitudes hacia el juego • Los resultados ofrecidos se limitan a variables cognitivas a corto plazo • Los efectos cognitivos decaen en las medidas de seguimiento • Conclusiones • Realizar conclusiones es complicado debido a las carencias metodológicas • La mayoría de los programas carece de modelos teóricos • Aun así, parece existir base de evidencia para una intervención temprana en edad escolar • La mayoría de estudios no incluye medidas de conducta de juego • Aquellos programas que sí las incluyen no encuentran relación entre los cambios cognitivos y la conducta. • Se sugiere que los cambios cognitivos pudieran deberse a "sobre-entrenamiento" de los sujetos experimentales, más que a un cambio cognitivo • Escasez de medidas de seguimiento (36% no ofrece medida de seguimiento, sólo 20% ofrece medida a 6 meses) • Existen problemas de categorización de intensidad de gasto o de frecuencia de juego |

Tabla 2 (cont.). Muestras y resultados de las revisiones de programas de prevención del juego de apuestas en adolescentes.

| N. | Autor (año) | Edad media de la muestra (Rango) | Componentes / variables | Resultados principales / Conclusiones |
|----|---|--|---|--|
| 3 | Oh, Ong & Loo (2017) | Varios estudios no informan edad media 11-18 años | <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos: probabilidad de ganancia, distorsiones cognitivas, aleatoriedad, falacias del juego • Habilidades específicas (resolución de problemas, toma de decisiones, afrontamiento) | <p>Características de programas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se distinguen programas centrados en Factores de Riesgo y programas centrados en Factores de Protección (Habilidades específicas) • Heterogeneidad de tamaño muestral, número de sesiones y modalidades de aplicación • Resultados principales • Los programas centrados en factores de riesgo muestran de forma consistente un incremento del conocimiento sobre el juego de apuestas y corrigen distorsiones cognitivas • Los programas centrados en factores de protección y adquisición de habilidades, junto al aumento del conocimiento y corrección de las distorsiones cognitivas también podrían disminuir la conducta de juego • Sin embargo, la evidencia sobre que este aumento de conocimiento pueda reducir la conducta de juego es insuficiente • Conclusiones • Las razones que impiden conocer si el efecto de los programas incide sobre la conducta de juego son: a) no incluir medidas de conducta de juego, b) no incluir medidas de seguimiento que puedan evidenciar cómo el cambio cognitivo puede influir sobre la conducta • El conocimiento probabilístico por sí mismo puede ser insuficiente para provocar un cambio de conducta sobre el juego • Los resultados apoyan la importancia de ciertas características de implementación de los programas (incluir materiales audiovisuales, intensidad y duración de las sesiones suficiente, personas aplicadoras formadas específicamente, etc.) |
| 4 | Forsstrom, Spangberg, Petterson, Brolund & Odeberg (2020) | 12-18 años | <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de juego • Severidad de juego (problemas relacionados) • Conocimiento sobre juego • Actitudes hacia el juego | <p>Características de los programas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo ECAs y Cuasi-experimentales que incluyeran como resultados primarios la conducta de juego y sólo como resultados secundarios resultados cognitivos • Los estudios incluidos presentan medidas de seguimiento • Heterogeneidad de tamaño muestral, número de sesiones y modalidades de aplicación • Resultados principales • Las intervenciones son potencialmente eficaces, con un grado de evidencia bajo-muy bajo. • Los programas que incorporan medidas de seguimiento parecen obtener efectividad. • Respecto a cambios en frecuencia de juego, el grado de evidencia para estos resultados es bajo • Cambios significativos al aumentar el conocimiento sobre juego y modificar actitudes. • Conclusiones • El grado de evidencia es bajo • Las medidas de seguimiento son en su práctica totalidad inferiores a 6 meses |
| 5 | Gimenez-Lozano & Morales-Rodríguez (2022) | 14,15 | <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de juego • Intensidad de juego (gasto) • Cognitivos: probabilidad de ganancia, distorsiones cognitivas, aleatoriedad, falacias del juego • Actitudes hacia el juego / inclinación-intención hacia el juego • Habilidades socio-emocionales | <p>Características de los programas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se distinguen programas psico-educativos y programas de habilidades específicas • Heterogeneidad de tamaño muestral, número de sesiones y modalidades de aplicación • Resultados principales • Los resultados sugieren efectividad, pero en su mayoría se limitan a informar sobre cambios cognitivos • Independientemente de las características de diseño e implementación de los programas (materiales, intensidad y duración de las sesiones, personas aplicadoras, tamaño de la muestra, etc.) los revisores encuentran resultados similares • Conclusiones • Se precisan mejoras metodológicas • La mayoría de programas no incluyen medidas de seguimiento • Se sugiere la inclusión de aspectos emocionales relacionados con la conducta de juego |

Tabla 3. Estudios incluidos en las revisiones (n = 29)

| Estudio | País | Muestra | Diseño | Sesiones | Seguimiento | Ladoceur, Goulet & Vitaro (2013) 1993-2010 | Keen, Blaszczyński & Anjou (2017) 1993-2016 | Oh, Ong & Loo (2017) 2002-2014 | Forsstrom, Spangberg, Petteerson, Brolund & Odeberg (2020) 2000-2018 | Gimenez-Lozano & Morales-Rodríguez (2022) 2010-2021 |
|---|--------|---------------------------|--------------------|----------|-------------|--|---|--------------------------------|--|---|
| Gaboury & Ladoceur (1993) | Canadá | N = 289, M = 16 | Quasi-experimental | 6 | 6 m | * | * | | | |
| Ferland, Ladoceur & Vitaro (2002) | Canadá | N = 424, M = 13,1 (11-15) | ECA | 1 | No | * | * | * | | |
| Ladoceur, Ferland & Roy, (2004) | Canadá | N = 520, M = Nc | ECA | 1 | No | * | * | * | | |
| Ladoceur, Ferland & Vitaro (2004) | Canadá | N = 371, M = 12.8 | ECA | 1 | No | * | * | * | | |
| Lavoie & Ladoceur (2004) | Canadá | N = 273, M = 11.5 | ECA | 1 | No | * | * | * | | |
| Williams (2002) | Canadá | N = 469, M = 15.3 | ECA | 5 | 3 m | * | * | | | |
| Lemaire, de Lima & Patton (2004) | Canadá | N = 316, M = Nc | Quasi-experimental | 1 | No | * | * | | | |
| Vitaro, Paré, Trudelle & Duchesne, (2004) | Canadá | N = Nc, M = Nc | ECA | 1 | No | * | | | | |
| Williams et al., (2004) | Canadá | N = 578, M = 16.2 | ECA | 5 | 3 m | * | * | | | |
| Ladoceur et al., (2004, 2005) | Canadá | N = 568, M = 15,99 | Pre-Post | 1 | No | * | * | * | | |
| Ferland et al., (2005) | Canadá | N = 1193, M = 13,5 | ECA | 3 | 3, 6 m | * | * | | | |
| Turner et al., (2008a) | Canadá | N = 374, M = (15-18) | ECA | 1 | No | * | * | * | | |
| Turner et al., (2008b) | Canadá | N = 201, M = 13-18 | ECA | 7 | 2 m | * | * | * | * | * |

Tabla 3 (cont.). Estudios incluidos en las revisiones (n = 29)

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------|----------------------------|----------------------|-----|------------|---|---|---|---|---|
| Taylor & Hillyard (2009) | USA | N = 8455, M = Nc | Pre-Post sin control | 1 | No | * | * | * | * | * |
| Williams et al., (2010) | USA | N = 1240, M = 16 (13-18) | ECA | 5+1 | 4 m | * | * | * | * | * |
| Luk et al., (2011) | Macao | N = 232, M = Nc | ¿ | | | | | * | | |
| Todirita & Lupu (2013) | Rumanía | N = 81, M = (12-13) | ECA | 10 | No | | * | * | * | * |
| Lupu & Lupu (2013) | Rumanía | N = 75, M = (12-13) | ECA | 10 | 3,6,9,12 m | | * | * | * | * |
| Walther et al., (2013) | Alemania | N = 2109, M = 12 | ECA | 1 | 2 m | | * | * | * | * |
| Donati et al., (2014) | Italia | N = 181, M = 15,95 (14-18) | ECA | 2 | 6 m | | * | * | * | * |
| Canale et al., (2016) | Italia | N = 168, M = 15,01 | ECA | 5 | 1 m | | * | * | * | * |
| St. Pierre et al., (2017) | Canadá | N = 280, M = (13-18) | ECA | Nc | 3 m | | | | * | |
| Calado et al., (2019) | Portugal | N = 111, M = 17 | Nc | Nc | | | | | | * |
| Ren et al., (2019) | USA | N = 16.262, M = 14,05 | ¿ | | | | | | | * |
| Tomei et al., (2020) | Suiza | N = 475, M = 18 | Nc | | | | | | | * |
| Cholz et al., (2021) | España | N = 2372, M = 16,5 | Pre-Post sin control | 2 | Nc | | | | | * |
| Berrios et al., (2021) | España | N = 637, M = Nc | Nc | 4 | Nc | | | | | * |
| Dodig-Hundric et al., (2021) | Croacia | N = 629, M = 15,67 | Nc | Nc | Nc | | | | | * |
| Tani et al., (2021) | Italia | N = 393, M = Nc | Nc | Nc | Nc | | | | | * |

ECA: Estudio Controlado Aleatorizado; M: Edad media de los participantes; m: meses; N: Tamaño de la muestra; Nc: La revisión no informa del dato

2.4. Conclusiones

- Los programas preventivos de juego de apuestas en adolescencia son un componente esencial de una estrategia general de prevención. Sin embargo, y con relación a las altas prevalencias de juego entre adolescentes, el número y calidad de este tipo de programas sigue siendo insuficiente (Forstroom et al., 2021).
- La mayoría de los programas analizados se enfocan en la prevención universal y tienen como objetivo reducir la incidencia de problemas relacionados con el juego de apuestas o retrasar la edad de inicio.
- Asimismo, en su mayoría se centran en factores de riesgo específicos de la conducta de juego, principalmente desde un abordaje cognitivo para reestructurar creencias en torno a la probabilidad de ganancia.
- Respecto a prevención selectiva, los programas son mucho más escasos.
- En su mayoría, los programas preventivos no han sido adecuadamente evaluados y/o presentan carencias metodológicas (ej. carecer de grupo control, medidas de seguimiento, no incluir conducta de juego, etc.). Se precisa mayor evidencia sobre la eficacia de este tipo de intervenciones. Además, cerca de la mitad de las intervenciones carecen de marcos teóricos sólidos o no han sido evaluados en absoluto.
- Los programas presentan gran diversidad en cuanto a muestra evaluada, implementación y variables estudiadas.
- Existe gran heterogeneidad en los instrumentos empleados para la evaluación y dudas de posible sobre-estimación de los problemas de juego entre adolescentes en algunos de ellos.
- Existen hallazgos contradictorios sobre si la eficacia depende del tipo de persona aplicadora, la intensidad de aplicación o la modalidad (ej. presencial u online) (Ladoceur et al., 2003; Toridita y Lupu, 2013).
- Respecto a las variables evaluadas, cerca de la mitad de los programas presentados no incluye medidas de la conducta de juego propiamente dicha, limitándose por lo general a variables cognitivas.
- En cuanto a los efectos de las intervenciones, algunos de los programas evaluados consiguen un aumento a corto plazo de conocimiento sobre probabilidad, la reducción de distorsiones cognitivas y el cambio de actitudes hacia el juego.
- Cuando se producen, estos cambios parecen ser independientes de características de los programas como por ejemplo el número de sesiones, la periodicidad o el tipo de persona aplicadora.
- Los cambios cognitivos no se traducen en cambios y/o reducción de la conducta de juego, bien por no evaluar la misma o por no aportar suficiente evidencia que permita conocer si el aumento de conocimiento sobre funcionamiento de los juegos de apuestas y un bajo nivel de ilusión de control puede reducir el nivel de juego existente en ese momento.

- Son escasos los programas que han evaluado la persistencia de sus efectos a través de medidas de seguimiento, por lo que se desconoce, por un lado, si se mantiene la reestructuración de creencias de ilusión de control y, por otra parte, si los cambios producidos tras la intervención afectan a la conducta de juego con posterioridad. Cuando se han incorporado estas medidas de seguimiento, estas son siempre inferiores a 6 meses.
- Las revisiones existentes todavía no recogen la totalidad de evidencias más actuales ni la posible evolución del fenómeno de juego de apuestas sobre adolescentes, especialmente con relación al juego online.
- Así, los estudios más antiguos y los más recientes están separados por casi 20 años, en los cuales el juego de apuestas se ha expandido y transformado con la evolución de las Nuevas Tecnologías.
- Respecto a nuestro país, solo dos programas aparecen en la última de las revisiones, con muy escasa información sobre su posible eficacia.

2.5. Recomendaciones

- Se subraya la necesidad de utilización o diseño de modelos teóricos que guíen de forma específica las intervenciones preventivas, y recojan los factores de riesgo y protección con mayor peso predictivo.
- Se recomienda centrar los esfuerzos en la disminución de la ilusión de control y el aumento del conocimiento sobre la probabilidad real de ganancia, de forma que se minimice la idea de rentabilidad a largo plazo (Keen et al., 2017).
- Sin embargo, no deben descuidarse otros factores de riesgo que la literatura y la evidencia sobre prevención sugieren (ej. relacionales: presión de grupo; familiares: actitud y conducta parental; macrosociales: presión mediática, percepción normativa, etc.).
- Se recomienda a los profesionales implicados en el diseño e implementación de programas preventivos no presuponer o entender las medidas y variables cognitivas como medidas indirectas de las consecuencias del juego problemático. Se sugiere así complementar las medidas cognitivas con medidas más ajustadas del riesgo o daño asociado al juego problemático.
- Se hace énfasis en contar con modelos teóricos que establezcan claramente la relación entre variables cognitivas e intención o conducta de juego.
- Las evaluaciones deberían contar con medidas de conducta de juego y también medidas que permitan conocer la posible reducción de riesgo o de problemas asociados.
- Los programas a utilizar deben ser relevantes para los y las menores, con un timing adecuado y metodologías interactivas (Oh, 2017).
- Se recomienda, asimismo, disponer de intervenciones selectivas que sean coherentes con los objetivos de reducción de los problemas asociados, y aumentar este tipo de intervenciones.

- Dado que en intervenciones universales la conducta y gasto de juego es muy pequeño, se recomienda utilizar grandes muestras que provean de un porcentaje de menores con juego de riesgo, que permita evaluar en medidas de seguimiento los efectos de reducción sobre la conducta de juego o sobre los problemas asociados (disminución del daño) (Canale et al., 2016; Keen et al., 2017).
- Cumplir con criterios metodológicos de diseño e implementación permitirá conocer los verdaderos efectos de los programas (Ladoceur et al., 2012).
- En cuanto a instrumentos de evaluación, se recomienda utilizar instrumentos estándar consensuados y validados en la población de estudio, así como adaptados al espacio temporal que el programa pretenda medir.
- Se recomienda asimismo llegar a un consenso en la categorización de variables de conducta de juego (frecuencia, intensidad de gasto). Ello permitiría la comparación de resultados entre intervenciones.
- Respecto a las medidas de seguimiento y las sesiones de recuerdo, su recomendación es encarecida, intentando aproximarse a medidas a 6 y 12 meses, para así conocer los posibles efectos a largo plazo de las intervenciones (Gimenez-Lozano y Morales-Rodríguez, 2022), dado que existen evidencias de que los efectos decaen con el tiempo (Donati, Primi y Chiesi, 2014).
- Así, se destaca la necesidad de desarrollar programas de prevención más amplios que incorporen procedimientos metodológicos y de evaluación rigurosos, especialmente en población española.

3. VIDEOJUEGOS

El mercado del videojuego está en permanente crecimiento. En 2021 alcanzó una facturación de 1.795 M. de euros en España, 23.300 M de euros en Europa y 180.300 M de dólares a nivel mundial. El número de jugadores aumenta año tras año hasta alcanzar al 52% de la población general europea, y al 38% de la española (AEVI, 2021; ISFE, 2022; Wijman, 2021). En menores, estos porcentajes superan el 70% (ESPAD, 2019).

Tales cotas de juego incrementan el número de jóvenes y adolescentes vulnerables que manifiestan síntomas de adicción. La prevalencia del trastorno por videojuegos en menores se sitúa en el 3% a nivel mundial (Stevens et al. 2021) aunque algunos autores lo elevan al 4,6% (Fam, 2018). En Europa, es del 2,72%, si bien la encuesta ESPAD (2020) estima que el 10% de los jóvenes de 15 años juega más de 6 horas diarias los días de escuela. En España, la prevalencia de trastorno por videojuego ha sido estimada entorno al 3% (Andrade et al. 2021; Lloret Cabrera y Segura, 2022). Sin embargo, la encuesta ESTUDES (OEDA, 2021) la sitúa en el 7,1%. Esta diferencia puede deberse a la falta de homogeneidad en los instrumentos de medida.

El crecimiento de los videojuegos va de la mano de la potencia de transmisión de datos de Internet. Con la llegada de la web 2.0 los usuarios se convirtieron en proveedores de contenidos, lo que produjo un importante cambio cultural en las preferencias por el ocio y el entretenimiento en pantalla frente a otros pasatiempos. Los juegos que tradicional-

mente se jugaban en solitario o en pareja, pasaron a ser en línea, aunando el entretenimiento y la socialización. En este sentido, los videojuegos consisten en comunidades de jugadores que trascienden el mero entretenimiento para convertirse en un espacio de socialización e intercambio de conocimientos y afectos. Las comunidades de *gamers* son redes sociales temáticas algunas de ellas con cientos de millones de usuarios. Además de la experiencia de juego, los jugadores encuentran en Internet un ecosistema entorno a su juego favorito que incluye videos, *streamers*, foros, webs, NFT (Non-Fungible Token), un estimulante mercado tecnológico en continuo cambio y un contexto social. Es frecuente, que la comunidad de *gamers* se encuentre en las redes sociales clásicas donde comparten dudas, exhiben sus logros o promocionan actividades comunes.

Resulta difícil trazar una línea que separe a los videojuegos de las redes sociales, o del resto de actividad en Internet, por lo que son varias las intervenciones preventivas que incluyen ambos trastornos, abuso de Internet y de videojuegos, en un mismo programa.

A pesar de la amplia difusión y de la prevalencia de trastorno por videojuego, los esfuerzos por prevenir las consecuencias indeseables del abuso y/o adicción han sido escasos. Es poco lo que se sabe sobre estrategias o mecanismos para prevenir el abuso o la adicción a los videojuegos, hasta nuestro conocimiento no existe una revisión de la eficacia de los programas de prevención dirigida a menores. King y Delfabbro (2017) identifican solo seis programas de prevención del trastorno por videojuego, de los cuales solo uno está dirigido a menores. Los resultados de nuestras búsquedas nos sorprenden al confirmar los escasos estudios que intentan cubrir este vacío de conocimiento. Hemos identificado tan solo siete estudios que tienen como objetivo evaluar la eficacia de una intervención preventiva dirigida a menores.

3.1. Metodología

Para dar respuesta al *primer objetivo*, Identificar estudios que evalúen la eficacia de los programas de prevención del abuso/adicción a los videojuegos, se ha realizado una búsqueda de publicaciones en las siguientes bases de datos: Proquest, Pubmed, PsycINFO, Scopus, Web of Science, y Cochrane. Sin acotación de rangos por fecha, las búsquedas se realizaron en los campos: título, resumen y palabras clave. La revisión siguió la declaración y las directrices de PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

En un primer intento se buscaron revisiones sistemáticas y metaanálisis con diferentes combinaciones de los términos: (video games OR computer games OR gaming OR online games OR internet games OR online gaming) AND prevention AND (effectiveness OR efficacy OR effective). La búsqueda dio negativa, por lo que se procedió a buscar artículos originales, preferentemente ensayos clínicos si el motor de búsqueda permitía la selección. La búsqueda y selección se realizó en tres fases.

La Fase 1 consistió en la búsqueda primaria a través de los motores de búsqueda de las diferentes bases. En esta fase se encontraron 910 artículos en los campos resumen y título (Scopus 38; PsyINFO 262; Pubmed 316; ProQuest 227; WoS 67). Una vez eliminados los duplicados, se procedió a la Fase 2, en la que se revisaron los resúmenes y se descartaron las publicaciones que no cumplían los criterios de inclusión, aceptando nueve artículos

en la tercera y última fase, en la que se procedió a la lectura del texto completo. Una vez descargados y leídos dichos artículos, se comprobó que solo siete cumplían con los criterios de inclusión.

En ese punto, se realizó una búsqueda inversa, a través del recorrido de referencias bibliográficas de los ítems resultantes. En caso de detectar alguna referencia no recogida mediante la búsqueda en bases de datos, ésta sería incluida entre las seleccionadas. La búsqueda no dio resultados. Con posterioridad, se realizó la extracción de datos de los siete artículos incluidos. En primer lugar, se analizaron los programas de prevención describiendo las siguientes características: ámbito de intervención, nivel de prevención, formato, número de sesiones, periodicidad o frecuencia, duración de cada sesión, personas aplicadoras, técnicas empleadas, objetivos. Para completar la información se recurrió a fuentes externas a los artículos seleccionados, como por ejemplo la web del programa cuando estaba accesible. A continuación, se analizaron los estudios de eficacia: diseño, características de la muestra, variables evaluadas, instrumentos de evaluación, resultados principales y calidad.

En cumplimiento del segundo objetivo, analizar la calidad de los estudios, se utilizó la lista de verificación de calidad CONSORT 2010 (Cobos-Carbo & Augustovski, 2011) con 37 ítems divididos en 6 apartados: título y resumen, introducción, métodos, resultados, discusión y otra información. Se asigna un punto a cada ítem cumplido por lo que la puntuación máxima es 37.

3.2 Resultados

Se identificaron siete programas, cinco europeos y dos chinos, que cumplían los criterios de inclusión. Seis son programas escolares y uno de ámbito familiar (GOI). Así mismo, seis programas son de prevención universal y uno de prevención selectiva o indicada (Protect).

En cuanto a la carga preventiva, solo cuatro programas informan del número y duración de las sesiones: el número de sesiones varía entre 1 y 4. Por lo general, la duración de cada sesión es de 90 minutos, sin embargo, *A healthy school* programa una sesión de 120 minutos, y *GOI* de 240 minutos.

En relación con los contenidos, en los dos programas holandeses (UHS y *A Healthy School*) se incorpora el módulo de prevención de videojuegos a un programa escolar de promoción de la salud, otros dos programas (Vernetze y Protect) abordan el uso problemático de Internet además de los videojuegos. Por lo que solo tres programas tienen como objetivo el uso problemático de videojuegos en exclusividad.

El tipo de técnica más utilizada es el análisis de información seguido de un debate. La información es facilitada por la persona aplicadora u obtenida por los participantes mediante autoregistro. El/la responsable de implementar el programa es un/a docente entrenado, en tres casos, o personal experto ajeno al centro, en otros tres casos. Uno no informa. Solo dos programas informan estar basados en un modelo teórico: la teoría de la autodeterminación (GOI) y teoría del Flujo (WIT)

3.2.1. Breve descripción de los programas:

UHS (Utrecht Healthy School) (Bamekow, 2005)

Es un programa de promoción de la salud que abarca un amplio rango de conductas: nutrición sana, ejercicio físico, salud sexual, reducción del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, acoso; excesivo sedentarismo y el exceso de comportamientos compulsivos relacionados con el uso de Internet y los juegos. UHS está basado en el modelo de la Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud (Schools for Health in Europe - SHE) y persigue los objetivos de SHE (Bamekow, 2005). En cada escuela un grupo de trabajo formado por estudiantes, docentes, padres, madres, responsables de la escuela entre otros, adaptaba el programa a las necesidades de su centro (Bush et al., 2013).

A healthy school (Leurs et al., 2005)

Es un programa de la región de Utrecht (Países Bajos) que tiene como objetivo cubrir diversos estilos de vida: actividad física, consumo de tabaco, alcohol, dietas, internet, bullying y sexo. El programa original (Leurs et al., 2005) fue modificado para incluir un componente dirigido a la prevención del uso problemático de videojuegos. La aplicación estuvo a cargo de los docentes con la asistencia de expertos externos. El programa se implementó en la escuela en sesiones de dos horas semanales. Existen lagunas en la explicación del programa. Los autores no explican en qué consistió la modificación del programa original, ni cuantas sesiones se dedican a los videojuegos. Tampoco describen las técnicas utilizadas (Leeuw et al. 2010) .

Vernetzte www.Welten (“mundos www.conectados”) (Walther et al., 2014)

Está dirigido a adolescentes de 11 y 12 años, y consta de cuatro unidades de 90 minutos: I. Uso de Internet, II. Comunicación en línea, III. Videojuegos y IV. Juegos de azar. La atención se centra en el autocontrol, el debate y la reflexión sobre el uso que hacen los adolescentes de los medios de comunicación. La unidad dedicada al juego contiene actividades que reflejan preferencias, motivos y horarios de juego. Además, se explica la edad de restricción del uso de los videojuegos. A partir de un cómic sobre un perro que se vuelve adicto a los videojuegos, se debate el concepto de adicción a los videojuegos. El programa es de acceso libre a través de la web www.vernetztewelten.ift-nord.de

GOI (Game Over Intervention) (Li, Chau, y Cheng, 2019)

Es una intervención universal dirigida a padres y madres, con el objetivo de dotarles de los conocimientos, actitudes y habilidades para una crianza y un entorno familiar positivos, que sirvan de protección contra el trastorno de juego en los niños. Basado en la teoría de la autodeterminación, GOI consiste en tres módulos: monitorización, cuidado y psicoeducación diseñados para promover la satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas: autonomía, relación y competencia. La intervención consiste en una intervención grupal de 4 horas, en la que se desarrollan diversas técnicas: asesoramiento, discusión, vídeo o *brainstorming* (Li, Chau y Cheng, 2019).

PROTECT (Lindenberg, Kindt y Szász-Janocha, 2020)

Es un programa de prevención selectiva e indicada basado en la terapia cognitivo-conductual (TCC). Consta de cuatro sesiones de 90 minutos y es impartida por 2 psicólogo/as. Tiene como objetivo modificar los factores de riesgo y los factores de mantenimiento, en concreto: el aburrimiento y los problemas motivacionales, la procrastinación y la ansiedad de rendimiento, la ansiedad social y la regulación desadaptativa de las emociones. PROTECT utiliza ejemplos de casos para aumentar la disonancia cognitiva y la motivación. Además, PROTECT contiene técnicas de intervención cognitivo-conductuales como la activación conductual, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y la regulación emocional.

