

Otras adicciones comportamentales

I. Nistal Franco⁽¹⁾, P. Serrano-Pérez⁽²⁾. ⁽¹⁾Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Deu, Barcelona. ⁽²⁾Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona.

Fecha de recepción: 12-06-2020

Fecha de publicación: 31-07-2020

Adolescere 2020; VIII (2): 42-52

Resumen

En los últimos años las adicciones conductuales han obtenido una mayor atención debido en algunos casos a un incremento en su aparición y en otros en la toma de consciencia acerca de las repercusiones que estos trastornos pueden acarrear. La adicción al deporte, a la comida, al trabajo o al dinero son algunas de las menos conocidas y por ello pueden pasar por comportamientos normales e incluso con alta consideración social. La aparición de una conducta compulsiva que genera sufrimiento y disfuncionalidad pueden dar pistas del posible problema de fondo.

Palabras clave: Adicciones comportamentales; Adicción al deporte; Adicción a la comida; Adicción al trabajo; Adicción al dinero.

Abstract

In recent years, behavioral addictions have received greater attention due, in some cases, to an increase in their incidence, and in other cases, given the awareness of the repercussions related to them. Sport, food, work or money addiction are some of the least known and therefore could be perceived as normal behaviors or even attributed high social consideration. The appearance of a compulsive behavior that generates suffering and dysfunctionality may provide clues to the possible underlying problem.

Key words: Behavioural addictions; Sport addiction; Food addiction; Work addiction; Money addiction.

Introducción

Hablamos de adicción comportamental, adicción conductual o adicción sin sustancia cuando existe una conducta específica con la que se busca obtener una gratificación inmediata o recompensa a pesar de que esto conlleve consecuencias potencialmente negativas (Goddman 90). Cualquier tipo de conducta que lleva asociado la aparición de un refuerzo positivo (obtener algo positivo) o un refuerzo negativo (evitar algo negativo) va a tender repetirse en el tiempo. Normalmente cuando una conducta produce a la vez ambos refuerzos es mucho más probable que se establezca, repita y sienta las bases de una potencial adicción comportamental.

En este contexto el uso de videojuegos o redes sociales, ejercicio físico, compras, comida o sexo han sido descritas como conductas potencialmente adictivas. Hasta el momento, sin embargo, solo la adicción al juego (presencial y *online*) y la adicción a los videojuegos han sido incluidas en las clasificaciones actuales.

Los síntomas nucleares que suelen identificar una conducta adictiva son:

- La conducta obtiene importancia creciente en la vida del sujeto.
- Cada vez necesita más tiempo o intensidad para obtener la misma satisfacción.

Se habla de adicción comportamental, adicción conductual o adicción sin sustancia cuando existe una conducta específica con la que se busca obtener una gratificación inmediata o recompensa a pesar de que esto conlleve consecuencias potencialmente negativas (Goddman 90)

- Presenta malestar en forma de ansiedad, irritabilidad o insomnio si no lleva a cabo la conducta.
- Se producen conflictos con el entorno por la excesiva aparición del comportamiento.
- Dificultad o imposibilidad para detener la conducta o reaparece tras un periodo en donde se había controlado.
- Genera deterioro del funcionamiento social, académico/laboral y físico.

En este capítulo se abordarán aquellas conductas que, si bien son menos prevalentes o estudiadas, presentan una incidencia creciente o comienzan a identificarse en la práctica clínica, muchas comenzado en la adolescencia.

ADICCIÓN A LA COMIDA

Introducción

El constructo diagnóstico “adicción a la comida” es controvertido. Se han observado indicadores conductuales y biológicos de adicción en ciertos comportamientos que han despertado interés científico. Como resultado, el DSM-5 introdujo una nueva categoría diagnóstica, trastornos no relacionados con sustancias, que actualmente incluye solo el trastorno por juego. Sin embargo, se consideraron otros, como comer en exceso compulsivamente, el comportamiento sexual problemático, entre otros, que no se incluyeron debido a la evidencia empírica insuficiente⁽¹⁾. La *International Classification of Diseases*, décima edición (CIE-10) tampoco lo incluye⁽²⁾. Sin embargo, la discusión sobre el potencial adictivo de los alimentos ha continuado. Se han identificado similitudes biológicas y de comportamiento con el consumo de drogas pero algunos sectores cuestionan si puede ser considerada como adictiva cuando es necesaria para nuestra supervivencia. Es necesaria más investigación para poder confirmar o no la validez del concepto “adicción a los alimentos”⁽¹⁾.