WIT (Wise IT-Use) (Chau, Tsui y Cheng, 2019)

Es un programa universal de ámbito escolar. Basado en la Teoría del Flujo utiliza el juego (gamificación) como estrategia de motivación y adherencia. Consiste en una intervención con tres componentes: I. Asimilación II. Interacción y III. Reflexión, que se desarrollan en formato digital y presencial. Durante la formación en línea, los estudiantes participantes completan una serie de módulos en línea sobre temas como la ciberseguridad y la ciudadanía digital. El programa de formación consta de tres partes: I. Se presentan los problemas prevalentes del trastorno por juego en Internet y el comportamiento de riesgo en línea; II. Se muestran a los participantes las consecuencias desfavorables del trastorno de juego en Internet y del comportamiento de riesgo en línea; III. Se presentan y entrenan formas eficaces de combatir estos problemas. Los módulos de formación en línea incluyen técnicas como presentaciones multimedia, juegos educativos y torneos entre clases, animaciones y videofórum.

Tabla 4. Programas de prevención del abuso / adicción a los videojuegos

| Nº. | Programa | Autor (Año) | País | Características | Específico | Objetivos |
|-----|----------------------------|--------------------|------------------------|--|---|---|
| 1 | A healthy school | Leurs et al., 2005 | Países Bajos (Utrecht) | Ámbito: Escolar Nivel: Universal Formato: Presencial N. Sesiones: 64. No informa del módulo de videojuegos Frecuencia: Semanal Duración: 2 horas sesión/semana Facilitador/a: Docente entrenado Técnicas: No informa | No. Programa de Promoción de la Salud con un módulo de videojuegos | - Prevenir la adicción a internet y a los videojuegos Además de otros objetivos de promoción de la salud de carácter no específico. |
| 2 | UHS Utrecht Healthy School | Bamekow, 2005 | Países Bajos (Utrecht) | Ámbito: Escolar Nivel: Universal Formato: Presencial N. Sesiones: 30 por curso. No informa del módulo de videojuegos Frecuencia: No informa Duración: 50 minutos / sesión Facilitador/a: Docente entrenado Técnicas: Ver Modelo SHE | No. Programa de Promoción de la Salud con un módulo de videojuegos | - Facilitar herramientas para promover conductas de salud - Reducir la conducta excesiva o compulsiva de uso de Internet y videojuegos. Además de otros objetivos de promoción de la salud de carácter no específico. |

Tabla 4 (cont.). Programas de prevención del abuso / adicción a los videojuegos

| Nº. | Programa | Autor (Año) | País | Características | Específico | Objetivos |
|------------|---|---|--------------------------------|--|---|--|
| 3 | Vernetzte www.Welten | Walther et al., 2014 | Alemania | Ámbito: Escolar Nivel: Universal Edad: 12-13 años Formato: Presencial N. Sesiones: 4 Frecuencia: Semanal Duración: 90 min/ sesión Facilitador/a: Docente entrenado Técnicas; Auto-observación; debate y reflexión. | No. Incluye una sesión dedicada a Internet | - Promover la autoreflexión y el autocontrol para reducir el uso problemático de videojuegos. |
| 4 | WIT Wise IT-Use | Chau, Tsui y Cheng, 2019 | Hong Kong | Ámbito: Escolar Nivel: Universal Edad: 7- 13 años Formato: Mixto. Digital y presencial N. Sesiones: No informa. Frecuencia: No informa Duración: 3 meses Facilitador/a: No informa. Técnicas: Juegos educativos, torneos, animaciones y videofórum. | Sí | -Mitigar las consecuencias del trastorno por videojuego (Adicción, Malestar emocional, Ansiedad Social, Soledad) y otras conductas de riesgo online. |
| 5 | --- | Bonnaire, Serehen y Phan (2019) | Francia (París) | Ámbito: Escolar Nivel: Universal Edad: 13-14 años Formato: Presencial N. Sesiones: 1 Frecuencia: --- Duración: 90 min/ sesión Facilitador/a: Experto (prevention officer) Técnicas: Cognitivas, autoregistro y debate; | Sí | - Aumentar la conciencia del tiempo dedicado al juego. - Promover la reflexión sobre las prioridades. - Aumentar la percepción del riesgo. - Fomentar el autocontrol. |
| 6 | GOI Game Over Intervention | Lí, Chau y Cheng (2019) | China (Hong Kong) | Ámbito: Familiar Nivel: Universal Formato: Presencial N. Sesiones: 1 sesión con 3 módulos Duración: 240 min/ sesión Facilitador/a: No informa Técnicas: Mod.1: Uso de aplicaciones de control parental; Consulta a websites de clasificaciones de juegos; Entrenamiento en economía de fichas; Mod. 2: Análisis de casos; Role- playing Mod. 3: Demostración; Debate. | Sí | - Mod.1 Monitorización parental (padres) - Mod. 2 Fomentar la calidez (padres) - Mod. 3 Informar sobre videojuegos (padres) - Reducir la conducta de juego (hijos) - Reducir la exposición a videojuegos violentos - Reducir la severidad (hijos) |
| 7 | PROTECT Professional Use of Technical Media | Lindenberg, Kindt y Szász- Janocha (2020) | Alemania (Rhine- Neckar) | Ámbito: Escolar. Nivel: Selectiva-Indicada Edad: 12-18 años Formato: Presencial N. Sesiones: 4 Frecuencia: Semanal Duración: 90 min/ sesión Facilitador/a: Psicólogos/as expertos. Técnicas cognitivo-conductuales. Reestructuración cognitiva, Resolución de problemas; Regulación emocional | No. Internet y videojuegos | Primario: Reducir la severidad de uso de videojuegos Secundarios: Reducir los niveles de procrastinación, depresión y ansiedad social, |

Tabla 5. Estudios de evaluación de la eficacia de los programas de prevención

| N. | Programa | Autor (año) | Diseño | Muestra | Resultados | Variable / instrumento | Calidad* |
|----|--------------------------------|---|---|--|---|--|----------|
| 1 | A healthy school | de Leeuw et al. (2010) | Longitudinal 12 meses Aleatorio: No Evaluación: No informa | N=475 estudiantes de secundaria Edad: 11-18. Gr.Cntl.: No Localización: Utrecht | ↓ Vídeo juego ↓ Abuso de Internet | - Uso compulsivo de Internet / CIUS - Uso compulsivo de juegos de azar en línea / CGUS - Conducta prosocial / SDQ - Clima Familia / FAS | 16 |
| 2 | UHS | Busch, De Leeuw y Schrijvers (2013) | Longitudinal 36 meses. Aleatorio: No Evaluación: No informa | N=336 estudiantes de secundaria Edad: 15-16 Gr.Cntl.: No Localización: Utrecht | Uso compulsivo de Internet ↓ en chicas = en chicos = Adicción a los videojuegos | - Encuesta de salud / HBSC - Familia / FAS - Estatus socioeconómico - Conducta prosocial / SDQ - Uso compulsivo de Internet / CIUS - Adicción a videojuegos / VAT | 11 |
| 3 | Vernetzte | Walther, Hanewink, y Morgenst (2014) | Longitudinal 12 meses Aleatorio: Sí Evaluación interna | N= 1.843 Edad: 12 27 escuelas Gr.Int. N=922 Gr.Cntl. N=921 | ↓ Tiempo empleado en videojuegos. Abuso/Adicción a Internet Gr.Exp = Gr.Cntl | - Adicción a videojuegos / KFN-CSAS-II - Adicción a Internet / ISS | 21 |
| 4 | WIT | Chau, Tsui, y Cheng (2019) | Longitudinal 6 meses. Aleatorio: No Evaluación interna | N= 248 Gr.Cntl.: No Edad: 10/16 (DT 0.97; 7-13) Localización: Hong Kong | ↓ Severidad de síntomas de trastorno por videojuego | - Adicción a videojuegos / KIAPS - Conductas de riesgo online / Cuestionario ad hoc basado en ROBI - Bienestar emocional / PNASC-Short - Ansiedad Social / SAS-C - Soledad / CLQ | 11 |
| 5 | --- | Bonnaire, Serehen y Phan (2019) | Longitudinal 4 meses. Aleatorio: Sí. Evaluación Interna | N= 437 Edad: 13,2 (DT0.5) Gr.Int: 228 Gr.Cntl.: 209 Localización: París | ↓ Tiempo empleado en videojuegos. ↑ Percepción del Riesgo ↓ Severidad. | - Adicción a videojuegos / GAS - Creencias sobre el juego / Ad-hoc - Creencias sobre el trastorno por juego / Ad-hoc | 22 |
| 6 | GOI The Game Over Intervention | Li, Chau, y Cheng (2019) | Longitudinal 3 meses. Aleatorio: sí. Evaluación Interna | N= 362 Gr.Int: 163 (♀77%; 42,7 años) Gr.Cntl.:199(♀83%; 41,82 años) Localización: Hong Kong | ↓ Tiempo de juego ↓ Videojuegos violentos = Severidad. | -Tiempo de juego / Ad hoc 2 preguntas -Exposición a videojuegos violentos / 1 ítem adaptado de e G-Up Media Survey -Severidad / KIAPS | 17 |
| 7 | PROTECT | Lindenbergl, Kindt y Szász-Janocha (2022) | Longitudinal 12 meses. Aleatorio: Sí. Evaluación Interna | N= 422 Edad: 15/11 (DT 2,01; ♀54,3%) Gr.Int.=167 Gr.Cntl.: 255 | ↓ Severidad de síntomas de trastorno por videojuego ↓ Procrastinación = Depresión, Ansiedad | -Severidad / CSAS -Depresión / DIKJ -Ansiedad Social / SIAS | 26 |

Gr.Int.: Grupo Intervención; Gr.Cntl.: Grupo Control; ↑ Aumento; ↓ Reducción; = Sin cambios significativos; * Consort Checklist

3.2.2. Efectos de los programas

Los estudios de los seis programas de prevención escolar informan que, tras recibir la intervención, los participantes reducen el tiempo empleado en videojuegos y los síntomas compatibles con la adicción. En cuanto al programa de prevención familiar (GOI), se produce igualmente una reducción del tiempo dedicado a los videojuegos y de la exposición a videojuegos violentos en el grupo de intervención frente al grupo control. Además, esta reducción se mantiene en el tiempo en comparación con el grupo control. Sin embargo, los síntomas de severidad no se ven afectados por la intervención.

Estos resultados se deben tomar con cautela, en cuanto que la robustez de los estudios no permite concluir la eficacia de los programas. Solo cuatro estudios informan haber aleatorizado la asignación de los participantes al grupo control y de intervención, y solo uno de ellos informa del método de aleatorización empleado. Los otros tres no disponen de grupo control. Otra importante limitación es que los estudios de evaluación de la eficacia han sido realizados por los mismos autores de los programas. En el caso de los programas holandeses (UHS y A healthy school) informan que se ha introducido el módulo dedicado a videojuegos en un programa escolar de promoción de la salud. Sin embargo, aunque no mencionan quien lo hizo, se intuye que son los mismos autores. La evaluación interna supone un evidente conflicto de interés, al coincidir evaluador y evaluado en la misma persona o equipo, no obstante, no se recoge esta limitación en los artículos.

Para revisar la calidad de los estudios se utilizó la lista de comprobación de CONSORT (Cobos-Carbo & Augustovski, 2011). Las puntuaciones obtenidas de la revisión de la información publicada denotan una moderada baja calidad, excepto en tres estudios que superan los 20 puntos.

Se constata una gran heterogeneidad de instrumentos de medida. Para evaluar la severidad del uso de Internet se utilizan tres escalas diferentes, mientras que para evaluar el uso problemático de videojuegos se han empleado 5 escalas diferentes, dos de ellas directamente adaptadas de la Escala de Uso Compulsivo de Internet. Esta variabilidad de medida produce desigualdades en los resultados. En la tabla 6 se detallan los instrumentos de evaluación utilizados en los siete estudios.

Por último, en cuanto a muestra evaluada, los tamaños muestrales están en torno a los 300 participantes, excepto Walther et al. (2014) que evalúa el programa Vernetzte en una muestra de 1.843 adolescentes.

Tabla 6. Instrumentos de evaluación

| | Nombre | Variable | Autores / Año |
|-------------|---|---------------------------|--|
| CIUS | Compulsive Internet Use Scale | Severidad Internet | Meerkerk et al. (2009) |
| CLQ | Children's Loneliness Questionnaire | Soledad | Asher et al. (1984) |
| CGUS | Compulsive Game Use Scale. *CIUS | Severidad Vdjgs | de Leeuw et al. (2010). |
| CSAS | Computerspielabhängigkeitsskala | Severidad Vdjgs | Rehbein et al. (2015) |
| DIKJ | Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche | Depresion | Stiensmeier-Pelster, et al. (2014) |
| FAS | Family Affluence Scale | | Boyce, Torsheim, Currie & Zambon, (2006) |
| GAS | Gaming Addiction Scales | Severidad Vdjgs | Lemmens et al. (2009) |
| G-Up MS | Growing Up Media Survey | | Ybarra et al. (2008) |
| HBSC | Health Behavior in School-aged Children | | |
| ISS | Internet Addiction Scale | Severidad Internet | Hahn & Jerusalem (2001) |
| KFN-CSAS-II | Adicción a videojuegos | Severidad Vdjgs. | Rehbein, Kleimann, & Mößle (2010) |
| KIAPS | Korean Internet Addiction Proneness Sc. | Severidad Internet | National Information Society Agency (2011) |
| PNASC-Short | Positive and Negative Affect Schedule for Children – Short Form | Bienestar Emocional | Ebesutani et al. (2012) |
| ROBI. | Risky Online Behavior Inventory | Conducta de riesgo online | Chang et al. (2016) |
| SAS-C | Social Anxiety Scale for Children | Ansiedad Social | La Greca & Stone (1993) |
| SDQ. | Strengths and Difficulties Questionnaire | | Goodman, Meltzer & Bailey (1998) |
| SIAS | Social Interaction Anxiety Scale | Ansiedad Social | Mattick & Clarke (1998) |
| VAT. | Videogame Addiction Test. *CIUS | Severidad Vdjgs. | Busch et al. (2013) |

* Adaptado de.

3.3. Conclusiones

- Existe una relación entre el uso problemático de videojuegos y una peor salud mental. Algunos programas abordan diversos problemas de naturaleza psico-social (ej. bienestar emocional, ansiedad social, soledad, depresión o clima familiar entre otros) en relación al uso de videojuegos.
- El conocimiento sobre la prevención del uso problemático de los videojuegos se encuentra en una fase incipiente, que no permite llegar a conclusiones sobre la eficacia de la prevención. Se requiere un mayor número de estudios con mayor robustez.
- La eficacia de la capacidad preventiva de los programas debe ser asumida con cautela, debido a las limitaciones metodológicas. La calidad de los estudios analizados

es moderada-baja. Además, con únicamente siete intervenciones analizadas, la evidencia es insuficiente para alcanzar conclusiones.

- Todos los programas proponen estrategias y dinámicas interactivas. Esto se soporta en que, para fomentar las habilidades psico-sociales, los programas de prevención interactivos son más eficaces que los programas basados en la transmisión de información (Springer et al., 2004).
- Existen diferencias de género que se deben tener en cuenta en el diseño e implementación de los programas. En general, las chicas tienen una mejor comprensión de los peligros potenciales y de las razones para jugar en exceso (Bonnaire et al., 2019).
- Los instrumentos de medida presentan una alta heterogeneidad.

3.4 Recomendaciones

- Se recomienda que los programas tengan componentes dirigidos a los adolescentes y también a la familia. Los programas que combinan diferentes enfoques tienen mayor capacidad preventiva.
- Más allá de la aplicación de programas de prevención escolar, existe una serie de medidas tecnológicas para regular el uso y la accesibilidad a contenidos de adultos. Estas medidas pueden incluir sistemas de bloqueo y acceso restringido, y software de seguimiento y control del comportamiento con información de retorno integrada.
- En el contexto de la reducción de riesgos y daños relacionados con el juego, algunos autores apuntan al control del tiempo de juego como principal estrategia (Király et al., 2018). En cuanto al número de horas semanales, aunque no existe un consenso, sugieren que el límite de 25 horas semanales podría ser un criterio para mostrar advertencias personalizadas en los juegos.
- Teniendo en cuenta la alta prevalencia de uso problemático / adicción a videojuegos, es urgente desarrollar intervenciones preventivas selectivas e indicadas.
- Las intervenciones deben estar soportadas en modelos teóricos que identifiquen los factores de riesgo y protección con mayor peso predictivo y su relación con la conducta.
- La gran heterogeneidad de instrumentos de medida para la misma variable dificulta llegar a resultados comparables, sería deseable alcanzar un consenso en la evaluación de la severidad del uso de videojuegos.

4. BIBLIOGRAFÍA

- AEVI Asociación Española de Videojuegos (2021) *La industria del videojuego en España. Anuario 2021*. Recuperado de <http://www.aevi.org.es/documentacion/el-anuario-del-videojuego/>
- Andrade, B., Guadix, I., Rial, A. y Suárez, F. (2021). *Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades*. Madrid: UNICEF España.
- APA American Psychiatric Association (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición
- Aromataris E., Fernández R., Godfrey C., Holly C., Khalil H. y Tungpunkom P. (2020). Chapter 10: Umbrella Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis: JBI*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-11>
- Bamekow Rasmussen V. (2005). The European Network of Health Promoting schools - from Iceland to Kyrgyzstan. *Promot Education*, 12:169e72.
- Becoña, E., Míguez, M.C., y Vázquez, F.L. (2001). *El juego problema en los niños de Galicia*. Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense
- Binde, P. (2009). Exploring the impact of gambling advertising: An interview study of problem gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(4), 541-554. <https://doi.org/10.1007/s11469-008-9186-9>
- Block, J.J. (2008). Issues for DSM-V: internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165; 306-307.
- Calado, F., Alexandre, J. y Griffiths, M.D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of Gambling Studies*, 33. 397-424. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>
- Canale, N., Griffiths, M. D., Vieno, A., Siciliano, V. y Molinaro, S. (2016). Impact of internet gambling on problem gambling among adolescents in Italy: Findings from a large-scale nationally representative survey. *Computers in Human Behavior*, 57, 99-106. doi:10.1016/j.chb.2015.12.020
- Caselles, P., Cabrera-Perona, V. y Lloret Irlles, D. (2018). Prevalencia del juego de apuestas en adolescentes. Un análisis de los factores asociados. *Health & Addictions*, 18(2), 165-173.
- Cobos-Carbo, A., y Augustovski, F. (2011). Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Medicina clínica*, 137(5), 213-215.
- Chau, C. L., Tsui, Y. Y. Y., y Cheng, C. (2019). Gamification for internet gaming disorder prevention: Evaluation of a Wise IT-Use (WIT) Program for Hong Kong primary students. *Frontiers in psychology*, 10, 2468.
- Derevensky, J. L., & Gilbeau, L. (2019). Preventing adolescent gambling problems. In A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, y M. N. Potenza (Eds.), *Gambling disorder* (pp. 297-311). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5_14
- Dirección General de Ordenación del Juego (2015). *Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Madrid
- Dixon, R.W., Youssef, G.J., Hasking, P., Yucel, M., Jackson, A.C., y Dowling, N. A. (2016). The relationship between gambling attitudes, involvement, and problems in adolescence: examining the moderating role of coping strategies and parenting styles. *Addictive Behaviors*, 58, 42-46. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.02.011
- Donati, M. A., Primi, C., y Chiesi, F. (2014). Prevention of problematic gambling behavior among adolescents: Testing the efficacy of an integrative intervention. *Journal of Gambling Studies*, 30(4), 803-818. doi:10.1007/s10899-013-9398-1.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., y Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 51, 109-124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.008>

- Dussault, F., Brendgen, M., Vitaro, F., Wanner, B. y Tremblay, R. E. (2011). Longitudinal links between impulsivity, gambling problems and depressive symptoms: a transactional model from adolescence to early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 130–138
- ESPAD Group (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fam J.Y. (2018). Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: a meta-analysis across three decades. *Scand J Psychol*. 59(5):524-531. doi:10.1111/sjop.12459
- Forsström, D., Spångberg, J., Pettersson, A., Brolund, A. y Odeberg, J. (2021). A systematic review of educational programs and consumer protection measures for gambling: an extension of previous reviews. *Addiction Research and Theory*, 29(5), 398-412. <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1729753>
- Garrido Fernández, M., Domínguez Álvarez, A. y Jaén Rincón P. (2014). *Ludopatía y relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Giménez Lozano, J.M. y Morales Rodríguez, F.M. (2022). Systematic Review: Preventive Intervention to Curb the Youth Online Gambling Problem. *Sustainability*, 14, 6402. <https://doi.org/10.3390/su14116402>
- González-Roz, A., Fernández-Hermida, J. R., Weidberg, S., Martínez-Loredo, V. y Secades-Villa, R. (2016). Prevalence of Problem gambling among adolescents: a comparison across modes of access, gambling activities, and levels of severity. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 371-382. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9652-4>
- Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernandez-Aranda, F., Savvidou, L.L., Fröberg, F., et al. (2014). Is pathological gambling moderated by age? *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 475–492. <https://doi.org/10.1007/s10899-103-9369-6>.
- Gupta, R., Nower, L., Derevensky, J. L., Blaszczynski, A., Faregh, N., y Temcheff, C. (2013). Problem gambling in adolescents: an examination of the pathways model. *Journal of Gambling Studies*, 29, 575–588
- ISFE (2020). *The industry*. Recuperado el 15 de diciembre 2022 de <https://www.isfe.eu/game-industry/>
- Jacobs, D. F. (2000). Juvenile gambling in North America: An analysis of long-term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies*, 16(2), 119-152. doi: 10.1023/A:1009476829902
- Keen, B., Blaszczynski, A. y Anjoul, F. (2017). Systematic Review of Empirically Evaluated School-Based Gambling Education Programs. *Journal of Gambling Studies*, 33, 301-325. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9641-7>
- Ladouceur, R., Goulet, A. y Vitaro, F. (2013). Prevention programmes for youth gambling: a review of the empirical evidence. *International Gambling Studies*, 13, 141-159. <https://doi.org/10.1080/14459795.2012.740496>
- Langhinrichsen-Rohling, J., Rohde, P., Seeley, J. R. y Rohling, M. L. (2004). *Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling*. *Journal of Gambling Studies*, 20(1), 23–46.
- León-Jariego, J.C., Parrado-González, A. y Ojea-Rodríguez, F.J. (2020). Behavioral Intention to Gamble among Adolescents: Differences Between Gamblers and Non-gamblers—Prevention Recommendations. *Journal of Gambling Studies*, 36, 555–572. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09904-6>
- Leurs, M.T., Schaalma, H.P., Jansen, M.W., Mur-Veeman, I.M., St Leger, L.H. y de Vries, N. (2005). Development of a collaborative model to improve school health promotion in The Netherlands. *Health Promotion International*, 20:296-305.
- Li, A. Y. L., Chau, C. L., y Cheng, C. (2019). Development and validation of a parent-based program for preventing gaming disorder: The game over intervention. *International journal of environmental research and public health*, 16(11).
- Lindenberg, K., Kindt, S. y Szász-Janoch, C. (2020). *Internet Addiction in Adolescents: The PROTECT Program for Evidence-Based Prevention and Treatment*. Springer.
- Lloret, D., Cabrera, V., Castaños, A., Segura, J.V., Antón, M.A. y Caselles, P. (2018). *El juego de apuestas en adolescentes de la provincia de Alicante II. Estudio longitudinal de los hábitos de juegos de apuestas y los predictores psicosociales*. Informe técnico. Diputación de Alicante.

- Lloret, D., Cabrera, V. y Segura, J.V. (2022). *Proyecto Casandra. Estudio del impacto de las TIC en jóvenes y adolescentes. Informe 2021*. Cátedra de Brecha Digital y Buen Uso de las TIC de la Universidad Miguel Hernández. doi: 10.13140/RG.2.2.32686.38721
- Meerkerk, G.J., Van Den Eijnden, R.J., Vermulst A.A. y Garretsen, H.F.L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties. *Cyberpsychology Behaviour*, 12(1):1-6. doi:10.1089/cpb.2008.0181
- Molinario, S., Canale, N., Vieno, A., Lenzi, M., Siciliano, V., Gori, M. y Santinello, M. (2014). Country and individual-level determinants of probable problematic gambling in adolescence: a multi-level cross-national comparison. *Addiction*, 109, 2089–2097 DOI:10.1111/add.12719
- National Information Society Agency (2011). *Third standardization of Korean Internet Addiction Proneness Scale*. In *NIA Research Report*; National Information Society Agency: Seoul, Korea.
- OEDA. Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías. Plan Nacional sobre Drogas (2020). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de educación secundaria (ESTUDES) 2018-2019*. Madrid: Ministerio del Interior.
- OEDA. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). *Informe sobre Trastornos Comportamentales 2022: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Oh, B.C., Ong, Y.J. y Loo, J.M.Y. (2017). A review of educational-based gambling prevention programs for adolescents. *Asian Journal of Gambling Issues & Public Health*. 7(1):4. <https://doi.org/10.1186/s40405-017-0024-5>.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)* recuperado de <https://icd.who.int/browse11>.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic reviews*, 10(1), 1-11.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLOS Medicine*, 18(3), e1003583. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
- Pitt, H., Thomas, S. L., y Bestman, A. (2016). Initiation, influence, and impact: Adolescents and parents discuss the marketing of gambling products during Australian sporting matches. *BMC Public Health*, 16(1), 967. doi:10.1186/s12889-016-3610-z
- Potenza, M.N., Wareham, J.D., Steinberg, M.A., Rugle, L., Vavallo, D.A., Krishnan-Sarin, S. y Desai, R.A. (2011). Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (2), 150-159.
- Rehbein, F., Kliem, S., Baier, D., Mößle, T. y Petry, N.M. (2015). Prevalence of internet gaming disorder in German adolescents: diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. *Addiction*, 110(5): 842-851. doi:10.1111/add.12849
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a internet y al móvil, ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20, 2, 149-160.
- Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G. y Oxman, A. (2013). *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations: The GRADE Working Group*. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
- Stevens, M., Dorstyn, D., Delfabbro, PH. y King, DL. (2021). Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55:6, 553-568.
- Wijman, T. (2021). The Games Market and Beyond in 2021: The Year in Numbers. Newzoo Recuperado de <https://newzoo.com/insights/articles/the-games-market-in-2021-the-year-in-numbers-esports-cloud-gaming>
- Ybarra, M.L., Diener-West, M., Markow, D., Leaf, P.J., Hamburger, M. y Boxer, P. (2008). Linkages between Internet and other media violence with seriously violent behavior by youth. *Pediatrics*, 122, 929.

COMPONENTES E INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EFICACES EN LOS PROBLEMAS DE JUEGO DE APUESTAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

SERGIO FERNÁNDEZ-ARTAMENDI, CARLA LÓPEZ NÚÑEZ, MANUEL JESÚS RUIZ

1. INTRODUCCIÓN

Según el último informe de Adicciones Comportamentales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (Ministerio de Sanidad, 2022), un 20,1% de los jóvenes entre 14 y 18 años ha participado en juego con apuestas alguna vez en el último año; siendo esta cifra del 27,6% entre los chicos y del 12,6% entre las chicas. Más concretamente, el 17,2% lo ha hecho de forma presencial, un 9,4% online y un 6,4% lo ha hecho de ambas formas. Existen además importantes diferencias de género también en la prevalencia de juego de riesgo o juego problema, con un 11,16% entre los chicos frente al 3,29% entre las chicas (Weidberg et al., 2018). Lo que es aún más preocupante es que desde 2015 hasta el 2020, la prevalencia de juego online entre jóvenes de 15 a 24 años se ha duplicado, pasando del 4,0 al 8,3%; siendo tres veces superior entre los chicos (12,2% frente a 4,1%). Además, la edad de inicio media en el juego está en 14,6 años para el juego presencial y en 15 años para el juego online. Los juegos más habituales de forma presencial son las loterías, primitivas y bonoloto, loterías instantáneas, quinielas y apuestas deportivas. En la modalidad online, lo más frecuente son las apuestas en videojuegos, las apuestas deportivas y los eSports o deportes electrónicos y las quinielas o quinigol.

La conducta de juego no representa un trastorno adictivo en todos los casos, pero puede representar un problema cuando controla la vida de las personas, cursa con pérdida de control, y produce un deterioro clínicamente significativo en la esfera psicológica y social. Además de lo señalado, resultan preocupantes las prácticas de riesgo y las consecuencias asociadas (Calado et al., 2017). El juego entre los jóvenes es un emergente problema de salud pública (Armitage, 2021), asociado a problemas de salud mental, emocional y sociales, impactando negativamente en el rendimiento educativo e incrementando el riesgo de desarrollar otras conductas adictivas, así como diversos problemas adicionales durante la adultez.

Dada la elevada prevalencia de los problemas de juego en población adulta en las últimas décadas, se han desarrollado diversas intervenciones psicológicas dirigidas al tratamiento del juego problema o el trastorno de juego en esta población. No obstante, y a pesar de que el juego supone un problema significativo entre los más jóvenes, y en considerable crecimiento en los últimos años, las investigaciones en torno a tratamientos psicológicos eficaces en esta población son considerablemente más escasas. Por ello, en este capítulo se pretende realizar una revisión sistemática sobre los estudios existentes hasta la fecha de tratamientos psicológicos para jóvenes con problemas de juego, buscando también publicaciones sobre componentes de intervención con evidencias de eficacia en esta población, tanto de carácter clínico como experimental, y realizados en contextos clínicos pero también escolares.

2. MÉTODO

2.1. Revisión sistemática 1

Como primer paso, se realizó una revisión sistemática de revisiones sistemáticas y meta-análisis previos. Con este fin, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de la literatura existente sobre intervenciones psicológicas dirigidas a adolescentes y jóvenes con problemas de juego. A partir de los resultados, se seleccionaron los términos principales con los que se realizaría la revisión sistemática.

En particular, para esta primera búsqueda de revisiones sistemáticas y meta-análisis se utilizaron los siguientes términos en título, abstract y palabras clave: (gambling OR gamble OR gambl*) AND (Therapy OR treat* OR program OR intervention OR psychosocial OR cognitive-behavioral OR motivational OR mindfulness OR relapse prevention OR systemic) AND (adolescent OR teen OR adolescence OR boy* OR girl* OR college OR school OR secondary); y en el título: Systematic review OR meta-analysis OR meta-analytic OR meta-analysis OR meta analytic.

PUBMED: (((gambling OR gamble OR gambl*) AND (Therapy OR treat* OR program OR intervention OR psychosocial OR cognitive-behavioral OR motivational OR mindfulness OR relapse prevention OR systemic)) AND (adolescent OR teen OR adolescence OR boy* OR girl* OR college OR school OR secondary OR young OR youth)) AND (Systematic review[Title] OR meta-analysis[Title] OR meta-analytic[Title] OR meta analysis[Title] OR meta analytic[Title])

Para realizar la búsqueda se recurrió a las bases de datos Web of Science, Pubmed y Cochrane. Como criterios de inclusión se estableció que los artículos debían ser 1) revisiones sistemáticas o meta-análisis; 2) sobre la eficacia de intervenciones o tratamientos psicológicos; 3) dirigidas al tratamiento de los problemas de juegos de apuestas; 4) sobre tratamientos dirigidos a adolescentes (hasta 18 años) o jóvenes adultos (hasta 25 años). Por otra parte, se excluyeron aquellas revisiones que 1) incluían intervenciones de carácter claramente preventivo o que iban dirigidos a población general; 2) recogían intervencio-

nes psicológicas combinadas con tratamiento farmacológico; 3) incluían intervenciones focalizadas en las adicciones a otras sustancias.

2.2. Revisión sistemática 2

En base a los resultados de esta primera revisión sistemática, se realizó una nueva revisión sistemática de artículos sobre intervenciones, tratamientos psicológicos y componentes de intervención para el abordaje de los problemas de juego en adolescentes y jóvenes. Para ello, se retomaron las palabras clave utilizadas en la primera revisión sistemática, exceptuando las relativas a la revisión sistemática o meta-análisis.

Para realizar la búsqueda se recurrió a las bases de datos Web of Science y Pubmed. Como criterios de inclusión se estableció que los artículos debían ser 1) estudios sobre la eficacia o eficiencia de intervenciones, tratamientos psicológicos o componentes de intervención de carácter clínico o experimental; 2) dirigidos al tratamiento de los problemas de juegos de apuestas; 3) estudios cuyo objetivo principal es el abordaje de los problemas de juego, independientemente de que los participantes presentaran problemas psicológicos adicionales; 4) dirigidos a jóvenes hasta 25 años de media. Por otra parte, se excluyeron aquellos artículos que 1) incluían intervenciones de carácter claramente preventivo o iban dirigidos a población general; 2) recogían intervenciones psicológicas combinadas con tratamiento farmacológico; 3) realizaban un análisis de predictores o moderadores sobre la eficacia de tratamientos psicológicos; 4) incluían estudios de caso; 5) realizaban análisis secundarios de estudios sobre eficacia o eficiencia de tratamientos psicológicos, y 6) recogían únicamente protocolos.

2.3. Resultados de las búsquedas

2.3.1. Revisión sistemática de revisiones sistemáticas y meta-análisis

Tras realizar la búsqueda en las bases de datos, se obtuvieron 68 manuscritos en la Web of Science, 206 en Pubmed y 0 en Cochrane. Tras eliminar los duplicados, se obtuvieron 240 manuscritos para la revisión de título y resumen, de las cuales se seleccionaron 10 para la lectura a texto completo. Finalmente, ningún manuscrito cumplió los criterios de inclusión.

2.3.2. Revisión sistemática de estudios empíricos de evaluación de la efectividad

Tras realizar la búsqueda en las bases de datos, se obtuvieron 361 manuscritos en la Web of Science y 410 en Pubmed. Tras eliminar los duplicados, se obtuvieron 569 manuscritos para la revisión de título y resumen, de los cuales se seleccionaron 35 para la lectura a texto completo. Finalmente, 8 manuscritos cumplieron los criterios de inclusión (Ver Tabla 1). Se añade manualmente a Broussard y Wulfert (2017).

Tabla 1. Estudios sobre intervenciones psicológicas y componentes de tratamiento de los problemas de juego de apuestas en jóvenes y jóvenes adultos

| Autores | País y muestra | Criterios de inclusión | Intervenciones evaluadas | Evaluaciones | Indicador de resultado |
|----------------------------|---|--|--|--|---|
| Broussard y Wurfert (2017) | EEUU N = 90, 50% chicos; edad = 19,6 años. | Estudiantes universitarios que han jugado alguna vez. | Acelerador digital de máquina tragaperras Panfleto educativo sobre probabilidades y conceptos de juego Panfleto educativo sobre temas no relacionados | Post-tratamiento | Indicadores de intensidad de juego, escala análoga visual sobre probabilidades de ganar y sobre excitación por el juego; todo ello durante juego simulado. Entrevista sobre motivos de detención del juego. |
| Celio et al. (2014) | EEUU N = 136; 55% chicos, edad = 19 | Estudiantes de psicología que habían jugado al menos una vez en los últimos 30 días | PNF Grupo Control (Feedback normativo no relacionado con el juego) | Post-tratamiento y +1 semana | GQPNS, BART, Tarea PAC |
| Dixon et al. (2016) | EEUU N = 18; 100% chicos, edad = 19,06 | Estudiantes universitarios, SOGS > 3, | ACT (6 semanas) Grupo control | Post-tratamiento (8 semanas tras inicio) | Indicador BOLD en fMRI durante la práctica de juego, percepción subjetiva del resultado de la jugada, AAQ-II, MAAS. |
| Larimer et al. (2012) | EEUU N = 147, 65,3% chicos; edad = 21,23 años | Estudiantes universitarios, SOGS ³ 3 | PFI (con EM), CBT, Solo evaluación (Grupo Control) | +6 meses | NODS, subescala del BACS sobre ilusión de control, GPI, GQPN. |
| Martens et al. (2015) | EEUU N = 333, 59,8% chicos; edad = 21,90 | Estudiantes universitarios, juego en los últimos 60 días, SOGS ³ 3 o BBGS ³ 1 | FP, intervención educativa, grupo control (solo evaluación) | +3 meses | Gambling Timeline Followback, Escala de juego problemático del CPGI. |
| McAfee et al. (2020) | EEUU N = 255, 62,0% chicos, edad = 22,21 años | Estudiantes universitarios, juego en los últimos 60 días, SOGS ³ 3 o BBGS ³ 1 | PFB-TXT (PF mediante mensajes de texto) PFB-EDU (PF mediante mensajes de texto sobre contenido educativo genérico sobre juego) Grupo control (solo evaluación) | +1 mes, + 6 meses | G-TLFB (porcentaje de días abstinerente del juego, dinero gastado por día de juego), Escala de juego problemático del CPGI, GRCS, GPBS, ítem sobre percepción de nivel normativo de juego. |
| Neighbors et al. (2015) | EEUU N = 252, 59,5% chicos, edad = 23,11 años) | Estudiantes universitarios, >18 años, SOGS ³ 2 | PF (con perspectiva de género) Grupo control (feedback sobre información genérica) | + 3 meses | GQPNS, GPI |
| Petry et al. (2009) | EEUU N = 117, 84,6% chicos, edad = 20,35 | Estudiantes universitarios, > 18 años, SOGS ³ 3, 3 100\$ gasto, juego ³ 2 días en los últimos 2 meses | MI+CBT MI Consejo breve Grupo Control (solo evaluación) | + 6 semanas, + 9 meses | SOGS, ASI-G |

Intervenciones: ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso); EM (Entrevista Motivacional); TCC (Terapia Cognitivo-Conductual, donde el número indica la cantidad de sesiones); PF, PNF, PFI (Feedback Normativo Personalizado/Individualizado).

Indicadores e instrumentos: AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire I), ASI-G (Addiction Severity Index – Gambling), BACS (Beliefs About Control Scale), BART (Balloon Analogue Risk Task), BBGS (Brief Biosocial Gambling Screen), BOLD (Blood Oxygenation level dependent), CPGI (Canadian Problem Gambling Index), fMRI (Resonancia Magnética Funcional), GPI (Gambling Problems Index), GQPN/S (Gambling Quantity and Perceived Norms Scale), GRCS (Gambling Related Cognitions Scale), GPBS (Gambling Protective Behaviors Scale), GTLFB (Gambling Timeline Followback) MAAS (Mindful Awareness Attitude Scale), PAC (Pick-A-Card Task), NODS (version autoaplicada de la escala NORC de diagnóstico de trastornos de juego del National Opinion Research Center), SOGS (South Oaks Gambling Scale)

2.3.3. Resumen de las características principales de los estudios revisados

En líneas generales, lo primero que podemos observar es que la muestra de los estudios está compuesta por jóvenes universitarios, con algo más de 18 años de media, y que no buscaban tratamiento, a pesar de tener problemas de juego significativos según cuestionarios como el SOGS. En cuanto a los componentes o intervenciones evaluadas, la más frecuente es el Feedback Personalizado o Normativo ($k = 5$ un 62,5% de los estudios; Celio et al., 2014; Larimer et al., 2012; Martens et al., 2015; McAfee et al., 2020; Neighbors et al., 2015). Si incluimos el feedback ofrecido a través de Entrevista Motivacional (Petry et al., 2019), 6 de los 8 estudios (75% de los estudios) incluían de alguna forma un feedback o discusión sobre los patrones de juego de los participantes, ya sea en el grupo de intervención experimental o en el control. Es destacable que, de todos ellos, tan solo uno ($k = 1$; Neighbors et al., 2015) recurrió a la perspectiva de género en la devolución del feedback normativo. Por otra parte, dos estudios ($k = 2$; Larimer et al., 2012; Petry et al., 2009) utilizaron técnicas de Tratamiento Cognitivo-Conductual, un estudio ($k = 1$; Petry et al., 2009) utilizó Entrevista Motivacional (EM), un estudio ($k = 1$) recurrió a un software de puesta a prueba de la esperanza matemática negativa del juego (Broussard y Wurfert, 2017) y otra intervención ($k = 1$) evaluó los efectos de una intervención de Aceptación y Compromiso (ACT; Dixon et al., 2016). En cuanto al método de administración de la intervención, un estudio utilizó un software computerizado ($k = 1$; Broussard y Wurfert, 2017), y otro incluyó una intervención a través de mensajes de texto ($k = 1$; McAfee et al., 2020); mientras que el resto de los estudios utilizó intervenciones cara a cara. En líneas generales, las evaluaciones incluyeron en prácticamente todos los casos ($k = 7$; 87,5%) indicadores de la práctica de juego mediante cuestionarios (Broussard y Wurfert, 2017; Celio et al., 2014; Larimer et al., 2012; Martens et al., 2015; McAfee et al., 2020; Neighbors et al., 2015; Petry et al., 2019), mientras que tan solo un estudio se limitó a evaluar los cambios en un indicador neurológico ($k = 1$; Dixon et al., 2016).

3. RESULTADOS SOBRE LAS EVIDENCIAS DE EFICACIA DE COMPONENTES E INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LOS PROBLEMAS DE JUEGO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

A continuación, se revisan los principales resultados de la revisión sistemática de estudios sobre intervenciones y componentes de tratamiento psicológico en adolescentes y jóvenes.

Broussard y Wurfert (2017). Can an accelerated simulation reduce persistence on a gambling task?

En este estudio se puso a prueba un componente de intervención experimental denominada "Digital Slot Machine Accelerator" (Acelerador digital de máquina tragaperras). Esta aplicación simula una máquina tragaperras con tres cuadros donde los participantes pueden utilizar un botón para realizar una única jugada, o bien un botón para realizar de una sola vez 50 jugadas. Posteriormente, los participantes pueden observar de forma gráfica y numérica los resultados de su jugada. El objetivo era que los jugadores pudieran jugar

durante 10 minutos y posteriormente apreciar los datos relativos a los resultados, donde claramente se observaría la esperanza matemática negativa, esto es, la pérdida acumulada de dinero que se produce tras la realización de un elevado número de jugadas. En los grupos control se entregó un panfleto educativo sobre probabilidades y conceptos de juego, o bien un panfleto educativo sobre temas no relacionados.

En el estudio se evaluó el impacto de esta tarea digital en el patrón de juego posterior en un salón de casino digital en el que se utilizaban vales de diseño realista que simulaban el valor real, de forma que se comparó el número de jugadas realizadas con el crédito disponible entre los distintos grupos. Como resultado, se observó que aquellos participantes que habían utilizado el acelerador jugaron un número significativamente inferior de veces en el casino, en comparación con los dos grupos control, y sin diferencias significativas entre ambas condiciones control. Las preguntas post-experimento revelaron que el 63% de los participantes que utilizaron el acelerador indicaron que les había influido significativamente a la hora de parar de jugar. Esto supuso una diferencia estadísticamente significativa comparado con el 33% de los participantes que recibieron el panfleto educativo sobre juego y el 10% de los que recibieron el panfleto no relacionado. Por otra parte, se evaluó el impacto que la tarea del acelerador tenía en la valoración de las probabilidades percibidas de ganar y en la excitación asociada al juego. Los resultados indicaron que los participantes que utilizaron el acelerador percibían significativamente menos probabilidades de ganar que el grupo que recibió el panfleto informativo. Los análisis sobre el impacto del acelerador y los panfletos sobre la excitación por el juego revelaron que no había diferencias significativas entre el acelerador y las condiciones control, y tan solo los que recibieron el panfleto educativo tenían menor excitación por el juego que los que recibieron el panfleto con información no relacionada con el juego. No obstante, ha de tenerse en cuenta que este estudio tiene un carácter experimental, y por tanto, los resultados deben ser interpretados con cautela sobre todo a la hora de ser extrapolados a contextos clínicos.

Celio, M.A., Lisman, S.A. (2014). Examining the efficacy of a Personalized Normative Feedback Intervention to reduce College Student Gambling

En este estudio, Celio et al. (2014) pusieron a prueba la eficacia de una intervención consistente exclusivamente en proporcionar Feedback Personalizado (PNF), frente a un grupo control. En concreto, la intervención consistió en un feedback que incluía la información proporcionada por el jugador con respecto a lo que consideraba conductas normativas en cuanto a la frecuencia de juego, la cantidad de dinero perdido por año y la máxima cantidad de dinero perdido en un día frente a las conductas normativas reales de un grupo de jugadores de la misma edad. Además, se informó a los participantes de su percentil en un “ranking” comparado con las conductas de juego de los otros estudiantes. Por tanto, se ofrecía un informe con información sobre “cuánto juegas”, “cuánto crees que juega el típico estudiante” y “cuánto juega realmente el típico estudiante”. El grupo control recibió sin embargo un feedback similar, pero sobre aspectos genéricos de la universidad relativos a los estudiantes y no con el juego.

Los resultados del estudio sugieren que la intervención experimental de feedback personalizado influyó sobre las percepciones normativas de juego, tanto en la percepción de la frecuencia, como en la percepción del gasto anual y de las pérdidas máximas en un día. El grupo que recibió el PNF presentaba estimaciones más bajas que el grupo control sobre los niveles de juego normativos entre los estudiantes de su edad. Los análisis también indicaron que los descensos en estos indicadores eran significativos en el grupo que recibió la intervención, una semana después del estudio. Además del efecto en la percepción de los patrones de juego normativos, los autores evaluaron el impacto de la intervención sobre el patrón de juego en tareas análogas de laboratorio.

Se encontró únicamente un efecto del grupo en interacción con el tiempo de forma que el grupo experimental redujo el coeficiente de riesgo [$F(2, 264) = 3.53, p = .03, \eta^2 = 0.03$] y el gasto total en estas tareas [$F(2, 264) = 3.36, p = .04, \eta^2 = 0.02$], indicando que los participantes del grupo control mostraron un incremento significativamente mayor en el coeficiente de riesgo y en el dinero gastado en el seguimiento. Los resultados reflejan un efecto robusto de forma que las normas percibidas sobre el juego decrecen en el grupo que recibe la intervención frente al grupo control, donde permanecen sin cambios. A pesar de que esto debería suponer también un menor riesgo en las prácticas de juego, parece que los participantes del grupo control incrementan el nivel de riesgo entre la línea base y los dos seguimientos, mientras que los participantes del PNF incrementan ligeramente el riesgo en el seguimiento post-experimento, pero se estabilizan en el seguimiento a una semana. Podría decirse por tanto que la intervención sí logra moderar ligeramente la asunción de riesgos en el juego.

Dixon, M.R., Wilson, A.N. y Habib, R. (2016). Neurological evidence of acceptance and commitment therapy effectiveness in college age gamblers

En este estudio se examinó el impacto de una intervención de Aceptación y Compromiso (ACT) realizada en jóvenes estudiantes universitarios, cuya puntuación en el cuestionario SOGS superaba los 3 puntos. El impacto de la intervención fue evaluado a través de medidas neuropsicológicas realizadas con Resonancia Magnética Funcional (fMRI). La intervención terapéutica consistió en sesiones de una hora, con frecuencia semanal, durante ocho semanas. Cada una de las sesiones se dirigió a abordar uno o más de los seis procesos centrales de la terapia ACT, incluyendo: Aceptación, valores, defusión, compromiso y el "yo como contexto". Posteriormente, se evaluó la activación mediante imagen de contraste dependiente del nivel de oxigenación en sangre (Blood Oxygenation Level Dependent; BOLD) durante la tarea de juego, comparando en función del grupo (tratamiento vs. grupo control) y en función del resultado de la jugada (ganar vs. perder). Por otra parte, los jugadores evaluaron su percepción subjetiva de lo cerca que estaban de ganar para cada una de las jugadas.

Los resultados mostraron que, en efecto, según el cuestionario AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire II, para la evaluación de la evitación experiencial) y el MAAS (Mindful Awareness Attitude Scale, para la evaluación de la frecuencia de los estados de mindfulness a través del tiempo), la intervención ACT había tenido los efectos esperados (mayor flexibilidad psicológica y conductas de atención plena). Los participantes que había reci-

bido la intervención mostraban además mayores activaciones en las pruebas fMRI tanto tras ganar como tras perder una jugada, particularmente en las zonas frontal y parietal, con patrones similares a los jugadores sin trastorno de juego. Según los autores, la intervención ACT modificó la forma en que los jugadores “apreciaban” las experiencias de ganar y perder, e hipotetizan que, tras la intervención, “ganar” ahora tenía connotaciones adicionales como “pérdida de tiempo con mi familia” o “pérdida de tiempo de estudio”. Los resultados parecen indicar que la intervención ACT modificó significativamente tanto la actividad cerebral como el patrón conductual de los jugadores. La hipótesis es que la focalización en el momento presente favorece el compromiso con acciones basadas en los valores en presencia de estímulos aversivos y apetitivos. No obstante, este estudio tiene un carácter experimental y, por tanto, sus resultados deben ser interpretados con cautela a la hora de extrapolarlos a contextos clínicos.

Larimer, M.E., Neighbors, C., Lostutter, T.W., Whiteside, U., Cronce, J.M., Kaysen, D. y Walker, D.D. (2011). Brief motivational feedback and cognitive behavioral interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial

En la investigación de Larimer et al. (2012) se compararon dos intervenciones con un grupo control, en una muestra de 147 estudiantes universitarios con problemas de juego. En primer lugar, una intervención de Feedback Personalizado Individualizado (PFI) donde se utilizaba Entrevista Motivacional con discusión de los datos personales del participante sobre su práctica de juego, normas percibidas, expectativas, consecuencias negativas, creencias, autoeficacia, etc. En segundo lugar, otro grupo recibía una intervención de carácter cognitivo conductual (TCC o bien Cognitive-Behavioral Therapy/CBT, por sus siglas en inglés), con 4-6 sesiones semanales de una hora, con los contenidos habituales de este tipo de intervenciones (análisis funcional, distorsiones cognitivas, ilusión de control, asertividad, prevención de recaídas, etc.). Por último, un grupo control realizaba únicamente el protocolo de evaluación.

Los resultados indicaron que el grupo de PFI redujo significativamente la frecuencia de juego y cambió la percepción normativa sobre el juego en comparación con el grupo control, mientras que estos resultados no se lograron en el grupo TCC. El grupo TCC redujo la ilusión de control con respecto al GC, mientras que este resultado no se observó en el grupo PFI. Tanto el grupo PFI como el TCC redujeron los problemas asociados al juego y los síntomas de Trastorno de Juego según el DSM-IV-TR. Por otro lado, no se lograron diferencias significativas en la reducción del gasto en los grupos de tratamiento con respecto al GC.

En líneas generales, los resultados indican que una sesión individual de Feedback Personalizado con Entrevista Motivacional y entre cuatro y seis sesiones de TCC fueron eficaces para reducir los problemas de juego, pero no el gasto en juego; si bien esto podría ser debido a la escasa sensibilidad del indicador elegido para esta variable. Esto apunta a resultados prometedores de estas intervenciones para el tratamiento de los problemas de juego.

Martens, M.P., Arterberry, B.J., Takamatsu, S.K., Masters, J. y Dude, K. (2015). The Efficacy of a Personalized Feedback-Only Intervention for At-Risk College Gamblers

En el estudio de Martens et al. (2015), se puso a prueba una intervención de Feedback Personalizado (PFB) mediante un entregable con la información personal, que los participantes revisaban durante 10 minutos. Este folleto incluía datos sobre sus prácticas de juego y la frecuencia percibida entre estudiantes de su misma edad, así como el resultado de su clasificación como jugador de riesgo o jugador “patológico” según su puntuación en el SOGS, su patrón de juego en los últimos meses, problemas con el juego autorreferidos y situaciones personales de alto riesgo para el juego con indicaciones para prevenirlas, así como mitos y distorsiones cognitivas habituales relacionadas con el juego. Esta intervención se comparó con dos condiciones: Un grupo control (EDU) que recibió información genérica sobre el juego en su universidad, factores de riesgo para el juego y algunas estrategias para reducir problemas con el juego; y un grupo control (AO) que solo fue sometido al proceso de evaluación. En total, se reclutaron 333 estudiantes universitarios de 21,9 años de edad media, que habían referido prácticas de juego en los últimos 60 días y que puntuaban más de 3 o más en el SOGS o 1 o más puntos en el BBGS (Brief Biosocial Gambling Screen; una escala breve de tres ítems con los problemas más habituales asociados al juego: síntomas de abstinencia, ocultación de la práctica de juego y búsqueda de apoyo financiero).