Epidemiología

Estudios que utilizan la escala de Yale (YFAS) han sugerido una prevalencia del 15-20% en la población general⁽³⁾.

El 24,9% de los pacientes obesos tiene síntomas compatibles frente al 11,1% de pacientes no obesos, del 56,8% al 92% de los pacientes con un trastorno por atracón^(1,3) y el 96-100% de los pacientes con bulimia⁽³⁾.

Diagnóstico

Emplearemos los criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno por uso de sustancias para resumir la evidencia de similitud entre estos y la adicción a la comida:

Control inhibitorio deficiente

En una revisión sobre adicción a los alimentos refinados observan que los pacientes presentan varios intentos sin éxito de reducir el consumo a pesar de haber empleado variedad de técnicas⁽⁴⁾.

Impulsividad

La impulsividad se asocia con comer en exceso, con la obesidad y con la adicción a la comida. Las personas con un alto nivel de autocontrol tienen más probabilidad de mantener una dieta saludable y realizar ejercicio físico⁽³⁾.

Sensibilidad a la recompensa

Se ha relacionado el aumento de la sensibilidad a la recompensa tanto con el uso de sustancias como con la sobrealimentación, el aumento del índice de masa corporal (IMC) y la preferencia por alimentos ricos en grasas y azúcar. Existe evidencia que sugiere que la sensibilidad a la recompensa puede disminuir con una sobrealimentación más prolongada⁽³⁾.

La adicción a la comida presenta una prevalencia del 15-20% en la población general. Casi el 25% de los pacientes obesos tienen síntomas compatibles

La impulsividad se asocia a comer en exceso, con la obesidad y con la adicción a la comida

Craving

El intenso deseo de consumo se asocia con el trastorno por atracón, la bulimia nerviosa, el aumento del IMC y la adicción a la comida. Además, así como el *craving* en las drogas se asocia con una mayor probabilidad de recaída, en la comida se ha relacionado con un pobre éxito en la dieta y en ambas aumenta ante señales ambientales relacionadas con la sustancia o alimento⁽³⁾.

Deterioro en el funcionamiento social

La sobreingesta alimentaria y la obesidad se han asociado con un mal funcionamiento social y mayor aislamiento, especialmente entre niños y adolescentes. Esto a su vez aumenta la ingesta alimentaria⁽³⁾. En un estudio centrado en los correlatos psicosociales de la adicción a la comida. Encontraron que estos pacientes obtuvieron puntuaciones más bajas en aspectos físicos, mentales y sociales de la calidad de vida⁽⁵⁾.

El uso repetido a pesar de las consecuencias negativas

Las consecuencias físicas y psicológicas derivadas del sobrepeso y obesidad son ampliamente conocidas por la sociedad. Se asocian con hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer y depresión. El fracaso de las dietas, incluso tras cirugías bariátricas, a pesar de la educación recibida, son evidencia suficiente para demostrar que el uso repetido se mantiene a pesar de las consecuencias negativas⁽³⁾.

Criterios fisiológicos

Existe evidencia de tolerancia y abstinencia. Empleando la escala YFAS, los síntomas de abstinencia como agitación, ansiedad u otros signos físicos se presentan en más del 50% de los pacientes con obesidad y trastorno por atracón⁽³⁾.

Escalas

Existen cuestionarios autoaplicados, la autoidentificación por parte del paciente y escalas. La Escala de Adicción a los Alimentos de Yale (YFAS), actualmente es la mejor medida disponible⁽¹⁾. La *Yale Food Addiction Scale for Children* (YFAS-C)9 es la versión para niños⁽⁶⁾. La Escala de Alimentación de Motivos Palatables (PEMS) es una escala validada para identificar las motivaciones al consumo⁽⁷⁾.