Los resultados del estudio indicaron que, en comparación con el grupo que fue sometido solo al protocolo de evaluación (AO), los participantes en el grupo de intervención (PFB) de FP mostraban una mayor reducción de los dólares gastados en juego. Los participantes del grupo control (AO) mostraron además más problemas de juego según el CGPI (Canadian Problem Gambling Test) que los que recibieron la intervención (PFB), sin diferencias entre el grupo de intervención (PFB) y el grupo control con intervención genérica (EDU). En líneas generales, los participantes que recibieron la intervención completa (PFB) mostraban una mayor reducción en las conductas de juego en el seguimiento, en particular al ser comparados con el grupo AO.

McAfee, N.W., Martens, M.P., Herring, T.E., Takamatsu, S.K. y Foss, J.M. The Efficacy of Personalized Feedback Interventions Delivered via Smartphone among At-Risk College Student Gamblers

En el estudio de McAfee et al. (2020) se puso a prueba una intervención de Feedback Personalizado. En primer lugar, el grupo que recibió la intervención experimental (PFB-TXT) participó en un programa consistente en recibir un mensaje de texto con su información personalizada (número de veces que juegan al mes comparado con la media del campus y un resumen de las consecuencias negativas). Posteriormente, los participantes recibían 12 mensajes de texto durante los siguientes 28 días solicitando información sobre objetivos de reducción de juego y barreras percibidas para los mismos, junto con mensajes de apoyo a esos objetivos y de superación de las barreras. Además, se ofrecían mensajes personalizados basados en la información obtenida a través de los instrumentos de evaluación, e información corrigiendo sesgos cognitivos si se detectaban. Un segundo grupo (PFB-EDU) recibía un Feedback Personalizado idéntico, pero con mensajes de texto con información genérica sobre juego. Por último, la segunda condición control solo completó el protocolo de evaluación.

En total, 255 estudiantes universitarios que habían jugado en los últimos 60 días y que habían arrojado puntuaciones iguales o superiores a 3 en el SOGS o iguales o superiores a 1 en el BBGS, formaron parte del estudio. Los resultados indicaron un efecto significativo en la reducción de las normas percibidas sobre el juego, el dinero gastado por día de juego y los problemas asociados en el grupo de intervención (PFB-TXT). En línea con la hipótesis de partida, las condiciones con Feedback Personalizado redujeron la intensidad de los patrones de juego percibidos como normativos, en comparación con el grupo control. Esto es relevante dado que la percepción normativa en el seguimiento al mes se asoció además con los problemas de juego a los 6 meses, aunque no así con el número de días abstinentes del juego o el dinero gastado. De la misma forma, una percepción normativa más elevada del juego al mes de seguimiento se asoció con más problemas de juego a los 6 meses. Las intervenciones de Feedback Personalizado no mostraron diferencias significativas en la variable de resultado “problemas de juego a los 6 meses”, y su efecto sobre este resultado es solo de manera indirecta, al lograr modificar ciertas variables moderadoras. Es decir, estas intervenciones de Feedback no logran modificar los problemas de juego a los 6 meses, pero sí logran modificar algunas variables habitualmente mediadoras como las percepciones normativas sobre el juego en los participantes, lo que sí podría asociarse a menos problemas de juego a los 6 meses. En conclusión, el estudio apunta a un resultado prometedor, pero pendiente de más investigaciones para verificar la eficacia de la intervención.

Neighbors, C., Rodriguez, L., Rinker, D.V., Gonzales, R.G., Agana, M., Tackett, J.L. y Foster, D.W. (2015). Efficacy of Personalized Normative Feedback as a Brief Intervention for College Student Gambling: A Randomized Controlled Trial

En esta investigación, Neighbors et al. (2015) pusieron a prueba una intervención de Feedback personalizado, con perspectiva de género, con cuatro componentes: 1) frecuencia de juego, gasto y tiempo dedicado; 2) percepciones del participante sobre estas variables en personas de su mismo sexo; 3) normas reales sobre estas variables en personas de su mismo sexo y 4) un ranking con el percentil de la frecuencia de juego del participante relativo a las personas de su mismo sexo. El grupo control recibió una intervención con feedback sobre información genérica de frecuencia de realización de actividades habituales.

En el estudio participaron 252 estudiantes universitarios mayores de edad con una puntuación igual o superior a 2 puntos en el SOGS. Los resultados del estudio indican que la intervención tuvo un efecto significativo en la reducción de la cantidad de dinero perdida y los problemas de juego a los tres meses, y en la reducción de la cantidad de dinero perdida a los 6 meses. En la misma línea, la intervención logró un cambio significativo en las percepciones sobre las ganancias y pérdidas normativas. En líneas generales, los resultados indican que la intervención es eficaz por sí misma con reducciones significativas en cuatro de los siete indicadores de juego contemplados relacionados con las percepciones normativas y con los indicadores conductuales. Además, en los indicadores que no mostraron reducciones significativas tras la intervención sí se encontró un efecto significativo de reducción en la práctica de juego particularmente entre aquellos participantes que presentaban una mayor identificación social con otros jugadores.

Petry, N.M., Weinstock, J., Morasco, B.J. y Ledgerwood, D.M. (2009). Brief motivational interventions for college student problem gamblers

En la investigación de Petry et al. (2009) participaron 117 jóvenes estudiantes universitarios mayores de 18 años, cuya puntuación en el SOGS era igual o superior a 3, su gasto en juego superior a 100\$, y su frecuencia de juego superior a dos días en los últimos dos meses. Los participantes fueron repartidos en cuatro grupos, con tres niveles de intervención y un grupo control. En la intervención más intensiva (EM+TCC) se puso a prueba un tratamiento combinado de Entrevista Motivacional (EM) y Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que incluía una primera sesión de EM y tres sesiones individuales de TCC en las que se trabajaban: 1) identificación de desencadenantes internos y externos del juego; 2) estrategias de afrontamiento para desencadenantes internos y 3) estrategias de afrontamiento para desencadenantes externos. En otro grupo (EM), se aplicó exclusivamente la sesión de 50 minutos de Entrevista Motivacional con feedback personalizado sobre la práctica del juego, una exploración de las consecuencias positivas y negativas del juego y el encaje de éste en sus valores y metas. En tercer lugar, un grupo recibió exclusivamente una intervención de Consejo Breve (CB) de unos 10-15 minutos con información sobre la práctica de juego personal y algunos consejos para evitar problemas de juego. Por último, un grupo control (GC) participó exclusivamente en el protocolo de evaluación.

Los resultados indicaron, según el ASI-G, que las tres intervenciones reducían los problemas de juego y los días de juego en comparación con el grupo control, sin diferencias significativas entre ellas. Las tres intervenciones logran también reducir los dólares gastados en juego, aunque solo la condición EM logra una reducción significativamente superior al grupo control, sin diferencias significativas entre las tres intervenciones. Por otra parte, en el seguimiento a 9 meses, el porcentaje de estudiantes de cada grupo que habían “mejorado significativamente” en términos de gasto era mayor conforme más intensiva la intervención. Los análisis de regresión indicaron que los participantes del grupo EM tenían tres veces más probabilidad de experimentar una “mejora significativa” en comparación con el grupo control. Ni el Consejo Breve ni la intervención combinada de EM+TCC arrojaban probabilidades significativamente superiores con respecto al grupo control.

En líneas generales, los resultados indican que las tres intervenciones puestas a prueba logran reducir los problemas de juego en comparación con un grupo control. En particular, la intervención de EM evidenció una mayor efectividad que el grupo control. En parte, los resultados limitados obtenidos por la combinación EM+TCC podrían explicarse en este estudio por la baja participación de los estudiantes en las sesiones de TCC, donde tan solo el 33% acudió a las tres sesiones.

4. LIMITACIONES

La presente revisión sistemática tiene diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, la principal limitación tiene que ver con la significativa escasez de estudios de investigación publicados sobre intervenciones psicológicas dirigidas a adolescentes con problemas de juego o trastorno de juego, debidamente evaluadas, siguiendo diseños experimentales sólidos como son los ensayos aleatorizados controlados. Esta escasez

contrasta con la diversidad de estudios de investigación sobre la eficacia de programas de prevención en este ámbito (ver capítulo 4). De hecho, los estudios revisados hacen referencia mayoritariamente a estudios experimentales y componentes de intervención y no tanto a tratamientos; siendo algunos de parte de programas o estrategias preventivas de carácter selectivo o indicado y sin seguir necesariamente los diseños experimentales esperados para evaluar la eficacia de los programas. Por ello, para esta revisión, se ha optado por un criterio más laxo en la selección de artículos de forma que entre los criterios de inclusión se han aceptado aquellos estudios sobre tratamientos psicológicos realizados en contextos clínicos, pero también componentes de intervención experimentales o pertenecientes a programas desarrollados en contextos educativos. Esto puede solaparse en ocasiones con programas considerados de prevención indicada o incluso selectiva; pero nuestro objetivo ha sido proporcionar al menos una orientación a los profesionales sobre los posibles componentes eficaces de un tratamiento en esta población. En segundo lugar, ante la escasez de estudios se han incluido investigaciones que abordan problemas de juego en jóvenes, sin presentar necesariamente un diagnóstico de Trastorno de Juego, por lo que los participantes de los estudios no presentan un problema clínico estrictamente diagnosticado según los principales manuales existentes. En tercer lugar, y dada la escasez de estudios de intervención en menores de edad, se han incluido también publicaciones con estudiantes universitarios con edades ligeramente superiores a los 18 años, hasta un máximo de 25 años de media. Esto dificulta notablemente la generalización de los resultados a la población general, adolescente y de perfil clínico. No obstante, se han descartado aquellos estudios sobre programas de carácter estrictamente preventivo, ya sea por estar definidos como tal por los autores o bien por estar enmarcados en actividades claramente preventivas realizadas en contextos escolares, de carácter grupal y enmarcados en estrategias de prevención universal o selectiva.

5. CONCLUSIONES SOBRE LAS EVIDENCIAS DE VALIDEZ DE LOS COMPONENTES DE TRATAMIENTO PARA LOS PROBLEMAS DE JUEGO EN JÓVENES Y JÓVENES ADULTOS

En primer lugar, parece evidente que existe una clara necesidad de realizar más investigaciones sobre tratamientos psicológicos de problemas de juego y trastorno de juego en jóvenes y adolescentes. A pesar del incremento en la prevalencia de la práctica de juego y de los problemas asociados a ella en los últimos años, tanto en España como en otros países, parece que la investigación en el ámbito del tratamiento de estos problemas es aún muy escasa; en contraste con la abundante investigación en materia de prevención. En total, en la presente revisión sistemática se incluyen 1348 participantes (62,3% chicos; edad media = 21,49 años), en su totalidad estudiantes universitarios (N = 1348; 100%). Esta muestra no es particularmente amplia para el tipo de revisión sistemática ni su perfil ofrece una heterogeneidad clara que permita establecer conclusiones sólidas e implicaciones clínicas claras. No obstante, a pesar de estas limitaciones, y a partir de la revisión sistemática de estudios realizada (k = 8), podemos extraer algunas conclusiones. A continuación, se resumen las principales evidencias de efectividad para cada uno de los componentes e intervenciones psicológicas revisadas.

5.1. Feedback Personalizado o Normativo (FP)

En líneas generales, se trata de un componente de intervención consistente en la evaluación del patrón de juego de los participantes, mediante diversas estrategias, en ámbitos como la cantidad de dinero jugada, los días de juego, y las percepciones sobre lo que se considera normativo en estos ámbitos. En las intervenciones, los participantes son evaluados y posteriormente reciben esta información contextualizada, y habitualmente en comparación con datos estándar de su grupo de edad, o incluso por sexo, con el objetivo de modificar sus percepciones sobre lo que se considera un patrón de juego “normal”. La hipótesis es que esta modificación de las percepciones normativas contribuya a reducir la frecuencia de juego, el dinero gastado y los problemas asociados.

Los estudios realizados (Celio et al., 2014; Larimer et al.), indican que el componente de Feedback Personalizado logra modificar las percepciones normativas de juego sobre la frecuencia, gasto anual y pérdidas (Celio et al., 2014; Larimer et al.; McAfee et al., 2020; Martens et al., 2015; Neighbors et al., 2015), frenando el progreso en las conductas de riesgo asociadas al juego (Celio et al., 2014). Además, logra reducir la frecuencia de juego (Larimer et al., 2014) y en algunos estudios los problemas asociados o los síntomas DSM-IV-TR de Trastorno de Juego (Larimer et al., 2014; Martens et al., 2015; Neighbors et al., 2015). No logra sin embargo reducciones significativas en el gasto en juego en unos estudios (Larimer et al., 2014) pero sí en otros (Martens et al., 2015; Neighbors et al., 2015). Tampoco logra reducir los problemas de juego en algunos estudios (Martens et al., 2015). En el estudio de Petry et al. (2009) donde se aplica Entrevista Motivacional con elementos de feedback personalizado también resulta efectivo en la reducción del gasto, los problemas de juego y los días de juego; en mayor medida que las otras intervenciones. Esto podría indicar que la combinación del componente de feedback personalizado con entrevista motivacional podría ser una alternativa particularmente efectiva. En base a estos resultados, se le ha otorgado a esta intervención un grado de recomendación C (Ver Tabla 2).

5.2. Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una intervención con eficacia contrastada en el ámbito de las conductas adictivas. Su objetivo es entrenar a los jóvenes en distintas habilidades cognitivas y conductuales que permitan afrontar situaciones de riesgo, prevenir recaídas y resolver problemas de la vida diaria que contribuyen en el origen y mantenimiento de las conductas adictivas. Si bien su eficacia está ampliamente probada en otras conductas adictivas infantojuveniles, la investigación en jóvenes con problemas de juego es más escasa. En la presente revisión, tan solo dos estudios (Larimer et al., 2012; Petry et al., 2009) la han puesto a prueba, con jóvenes universitarios, aplicando entre 4 y 6 sesiones de TCC en solitario (Larimer et al., 2012) o tres sesiones combinadas con Entrevista Motivacional (Petry et al., 2009).

Estos dos estudios arrojan resultados diversos. En primer lugar, la TCC, en solitario o combinada con una sesión de EM parece eficaz en la reducción de la ilusión de control en los participantes (Larimer et al., 2012), así como los problemas de juego (Larimer et al., 2012; Petry et al., 2009), los síntomas DSM-IV-TR del Trastorno de Juego (Larimer et al., 2012) y el dinero gastado en juego (Petry et al., 2009). No logra sin embargo reducir el gasto en

comparación con el grupo control (Larimer et al., 2012) y su combinación con Entrevista Motivacional no parece mejorar los resultados de ésta, siendo la EM más eficaz para alcanzar mejoras significativas en los jugadores. Una de las dificultades del estudio de Petry et al. (2009) fue la baja participación de los jugadores en las sesiones de TCC, con solo un 33% realizando las tres sesiones. Dado que los participantes de este y los demás estudios no habían demandado tratamiento, la TCC podría presentar limitaciones frente a intervenciones más breves y de carácter motivacional. En base a estos resultados, se le ha otorgado a esta intervención un grado de recomendación C (Ver Tabla 2)

5.3. Otros componentes e intervenciones

Por último, otros componentes e intervenciones evaluados en los estudios incluidos en la presente revisión sistemática incluyen una aplicación digital denominada “Acelerador digital de máquina tragaperras” (Digital Slot Machine Accelerator; Broussard y Wulfert, 2017), una intervención de Aceptación y Compromiso (ACT; Dixon et al., 2016) y la Entrevista Motivacional (Petry et al., 2009). En primer lugar, el “acelerador” (Broussard y Wulfert, 2017) es una aplicación experimental que ofrece al jugador una versión acelerada de la experiencia de juego, en la que es más sencillo observar las pérdidas que se producen si se juega de forma continuada (la esperanza matemática negativa). En segundo lugar, la intervención ACT (Dixon et al., 2016) se focalizaba en trabajar la aceptación, los valores, defusión, compromiso y el “yo como contexto”. Por último, la Entrevista Motivacional (EM, Petry et al., 2009) consistió en una única sesión donde se discutían datos personales sobre la práctica de juego y se exploraban las consecuencias positivas y negativas del mismo, valorando su encaje en los valores y metas personales.

Los resultados de los estudios revisados indican que el componente del “acelerador” modificaba la práctica de juego, adelantando el momento en el que los jugadores dejaban de jugar, frente al grupo control (Broussard y Wulfert, 2017). Los participantes indicaban, además, que esta experiencia les había influido a la hora de dejar de jugar en la tarea de evaluación de juego simulado. Además, los participantes que habían utilizado este software percibían significativamente menos probabilidades de ganar frente aquellos que solo recibían un panfleto informativo. En cuanto a la intervención ACT (Dixon et al., 2016), no se evaluó su impacto en la práctica de juego, pero los autores encuentran cambios en la activación cerebral durante la práctica del juego indicando, según los propios autores, un cambio positivo, favoreciendo el compromiso con acciones basadas en valores frente a los estímulos aversivos y apetitivos asociados al juego. Por último, los resultados de la intervención de Entrevista Motivacional son positivos (Petry et al., 2009), arrojando una reducción significativa en gasto en juego, siendo superior a su combinación con TCC, a una intervención de consejo breve y al grupo control. Además, resultó la única intervención que predecía una mejora significativa en los participantes tras 9 meses. Curiosamente, y como ya se ha mencionado, complementar la EM con sesiones de TCC no parece aportar mejoras en este estudio, en los resultados evaluados. En base a estos resultados, se le ha otorgado a estas intervenciones un grado de recomendación D (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Recomendaciones basadas en el nivel de evidencia

| Intervención | Grado de Recomendación |
|--|-------------------------------|
| Feedback Personalizado (FP) | C |
| Terapia Cognitivo Conductual (TCC) | C |
| Acelerador digital | D |
| Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) | D |
| Entrevista Motivacional (EM) | D |

6. BIBLIOGRAFÍA

- Armitage (2021). Gambling among adolescents: an emerging public health problem (correspondencia). *The Lancet Public Health*, 6(3). [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00026-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00026-8)
- Broussard y Wulfert (2017). Can an accelerated simulation reduce persistence on a gambling task? *International Journal on Mental Health and Addiction*, 15(1). <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9620-8>
- Calado, F., Alexandre, J. y Griffiths, M.D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of Gambling Studies*, 33(2). <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>.
- Celio, M.A., Lisman, S.A. (2014). Examining the efficacy of a Personalized Normative Feedback Intervention to reduce College Student Gambling. *Journal of American College Health*, 62(3). <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.865626>.
- Dixon, M.R., Wilson, A.N. y Habib, R. (2016). Neurological evidence of acceptance and commitment therapy effectiveness in college age gamblers. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.04.004>
- Larimer, M.E., Neighbors, C., Lostutter, T.W., Whiteside, U., Crounce, J.M., Kaysen, D. y Walker, D.D. (2011). Brief motivational feedback and cognitive behavioral interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial. *Addiction*, 107(6). <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03776.x>
- Martens, M.P., Arterberry, B.J., Takamatsu, S.K., Masters, J. y Dude, K. (2015). The Efficacy of a Personalized Feedback-Only Intervention for At-Risk College Gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3). <https://dx.doi.org/10.1037/a0038843>
- McAfee, N.W., Martens, M.P., Herring, T.E., Takamatsu, S.K. y Foss, J.M. The Efficacy of Personalized Feedback Interventions Delivered via Smartphone among At-Risk College Student Gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 45. <http://dx.doi.org/10.4309/jgi.2020.45.3>
- Ministerio de Salud (2022). Informe sobre adicciones comportamentales 2021. Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Neighbors, C., Rodriguez, L., Rinker, D.V., Gonzales, R.G., Agana, M., Tackett, J.L. y Foster, D.W. (2015). Efficacy of Personalized Normative Feedback as a Brief Intervention for College Student Gambling: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3). <https://dx.doi.org/10.1037/a0039125>
- Petry, N.M., Weinstock, J., Morasco, B.J. y Ledgerwood, D.M. (2009). Brief motivational interventions for college student problem gamblers. *Addiction*, 104. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02652.x>
- Weidberg, S., González-Roz, A., Fernández-Hermida, J.R., Martínez-Loredo, V., Grande-Gosende, A., García-Pérez, A. y Secades-Villa, R. (2018). Gender differences among adolescent gambler. *Personality and Individual Differences*, 125. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.12.031>

PARTE 5

ÚLTIMAS TENDENCIAS

ÚLTIMAS TENDENCIAS. ASPECTOS NOSOLÓGICOS Y TERAPÉUTICOS A CONSIDERAR EN EL FUTURO

ANA LLORENTE-VIZCAÍNO, ROSA DÍAZ-HURTADO, POL BRUGUERA, MERCÈ BALCELLS-OLIVERÓ

1. INTRODUCCIÓN

Bajo el término de adicción se agrupan conductas diversas y complejas que inciden en el individuo en su globalidad biopsicosocial, su relación con el mundo y los otros. Se encuentran intrínsecamente asociadas a las dimensiones y características individuales y a un contexto social. El interés en el estudio de nuevas conductas adictivas sin sustancias ha permitido ampliar el panorama de las adicciones, lo que se ha denominado adicciones comportamentales, que es el ámbito de construcción de esta guía. Las adicciones comportamentales conciernen acciones humanas: jugar, comprar, comer, trabajar, hacer deporte, en donde el objeto adictivo es un objeto común, sin toxicidad aparente, que no tiene propiedades psicoactivas, y que se utiliza de manera generalizada, como las compras, la comida, el juego, los ordenadores, y que nos concierne a todos como forma de adaptación a la sociedad. La naturaleza adictiva de muchas de estas acciones es aún materia de controversia (Kardefelt-Winther et al., 2017). Sigue siendo actual la hoy clásica precisión enunciada por Peele (Peele, 2000): *“es de una experiencia que los humanos se vuelven adictos y no de una sustancia”*.

Pero, ¿cuándo una acción o un comportamiento humano habitual, repetitivo, lúdico o apasionado se transforma en adictivo?, y ¿habría diferencias en dichos comportamientos humanos según se considere la diversidad humana en cuanto a edad, género, cultura, territorio, vulnerabilidad? Reconocemos que el término adicción se puede utilizar en al menos dos sentidos: uno extensional, en el cual se incluyen distintas condiciones clínicamente significativas, pero de etiología probablemente diversa, y uno intensional, en el que lo más importante en la definición de la adicción son los mecanismos etiológicos subyacentes (Sussman y Sussman, 2011).

Algunos de estos comportamientos no son recientes en la historia humana como el trastorno del juego, pero en otros comportamientos, vemos una clara relación con los cambios sociales iniciados con la revolución industrial. En estos nuevos modelos de sociedad, en los llamados países desarrollados o en vías de desarrollo, aparece, una nueva sociedad de ocio y de consumo, mediatizada por el uso de la publicidad y del marketing de masas, con cambios en los estilos de vida interconectados y basada en el bienestar, la estética y la perfección, y con cambios claramente asociados a la revolución tecnológica, en donde se cuestiona qué objeto tiene capacidad de generar una conducta adictiva: el soporte (por ejemplo, el digital) o el contenido. A fecha actual todavía no hay un consenso para poder establecer una lista precisa de adicciones comportamentales, no obstante podemos encontrar hasta más de 20 denominaciones que aparecen como adicciones genuinas en diferentes buscadores, empezando por las asociadas a las nuevas tecnologías (TIC) como adicciones a las TIC o ciberadicciones y a través de las TICs entre otras: adicción a los videojuegos y al juego en línea, a internet, a la televisión, al móvil y a aplicaciones vinculadas al móvil como la adicción a las redes sociales y a sus aplicaciones como Instagram o Tik-Tok, la nomofobia, la toma excesiva de selfies; continuando con las asociadas a la sociedad de consumo y el estilo de vida: como el sexo y el cibersexo, las compras, al consumismo y acumulación, la cleptomanía, a la comida, al chocolate, a los dulces, al trabajo, al deporte o la actividad física, al baile, el culto al cuerpo con ortorexia y vigorexia, y finalizando con las adicciones emocionales: como la dependencia emocional, la dependencia a través de dispositivos digitales (influencers, youtubers), las dependencias de grupos de manipulación psicológica o sectas coercitivas, entre otras.

Es obvio que poder identificar las acciones que no requieren ingesta de sustancias psicoactivas y que causan un deterioro clínico significativo como adicciones comportamentales genuinas tendría repercusiones en todos los ámbitos humanos: científico, sanitario, político, social, educativo y podría tener un beneficio en la salud pública ayudando a guiar los esfuerzos en la investigación y también en la práctica clínica, al filiar nuevos trastornos y nuevas dianas terapéuticas con la finalidad de mejorar la vida de las personas. Pero no sólo considerar una actividad como perjudicial y que conlleve una necesidad de prevención implicaría necesariamente su consideración como actividad adictiva. Por ello, en los últimos años, y más concretamente en el último año, y utilizando revisiones narrativas, las opiniones de los expertos alertan sobre la patologización excesiva de comportamientos humanos repetitivos, lúdicos o apasionados (Brody y Billieux, 2022), sobre la psicopatologización de los problemas de la vida cotidiana (Kardefelt-Winther et al., 2017) y alertan por lo tanto de un aumento de la consideración de dichas conductas como adictivas y de una posible inflación diagnóstica con una pérdida de credibilidad (Brand et al., 2022; Griffiths, 2022; Gullo, Wood y Saunders, 2022).

En este capítulo abordaremos los aspectos nosológicos y terapéuticos a considerar en el futuro. Presentaremos en primer lugar, cuáles han sido las adicciones comportamentales ya reconocidas como trastornos. En segundo lugar, consideraremos los criterios que los expertos han llamado de metanivel añadidos a los criterios tradicionales para considerar nuevas conductas como candidatas a ser reconocidas como trastornos adictivos comportamentales en el futuro. En tercer lugar, revisaremos algunas de las conductas

candidatas que tendrían mayor probabilidad de ser consideradas trastornos debidos a comportamientos adictivos y algunas evidencias científicas sobre los mismos. Continuaremos con los aspectos terapéuticos y psicofarmacológicos a considerar en el futuro y finalizaremos con una conclusión y reflexión final.

2. ADICCIONES COMPORTAMENTALES YA RECONOCIDAS COMO TRASTORNOS

En los últimos años parece que la comunidad científica ha realizado un intenso debate para identificar qué conductas cumplirían criterios para ser consideradas trastornos adictivos comportamentales asimilados a los trastornos por uso de sustancias. En la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), se reconoció una entidad, el “Trastorno de juego (Gambling Disorder)”, anteriormente denominado como “Juego patológico” dentro de los trastornos adictivos y por uso de sustancias; en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, la CIE-11 (International Classification of Diseases, Eleventh Revision, 2018) además de validar el Trastorno de juego como un trastorno debido a comportamientos adictivos y renombrarlo como “Trastorno por juego de apuestas, predominantemente offline”, con el código 6C50 se reconoció otro trastorno, el “Trastorno por uso de videojuegos”, con código 6C51 (Gaming Disorder) dentro de la misma como un trastorno debido a un comportamiento adictivo. Por último, aunque la propia CIE-11 permite codificar en el parágrafo 6C5Y “Otros trastornos especificados debidos a comportamientos adictivos”, es en este último parágrafo en donde en el último año se han producido intensos debates que han generado públicamente los expertos en el ámbito de las adicciones comportamentales (Brand et al., 2022; Gola et al., 2022; Sassover y Weinstein, 2022; Griffiths, 2022; Gullo et al., 2022; Kuss y López-Fernández, 2022), conducentes a identificar otras conductas candidatas a ser reconocidas como adicciones comportamentales. En este contexto, el debate se ha centrado en la propuesta de criterios específicos para poder identificar nuevas conductas candidatas. En dicho debate, sigue siendo muy actual la propuesta de Marks (1990) quien hace de la compulsión el criterio mayor de la adicción.

La consideración de que las dos entidades reconocidas, el “Trastorno por juego de apuestas” y “Trastorno por uso de videojuegos” siguiendo nomenclatura ICD-11, son trastornos debido a un comportamiento adictivo, se ha fundamentado en la convergencia producida por los datos neurobiológicos preclínicos, de neuroimagen, epidemiológicos, clínicos y psicológicos, de tratamiento, sociológicos y sociales entre estas dos entidades reconocidas y las adicciones con sustancia (Brand et al., 2022; Castro-Calvo et al., 2021; Gola et al., 2022; Griffiths, 2022). Se ha señalado que la investigación en este aspecto sufre de un importante sesgo confirmatorio y podrían llegarse a identificar problemas comportamentales superficialmente similares a través de diferentes mecanismos etiológicos (Perales et al., 2020). Los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación internacionales, CIE-11 por ejemplo, incluyen la presencia de un control deficiente sobre la conducta, prioridad creciente y preocupación por la misma, y continuación o escalada de la conducta a pesar de experimentar consecuencias negativas; además la conducta debe conducir

a un deterioro significativo en los dominios personales, familiares, sociales, educativos, ocupacionales u otros importantes de la vida.

Además de los criterios diagnósticos previos, Yücel et al., (2018) describen un estudio internacional de consenso utilizando el método Delphi con 44 expertos internacionales en la adicción que identificó siete constructos primarios para comprender la vulnerabilidad o cronicidad en la adicción que serían comunes a las adicciones con y sin sustancias: 1. Errores de expectativa en la predicción de la recompensa (Expectancy); 2. Selección de las preferencias de acción basadas en la toma de decisiones (Action Selection); 3. Aprendizaje de la recompensa (Reward Learning); 4. Hábitos (Habit); 5. Inhibición de respuesta (Inhibition); 6. Compulsividad (Compulsivity); 7. Valencia positiva (Positive Valence), que son claramente disfuncionales en la adicción, son transdiagnósticos, y están relacionados con la vulnerabilidad y la cronicidad.

3. CRITERIOS DE METANIVEL PROPUESTOS POR LOS EXPERTOS PARA CONSIDERAR NUEVAS CONDUCTAS COMO CANDIDATAS A SER RECONOCIDAS COMO TRASTORNOS ADICTIVOS COMPORTAMENTALES

Brand y un comité de 15 expertos en el ámbito de las adicciones comportamentales (Brand et al., 2022), utilizando una metodología de revisión narrativa y basada en opiniones de expertos, proponen unos criterios suficientemente conservadores que denominan criterios de meta-nivel para ayudar a guiar los esfuerzos de investigación y la práctica clínica desde la evidencia científica que permitan identificar qué conductas serían candidatas a identificarse como adicciones comportamentales:

Criterio 1: Relevancia clínica manifestada por la presencia de un deterioro funcional en la vida cotidiana. La evidencia empírica de múltiples estudios científicos, incluidos los que involucran a individuos que buscan tratamiento, ha de demostrar que el comportamiento adictivo es clínicamente relevante y que los individuos experimentan consecuencias negativas y deficiencias funcionales en la vida diaria debido a dichos comportamientos. Los estudios científicos deberían demostrar que el comportamiento adictivo candidato esté relacionado con el deterioro funcional que justifica el tratamiento. El fenómeno debería ser específico, lo que significa que los problemas experimentados en la vida diaria deberían ser consecuencias atribuidas a los comportamientos potencialmente adictivos específicos y no debido a una gama más amplia de comportamientos problemáticos diferentes o explicados por otros trastornos mentales (por ejemplo, debido a un episodio maníaco).

Criterio 2: Alineación con la fenomenología de la adicción. Principio de parsimonia. Las teorías y modelos teóricos actuales pertenecientes al campo de investigación de las conductas adictivas tendrían que describir y explicar de la forma más adecuada y simplificada la conducta candidata a conducta adictiva. Es decir, si un fenómeno conductual se considerara un trastorno debido a conductas adictivas, las teorías neurocientíficas que explican las conductas adictivas deberían ser válidas para el fenómeno candidato. De lo contrario, no estaría justificado denominar al fenómeno como una adicción, sino quizás como un trastorno del control de impulsos o un trastorno obsesivo-compulsivo. Las teorías actuales que

se consideran específicamente relevantes dentro de la investigación de los trastornos por uso de sustancias y las adicciones conductuales incluyen la teoría de la sensibilización de incentivos (Robinson y Berridge, 2008), el modelo de atribución de prominencia e inhibición de respuesta deteriorada, iRISA (Goldstein y Volkow, 2011), la deficiencia de recompensa (Blum et al., 1996), enfoques de adicción de proceso dual (Bechara, 2005; Everitt y Robbins, 2016), incluidos aquellos que se centran en las cogniciones implícitas (Stacy y Wiers, 2010), y otros modelos más específicos para las adicciones conductuales. Este último grupo incluye modelos como el modelo temprano de Davis de los trastornos del uso de Internet (Davis, 2001), el modelo cognitivo-conductual del trastorno del juego (Dong y Potenza, 2014), el modelo tripartito del trastorno del juego (Wei, Zhang, Turel, Bechara y He, 2017), y el modelo de interacción persona-afecto-cognición-ejecución (I-PACE) de trastornos específicos del uso de Internet (Brand, Young, Laier, Wölfling y Potenza, 2016) y de conductas adictivas en general (Brand et al., 2019). Otros autores han estudiado aspectos emergentes de las adicciones a sustancias, como el craving, y han elaborado conceptualizaciones en las adicciones sin sustancias (King, Herd y Delfabbro, 2017; Mallorquí-Bagué, Mestre-Bach y Testa, 2023), proponiendo otros modelos teóricos, como la Teoría elaborada de la intrusión del deseo (Cornil et al., 2018, López-Guerrero, Navas y Perales, 2023).

En la literatura científica que analiza el fenómeno candidato, las teorías de los comportamientos adictivos deben ser aplicables y los estudios deben mostrar que los procesos centrales que subyacen a los comportamientos adictivos también están involucrados en el fenómeno candidato. Esta situación es importante para seguir un enfoque basado en la teoría y de prueba de hipótesis en lugar de simplemente abordar algunos correlatos específicos de un comportamiento adictivo potencial.

Criterio 3: Los datos basados en autoinformes, entrevistas clínicas, encuestas, experimentos conductuales y, si están disponibles, investigaciones biológicas (neuronales, fisiológicas, genéticas) sugerirían que los mecanismos psicológicos y neurobiológicos involucrados en otros comportamientos adictivos consolidados también son válidos para el fenómeno candidato y confirmarían una validez de constructo. Dichos estudios empíricos deberían confirmar que las consideraciones teóricas de las conductas adictivas parecen ser válidas para el fenómeno candidato. Esto también implica que no es suficiente si solo unos pocos estudios, por ejemplo, utilizando un nuevo instrumento de detección, han abordado un nuevo comportamiento adictivo potencial para usar el término “trastorno debido a comportamientos adictivos”. Además, los estudios deben incluir métodos suficientes y rigurosos con respecto a las muestras e instrumentos de evaluación (Rumpf et al., 2019). Solo cuando se dispone de conjuntos de datos confiables y válidos de múltiples estudios (y de diferentes grupos de trabajo), como se ha considerado un criterio de confiabilidad de las herramientas de detección en el campo (King et al., 2020), que muestran que las hipótesis basadas en la teoría sobre aspectos específicos de la conducta adictiva, puede ser válida la respectiva definición como conducta adictiva.

Gullo et al., (2022) añaden un cuarto criterio a los inicialmente propuestos por Brand et al., (2022), el criterio 4: Verosimilitud taxonómica como trastorno externalizante.

4. CONDUCTAS CANDIDATAS MÁS DEBATIDAS A SER CONSIDERADAS TRASTORNOS DEBIDOS A COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS Y EL GRADO DE EVIDENCIA CIENTÍFICA ACUMULADO SOBRE LOS MISMOS.

4.1. Trastorno por uso de la pornografía (en línea).

Resumen de la evidencia acerca de la consideración del trastorno por uso de la pornografía (en línea) codificado en 6C5Y: trastorno debido a una conducta adictiva

| Autores | Metodología | Criterios diagnósticos o meta-nivel | Nivel de evidencia |
|--------------------|----------------------|---|---|
| Brand et al., 2022 | Artículo de revisión | Sí cumple criterio 1: Deterioro funcional clínicamente relevante Sí cumple criterio 2: Se explica por las actuales teorías de la adicción Sí cumple criterio 3: Validez de constructo en estudios empíricos | Meta-análisis, revisiones sistemáticas y estudios representativos |

4.2. Trastorno de compras compulsivas.

Resumen de la evidencia acerca de la consideración del trastorno de compras compulsivas codificado en 6C5Y: trastorno debido a una conducta adictiva

| Autores | Metodología | Criterios diagnósticos o meta-nivel | Nivel de evidencia |
|--------------------|---|---|---|
| Brand et al., 2022 | Artículo de revisión: opiniones de expertos | Sí cumple criterio 1: Deterioro funcional clínicamente relevante Sí cumple criterio 2: Se explica por las actuales teorías de la adicción Sí cumple criterio 3: Validez de constructo en estudios empíricos | Meta-análisis, revisiones sistemáticas y estudios representativos |

4.3. Trastorno por uso de las redes sociales.

Resumen de la evidencia acerca de la consideración del trastorno por uso de las redes sociales codificado en 6C5Y: trastorno debido a una conducta adictiva

| Autores | Metodología | Criterios diagnósticos o meta-nivel | Nivel de evidencia |
|--------------------|----------------------|--|---|
| Brand et al., 2022 | Artículo de revisión | Sí cumple criterio 1: Deterioro funcional clínicamente relevante Sí cumple criterio 2: Se explica por las actuales teorías de la adicción No cumple criterio 3: No validez de constructo en estudios empíricos | Meta-análisis, revisiones sistemáticas y estudios representativos |

5. ÚLTIMAS TENDENCIAS EN PSICOTERAPIA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

En las últimas décadas se han producido grandes cambios en el abordaje terapéutico y preventivo de las adicciones comportamentales. Por un lado, se han propuesto modelos etiológicos cada vez más complejos y nuevas estrategias de evaluación de los factores implicados. Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos han permitido desarrollar estrategias de intervención que pueden mejorar los resultados de los tratamientos y la prevención en el futuro. Por último, no podemos dejar de citar el efecto que ha tenido la pandemia del COVID19 en el desarrollo de novedosas herramientas terapéuticas administradas a través de Internet.

Cada vez resulta más evidente que las adicciones comportamentales son altamente heterogéneas y que su etiología es compleja y multifactorial, con grandes variaciones individuales (Billieux, Schimmenti, Khazaal, Maurage, Heeren, 2015a; Petry, Zajak, Grinley, 2018). También se reconoce ampliamente que las adicciones comportamentales suceden con elevada frecuencia acompañadas de otros trastornos comórbidos que deben ser atendidos de forma integrada junto con el trastorno adictivo, igual que ocurre en las adicciones a sustancias. Por todo ello, se ha aminorado la necesidad de realizar un abordaje bio-psico-social de este tipo de trastornos, según el cual los tratamientos deben combinar, de forma holística, individualizada y flexible, las diferentes modalidades terapéuticas. De este modo, se recomienda que las técnicas motivacionales, cognitivas, conductuales, familiares, sistémicas, de prevención de recaídas, farmacológicas, sociales, hospitalarias y residenciales, se apliquen según las necesidades de cada paciente, y de acuerdo con una evaluación previa de los factores causales y de riesgo particulares (Billieux et al, 2015b; Bonnaire y Billieux, 2022) y preferentemente a través de programas escalonados (stepped care) (Barnett et al., 2022).

En relación con los factores psicológicos implicados en las adicciones, en los últimos años se han propuesto diversos modelos transdiagnósticos para explicar la vulnerabilidad a la adicción (Yücel et al., 2019; Kim y Hodgins., 2018). En concreto, el equipo de Kim et al. ha elaborado un modelo de tratamiento transdiagnóstico, el CMAT (Component Model of Addiction Treatment), que puede ser utilizado tanto para el tratamiento de las adicciones a sustancias como comportamentales. Este modelo también puede resultar útil en prevención y aborda componentes de vulnerabilidad modificables que son comunes a todos los trastornos adictivos: la falta de motivación, la "urgencia", las expectativas desadaptativas, los déficits en el auto-control, los déficits en el apoyo social y la compulsividad.

En la actualidad existe consenso en que el abordaje de las adicciones comportamentales debe ser principalmente psicológico, utilizando la entrevista motivacional para promover el deseo de cambio y la terapia cognitivo-conductual para reaprender el control de la conducta, reestructurar las cogniciones, abordar los procesos psicológicos implicados en la adicción y entrenar nuevas habilidades para tratar los factores de riesgo subyacentes (Wiers y Verschure, 2021; Billieux et al., 2015b). Sin embargo, en ciertas ocasiones el abordaje psicológico no es suficiente y los psicofármacos pueden resultar de gran ayuda, tanto para controlar la conducta impulsiva, obsesiva o compulsiva, como para tratar la

sintomatología depresiva o ansiosa que suele acompañar al trastorno adictivo (Ginley, Zajac, Rash y Petry, 2019). Por otro lado, la intervención sobre el entorno social y familiar es fundamental en la mayoría de los casos, especialmente cuando se trata de niños o adolescentes. Bonnaire et al. (2019) han revisado las intervenciones mediante Terapia Familiar Multidimensional en adolescentes con trastorno de adicción a videojuegos a través de Internet, concluyendo que pueden ser tan útiles en este tipo de adicción como en los trastornos por uso de sustancias.

Una tendencia reciente en el abordaje psicológico de las adicciones comportamentales es la de evitar sobrepatologizar ciertas actividades de la vida cotidiana, simplemente por el hecho de que puedan realizarse en exceso y acabar ocasionando problemas o adicción. Se trataría de considerarlas “conductas potencialmente problemáticas” en lugar de “conductas adictivas”, del mismo modo que prefiere utilizarse el concepto de “problemas relacionados con el alcohol” en lugar de “alcoholismo” o “adicción al alcohol”, con el objetivo de disminuir el estigma y facilitar un abordaje más precoz de estos problemas. En este sentido, se prevé que se continúe trabajando por la desestigmatización de los trastornos adictivos en general, y por la desculpabilización de los pacientes, a través de la psicoeducación de la población sobre la etiología bio-psico-social de las adicciones, la no-implicación de la voluntad de la persona en su desarrollo, o la consideración de la vulnerabilidad a las adicciones como un ejemplo de neurodiversidad (Quigley, 2022; Sussman, 2021).

Otro aspecto novedoso en el tratamiento de las adicciones comportamentales tiene que ver con la valoración de los resultados de los tratamientos. Teniendo en cuenta que en este tipo de adicciones no siempre es posible ni deseable un abandono del comportamiento que ha producido síntomas de adicción, el éxito de los tratamientos se debe redefinir con nuevos indicadores de recuperación o estándares de calidad. Es decir, no sólo se considera como éxito la abstinencia, sino que se reconocen los avances intermedios, la reducción del uso o el “uso controlado”. En las adicciones conductuales, la reducción es un éxito en muchos casos, pero aún en el caso de que fuese deseable una abstinencia, también se puede utilizar un enfoque de reducción de daños, del mismo modo que se hace en las adicciones a sustancias, considerando que las recaídas son posibles y que se puede aprender de ellas para alcanzar la abstinencia más adelante. En este sentido, Szasz-Janocha, Vonderlin y Lindenberg (2020) han desarrollado un “índice de cambio fiable” (reliable change index) que puede ser útil para medir los resultados intermedios de los tratamientos.

Centrándonos específicamente en el ámbito de la prevención de las adicciones relacionadas con el uso de Internet, en los últimos años existe gran interés en priorizar la detección y la intervención precoz ante los problemas relacionados con el uso excesivo y problemático de videojuegos y redes sociales, así como en el abordaje de los factores de riesgo desde la escuela y los centros de salud infanto-juveniles (García-Conceiro et al., 2021). Se recomienda la prevención selectiva sobre población vulnerable, como los niños y adolescentes que presentan trastornos del neurodesarrollo como déficit de atención, impulsividad o rasgos del espectro autista, así como ciertos factores de personalidad como introversión o retraimiento social (Müller et al., 2022; Martínez-Loredo y Fernández-Hermida, 2019). Se trata, en definitiva, de fomentar el aprendizaje de un uso adecuado de

pantallas, a través de la psicoeducación de los jóvenes, pero también de las familias y los educadores, de cara a que puedan educar en el uso saludable de las tecnologías, realicen una mejor supervisión, intenten no dramatizar, y puedan ajustar sus pautas educativas a las características particulares de sus hijos o alumnos.

Como decíamos al inicio de este apartado, los avances en tecnología, neurociencia y psicobiología han supuesto una revolución en las estrategias de tratamiento de las adicciones comportamentales, tanto las psicosociales, como las psicofarmacológicas, las psicofisiológicas, las neuropsicológicas o las de neuroimagen (Volkow y Boyle, 2018). No cabe duda de que las innovaciones tecnológicas han facilitado la teleasistencia durante la pandemia por COVID19, permitiendo a partir de entonces el acceso a la terapia y a los grupos de autoayuda de las personas que viven en zonas alejadas de los centros de asistencia, o aquellas que tienen disminuciones físicas u otro tipo de dificultades. Además, las nuevas tecnologías digitales han permitido, en el caso de las adicciones comportamentales, la creación de una plataforma dedicada específicamente a la prevención y el manejo de este tipo de problemas, llamada BehaviorR (Balhara y Anvar, 2019).

Las intervenciones a través de programas de Internet que proporcionan técnicas para el cambio cognitivo o conductual han mostrado efectividad en la reducción a corto plazo de los síntomas, la duración y la frecuencia de conductas adictivas online, aunque no hay evidencia de su efectividad a largo plazo debido a la ausencia de ensayos controlados (Park, King, Wilkinson-Meyers y Rodda, 2022). Este tipo de intervenciones puede tener varias ventajas sobre aquellas que se aplican cara a cara, tanto individualmente como en grupo (Cemiloglu, Almourad, McAlaney y Ali, 2022). En primer lugar, permiten ser administradas a un número mayor de personas sin necesidad de aumentar el número de terapeutas. También cuentan con los beneficios de accesibilidad, monitorización digital, intervención automática en tiempo real, auto-monitorización y aprendizaje social. En tercer lugar, facilitan que sea el propio paciente el que se responsabilice de su tratamiento. Por otro lado, la psicoeducación a través de Internet sobre la adicción y sus motivos (que incluyen el atractivo en el diseño de los programas), así como sobre las herramientas para manejar el uso de las tecnologías (por ejemplo, evitar la procrastinación y el FOMO - Fear Of Missing Out), también puede ayudar a minimizar el uso adictivo. Por ello, los creadores de software podrían tener un papel importante en prevenir e intervenir precozmente en la adicción digital, incluyendo en sus programas advertencias sobre el riesgo que supone el uso excesivo o inadecuado (Cemiloglu et al., 2022). En el futuro, se prevé que las intervenciones a través de Internet incluirán sistemas de interacción más sofisticados, con más posibilidades de adaptarse a las características particulares de cada individuo, y con mayor potencial de integración dentro de los sistemas sanitarios (Cunningham, Gulliver, Farrer, Bennet y Carron-Arthur, 2014).

Debido a su elevada validez ecológica, la Realidad Virtual (RV) también se ha ido convirtiendo en una herramienta fundamental en la terapia de las adicciones (Mazza, Kammer-Sücker, Leménager, Kiefer y Lenz, 2021). Los entornos de RV generados por ordenador ofrecen simulaciones de la vida cotidiana muy realistas, dinámicas, interactivas y complejas, que requieren participación activa, y permiten crear una elevada sensación de inmersión en los usuarios, combinando percepciones visuales tri-dimensionales, auditivas,

olfativas y táctiles, así como sistemas de seguimiento que responden a los movimientos del usuario y a las interacciones sociales. Hasta hace unos años la RV había sido una herramienta muy importante en la investigación sobre el papel de los desencadenantes o pistas (cues), sensoriales y contextuales, en la psicofisiología, los estados afectivos y cognitivos, así como la actividad cerebral durante el craving. Actualmente las técnicas de RV están siendo refinadas para mejorar intervenciones terapéuticas como la exposición a estímulos desencadenantes de craving, la reducción de reactividad emocional ante el craving, el aprendizaje de habilidades sociales o la meditación, entre otras. Del mismo modo, la personificación de las simulaciones, el seguimiento visual y el registro de variables psicobiológicas están permitiendo desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas cada vez más eficaces y eficientes.

Las técnicas de neurofeedback y biofeedback también están siendo cada vez más utilizadas para entrenar a los pacientes con adicciones comportamentales en la regulación de su actividad cerebral y sus reacciones emocionales, siendo posible combinarlas con las intervenciones conductuales para ayudar a mejorar las funciones ejecutivas y el autocontrol conductual y emocional (Martz, Hart, Heitzeg y Peltier, 2020).

Por último, no debemos olvidar mencionar el auge en los últimos tiempos de las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la conciencia plena o mindfulness, que están demostrando efectividad en el tratamiento de las conductas adictivas. Sin embargo, aun reconociendo su utilidad, los autores de las últimas revisiones sobre el tema proponen que se deben seguir investigando los cambios neurobiológicos que producen estas intervenciones para identificar qué componentes son de más ayuda y qué individuos pueden beneficiarse en mayor medida de este tipo de técnicas. También recomiendan realizar estudios de seguimiento a largo plazo para comprobar la persistencia de los efectos positivos en el tiempo (Schwebel, Korecki y Witkiewitz, 2020; Sancho et al., 2018; Hamonniere y Billieux, 2023).

6. ASPECTOS FARMACOLÓGICOS A CONSIDERAR EN EL FUTURO.

Uno de los puntos en clave de las adicciones comportamentales es la falta de tratamientos farmacológicos disponibles de demostrada eficacia, por lo que el tratamiento de elección sigue basándose en el abordaje psicosocial y, a pesar de las investigaciones realizadas en los últimos 30 años, no hay ningún tratamiento farmacológico con indicación específica (Goslar et al., 2019).

La historia de la investigación de la farmacología en las adicciones comportamentales se ha desarrollado en los campos en los cuales se han basado las teorías etiopatológicas de las adicciones comportamentales. Inicialmente, los estudios se dirigieron hacia la vía serotoninérgica en relación con la hipótesis obsesiva del juego patológico (Blanco et al. 2002, Grant et al. 2003). El paralelismo con las adicciones a sustancias motivó los ensayos con fármacos antagonistas opioides (Kim et al., 2001; Victorri-Vigneau, 2018) y, finalmente, fármacos glutamatérgicos y antipsicóticos para mejorar un pobre control de los impulsos (McElroy et al., 2008; Berlin et al., 2013; Cabrita de Brito et al., 2017). Ninguno de estos cam-

pos ha ofrecido unas mejorías clínicamente relevantes, por lo que es necesario el estudio y desarrollo de nuevas herramientas y el estudio de nuevas vías neurobiológicas en el campo de las adicciones comportamentales.

En los últimos años se han ensayado distintos agentes de estas mismas familias y otras vías de administración, que no han ofrecido diferencias estadísticamente significativas (Shiina et al., 2021; Alho et al., 2022). Por otro lado, se han propuesto nuevas vías neurobiológicas, como la vía endocannabinoide (Pallanti et al., 2021), y también el empleo de tratamientos físicos como la estimulación magnética transcraneal (Pettororuso et al., 2021).

El sistema endocannabinoide se ha relacionado con distintos trastornos psiquiátricos y se ha podido demostrar como el uso de las sustancias que actúan sobre estas vías tienen efectos sobre múltiples procesos cognitivos, entre los que también se encuentra la toma de decisiones y la inhibición de respuesta (Lowe et al., 2021, Pallanti et al., 2021). Estudios preclínicos sugieren que el cannabidiol podría tener efectos sobre las adicciones a sustancias (en adicciones a sustancias se asociaría con una disminución de las conductas relacionadas con sustancias, de la clínica abstinerencial y del deseo de consumo) y, en modelos de juego patológico para animales, mejorar la toma de decisiones. Sin embargo, no hay aún ninguna evidencia que justifique su uso en la actualidad como tratamiento válido.

Finalmente, la estimulación eléctrica transcraneal pretende modular conexiones cerebrales mediante la estimulación eléctrica de baja intensidad a través del cuero cabelludo. En adicciones, la estimulación del córtex prefrontal dorsolateral ha demostrado que puede tener un efecto neuronal en cascada que acaba provocando un mejor control del pensamiento y efectos positivos sobre el craving y el control de los impulsos (Luigje et al., 2019). Se están realizando muchos estudios con esta técnica no invasiva, y los primeros resultados apuntan que podría tener un papel complementario en el tratamiento de las adicciones comportamentales.

7. CONCLUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

La revisión de la bibliografía de expertos señala únicamente un consenso concerniente a la nosología de dos adicciones comportamentales: el Trastorno por juego de apuestas y el Trastorno por uso de videojuegos. A pesar de que encontramos ya en la literatura científica propuestas y estudios referentes a otros tipos de conductas adictivas, no hay aún suficiente consenso para reconocer como adicciones comportamentales la adicción al sexo, a las compras compulsivas a internet ni, a la comida.