Neurobiología de la adicción

La ingesta de alimentos es un comportamiento esencial para la supervivencia y está altamente regulada por señales homeostáticas y hedónicas y aprendidas que pueden variar de acuerdo con experiencias previas y/o variaciones epigenéticas⁽⁸⁾.

Existe evidencia de que la sobreingesta alimentaria se relaciona con cambios en el procesamiento neuronal. Una elevada sensibilidad a la recompensa producirá un incremento de la ingesta de alimentos por aumento de la capacidad hedónica. La impulsividad provocará una escalada en el consumo. El control inhibitorio deficiente contribuirá al mantenimiento de la ingesta junto con la habituación neural en los circuitos de recompensa, que aumentará la anticipación de recompensa y el *craving*, conformando de esta manera en ciclo de la adicción a la comida⁽³⁾.

Se ha establecido el rol de la dopamina (junto con otros neurotransmisores como lo opioides) a nivel mesolímbico en este ciclo. Con el consumo de alimentos el cerebro libera dopamina. Esto conduce a la baja regulación de sus receptores, experimentando una reducción del placer que, combinada con la tolerancia, el *craving* y la abstinencia hacen que el individuo presente un consumo compulsivo⁽³⁾ (Figura 1).

Se conoce que la disponibilidad del receptor de dopamina en individuos obesos se correlaciona positivamente con el metabolismo en las regiones prefrontales involucradas en el control inhibitorio⁽⁹⁾. Existe una correlación negativa entre el IMC y la actividad prefrontal. La capacidad de inhibición y de control están disminuidos⁽³⁾.

Unos niveles basales bajos de serotonina pueden disminuir el control inhibitorio y aumentar el ansia por los dulces. También se ha hallado relación directa entre el glutamato y la ingesta de alimentos y conductas de atracón⁽¹⁰⁾.

La sobreingesta alimentaria y la obesidad se han asociado con un mal funcionamiento social y mayor aislamiento, especialmente entre niños y adolescentes

La Escala de Adicción a los Alimentos de Yale (YFAS), actualmente es la mejor medida disponible para detectar adicción a la comida

En el consumo de alimentos, el cerebro libera dopamina experimentando una reducción del placer, que combinada con la tolerancia y la abstinencia inducen al consumo compulsivo

Existe evidencia que sugiere que algunas personas pueden ser genéticamente vulnerables tanto a nivel del circuito de recompensa como a nivel de las funciones inhibitorias. Los individuos obesos tienen una prevalencia significativamente mayor del polimorfismo del alelo TaqI A1 que puede causar una reducción del 30% al 40% en los receptores D2 estriatales y que se ha asociado con medidas conductuales de impulsividad y baja sensibilidad de recompensa⁽³⁾.

Todos estos hallazgos demuestran que comer en exceso y los trastornos por uso de sustancias pueden compartir un mecanismo neurobiológico común que involucra el funcionamiento alterado de la dopamina y otros neurotransmisores y que interrumpe los mecanismos involucrados en la sensibilidad de la recompensa y el control inhibitorio⁽³⁾.

Tratamiento

Una de las ventajas potenciales de identificar las similitudes con las adicciones a sustancias es el desarrollo de intervenciones efectivas. El enfoque estándar para la pérdida de peso a menudo fracasa. Una posible razón es que se está tratando el resultado de comer en exceso y no la causa subyacente⁽³⁾.

A nivel farmacológico, dado que los circuitos neurobiológicos son similares al trastorno por uso de sustancias, el tratamiento utilizado es similar⁽¹⁰⁾:

- **Antagonistas no selectivos de los receptores opioides (naltrexona):** podría disminuir el deseo y consumo de alimentos ricos en azúcar y grasas en pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa o trastorno por atracón.
- **Fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** disminuyen los episodios de atracones.
- **Tratamientos basados en el glutamato (acamprosato y topiramato):** presentan resultados prometedores en pacientes con trastorno por atracón, especialmente en aquellos con obesidad, disminuyendo el *craving* por la comida y controlando el aumento de peso.

Enfoques terapéuticos que tienen como objetivo la impulsividad y la capacidad de autocontrol reducida pueden ser beneficiosos. Si bien se necesita más investigación para estandarizar y demostrar la efectividad terapéutica, se han planteado opciones terapéuticas⁽³⁾:

- **Terapias cognitivas:** Tareas de entrenamiento diseñadas para reducir los sesgos cognitivos (de atención, enfoque, afectivos) que aumenten la motivación.
- **Intervenciones neuromoduladoras:** como la estimulación magnética transcraneal y la estimulación transcraneal de corriente continua o el neurofeedback y la estimulación cerebral invasiva (estimulación del nervio vago y estimulación cerebral profunda).
- **Comunidades como "Overeaters anonymous":** Se trata de un programa terapéutico similar al de alcohólicos anónimos. Si bien se desconocen los resultados terapéuticos, el tratamiento grupal probablemente disminuya los sentimientos de aislamiento.
- **Terapia cognitivo conductual:** Esta técnica terapéutica requiere que los pacientes evalúen críticamente los pensamientos, sentimientos y comportamientos que resultan desadaptativos y luego los modifiquen a través de la terapia. El objetivo de la terapia cognitivo conductual sería reemplazar la alimentación disfuncional con un comportamiento alimentario más normalizado en lugar de la restricción absoluta.

Los tratamientos basados en el glutamato presentan resultados prometedores en pacientes con trastorno por atracón, especialmente en obesos

Conclusiones

A pesar de que existen considerables similitudes entre el uso de sustancias y el comer en exceso compulsivamente, todavía existe cierta preocupación con respecto a la validez del término "adicción a los alimentos"⁽¹¹⁾. Si bien el estudiar esta posibilidad y las bases neurobiológicas y psicológicas puede ayudar a desarrollar intervenciones terapéuticas, algunos autores han propuesto la posibilidad de que el modelo de adicción disminuya la responsabilidad individual o de corporaciones de la industria de la alimentación y de que aumente el estigma social⁽³⁾.

ADICCIÓN AL DEPORTE

Introducción

Al igual que se mencionaba previamente en relación a la adicción a la comida, el constructo diagnóstico de “adicción al deporte” es controvertido y no se recoge en las clasificaciones diagnósticas principales (DSM-5 o CIE-10)^(12,13). A pesar de ello, el interés científico es creciente y el número de investigaciones ha ido en aumento.

Epidemiología

Las tasas de prevalencia del ejercicio compulsivo difieren según las herramientas de detección y las muestras, lo cual dificulta establecer el alcance y la gravedad. Los estudios han encontrado prevalencias que van del 3% al 5–7%, 9%, 17%, 20%, 30%, 34% y hasta 42%⁽¹⁴⁾.

Etiología

Las distintas hipótesis que pueden explicar la adicción al ejercicio se clasifican en dos grandes grupos relacionados con mecanismos fisiológicos y psicológicos⁽¹²⁾:

Las diferentes hipótesis para explicar la adicción al ejercicio, se relacionan con mecanismos fisiológicos y psicológicos

Mecanismos fisiológicos

La sensación de euforia tras una carrera intensa se ha atribuido a efectos centrales de las endorfinas. Las betaendorfinas y otros opioides endógenos pueden generar dependencia y tolerancia pero no cruzan la barrera hematoencefálica. No obstante, también se ha propuesto un papel para otros opiáceos endógenos como encefalinas y dinorfina, que sí son capaces de atravesarla.

El sistema *endocannabinoide* podría tener también un papel, ya que dicho sistema se activa por el ejercicio aeróbico y produce efectos de sedación, bienestar y reducción de la ansiedad.

La hipótesis por demostrar de las catecolaminas mantiene que el ejercicio modifica la actividad catecolinérgica cerebral que presenta un papel regulación de afectos y emociones y en los sistemas de recompensa.