Asociada a la dificultad nosológica, se encuentra la ausencia de instrumentos válidos, fiables y específicos.

En general, la mayoría de las personas que presentan un problema en el ámbito comportamental no consultan en los centros especializados, por lo que no es fácil el acceso a esta población. Por todo ello, los estudios en medio comunitario son indispensables para conocer el rango de comportamientos e identificar cuando el comportamiento bascula hacia lo psicopatológico en un contexto dado.

Se han identificado factores de riesgo de mantenimiento de las conductas adictivas comportamentales, entre los que se sitúan la desregulación emocional, los sesgos cognitivos y los rasgos de personalidad.

Por ello, algunos autores plantean un enfoque transdiagnóstico basado en la identificación de fenotipos psicológicos que va de la impulsividad a la compulsividad.

Contrariamente a las adicciones a sustancias psicoactivas, no hay tratamiento de sustitución y en algunos de estos comportamientos no se podría proponer a las personas una abstinencia completa (ej: a la comida, a las compras, al trabajo, a la utilización de internet) objetos que son de alguna forma necesarios en la vida de las personas lo que dificultará los protocolos de tratamiento que va a ser uno de los desafíos del futuro.

8. BIBLIOGRAFIA

- Alho, H., Mäkelä, N., Isotalo, J., Toivonen, L., Ollikainen, J., Castrén, S. (2022). Intranasal as needed naltrexone in the treatment of gambling disorder: A randomised controlled trial. *Addictive Behavior*, 125:107127. doi: 10.1016/j.addbeh.2021.107127.
- APA. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 5. Washington: APA.
- Balhara, Y.P.S. y Anwar, N. (2019). BehaviorR: a digital platform for prevention and management of behavioural addictions (www.behavior.co.in)
- Barnett A, Savic M, Pickersgill M, O'Brien K, Lubman DI, Carter A. (2022). Addiction treatment providers' engagements with the brain disease model of addiction. In: Evaluation the brain disease model of addiction. Ed Nick Heather, Matt Field, Antony C Moss and Sally Satel. Routledge Taylor & Francis Group. London and New York.
- Berlin HA, Braun A, Simeon D, Koran LM, Potenza MN, McElroy SL, Fong T, Pallanti S, Hollander E. (2013). A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for pathological gambling. *World Journal of Biological Psychiatry*,14(2), 121-8. doi: 10.3109/15622975.2011.560964.
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P. y Heeren, A. (2015a). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions* 4(3): 119-123. doi: 10.1556/2006.4.2015.009
- Billieux, J.; Philippot, P., Schmid, C., Maurage, P., De Mol, J., y Van der Linden, M. (2015b). Is dysfunctional use of the Mobile phone a behavioural addiction? Confronting symptom-based approaches versus process-based approaches. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(5), 460-468. doi: 10.1002/cpp.1910
- Blanco, C., Petkova, E., Ibáñez, A., Sáiz-Ruiz, J. (2002). A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Annals of Clinical Psychiatry*,14(1):9-15. doi: 10.1023/a:1015215809770.
- Blum, K. , Sheridan, P. J. , Wood, R. C. , Braverman, E. R. , Chen, T. J. , Cull, J. G. , et al. (1996). The D2 dopamine receptor gene as a determinant of reward deficiency syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89, 396-400. <https://doi.org/10.1177/014107689608900711>.
- Bonnaire, C., Liddle, H.A., Har, A., Nielsen, P. y Phan, O. (2019). Why and how to include parents in the treatment of adolescents Internet gaming disorder. *Journal of Behavioral Addictions* 8(2), 201-212. doi: 10.1556/2006.8.2019.27
- Bonnaire, C. y Billieux, J. (2022). A process-based analysis of the pathways model of problem gambling through clinical case formulation. *International Gambling Studies*, 22 (2), 222-246. doi: 10.1080/14459795.2022.2102203
- Brand, M., Rumpf, H., Demetrovics, Z., Müller, A., Stark, R., King, D. L., Goudriaan, A. E., Mann, K., Trotzke, P., Fineberg, N. A., Chamberlain, S. R., Kraus, S. W., Wegmann, E., Billieux, J., y Potenza, M. N.

- (2022). Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of “other specified disorders due to addictive behaviors”?, *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 150-159. doi.org/10.1556/2006.2020.00035
- Brand, M. , Wegmann, E. , Stark, R. , Müller, A. , Wölfling, K. , Robbins, T. W. , et al. (2019). The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond Internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 104, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.06.032.
- Brand, M. , Young, K. S. , Laier, C. , Wölfling, K. , y Potenza, M. N. (2016). Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 71, 252–266.
- Brody, A., Billieux, J. (2020). «Présentation», *Sciences du jeu* [En ligne], 13 | 2020. En línea el 18 de noviembre 2020, consultado el 16 octubre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/sdj/2776> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sdj.2776>
- Castro-Calvo, J. , King, D. L. , Stein, D. J. , Brand, M. , Carmi, L. , Chamberlain, S. R. , ... Billieux, J. (2021). Expert appraisal of criteria for assessing gaming disorder: An international Delphi study. *Addiction*, 116, 2463–2475. <http://dx.doi.org/10.1111/add.15411>.
- Cemiloglu, D., Almourad, M.B., McAlaney, J. y Ali, R. (2022). Combatting digital addiction: Current approaches and future directions. *Technology in Society*, 68. <https://doi.org/10.1016/j.tech-soc.2021.101832>
- Cornil, A., Lopez-Fernandez, O., Devos, G., de Timary, P., Goudriaan, A. E., & Billieux, J. (2018). Exploring gambling craving through the elaborated intrusion theory of desire: A mixed methods approach. *International Gambling Studies*, 18(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/14459795.2017.1368686>
- Cunningham, J.A.; Gulliver, A.; Farrer, L.; Bennet, K.B.; Carron-Arthur, B. (2014). Internet interventions for mental health and addictions: Current findings and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 16:521. doi 10.1007/s11920-014-0521-5
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187–195. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(00\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(00)00041-8).
- Dong, G. , y Potenza, M. N. (2014). A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: Theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.005>.
- Everitt, B. J. , y Robbins, T. W. (2016). Drug addiction: Updating actions to habits to compulsions ten years on. *Annual Review of Psychology*, 67, 23–50. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033457>.
- García-Conceiro N, Gómez-Salgado P, Kim-Harris S, Burkhart G, Flórez-Menéndez G, Rial-Boubeta A. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia. *Revista Española de Salud Pública*, 95, 19 de mayo e 202105065
- Ginley, M. K., Zajac, K., Rash, C. J., & Petry, N. M. (2019). Pharmacological treatment of behavioral addictions. In S. M. Evans & K. M. Carpenter (Eds.), *APA handbook of psychopharmacology* (pp. 631–646). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000133-028>
- Gola, M., Lewczuk, K., Potenza, M. N., Kingston, D. A., Grubbs, J. B., Stark, R., & Reid, R. C. (2022). What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder? *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 160-165. doi.org/10.1556/2006.2020.00090
- Goldstein, R. Z. , & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: Neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 652–669. <https://doi.org/10.1038/nrn3119>.
- Goslar M, Leibetseder M, Muench HM, Hofmann SG, Laireiter AR. (2019). Pharmacological Treatments for Disordered Gambling: A Meta-analysis. *Journal of Gambling Studies*,35(2), 415-445. doi: 10.1007/s10899-018-09815-y.

- Grant JE, Kim SW, Potenza MN, Blanco C, Ibanez A, Stevens L, Hektner JM, Zaninelli R. (2003). Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 18(4), 243-9. doi: 10.1097/00004850-200307000-00007.
- Griffiths, M. D. (2022). Disorders due to addictive behaviors: Further issues, debates, and controversies. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 180-185. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00025>
- Gullo, M. J., Wood, A. P., & Saunders, J. B. (2022). Criteria for the establishment of a new behavioural addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 191-198. doi.org/10.1556/2006.2022.00031
- Hamonniere, T. y Billieux, J. (2023). Individually delivered Mindfulness-Based Cognitive Therapy in concomitant problematic substance use and emotional symptoms: A process-based case study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30 (3), 714-727. <https://doi.org/10.1002/cpp.2827>.
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2017). How can we reconceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours?. *Addiction*, 112(10), 1709-1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>
- Kim SW, Grant JE. (2001). An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 285-9. doi: 10.1097/00004850-200109000-00006.
- King, D. L. , Chamberlain, S. R. , Carragher, N. , Billieux, J. , Stein, D. , Mueller, K. , et al. (2020). Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. *Clinical Psychology Review*, 77, 101831. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101831>.
- King, D. L., Herd, M. C. E., & Delfabbro, P. H. (2017). Tolerance in Internet gaming disorder: A need for increasing gaming time or something else?. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 525-533. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.072>
- Kim, H.S.y Hodgins, D.C. (2018). Component model of addiction treatment: A pragmatic treatment model of behavioral and substance addictions. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 406. doi.org/10.3389/fpsy.2018.00406
- Kuss, D. J., & Lopez-Fernández, O. (2022). What the grey literature can contribute to addictive behaviour disorder classification. Commentary to the debate: "Behavioral addictions in the ICD-11". *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 199-203. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00027>
- López-Guerrero, J., Navas, J.F., Perales, J.C. et al. (2023). The Interrelation Between Emotional Impulsivity, Craving, and Symptoms Severity in Behavioral Addictions and Related Conditions: a Theory-Driven Systematic Review. *Current Addiction Reports* <https://doi.org/10.1007/s40429-023-00512-4>
- Mallorquí-Bagué, N., Mestre-Bach, G., & Testa, G. (2023). Craving in gambling disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 12(1), 53-79. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00080>
- Martínez-Loredo, V. y Fernández-Hermida, J.R. (2019). Impulsivity-targeted selective preventive interventions and treatments in addictive behaviors. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 1-7 doi: 10.21134/rpcna.2019.06.2.4
- Martz, M.M., Hart, T., Heitzeg, M.M. y Peltier, S.J. (2020). Neuromodulation of brain activation associated with addiction: A review of real-time fMRI neurofeedback studies. *Neuroimage Clin*, 27. doi: 10.1016/j.nicl.2020.102350.
- Mazza, M., Kammer-Sücker, K., Leménager, T., Kiefer, F. y Lenz, B. (2021). Virtual reality: a powerful technology to provide novel insight into treatment mechanisms of addiction. *Translational Psychiatry*, 11: 617. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01739-3>
- McElroy SL, Nelson EB, Welge JA, Kaehler L, Keck PE Jr. (2008). Olanzapine in the treatment of pathological gambling: a negative randomized placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 433-40. doi: 10.4088/jcp.v69n0314.
- Müller, S.M.; Wegmann, E.; García-Arias, M.; Bernabeu-Brotóns, E; Marchena-Giraldez, C.; Brand, M. (2022). Decision making and risk propensity in individuals with tendencies towards specific internet-use disorders. *Brain Sciences*, 12(2), 201. doi.org/10.3390/brainsci12020201

- Lowe H, Toyang N, Steele B, Bryant J, Ngwa W. (2021). The Endocannabinoid System: A Potential Target for the Treatment of Various Diseases. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(17), 9472. doi: 10.3390/ijms22179472.
- Pallanti S, Marras A, Makris NS. (2021). A Research Domain Criteria Approach to Gambling Disorder and Behavioral Addictions: Decision-Making, Response Inhibition, and the Role of Cannabidiol. *Frontiers of Psychiatry*, 17;12:634418. doi: 10.3389/fpsy.2021.634418.
- Park, J.J., King, D.L., Wilkinson-Meyers, L., Rodda, S.N. (2022). Content and effectiveness of web-based treatments for online behavioral addictions: Systematic Review. *JMIR Mental Health*, 9(9):e36662 doi: 10.2196/36662
- Peele, S. (2000). What Addiction is and is not: The Impact of Mistaken Notions of Addiction. *Addiction Research*, 8:6, 599-607. doi: 10.3109/16066350008998991
- Perales, J. C., King, D. L., Navas, J. F., Schimmenti, A., Sescousse, G., Starcevic, V., van Holst, R. J., & Billieux, J. (2020). Learning to lose control: A process-based account of behavioral addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 108, 771-780. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.12.025>
- Pettoruso M, Miuli A, Di Natale C, Montemitro C, Zoratto F, De Risio L, d'Andrea G, Dannon PN, Martinotti G, di Giannantonio M. (2021). Non-invasive brain stimulation targets and approaches to modulate gambling-related decisions: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 112, 106657. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106657.
- Petry, N.M.; Zajak, K. y Grinley, M.K. (2018). Behavioral addictions as mental disorders: To be or not to be. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(14), 399-423. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120
- Quigley, L. (2022). Gambling disorder and stigma: Opportunities for treatment and prevention. *Current Addiction Reports*. Advance online publication. doi.org/10.1007/s40429-022-00437-4
- Robinson, T. E. , & Berridge, K. C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: Some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 3137-3146. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0093>.
- Rumpf, H. J. , Brandt, D. , Demetrovics, Z. , Billieux, J. , Carragher, N. , Brand, M. , et al. (2019). Epidemiological challenges in the study of behavioral addictions: A call for high standard methodologies. *Current Addiction Reports*, 6, 331-337. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00262-2>.
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R.C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J.M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: A systematic review. *Frontiers on Psychiatry*, 9, 95. doi:10.3389/fpsy.2018.00095.
- Sassover, E., y Weinstein, A. (2022). Should compulsive sexual behavior (CSB) be considered as a behavioral addiction? A debate paper presenting the opposing view. *Journal of Behavioral Addictions*. 11(2), 166-179. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00055>.
- Shiina A, Hasegawa T, Iyo M. (2021). Possible effect of blonanserin on gambling disorder: A clinical study protocol and a case report. *World Journal of Clinical Cases*, 9(11), 2469-2477. doi: 10.12998/wjcc.v9.i11.2469.
- Schwebel, F.J., Korecki, R. y Witkiewitz, K. (2020). Addictive behavior change and mindfulness-based interventions: Current research and future directions. *Current Addiction Reports*, 7(2), 117-124. doi:10.1007/s40429-020-00302-2.
- Stacy, A. W. , & Wiers, R. W. (2010). Implicit cognition and addiction: A tool for explaining paradoxical behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 551-575. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131444>.
- Sussman, S. (2021). Commentary: Addiction, stigma, and neurodiversity. *Evaluation & the Health Professions*, 44(2):186-191. doi: 10.1177/01632787211012036.
- Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the definition of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 4025-4038. <https://doi.org/10.3390/ijerph8104025>

- Szasz-Janocha, C., Vonderlin, E., Lindenberg, K. (2020). Treatment outcomes of a CBT-based group intervention for adolescents with Internet use disorders. *Journal of Behavioral Addiction*, 16;9(4):978-989. doi: 10.1556/2006.2020.00089.
- Victorri-Vigneau C, Spiers A, Caillet P, Bruneau M, Ignace-Consortium, Challet-Bouju G, Grall-Bronnec M. (2018). Opioid Antagonists for Pharmacological Treatment of Gambling Disorder: Are they Relevant? *Current Neuropharmacology*, 16(10), 1418-1432. doi: 10.2174/1570159X15666170718144058.
- Volkow ND, Boyle M. (2018). Neuroscience of addiction: relevance to prevention and treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 175, 729-740. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17101174
- Wiers, R.W. y Verschure, P. (2021). Curing the broken brain model of addiction: Neurorehabilitation from systems perspective. *Addictive Behaviors* 112.
- Wei, L. , Zhang, S. , Turel, O. , Bechara, A. , & He, Q. (2017). A tripartite neurocognitive model of Internet gaming disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 285. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00285>.
- Yucel, M., Oldenhof, E., Ahmed, S. H., Belin, D., Billieux, J., Bowden-Jones, H. ... y Verdejo-García, A. (2019). A transdiagnostic dimensional approach towards a neuropsychological assessment for addiction: an international Delphi consensus study. *Addiction*, 114. 1095-1109. 10.1111/add.14424.

CAPÍTULO 13

GÉNERO Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES

NEUS SOLÉ-MORATA, ANAHÍ GASPAR-PÉREZ,
FERNANDO FERNÁNDEZ-ARANDA, SUSANA JIMÉNEZ-MURCIA

1. INTRODUCCIÓN

Tal y como se ha observado en las adicciones por uso de sustancias, se han descrito importantes diferencias de género y sexo asociadas con el desarrollo, el mantenimiento y las consecuencias de las adicciones comportamentales, así como a nivel de tratamiento. La evidencia acumulada hasta la fecha sostiene que dichas diferencias son el resultado de la combinación de mecanismos biológicos y sociales (Charzyńska, Sussman, & Atroszko, 2021; Fattore, Melis, Fadda, & Fratta, 2014). No obstante, los resultados obtenidos muestran ciertas contradicciones y, además, están limitados por el reducido número de trabajos, señalando la necesidad de futuros estudios que incluyan la variable género a sus análisis (Fattore et al., 2014; Yau & Potenza, 2015).

Es importante mencionar que, a pesar de que a veces se usan indistintamente, los términos género y sexo no son intercambiables: mientras que el término “sexo” hace referencia a atributos biológicos, el “género” estaría más relacionado con diferencias socioculturales, es decir, con dogmas y roles asociados a cada cultura. Así, aunque están estrechamente relacionados, género y sexo constituyen dos conceptos distintos (World Health Organization, 2019). Hasta la fecha, la mayoría de los estudios se han centrado en las diferencias binarias de sexo entre hombres y mujeres, es decir, en el componente más biológico. Sin embargo, teniendo en cuenta que las adicciones comportamentales tienen un componente etiológico altamente sociocultural, no podemos dejar de lado la dimensión de género para entender la naturaleza dichos trastornos (Gartner, Bickl, Härtl, Loy, & Häffner, 2022).

Dicho esto, a continuación haremos una revisión de las principales diferencias de género en las adicciones comportamentales. En primer lugar, se abordarán las diferencias de género observadas en el Trastorno de Juego (TJ), única entidad reconocida como tal en el DSM-5 y DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2013, 2022), tal y como se ha comentado en anteriores capítulos de esta guía. Seguidamente, dedicaremos un espacio a las diferencias de género en otras adicciones comportamentales, como la adicción a las redes sociales, a los videojuegos, a las compras, al sexo y a la pornografía.

2. GÉNERO Y TRASTORNO DE JUEGO

A pesar de que los resultados obtenidos muestran ciertas contradicciones, la mayoría de estudios coinciden en que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (Gartner et al., 2022; Merkouris et al., 2016).

A nivel de prevalencia, parece que los hombres presentan una probabilidad entre dos y tres veces mayor de desarrollar un TJ que las mujeres. Por lo tanto, ser mujer ha sido clásicamente considerado como un factor de protección ante el TJ. Algunas guías clínicas y estudios recientes han identificado ratios de prevalencia similares en población adolescente, de tres a uno en hombres respecto a mujeres. De igual manera, han encontrado un incremento actual en las tasas de participación de juego en mujeres que son similares a las de hombres (Macía, Estévez, & Jáuregui, 2023; Lamas, Estévez, & Jáuregui, 2018; Abbott, Bellringer, Garrett, & Mundy-McPherson, 2014; Hare, 2015; McCarthy, Thomas, Bellringer, & Cassidy, 2019; McCarthy, Thomas, Bellringer, & Cassidy, 2019; Abbott, Bellringer, Garrett, & Mundy-McPherson, 2014). En ese sentido, aunque la prevalencia de TJ es mayor en hombres, las investigaciones también han reportado una progresión más rápida en las tasas de prevalencia de las mujeres (Hare, 2015). Algunos autores defienden que los problemas de juego en la mujer podrían estar infrarrepresentados en los estudios de prevalencia, debido a que existe un mayor estigma social asociado al juego (Macía & Estévez, 2022; Lamas, Estévez, & Jáuregui, 2018) y, en consecuencia, las mujeres tenderían a ocultar dicha conducta con mayor frecuencia (Kaufman, Jones Nielsen, & Bowden-Jones, 2017). Además, un estudio reciente de Castrén, Heiskanen y Salonen (2018) observó una disminución en las tasas de juego problemático en hombres entre los años 2007 y 2011, mientras que la ratio de mujeres en riesgo de sufrir TJ incrementó entre los años 2011 y 2015. En definitiva, los datos sugieren que la brecha de género se está estrechando. Finalmente, es importante mencionar que la aparición de las nuevas modalidades de juego *online* ha impulsado el desarrollo de investigaciones específicas para esta modalidad. En general, los estudios indican que los hombres son más proclives a iniciar una conducta de juego *online*. Así, en un estudio realizado en población española, Chóliz, Marcos y Lázaro-Mateo (2021) observan que las tasas de juego *online* en hombres y mujeres son similares a las de juego *offline* reportados previamente en otros estudios.

Muchos estudios han demostrado que existe una asociación directa entre la discriminación y la violencia física y psicológica que sufren las minorías sexuales con un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental (Broman et al., 2022). Sin embargo, como ya se ha mencionado anteriormente, la mayoría de estudios sobre género y TJ se han

centrado en las categorías binarias hombre/mujer (Ruppert, Kattari, & Sussman, 2021). Hasta la fecha, solamente dos estudios han examinado la relación entre la conducta de juego y la orientación sexual en población norteamericana. Ambos mostraron una mayor prevalencia de juego problemático entre las minorías sexuales (Grant & Potenza, 2006; Richard et al., 2019). Más recientemente, un estudio a nivel Europeo conducido por Broman y colaboradores (2022) no encontró diferencias en las conductas de juego entre hombres heterosexuales y hombres pertenecientes a minorías sexuales. Sin embargo, los datos mostraron que, ser mujer y formar parte de una minoría sexual está asociado a una mayor probabilidad de desarrollar problemas de juego.

También es interesante destacar un estudio realizado por Rider y colaboradores (2019), donde se analizaron conductas de TJ en una muestra de 2168 adultos jóvenes transgénero. En primer lugar, los autores observaron que la prevalencia de la conducta de juego en sí era similar entre poblaciones *cis* y *trans* (29,6% vs. 31,7%). No obstante, cuando valoraron la presencia del trastorno observaron que, aunque bastante baja, la prevalencia del mismo era casi tres veces mayor entre los individuos *trans* (1,43% vs. 0,49%). Además, en este mismo trabajo, cuando los pacientes eran estratificados en subgrupos, los autores observaron que las mujeres *trans* y los hombres *cis* presentaban tasas de juego similares (43,5% vs. 43,1%), de la misma manera que los hombres *trans* y las mujeres *cis* (24,0% vs. 20,2%). Finalmente, cuando compararon la presencia de TJ entre subgrupos, los resultados mostraron que el grupo de mujeres transgénero tenía las tasas más elevadas (3,07%), seguido por el grupo de hombres *cis* (0,79%), hombres transgénero (0,69%) y, por último, las mujeres *cis* (0,17%). Así pues, parece ser que los individuos transgénero, especialmente las mujeres, podrían presentar un riesgo más elevado de TJ. Según los autores, una posible explicación es que la masculinidad tiende a ser más valorada en nuestra sociedad, con lo cual, aquellas personas asignadas como hombres al nacer que no cumplen con las expectativas de la masculinidad sufrirán unas consecuencias más duras y, en consecuencia, su salud mental estará expuesta a un mayor riesgo (Rider et al., 2019). En definitiva, son necesarios más estudios que analicen un rango más amplio de identidades sexuales para mejorar la comprensión de los roles de género en el desarrollo y el mantenimiento del TJ.

Por otro lado, también se han descrito diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a ciertos factores sociodemográficos. Por ejemplo, los hombres con TJ suelen tener mayores ingresos mensuales que las mujeres con conductas de juego problemáticas (Castrén, Kontto, Alho, & Salonen, 2018). Además, algunos estudios también han observado que las mujeres con TJ muestran tasas más elevadas de desempleo que los hombres (Ronzitti, Lutri, Smith, Clerici, & Bowden-Jones, 2016). Estos aspectos podría estar relacionados con las diferencias observadas en cuánto a la motivación para el juego: mientras que los hombres jugarían sobre todo para ganar dinero fácil o por la excitación que les genera, las mujeres serían más proclives a jugar para aliviar estados emocionales negativos (como la soledad) o problemas económicos y/o cotidianos (Echeburúa, González-Ortega, de Corral, & Polo-López, 2013; Hing, Russell, Tolchard, & Nower, 2016; McCormack, Shorter, & Griffiths, 2014). A nivel de composición familiar, Hing y colaboradores (2016) observaron que las mujeres con TJ tenían más probabilidades de formar parte de familias monoparentales. Finalmente, en cuanto el estado civil, mientras que los hombres con TJ eran más a menu-

do solteros, las mujeres tenían más probabilidad de ser viudas, divorciadas o separadas (Bonnaire et al., 2017; Hing et al., 2016).

Diversos estudios también han encontrado diferencias de género/sexo en cuanto al tipo de juego: mientras que las mujeres tienden a elegir juegos no estratégicos (bingo, lotería o máquinas recreativas), los hombres prefieren juegos más estratégicos (póquer, apuestas deportivas o carreras de caballos) (Bonnaire et al., 2017; Gartner et al., 2022; Hing et al., 2016). También se ha observado que los hombres con TJ suelen jugar a varios juegos, mientras que las mujeres prefieren solo un tipo de juego (Stark, Zahlan, Albanese, & Tepperman, 2012). Entender las diferencias de género en cuanto al tipo de juego es crucial para la prevención y el manejo del trastorno (Bonnaire et al., 2017). Por ejemplo, se ha observado que los juegos estratégicos tienen mayor potencial adictivo, probablemente porque los jugadores tienden a sobreestimar sus propias habilidades e infraestimar el papel del azar, lo cual resulta en una falsa ilusión de control (Stark et al., 2012). En este sentido, a pesar de que el género masculino se haya asociado clásicamente a esta tipología de juego, cada vez más autores cuestionan las representaciones estereotipadas de jugadores hombres y mujeres, como una supuesta preferencia innata de las mujeres por los juegos de azar no estratégicos (Bowden-Jones & Prever, 2017; Lopez-Gonzalez, Russell, Hing, Estévez, & Griffiths, 2020). En este sentido, la edad podría ser un importante factor de confusión, ya que una menor edad está asociada a una preferencia para los juegos estratégicos y los hombres presentan una edad de inicio menor que las mujeres (Bonnaire et al., 2017). En definitiva, son necesarios más estudios para entender bien la naturaleza de las diferencias de género en cuanto a la tipología de juego (Gartner et al., 2022).

En cuanto a la evolución del TJ, la mayoría de autores coinciden en que tanto la edad de inicio en la conducta de juego, como la edad de aparición de los primeros síntomas y del diagnóstico de TJ, es menor en hombres que en mujeres (Carneiro et al., 2014; Gartner et al., 2022; Slutske, Piasecki, Deutsch, Statham, & Martin, 2015). Además, en un estudio pionero, (Grant, Odlaug, & Mooney, 2012) observaron un patrón temporal distinto en cuanto a la evolución de este trastorno. Mientras que los hombres suelen iniciarse en el juego a edades más tempranas y transcurren más años hasta que desarrollan un juego problemático, las mujeres suelen empezar a jugar a edades más tardías, pero el tiempo que transcurre entre que empiezan a jugar de forma recreativa hasta que desarrollan una problemática relacionada con el juego es mucho más breve, fenómeno denominado como *efecto telescópico*. Los autores hipotetizan que dichas diferencias de género podrían ser el resultado de factores socioculturales, como las normas culturales o los roles o expectativas de género, juntamente con factores biológicos, relacionados con las diferencias de sexo en los niveles hormonales. A pesar de que dicha teoría ha sido altamente respaldada y citada en numerosos trabajos, los resultados obtenidos en un estudio liderado por Slutske y colaboradores (2015), realizado en población general, no respaldan dicho *efecto telescópico*. Según los autores, el uso de muestra clínica sometida a tratamiento puede llevar a conclusiones erróneas en cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres.

Respecto a la severidad, a pesar de que existe cierta controversia, la mayoría de estudios muestran mayores niveles de severidad en mujeres que en hombres (Håkansson & Widinghoff, 2020; Jiménez-Murcia et al., 2020; Ronzitti et al., 2016). Según Ronzitti y colabo-

radores (2016), esto podría estar relacionado con el hecho de que a las mujeres les cuesta más pedir ayuda y, por lo tanto, cuando lo hacen los niveles de severidad suelen ser mayores. También se ha observado que esta mayor gravedad en mujeres suele acompañarse de más psicopatología, con elevados niveles de depresión y ansiedad (Grant, Chamberlain, Schreiber, & Odlaug, 2012). Finalmente, se han observado diferencias de género/sexo en cuanto a los predictores de dicha severidad. Por ejemplo, tal y como se ha mencionado anteriormente, los hombres suelen involucrarse en más juegos que las mujeres, sin embargo, el número de juegos ha resultado ser un mayor predictor de severidad en mujeres. En el caso de los hombres, una edad de inicio más precoz parece ser un buen indicador de severidad (Jiménez-Murcia et al., 2020).

En cuanto al tratamiento, existe cierta controversia sobre si existen o no diferencias entre hombres y mujeres. Diversos estudios han observado que las mujeres presentan menos probabilidades de iniciar un tratamiento que los hombres (Gartner et al., 2022; Ronzitti et al., 2016). Kaufman y colaboradores (2017) observaron que las mujeres podrían enfrentarse a mayores barreras que los hombres y detectaron dificultades tanto externas (largas distancias, costes elevados del tratamiento, falta de información) como internas (negación del problema, miedo, ambivalencia, estigma, vergüenza, sensación de incompreensión, etc.). Sin embargo, esta realidad no sería tan aplicable a España, puesto que existen dispositivos asistenciales pertenecientes a la sanidad pública en algunas comunidades autónomas y también múltiples asociaciones de jugadores en rehabilitación, repartidas por toda la geografía del país. En cuanto al uso de líneas telefónicas de soporte, los estudios muestran un mayor uso de este tipo de alternativas en hombres que en mujeres, hecho que se observa también en adolescentes (Kim, Hodgins, Bellringer, & Abbott, 2016). No obstante, una vez identificado su problema, las mujeres tienden a pedir ayuda antes que los hombres (Gartner et al., 2022).

En cuanto a las diferencias de género/sexo a nivel de respuesta al tratamiento, a pesar de que no se han observado diferencias a nivel de eficacia del tratamiento en hombres y mujeres, parece que las mujeres presentan una mayor probabilidad de recuperarse en comparación con los hombres (56% vs 36%), y que ambos géneros presentan obstáculos y fortalezas distintas para superar un TJ. Por lo tanto, es fundamental considerar la perspectiva de género/sexo en el análisis de la respuesta a tratamiento (Baño et al., 2021). Sin embargo, como ya se ha mencionado, la literatura específica de género es muy escasa y la mayoría de estudios se han centrado en los hombres (Merkouris et al., 2016). A nivel general, se han descrito diversos predictores de mala respuesta a tratamiento. Por ejemplo, determinadas características sociodemográficas como una edad joven, bajo nivel educativo, ser pobre o pertenecer a minorías étnicas (Jiménez-Murcia et al., 2016). Si bien estos resultados se han observado mayoritariamente en muestras clínicas compuestas por hombres, en un estudio reciente conducido por Baño y colaboradores (2021), se analizó la efectividad de un programa grupal de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) de 16 sesiones semanales en mujeres con TJ (n = 214) y observaron que, entre otros factores, un nivel educativo bajo era uno de los predictores más relevantes del riesgo de recaída. El estudio también concluyó que las mujeres divorciadas con preferencia por el juego no estratégico y consumo comórbido de sustancias presentaban mayor número de recaídas.

También se han asociado a una mala respuesta al tratamiento determinadas variables clínicas como elevadas deudas, problemas matrimoniales y dificultades de regulación emocional (p. ej. aislamiento, irritabilidad y aburrimiento) y interrupción de actividades diarias (Jiménez-Murcia et al., 2016). En relación con la regulación emocional, un estudio reciente (Vintró-Alcaraz et al., 2022), observó que el juego no estratégico (más prevalente en mujeres) estaba asociado a una mayor desregulación emocional. Lo cual aporta evidencia a la existencia del clúster de jugadores sobreestimulados (Blaszczynski & Nower, 2002), formado por individuos con una mayor vulnerabilidad emocional. Dicha vulnerabilidad podría hacerlos más proclives a experimentar estados de ánimo disfóricos, que intentarían evitar o reducir mediante el juego. Además, los autores afirman que este grupo está formado mayoritariamente por mujeres, lo cual es consistente con estudios previos que observaron que las mujeres tienen más tendencia a usar el juego como una forma desadaptativa de afrontar la ansiedad, el aburrimiento o sentimientos de soledad y aislamiento social (McCormack et al., 2014; Vintró-Alcaraz et al., 2022). En el caso de los hombres, la búsqueda de la excitación, recompensa, gratificación inmediata y búsqueda de sensaciones se asocia al mayor riesgo de consumo de sustancias comórbido, como el alcohol, lo cual se ha asociado con una peor respuesta al tratamiento (Jiménez-Murcia et al., 2016).

Finalmente, un estudio reciente de Lara-Huallipe y colaboradores (2021) que exploraba perfiles de mujeres buscando tratamiento por TJ basados en un conjunto de indicadores (incluyendo factores sociodemográficos, variables de personalidad, estado clínico en la línea base y respuesta a la TCC, observó la presencia de una gran heterogeneidad dentro del grupo de mujeres con TJ. Estos resultados, junto con la evidencia de que los tratamientos actuales son igualmente efectivos en hombres y mujeres, pone de manifiesto la necesidad de realizar tratamientos centrados en la persona, en base a las necesidades individuales y las características de cada paciente.

Finalmente, en cuanto a la comorbilidad del TJ con otros trastornos mentales. En una revisión reciente, Gartner y colaboradores (2022) analizan la evidencia acumulada hasta la fecha acerca de las diferencias de género en este aspecto. Por un lado, los autores concluyen que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los niveles de comorbilidad. En general, las mujeres presentan mayores niveles de comorbilidad con otros trastornos, sobre todo con trastornos afectivos y relacionados con la ansiedad. En cuanto a los hombres, existe mayor correlación entre TJ y consumo de alcohol y otras sustancias (Slutske et al., 2015). Finalmente, igual que sucede en otros trastornos mentales, las cifras nos indican que las conductas suicidas son más comunes entre mujeres (Valenciano-Mendoza et al., 2021). A pesar de que se desconocen las razones, algunos autores hipotetizan que podría deberse a una mayor incidencia de trastornos relacionados con el estado de ánimo en dicho colectivo (Bischof et al., 2013; Gartner et al., 2022).

3. OTRAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Igual que sucede con el juego, hay otras conductas como mantener relaciones sexuales, ver pornografía, jugar a videojuegos o comprar, que producen un efecto placentero a corto plazo que puede derivar en conductas compulsivas difíciles de controlar. Sin embargo,

existe una falta de consenso acerca de si dichas conductas pueden o no ser consideradas adicciones comportamentales.

Entre las principales razones de esta falta de consenso, destacamos la limitada evidencia empírica que apoye el diagnóstico, así como el hecho de no querer medicalizar determinadas conductas que pueden resultar excesivas, pero que suelen acabar autorregulándose. Además, también produce cierta confusión que dichas conductas se presenten normalmente como comórbidas a otros trastornos, siendo complicado identificarlas como condición única. Finalmente, existe también cierta controversia sobre si estos trastornos deben ser clasificados como adicciones comportamentales o pertenecen a otras categorías diagnósticas (Potenza, Higuchi, & Brand, 2018). Por ejemplo, según la OMS el “Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo” (TCSC) no es una adicción comportamental, sino que pertenece a la categoría de Trastornos de control de los impulsos (World Health Organization, 2020).

Dicho esto, debido al impacto que puede tener la pérdida de control de dichas conductas en el funcionamiento de la vida de los sujetos, dedicaremos este apartado a analizar el papel del género en la adicción a internet, a las redes sociales, a los videojuegos, a comprar, al sexo y a la pornografía. Desafortunadamente, como se verá a continuación, los resultados obtenidos hasta la fecha son muy escasos y muestran contradicciones en algunos aspectos, lo cual refleja la inminente necesidad de futuras investigaciones en el ámbito de las adicciones comportamentales (Charzyńska et al., 2021; Fattore et al., 2014).

3.1. Adicción a los videojuegos

La adicción a los videojuegos, ya sea online u offline, afecta cada día a más personas, habiendo sido reconocido como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud. Además, en el año 2018 se incluyó en la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y, a pesar de no haber sido clasificado como una adicción comportamental en el DSM-5, fue incluido en la sección III “Condiciones para estudios posteriores” (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2020). Actualmente, no existe un consenso en cuanto a la prevalencia de la adicción a los videojuegos y las tasas estimadas oscilan entre un 0,2% y un 34% (Griffiths, Király, Pontes, & Demetrovics, 2015). Esta variabilidad se debe, sobre todo, a la falta de acuerdo acerca de su conceptualización y evaluación en los estudios conducidos hasta la fecha (Lopez-Fernandez, Jess Williams, Griffiths, & Kuss, 2019).

En cuanto al sexo, las cifras indican que se trata de un trastorno que afecta significativamente más a los hombres (Marraudino, Bonaldo, Vitiello, Bergui, & Panzica, 2022; Mihara & Higuchi, 2017). De hecho, jugar a videojuegos se ha asociado tradicionalmente con características masculinas estereotipadas, como la agresividad, o la sexualidad. En base a estas expectativas de género y/o las experiencias vividas durante el juego, las mujeres suelen estar menos motivadas a jugar a videojuegos (Lopez-Fernandez et al., 2019). Sin embargo, en las últimas décadas, el número de mujeres que juegan a videojuegos ha incrementado, llegando a igualar a la población masculina (Association Entertainment Software, 2019). Según la última edición del Anuario de la Industria del videojuego presentado por la Aso-

ciación Española de Videojuegos (AEVI), los jugadores de videojuegos en España ya son más de 18,1 millones, de los cuales el 8,6 millones son mujeres (48%) (Asociación Española de Videojuegos, 2021). Esta incorporación de la mujer en el mundo de los videojuegos hace necesaria una perspectiva de género para abordar el diagnóstico y el tratamiento de la adicción a videojuegos como ha sucedido con las adicciones a sustancias. De hecho, los estudios más recientes sobre mujeres y videojuegos ya han observado que la prevalencia de este trastorno también ha aumentado y está mucho más equilibrada que hace unos años (Lopez-Fernandez et al., 2019). Por ejemplo, en un estudio reciente de Lopez-Fernandez y colaboradores (2018), los autores analizan diferencias entre géneros en cuanto a uso problemático de internet y, entre otros hallazgos, observan que un 10,8% presenta un riesgo potencial de desarrollar adicción a los videojuegos, del cual un 5,3% son hombres y el 5,5% restante mujeres.

Como ya se ha indicado, existen algunas razones ligadas con los roles o expectativas de género que han contribuido a las diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito de los videojuegos (Marraudino et al., 2022; Mihara & Higuchi, 2017). Así, desde la adolescencia, las mujeres parecen sentirse más atraídas por las redes sociales, mientras que los hombres tienden a iniciarse en el mundo de los videojuegos, posiblemente debido a que se sienten más atraídos por la competitividad intrínseca en dicha actividad (Leonhardt & Overå, 2021). Además, las encuestas manifiestan que las mujeres no son consideradas como “auténticas” jugadoras, sobre todo porque se considera que suelen jugar de manera más casual y menos hábilmente en comparación con los hombres. Así pues, incluso aquellas mujeres que desarrollan y demuestran unas buenas habilidades jugando a videojuegos, suelen ser invisibilizadas o marginalizadas (Lopez-Fernandez et al., 2019).

También es interesante destacar que, en un estudio por Arcelus y colaboradores (2017), se investigaron los factores relacionados con la adicción a los videojuegos en un grupo de personas transgénero, con el objetivo de comprender mejor los efectos de los roles y expectativas de género en dicha conducta. Los resultados del estudio no mostraron diferencias en cuanto al género, sino que el uso problemático de los videojuegos resultó estar más relacionado con problemas interpersonales, depresión y una edad temprana. Los autores destacaron la complejidad para llegar a conclusiones en cuanto al impacto de la identidad de género, porque se trata de un colectivo que acarrea con muchas más dificultades y/o psicopatología que la población general. En este sentido, aquellos individuos que mostraban una conducta de juego problemática eran aquellos que presentaban niveles más elevados de psicopatología y una menor edad (Arcelus et al., 2017). En cuanto al tratamiento, las personas expertas alertan de que este trastorno puede pasar desapercibido en mujeres y que, aquellas mujeres tratadas por esta adicción muestran diferencias en cuanto a los hombres a nivel de patologías asociadas. No obstante, existen escasos trabajos que analicen específicamente la población femenina afectada por este trastorno y, por lo tanto, es necesario avanzar en esta dirección (Lopez-Fernandez et al., 2019).

3.2. Adicción a internet y a las redes sociales

Desde hace unos años, internet ejerce un rol cada vez más central en la vida diaria de muchas personas. Sin embargo, a pesar de ser una herramienta que nos permite acceder a

una gran cantidad de información y que facilita enormemente la comunicación, un uso excesivo de internet puede derivar en graves problemas de salud, como ansiedad, depresión o mala calidad del sueño (Su, Han, Yu, Wu, & Potenza, 2020). Aunque no ha sido incluida en las últimas versiones del DSM y de la CIE, los niveles de prevalencia mundial de esta problemática son cada vez más alarmantes, con cifras alrededor de un 6,0% (Cheng & Li, 2014). Por este motivo, la investigación sobre el uso patológico de internet ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas.

Como en cualquier otro trastorno adictivo, el desarrollo de una dependencia psicológica a internet está influido por muchos factores, entre ellos el género. Más concretamente, distintos estudios coinciden en que el género es un factor crucial para explicar por qué los individuos desarrollan una adicción a internet a través de distintas vías (Tang, Koh, & Gan, 2017). Por ejemplo, los hombres tienden a desarrollar su comportamiento adictivo a través del juego online y las mujeres a través de la interacción social. De hecho, muchos estudios han observado que las mujeres presentan una probabilidad mayor de desarrollar una adicción a las redes sociales, mientras que los hombres serían más proclives a desarrollar una adicción a los videojuegos online (Su et al., 2020).

Estas diferencias de género pueden ser rastreadas mediante las motivaciones para usar internet. Por un lado, los hombres tienden a experimentar comportamientos más adictivos a través de juegos relacionados con el poder, el control o explorando fantasías sexuales a través de internet. En cambio, las mujeres valoran más las relaciones interpersonales que los hombres y, por lo tanto, son más proclives a usar internet para comunicarse con otras personas (cerca y/o anónimas) con el objetivo de compartir sus sentimientos y emociones. Otro factor importante es el estilo de afrontamiento; al parecer, los hombres son más propensos a usar estrategias de evitación y distracción emocional y, por lo tanto, más probablemente usaran estrategias como el juego para distraerse de los problemas (Noguti, Singh, & Waller, 2019; Tang et al., 2017).

En estas líneas, un estudio reciente sobre perfiles de riesgo de adicción a las redes sociales ha reportado tres niveles de perfil de riesgo. Así, el perfil de riesgo alto lo conformarían mujeres jóvenes adultas con síntomas de ansiedad, necesidades insatisfechas de pertinencia y apego ansioso (Stănculescu & Griffiths, 2022). Estos resultados concuerdan con estudios previos, según los cuales las mujeres usarían las redes sociales para llenar un vacío cuando se sienten deprimidas o cuando sus necesidades sociales no están cubiertas, de este modo incrementando su probabilidad de adicción a las redes sociales (Chae, Kim, & Kim, 2018).

En cuanto a las implicaciones prácticas de los resultados obtenidos, es innegable la necesidad de elaborar programas de prevención e intervenciones terapéuticas orientadas a los grupos de mayor riesgo. Por ejemplo, campañas educativas que subrayen los inconvenientes de un uso excesivo de las redes sociales y que sean implementados a través de las mismas redes sociales, puesto que son los espacios más frecuentados por chicas jóvenes. El personal sanitario también debe estar concienciado de que las mujeres jóvenes son un grupo vulnerable al uso problemático de las redes sociales, especialmente aquellas con carencias sociales y/o afectivas y con apego ansioso. Por lo tanto, los programas

de intervención también deben estar enfocados a identificar y tratar esas dificultades. El déficit en habilidades sociales también puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de ansiedad social o de apego ansioso y, por lo tanto, la TCC, ya sea en formato grupal o individual, debe ser el tratamiento de primera elección para tratar dichas dificultades. En otras palabras, teniendo en cuenta que el riesgo de adicción a las redes sociales va asociado a una necesidad de pertinencia, es absolutamente necesario que los especialistas ayuden a los pacientes a desarrollar estrategias para integrarse en diferentes grupos (Stănculescu & Griffiths, 2022).

Finalmente, a pesar de que la gran mayoría de los estudios sugieren que la adicción a las redes sociales es más prevalente entre las mujeres, existen algunos datos contradictorios. De hecho, algunos estudios han observado que los hombres presentan puntuaciones más elevadas en medidas de adicción a las redes sociales. Una posible explicación es que, a pesar de que los hombres no serían tan proclives a desarrollar una adicción a las redes, debido a su mayor tendencia a asumir riesgos, también tenderían a hacer un uso más problemático de las redes. Dicho esto, para evitar especulaciones e hipótesis no testadas, necesitamos más estudios en este ámbito, para mejorar nuestra comprensión del papel del género en dichas adicciones (Araujo, 2016).

3.3. Compra Compulsiva (CC)

Otra adicción comportamental que merece la atención es la Compra Compulsiva (CC) o también conocida como adicción a las compras. La evidencia científica y la experiencia clínica acumuladas hasta la fecha, así como las cifras de prevalencia, sostienen la necesidad de reconocer este comportamiento disfuncional como una entidad diagnóstica separada y, más concretamente, como una adicción comportamental. Esto permitiría a investigadores y clínicos a entender mejor la etiología del trastorno y mejorar las intervenciones preventivas y terapéuticas (Müller et al., 2019).

Desafortunadamente, a día de hoy, existen pocas investigaciones sobre las diferencias de género y, por lo tanto, se dispone de un conocimiento limitado sobre sus implicaciones clínicas y la respuesta al tratamiento. En cuanto a la prevalencia, los estudios han identificado que la probabilidad de desarrollar dicho comportamiento es más frecuente en las mujeres en comparación con los hombres, lo cual coincide con los resultados a nivel epidemiológico. En población adolescente, se han encontrado resultados mixtos, con diferencias de género menos marcadas (Müller et al., 2019). Así, el ser mujer y ser joven son factores de riesgo relacionados con la CC (Maraz, Griffiths, & Demetrovics, 2016). Las estimaciones mundiales de CC oscilan entre el 6 y el 7 % (Nicoli et al., 2016). Un metaanálisis identificó una prevalencia de CC del 4,9% en población general de adultos, con porcentajes mayores en muestras de estudiantes universitarios (8,3%), en muestras no representativas de adultos (12,3%) y en muestras de compradores habituales (16,2%). Este metaanálisis también identificó una prevalencia más alta en mujeres (Maraz et al., 2016).

También, se han observado diferencias de género a nivel de evolución y gravedad. Así pues, parece que los hombres presentan niveles menores de gravedad, pero reportan más psicopatología asociada. También se ha descrito una mayor probabilidad de que los hom-

bres con CC puedan desarrollar una adicción sexual, presentando mayores dificultades de autocontrol, lo que podría favorecer el desarrollo de otros trastornos relacionados con la impulsividad, como sería un trastorno explosivo intermitente (TEI) o una adicción a los juegos de apuesta (Nicoli et al., 2016; Granero, Fernández-Aranda, Steward, et al., 2016).

La evidencia acumulada hasta la fecha afirma que los factores socioculturales ejercen un papel central en las diferencias observadas entre hombres y mujeres. En general, el desarrollo de CC se ha relacionado con personas que viven en países más ricos, con mayores ingresos económicos y tiempo de ocio (Hubert, Hubert, Gwozdz, Raab, & Reisch, 2014; Maraz et al., 2016). En cuanto al género, parece que las mujeres son más vulnerables a expectativas sociales y a cuestiones de apariencia, por lo que suelen ser más propensas a desarrollar este comportamiento como una medida para mejorar su aspecto, la aprobación social y su estado de ánimo (Charzyńska et al., 2021). En este sentido, diversos estudios han observado que la baja autoestima podría ser un importante predictor para el desarrollo y mantenimiento de este trastorno, asociándose a creencias irracionales en torno a que comprar mejora la autoimagen, el atractivo físico y el status social (Roberts, Manolis, & Pullig, 2014). Además, todos estos factores influyen en la elección de los objetos que son adquiridos por las personas que presentan CC: mientras que las mujeres tienden a comprar ropa, carteras, zapatos, perfumes, maquillaje y joyas; los hombres muestran una mayor preferencia por artículos electrónicos, trajes, relojes y automóviles (Nicoli et al., 2016).

También se han observado diferencias de género en cuanto a los factores psicológicos relacionados con la CC. En un estudio realizado por Granero y colaboradores (2016) que buscaba identificar rasgos de personalidad en CC, los autores identificaron tres grupos: 1) compradores compulsivos masculinos, que presentaban niveles más bajos de dependencia a la recompensa, 2) mujeres con CC poco disfuncionales, con mayor nivel educativo, mayor edad de inicio de la CC, puntuaciones más bajas en evitación del daño y niveles más altos de persistencia, autodirección y cooperación, y 3) mujeres con CC altamente disfuncionales, que tenían una menor edad de inicio, niveles más altos de psicopatología comórbida y evitación del daño, así como la puntuación más baja en autodirección. En definitiva, las características sociodemográficas y de personalidad determinan clústeres o subtipos de pacientes con diferentes características clínicas, y dichos subtipos deberán ser considerados a la hora de desarrollar instrumentos de evaluación, programas de prevención e instrumentos de intervención.

En cuanto al tratamiento, se ha identificado que entre el 80% y el 94% de las personas con este diagnóstico que buscan tratamiento son mujeres. Aunque estas cifras son altas, podrían no estar reflejando la realidad, ya que se ha identificado que las mujeres suelen reconocer con mayor facilidad este comportamiento de compra, mientras que, en los hombres, este comportamiento está mejor visto y aceptado como “coleccionismo”. Por otro lado, los hombres con CC deciden buscar tratamiento profesional cuando experimentan mayores niveles de angustia y su funcionamiento cotidiano se ve afectado (Nicoli et al., 2016).

Los enfoques de tratamiento que han mostrado ser efectivos para abordar la CC en general (hombres y mujeres) incluyen: TCC, grupos de autoayuda como complemento a

la TCC, enfoques mixtos y en algunos casos tratamiento farmacéutico. La TCC se muestra como el enfoque más prometedor para el tratamiento de la CC. La modalidad grupal ha mostrado disminuir los episodios de CC, mejorar la sintomatología y mantener esa mejora en el tiempo (hasta 6 meses). La mayoría de las intervenciones para este trastorno se han realizado bajo una modalidad de tratamiento grupal (Granero et al., 2017). Al comparar distintos abordajes psicológicos para la CC, como la TCC, la terapia familiar, terapia conductual, y terapia de aceptación y compromiso, la que mayor efectividad mostró para disminuir la gravedad de CC fue la TCC (Goslar, Leibetseder, Muench, Hofmann, & Laireiter, 2020; Hague, Hall, & Kellett, 2016).

Algunas intervenciones de TCC, con un formato de tratamiento individual y con una duración de 12 sesiones semanales, orientadas a disminuir los episodios de CC y a mejorar el estado emocional del paciente, incluyen componentes como: la psicoeducación, el control de estímulos, prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, refuerzo y autorrefuerzo, entrenamiento en habilidades, técnicas de prevención de recaídas y exposición con prevención de respuesta (Granero et al., 2017; Mueller & de Zwaan, 2008). En este sentido, un estudio realizado a 77 mujeres que padecían un problema de CC, de las cuales 49 eran madres, mostró que la maternidad se asociaba con una mejor respuesta al tratamiento (menor número de recaídas y mayor probabilidad de adherencia al tratamiento (Mestre-Bach et al., 2022).