Igualmente, se ha propuesto un papel de las citoquinas que se relacionaría con la hiperproducción de interleucina-6 (IL-6) y que podría constituir el nexo de unión con los trastornos alimentarios.

Un mecanismo adicional se contempla en la hipótesis de la regulación termogénica, según la cual el incremento de la temperatura generaría un estado de relajación y una disminución de la ansiedad.

Asimismo se ha sugerido una posible implicación de la leptina en la patogénesis de la adicción al ejercicio.

Mecanismos psicológicos

La hipótesis de la valoración cognitiva plantea que el proceso 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. La presencia de eventos imprevistos que obliguen a reducir la cuantía del ejercicio produce la emergencia de sentimientos negativos.

La hipótesis de la regulación afectiva propone que el ejercicio produce afectos positivos y disminuye los afectos negativos y los sentimientos de culpa, irritabilidad o ansiedad.

Más recientemente 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. Los factores de tipo personal interactúan con factores situacionales del tipo de valores y aspectos sociales, coste y accesibilidad. La motivación puede venir por razones de salud o por valores tales como ser más fuerte, aumentar el rendimiento o concentrarse mejor. Si se producen situaciones estresantes sobre las que se pierde el control, los sujetos intentarán enfrentarse adecuadamente a las mismas (fase pragmática), produciéndose interacciones entre antecedentes, aspectos individuales y factores situacionales (fase de atracción). Ahora, los sujetos tenderán a centrarse

en aspectos más terapéuticos para librarse del estrés (fase de atención). La elección vendrá determinada por la experiencia y creencias del sujeto, de tal modo que quienes carecen de experiencia con sustancias tóxicas tenderán a enfrentarse al estrés a través del ejercicio (fase de comunicación).

Diagnóstico

Se han tratado de establecer diferentes sistemas de criterios diagnósticos. Una aproximación interesante es la de Hausenblas et al., quienes sugieren la identificación en base a una serie de criterios que se aproximan bastante a los componentes establecidos en el DSM-5 para las adicciones conductuales⁽¹²⁾:

- **Tolerancia:** incremento de la cantidad de ejercicio para alcanzar el efecto deseado.
- **Abstinencia:** efectos negativos en ausencia de ejercicio (ansiedad, irritabilidad o problemas de sueño).
- **Falta de control:** fracaso en los intentos de reducir o cesar la práctica de ejercicio.
- **Dedicación excesiva:** a la preparación, realización o recuperación del ejercicio.
- **Impacto social, laboral o en otras actividades:** reducción de otras actividades sociales, ocupacionales y/o actividades lúdicas.
- **Efectos negativos:** continuidad en la práctica a pesar de saber que se están generando problemas físicos o emocionales.

Es importante establecer la diferencia entre adicción al ejercicio primaria y secundaria. La adicción primaria ocurriría en ausencia de alteraciones del comportamiento alimentario, mientras que la adicción secundaria puede ser un síntoma de diversos trastornos alimentarios⁽¹²⁾.

Escalas

Existen diversos cuestionarios que permiten evaluar la adicción al ejercicio: el Cuestionario de Ejercicio Obligatorio (OEQ), el Cuestionario de Dependencia del Ejercicio (EDQ), la Escala de Dependencia del Ejercicio (EDS) o el Inventario de Adicción al Ejercicio (EAI)⁽¹²⁾.

Tratamiento

El tratamiento requiere, en primer lugar, el transmitir a los pacientes la información adecuada acerca de los efectos adversos que tiene la práctica del ejercicio en exceso y que puedan ser conscientes de los síntomas y repercusiones negativas sobre su calidad de vida⁽¹²⁾.

El tratamiento suele basarse en intervenciones de tipo cognitivo-conductual, siendo el primer objetivo el ayudar a los pacientes a cambiar su actitud sobre el ejercicio, abordando las creencias y comportamientos así como su situación emocional y las posibles alteraciones en la autoestima⁽¹²⁾.