Finalmente, a nivel de comorbilidad, los hombres con CC presentan una mayor probabilidad de desarrollar problemas con el alcohol, el juego, el sexo y el trabajo. Estas altas tasas de comorbilidad en los hombres con CC pueden deberse a que presentan mayor psicopatología que las mujeres, que está asociada con mayor dificultad para controlar sus impulsos, lo que se refleja, cómo se ha venido mencionando en este capítulo, en que la comorbilidad que presentan los compradores compulsivos masculinos se ha encontrado asociada precisamente con trastornos relacionados con el control de impulsos (Nicoli et al., 2016). En general, tanto en hombres como en mujeres, se considera que la CC actúa como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo para ayudar a aliviar estados de ánimo que pueden llevar a trastornos psiquiátricos comórbidos, específicamente depresión y ansiedad (Heffernan, Hamilton, & Neave, 2021), así como a otros problemas del espectro de control de los impulsos, como el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Lawrence, Ciorciari, & Kyrios, 2014), Trastorno límite de la personalidad (TLP) e impulsividad (Maraz et al., 2016). La evidencia también indica que las personas con un diagnóstico de CC, tienen casi el doble de probabilidades de presentar comorbilidad con abuso de sustancias, así como tres veces más probabilidades de desarrollar un trastorno alimentario (Grant, Schreiber, & Odlaug, 2013; Maraz et al., 2016). En esa misma línea, los estudios han encontrado una alta comorbilidad de CC con otras adicciones comportamentales como el TJ (Granero, Fernández-Aranda, Mestre-Bach, et al., 2016; Granero, Fernández-Aranda, Steward, et al., 2016; Guerrero-Vaca et al., 2019).

3.4. Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo (TCSC)

El Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo (TCSC) ha sido recientemente aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el CIE 11, e incluido dentro de la

categoría de trastornos de control de los impulsos (World Health Organization, 2022). Sin embargo, su estudio sigue siendo limitado, especialmente en relación a epidemiología y resultados de tratamiento. Por ello, el conocimiento sobre las diferencias de género en este trastorno también es escaso.

Clásicamente, el TCSC se ha considerado un problema principalmente masculino. Sin embargo, los datos epidemiológicos actuales muestran que la presencia de este comportamiento es cada vez más frecuente en la población femenina. Por ejemplo, según una encuesta realizada en Estados Unidos por Dickenson y colaboradores, en una muestra representativa de más de 2.300 adultos, un 10,3% de hombres y un 7% de mujeres afirmaron haber sufrido malestar derivado de la incapacidad de controlar los impulsos sexuales (Dickenson, Gleason, Coleman, & Miner, 2018). Por otro lado, una revisión sistemática identificó diferentes tasas de prevalencia que oscilaban entre el 2,8% hasta el 35,1% en muestras de conveniencia y entre el 3,3% hasta el 40,3% en muestras clínicas (Kürbitz & Briken, 2021). Estas diferencias en los porcentajes se deben a que las muestras de conveniencia incluyen más a mujeres, mientras que en muestras clínicas predominan más los hombres.

Al tratarse de un trastorno clásicamente asociado a los hombres, la mayor parte de los estudios se han enfocado en muestras masculinas. En las mujeres, las investigaciones han estado más centradas en disfunciones sexuales, considerándolas un problema femenino. Además, las diferentes normas sociales que existen para hombres y mujeres, pueden conducir a las mujeres a buscar en menor medida tratamiento, debido a la vergüenza que les genera hablar de este comportamiento y aceptar este diagnóstico (Koós, Orosz, Demetrovics, & Bőthe, 2022; Kürbitz & Briken, 2021). Asimismo, a nivel social, este trastorno suele tener un impacto negativo en las relaciones con otras personas, tanto en la forma en la que se inician las relaciones como en la manera en que se mantienen (Hall, 2021).

A nivel de diagnóstico, uno de los principales obstáculos que se encuentran es que la angustia psicológica que se experimenta, puede derivar más de los juicios morales y normas sociales, que del comportamiento sexual compulsivo *per se* y, sobre todo en el caso de las mujeres (Hall, 2021). Igualmente, resulta de gran importancia no confundir un elevado deseo sexual (que se asocia con pérdida de control sobre el comportamiento sexual y angustia significativa o deterioro en el funcionamiento) con un TCSC. Como se mencionó, las personas con este trastorno suelen experimentar vergüenza y son estigmatizadas, lo que lleva a ocultar este comportamiento y dificultar su diagnóstico. Además, incluso cuando las personas acuden a tratamiento por otros problemas psicológicos, suelen ocultar los síntomas derivados de este trastorno. También se ha observado que las mujeres tienden a buscar ayuda profesional más tarde que los hombres, hasta que experimentan el comportamiento sexual compulsivo como un peligro para su vida privada y profesional (Kürbitz & Briken, 2021). Finalmente, es importante mencionar que, el hecho de que este trastorno ha sido más estudiado en hombres ha generado barreras en el tratamiento de mujeres con este diagnóstico.

A nivel de comorbilidad, también existen pocos estudios que hayan identificado diferencias de género. Según Kürbitz & Briken (2021), existe una mayor relación con el neuroticismo, el estrés y problemas de confianza en el caso de las mujeres. Por el contrario, mayores síntomas de depresión y ansiedad se asocian más a la población masculina. Asi-

mismo, en los hombres se encontró mayor comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno del Espectro Autista (TEA), y el TOC.

Finalmente, estrechamente relacionado con el TCSC, encontramos el Trastorno por uso de Pornografía en Internet (TPI). Debido al fácil acceso y amplia disponibilidad de la pornografía en internet, su consumo se ha vuelto problemático y clínicamente significativo y, por lo tanto, merece la pena dedicar unas líneas a analizar brevemente las diferencias de género asociadas a dicha conducta (Pekal, Laier, Snagowski, Stark, & Brand, 2018).

Aunque la investigación que existe sobre este trastorno es limitada, principalmente en estudios de género, se han identificado diferencias en el consumo de pornografía en línea entre hombres y mujeres. Estas diferencias muestran que las mujeres pasan menos tiempo en sitios de internet que ofrecen contenido pornográfico (Baranowski, Vogl, & Stark, 2019). Algunos estudios han reportado una prevalencia estimada del TPI del 5% en los hombres, sin índices confiables en las mujeres, debido a la falta de estudios en población femenina. Otros estudios internacionales han encontrado tasas de uso de pornografía en línea de 50–99% en hombres y de 30–86% en mujeres (Baranowski et al., 2019). Asimismo, los resultados de un estudio realizado en 485 mujeres, revelaron que un 3% de la muestra manifestaba un uso problemático de consumo de pornografía (Baranowski et al., 2019).

En cuanto a la evolución y severidad, la excitación sexual y el deseo son los principales predictores para el desarrollo y mantenimiento de este trastorno tanto en hombres como en mujeres. El tiempo que se pasa en línea consumiendo pornografía y la elección de consumo suelen ser diferentes en hombres, ya que el tiempo es mayor en esta población y suelen ver un contenido sexual más explícito, mientras que las mujeres buscan mayor diversidad de contenido sexual (Baranowski et al., 2019; Pekal et al., 2018). El estudio de Baranowski y colaboradores (2019) encontró que el consumo problemático de pornografía *online* en las mujeres está relacionado con la cantidad de tiempo dedicado a ver dicho contenido, una alta motivación sexual y una mayor evitación emocional. En otros estudios se ha mencionado que en muestras de hombres hipersexuales y con comportamientos sexuales problemáticos, existen altos niveles de disgusto y culpa, y bajos niveles de satisfacción e interés, encontrándose que las emociones negativas están reguladas en una medida importante por el comportamiento sexual (Baranowski et al., 2019). Finalmente, en relación con el tratamiento, suele ser complejo, debido a la falta de investigaciones clínicas que identifiquen factores clínicos y factores patológicos asociados, lo que limita el tratamiento enfocado en las diferencias de género.

Tabla 1. Resumen de la evidencia

| | Grado de recomendación |
|---|-------------------------------|
| A pesar de que la adicción a los videojuegos se ha asociado significativamente al género masculino, en las últimas décadas, el número de mujeres que juegan a videojuegos ha incrementado, llegando a igualar a la población masculina. En consecuencia, la prevalencia de este trastorno ha aumentado en mujeres. | A |
| El género es un factor crucial para explicar por qué los individuos desarrollan una adicción a internet. Así, mientras los hombres tienden a desarrollar su comportamiento adictivo a través del juego online, las mujeres lo harían a través de la interacción social. De hecho, las mujeres presentan una probabilidad mayor de desarrollar una adicción a las redes sociales | B |
| El perfil de riesgo alto de adicción a las redes sociales lo conformarían mujeres jóvenes adultas con síntomas de ansiedad, necesidades insatisfechas de pertinencia y apego ansioso. | B |
| La probabilidad de desarrollar un comportamiento de compra compulsiva es más frecuente en las mujeres en comparación con los hombres. | B |
| Los factores socioculturales ejercen un papel central en las diferencias observadas entre hombres y mujeres. Así, la compra compulsiva se ha relacionado con personas que viven en países más ricos, con mayores ingresos económicos y tiempo de ocio. | A |
| La mayoría de las personas con problemas de compra compulsiva que buscan tratamiento son mujeres. | B |
| La terapia cognitivo-conductual se muestra como el enfoque más prometedor para el tratamiento de la compra compulsiva. | A |
| El Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo (TCSC) es un problema que afecta principalmente a los hombres. Sin embargo, la presencia de este comportamiento es cada vez más frecuente en la población femenina. | A |
| Uno de los principales obstáculos asociados al diagnóstico del TCSC es que la angustia psicológica que se experimenta deriva del estigma social asociado. | A |

4. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric association (APA).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, text revision* (American Psychiatric Association, Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Araujo Robles, E. D. (2016). Indicadores de adicción a las redes sociales en universitarios de Lima. *Revista Digital de Investigación En Docencia Universitaria*, 48–58. <https://doi.org/10.19083/ridu.10.494>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Jones, B. A., Richards, C., Jimenez-Murcia, S., & Griffiths, M. D. (2017). Video gaming and gaming addiction in transgender people: An exploratory study. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(1), 21–29. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.002>
- Asociación Española de Videojuegos. (2021). *La industria del videojuego en España: Anuario 2021*. Madrid.
- Association Entertainment Software. (2019). Essential facts about the computer and video games industry. Retrieved from <https://www.theesa.com/esa-research/2019-essential-facts-about-computer-and-video-game-industry/>
- Baño, M., Mestre-Bach, G., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Gómez-Peña, M., Moragas, L., ... Jiménez-Murcia, S. (2021). Women and gambling disorder: Assessing dropouts and relapses in cognitive behavioral group therapy. *Addictive Behaviors*, 123. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107085>
- Baranowski, A. M., Vogl, R., & Stark, R. (2019). Prevalence and Determinants of Problematic Online Pornography Use in a Sample of German Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1274–1282. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.010>
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., Kastirke, N., John, U., & Rumpf, H.-J. (2013). Comorbid Axis I-disorders among subjects with pathological, problem, or at-risk gambling recruited from the general population in Germany: Results of the PAGE study. *Psychiatry Research*, 210(3), 1065–1070. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.026>
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
- Bonnaire, C., Kovess-Masfety, V., Guignard, R., Richard, J. B., du Roscoät, E., & Beck, F. (2017). Gambling Type, Substance Abuse, Health and Psychosocial Correlates of Male and Female Problem Gamblers in a Nationally Representative French Sample. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 343–369. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9628-4>
- Bowden-Jones, H., & Prever, F. (2017). *Gambling disorders in women: an international female perspective on treatment and research*. Taylor & Francis.
- Broman, N., Prever, F., di Giacomo, E., Jiménez-Murcia, S., Szczegieliński, A., Hansson, H., & Håkansson, A. (2022). Gambling, Gaming, and Internet Behavior in a Sexual Minority Perspective. A Cross-Sectional Study in Seven European Countries. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.707645>
- Carneiro, E., Tavares, H., Sanches, M., Pinsky, I., Caetano, R., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2014). Gambling onset and progression in a sample of at-risk gamblers from the general population. *Psychiatry Research*, 216(3), 404–411. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.035>
- Castrén, S., Heiskanen, M., & Salonen, A. H. (2018). Trends in gambling participation and gambling severity among Finnish men and women: cross-sectional population surveys in 2007, 2010 and 2015. *BMJ Open*, 8(8), e022129. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022129>
- Castrén, S., Kontto, J., Alho, H., & Salonen, A. H. (2018). The relationship between gambling expenditure, socio-demographics, health-related correlates and gambling behaviour—a cross-sectional population-based survey in Finland. *Addiction*, 113(1), 91–106. <https://doi.org/10.1111/add.13929>

- Chae, D., Kim, H., & Kim, Y. A. (2018). Sex Differences in the Factors Influencing Korean College Students' Addictive Tendency Toward Social Networking Sites. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(2), 339–350. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9778-3>
- Charzyńska, E., Sussman, S., & Atroszko, P. A. (2021). Profiles of potential behavioral addictions' severity and their associations with gender, personality, and well-being: A person-centered approach. *Addictive Behaviors*, 119(April), 106941. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106941>
- Cheng, C., & Li, A. Y. (2014). Internet Addiction Prevalence and Quality of (Real) Life: A Meta-Analysis of 31 Nations Across Seven World Regions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(12), 755–760. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0317>
- Chóliz, M., Marcos, M., & Lázaro-Mateo, J. (2021). The Risk of Online Gambling: a Study of Gambling Disorder Prevalence Rates in Spain. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(2), 404–417. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00067-4>
- Dickenson, J. A., Gleason, N., Coleman, E., & Miner, M. H. (2018). Prevalence of Distress Associated With Difficulty Controlling Sexual Urges, Feelings, and Behaviors in the United States. *JAMA Network Open*, 1(7), e184468. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4468>
- Echeburúa, E., González-Ortega, I., de Corral, P., & Polo-López, R. (2013). Pathological Gamblers and a Non-Psychiatric Control Group Taking Gender Differences into Account. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E2. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.2>
- Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., & Fratta, W. (2014). Sex differences in addictive disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 272–284. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.04.003>
- Gartner, C., Bickl, A., Härtl, S., Loy, J. K., & Häffner, L. (2022). Differences in problem and pathological gambling: A narrative review considering sex and gender. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 267–289. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00019>
- Goslar, M., Leibetseder, M., Muench, H. M., Hofmann, S. G., & Laireiter, A.-R. (2020). Treatments for internet addiction, sex addiction and compulsive buying: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(1), 14–43. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00005>
- Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mestre-Bach, G., Steward, T., Baño, M., Agüera, Z., ... Jiménez-Murcia, S. (2017). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying behavior: Predictors of treatment outcome. *European Psychiatry*, 39, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.06.004>
- Granero, Roser, Fernández-Aranda, F., Baño, M., Steward, T., Mestre-Bach, G., del Pino-Gutiérrez, A., ... Jiménez-Murcia, S. (2016). Compulsive buying disorder clustering based on sex, age, onset and personality traits. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.03.003>
- Granero, Roser, Fernández-Aranda, F., Mestre-Bach, G., Steward, T., Baño, M., del Pino-Gutiérrez, A., ... Jiménez-Murcia, S. (2016). Compulsive Buying Behavior: Clinical Comparison with Other Behavioral Addictions. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00914>
- Granero, Roser, Fernández-Aranda, F., Steward, T., Mestre-Bach, G., Baño, M., del Pino-Gutiérrez, A., ... Jiménez-Murcia, S. (2016). Compulsive Buying Behavior: Characteristics of Comorbidity with Gambling Disorder. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00625>
- Grant, J. E., Chamberlain, S. R., Schreiber, L. R. N., & Odlaug, B. L. (2012). Gender-related clinical and neurocognitive differences in individuals seeking treatment for pathological gambling. *Journal of Psychiatric Research*, 46(9), 1206–1211. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.013>
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Mooney, M. E. (2012). Telescoping Phenomenon in Pathological Gambling. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200(11), 996–998. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182718a4d>
- Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2006). Sexual orientation of men with pathological gambling: prevalence and psychiatric comorbidity in a treatment-seeking sample. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 515–518. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.02.005>
- Grant, J. E., Schreiber, L. R., & Odlaug, B. L. (2013). Phenomenology and Treatment of Behavioural Addictions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 252–259. <https://doi.org/10.1177/070674371305800502>

- Griffiths, M. D., Király, O., Pontes, H. M., & Demetrovics, Z. (2015, April 1). An Overview of Problematic Gaming (E. Aboujaoude & V. Starcevic, Eds.). *Mental Health in the Digital Age: Grave Dangers, Great Promise*, p. 0. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199380183.003.0002>
- Guerrero-Vaca, D., Granero, R., Fernández-Aranda, F., González-Doña, J., Müller, A., Brand, M., ... Jiménez-Murcia, S. (2019). Underlying mechanism of the comorbid presence of buying disorder with gambling disorder: A pathways analysis. *Journal of Gambling Studies*, 35(1), 261–273. <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9786-7>
- Hague, B., Hall, J., & Kellett, S. (2016). Treatments for compulsive buying: A systematic review of the quality, effectiveness and progression of the outcome evidence. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(3), 379–394. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.064>
- Håkansson, A., & Widinghoff, C. (2020). Gender Differences in Problem Gamblers in an Online Gambling Setting. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 13, 681–691. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S248540>
- Hall, P. (2021). The moral maze of sex & porn addiction. *Addictive Behaviors*, 123, 107054. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107054>
- Heffernan, T., Hamilton, C., & Neave, N. (2021). Compulsive shopping behaviour and executive dysfunction in young adults. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.2013846>
- Hing, N., Russell, A., Tolchard, B., & Nower, L. (2016). Risk Factors for Gambling Problems: An Analysis by Gender. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 511–534. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9548-8>
- Hubert, M., Hubert, M., Gwozdz, W., Raab, G., & Reisch, L. (2014). Compulsive Buying: an Increasing Problem?: Investigating and Comparing Trends in Germany and Denmark, 2010–2012. *Journal Fuer Verbraucherschutz Und Lebensmittelsicherheit*, 9(3), 280–284. <https://doi.org/10.1007/S00003-014-0900-1>
- Jiménez-Murcia, S., Del Pino-Gutiérrez, A., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Hakansson, A., Tárrega, S., ... Menchón, J. M. (2016). Treatment Outcome in Male Gambling Disorder Patients Associated with Alcohol Use. *Frontiers in Psychology*, 7(MAR). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00465>
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Giménez, M., del Pino-Gutiérrez, A., Mestre-Bach, G., Mena-Moreno, T., ... Fernández-Aranda, F. (2020). Moderator effect of sex in the clustering of treatment-seeking patients with gambling problems. *Neuropsychiatrie*, 34(3), 116–129. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00341-1>
- Kaufman, A., Jones Nielsen, J. D., & Bowden-Jones, H. (2017). Barriers to Treatment for Female Problem Gamblers: A UK Perspective. *Journal of Gambling Studies*, 33(3), 975–991. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9663-1>
- Kim, H. S., Hodgins, D. C., Bellringer, M., & Abbott, M. (2016). Gender Differences Among Helpline Callers: Prospective Study of Gambling and Psychosocial Outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 605–623. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9572-8>
- Koós, M., Orosz, G., Demetrovics, Z., & Bőthe, B. (2022). Present hedonism and future time perspectives predicting hypersexuality and problematic pornography use. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.914919>
- Kürbitz, L. I., & Briken, P. (2021). Is Compulsive Sexual Behavior Different in Women Compared to Men? *Journal of Clinical Medicine*, 10(15), 3205. <https://doi.org/10.3390/jcm10153205>
- Lara-Huallipe, M. L., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Gómez-Peña, M., Moragas, L., del Pino-Gutiérrez, A., ... Jiménez-Murcia, S. (2021). Clustering Treatment Outcomes in Women with Gambling Disorder. *Journal of Gambling Studies*, 38(4), 1469–1491. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10092-5>
- Lawrence, L. M., Ciorciari, J., & Kyrios, M. (2014). Relationships that compulsive buying has with addiction, obsessive-compulsiveness, hoarding, and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1137–1145. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.005>
- Leonhardt, M., & Overå, S. (2021). Are There Differences in Video Gaming and Use of Social Media among Boys and Girls?—A Mixed Methods Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6085. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116085>

- Lopez-Fernandez, O. (2018). Generalised Versus Specific Internet Use-Related Addiction Problems: A Mixed Methods Study on Internet, Gaming, and Social Networking Behaviours. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2913. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122913>
- Lopez-Fernandez, O., Jess Williams, A., Griffiths, M. D., & Kuss, D. J. (2019). Female gaming, gaming addiction, and the role of women within gaming culture: A narrative literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(JULY), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00454>
- Lopez-Gonzalez, H., Russell, A. M. T., Hing, N., Estévez, A., & Griffiths, M. D. (2020). A Cross-Cultural Study of Weekly Sports Bettors in Australia and Spain. *Journal of Gambling Studies*, 36(3), 937–955. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09898-1>
- Maraz, A., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2016). The prevalence of compulsive buying: a meta-analysis. *Addiction*, 111(3), 408–419. <https://doi.org/10.1111/add.13223>
- Marraudino, M., Bonaldo, B., Vitiello, B., Bergui, G. C., & Panzica, G. (2022). Sexual Differences in Internet Gaming Disorder (IGD): From Psychological Features to Neuroanatomical Networks. *Journal of Clinical Medicine*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/jcm11041018>
- McCormack, A., Shorter, G. W., & Griffiths, M. D. (2014). An Empirical Study of Gender Differences in Online Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 71–88. <https://doi.org/10.1007/s10899-012-9341-x>
- Merkouris, S. S., Thomas, A. C., Shandley, K. A., Rodda, S. N., Oldenhof, E., & Dowling, N. A. (2016). An Update on Gender Differences in the Characteristics Associated with Problem Gambling: a Systematic Review. *Current Addiction Reports*, 3(3), 254–267. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0106-y>
- Mestre-Bach, G., Granero, R., Casalé-Salayet, G., Fernández-Aranda, F., Müller, A., Brand, M., ... Jiménez-Murcia, S. (2022). Motherhood and Treatment Outcome in Female Patients with Compulsive Buying–Shopping Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7075. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127075>
- Mihara, S., & Higuchi, S. (2017). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(7), 425–444. <https://doi.org/10.1111/pcn.12532>
- Mueller, A., & de Zwaan, M. (2008). Therapieansätze bei pathologischem Kaufen. *Fortschritte Der Neurologie · Psychiatrie*, 76(08), 478–483. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038227>
- Müller, A., Brand, M., Claes, L., Demetrovics, Z., de Zwaan, M., Fernández-Aranda, F., ... Kyrios, M. (2019). Buying-shopping disorder—is there enough evidence to support its inclusion in ICD-11? *CNS Spectrums*, 24(4), 374–379. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001323>
- Nicoli de Mattos, C., Kim, H. S., Requião, M. G., Marasaldi, R. F., Filomensky, T. Z., Hodgins, D. C., & Tavares, H. (2016). Gender Differences in Compulsive Buying Disorder: Assessment of Demographic and Psychiatric Co-Morbidities. *PLOS ONE*, 11(12), e0167365. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167365>
- Noguti, V., Singh, S., & Waller, D. S. (2019). Gender Differences in Motivations to Use Social Networking Sites. In *Gender Economics* (pp. 676–691). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-7510-8.ch033>
- Pekal, J., Laier, C., Snagowski, J., Stark, R., & Brand, M. (2018). Tendencies toward Internet-pornography-use disorder: Differences in men and women regarding attentional biases to pornographic stimuli. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 574–583. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.70>
- Potenza, M. N., Higuchi, S., & Brand, M. (2018). Call for research into a wider range of behavioural addictions. *Nature*, 555(7694), 30–30. <https://doi.org/10.1038/d41586-018-02568-z>
- Richard, J., Martin-Storey, A., Wilkie, E., Derevensky, J. L., Paskus, T., & Temcheff, C. E. (2019). Variations in Gambling Disorder Symptomatology Across Sexual Identity Among College Student-Athletes. *Journal of Gambling Studies*, 35(4), 1303–1316. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09838-z>
- Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., & Eisenberg, M. E. (2019). Gambling Behaviors and Problem Gambling: A Population-Based Comparison of Transgender/Gender Diverse and Cisgen-

- der Adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 35(1), 79–92. <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9806-7>
- Roberts, J. A., Manolis, C., & Pullig, C. (2014). Contingent Self-Esteem, Self-Presentational Concerns, and Compulsive Buying. *Psychology & Marketing*, 31(2), 147–160. <https://doi.org/10.1002/mar.20683>
- Ronzitti, S., Lutri, V., Smith, N., Clerici, M., & Bowden-Jones, H. (2016). Gender Differences in Treatment-Seeking British Pathological Gamblers. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 231–238. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.032>
- Ruppert, R., Kattari, S. K., & Sussman, S. (2021). Review: Prevalence of Addictions among Transgender and Gender Diverse Subgroups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8843. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168843>
- Slutske, W. S., Piasecki, T. M., Deutsch, A. R., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2015). Telescoping and gender differences in the time course of disordered gambling: evidence from a general population sample. *Addiction*, 110(1), 144–151. <https://doi.org/10.1111/add.12717>
- Stănculescu, E., & Griffiths, M. D. (2022). Social media addiction profiles and their antecedents using latent profile analysis: The contribution of social anxiety, gender, and age. *Telematics and Informatics*, 74, 101879. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2022.101879>
- Stark, S., Zahlan, N., Albanese, P., & Tepperman, L. (2012). Beyond description: Understanding gender differences in problem gambling. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(3), 123–134. <https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.3.5>
- Su, W., Han, X., Yu, H., Wu, Y., & Potenza, M. N. (2020). Do men become addicted to internet gaming and women to social media? A meta-analysis examining gender-related differences in specific internet addiction. *Computers in Human Behavior*, 113, 106480. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106480>
- Tang, C. S.-K., Koh, Y. W., & Gan, Y. (2017). Addiction to Internet Use, Online Gaming, and Online Social Networking Among Young Adults in China, Singapore, and the United States. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 29(8), 673–682. <https://doi.org/10.1177/1010539517739558>
- Valenciano-Mendoza, E., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Pino-Gutiérrez, A. del, ... Jiménez-Murcia, S. (2021). Suicidal behavior in patients with gambling disorder and their response to psychological treatment: The roles of gender and gambling preference. *Journal of Psychiatric Research*, 143, 317–326. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.027>
- Vintró-Alcaraz, C., Mestre-Bach, G., Granero, R., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Fernández-Aranda, F., & Jiménez-Murcia, S. (2022). Do emotion regulation and impulsivity differ according to gambling preferences in clinical samples of gamblers? *Addictive Behaviors*, 126, 107176. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107176>
- WHO. (2019). *Gender and Health*.
- World Health Organization. (2020). International classification of diseases 11th revision. Retrieved from <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>
- World Health Organization. (2022). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.).
- Yau, Y. H. C., & Potenza, M. N. (2015). Gambling Disorder and Other Behavioral Addictions. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 134–146. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000051>



Financiado por



MINISTERIO DE SANIDAD



Edita