Además, es importante que el paciente encuentre el equilibrio adecuado entre la práctica moderada de ejercicio y la prevención de su exceso. Puede ser interesante el cambio a formas de ejercicio distintas. Asimismo, debe aprender a alcanzar un equilibrio entre el ejercicio y su vida social, lo que puede suponer la elección de actividades que impliquen a personas no relacionadas con su trastorno adictivo⁽¹²⁾.

Dada la frecuencia de otros trastornos relacionados con alteraciones de la conducta alimentaria, es vital abordar su tratamiento, caso de estar presentes⁽¹²⁾.

Conclusiones

Actualmente no existe evidencia suficiente para establecer el diagnóstico de adicción al deporte. Se requiere una definición y criterios diagnósticos consensuados así como métodos estandarizados de medida y mayor investigación al respecto. Es importante destacar que el ejercicio físico desarrollado de manera adecuada es beneficioso para la salud⁽¹²⁾.

Es importante establecer la diferencia entre adicción al ejercicio primaria y secundaria. La adicción primaria ocurriría en ausencia de alteraciones del comportamiento alimentario, mientras que la adicción secundaria puede ser un síntoma de diversos trastornos alimentarios

El tratamiento de la adicción al ejercicio se basa en intervenciones cognitivo-conductuales. El primer objetivo es ayudar a los pacientes a cambiar su actitud sobre el ejercicio, abordando las creencias y comportamientos, su situación emocional y las posibles alteraciones en la autoestima

ADICCIÓN AL TRABAJO

Introducción

Aunque la adicción al trabajo aparece por primera vez descrita en 1971, es en la última década cuando el interés en estudiarlo ha aumentado de forma considerable. Aunque existe falta de consenso en su definición y diferenciación con el *workalcoholism*, se podría definir como la tendencia estable en el tiempo a trabajar de forma excesiva y compulsiva. Aunque comparte muchas similitudes con el resto de adicciones comportamentales, puede ser difícil de identificar debido al reconocimiento, estatus y aporte financiero que puede llevar asociado.

La sociedad actual en la cual la figura del jefe ha sido asimilada por el propio trabajador que tiende a exigirse más de forma sistemática sin necesidad de que sean los superiores quienes se lo exijan. El discurso postmoderno en donde se insinúa que todo es potencialmente alcanzable con esfuerzo y trabajo fomentan esta conducta que como hemos señalado es además premiada por el entorno.

La tecnología difumina los límites físicos del trabajo permitiendo que éste se extienda a cualquier momento o lugar en donde se encuentre el sujeto.

Epidemiología

Existen escasos datos fiables acerca de este problema y solo algunos países han tratado de cuantificarlo. En un estudio llevado a cabo en Noruega se reportó una prevalencia de entre el 7,3 y 8,3%. En otro estudio realizado en Hungría se observó que el 8,2% de la población de entre 18 y 64 años trabajaba más de 40 horas semanales. En los escasos informes llevados a cabo en Estados Unidos se han obtenido unas cifras de prevalencia variables desde un 10% a un 25% si bien algunos de estos estudios señalan que el trabajo excesivo se debía más a exigencias externas que a una genuina adicción al trabajo⁽¹⁵⁾.

En adolescentes:

La existencia de una adicción al trabajo en edad adolescente es un tema de debate. Algunos autores señalan la adicción a los estudios como un precursor de la adicción al trabajo⁽¹⁵⁾ sin embargo, otros defienden que la adicción al trabajo y al estudio presenten el mismo constructo. A pesar de ello en algunos estudios longitudinales llevados a cabo en población adolescente se observó que la adicción a los estudios era estable en el tiempo y que se relacionaba con adicción al trabajo cuando los pacientes se graduaban^(15,16).

Etiología

En la investigación realizada hasta el momento, se ha visto una asociación entre la presencia de neuroticismo, perfeccionismo, narcicismo y rasgos de personalidad del cluster si bien es un aspecto que aun requiere de mayor evidencia. Sin embargo, no solo el fondo caracterial de la persona puede acarrear la aparición de este problema. Elementos como los modelos de recompensa basada en el esfuerzo, ambientes en donde se trabaja más de lo habitual y aspectos culturales también se han relacionado a la adicción al trabajo.

La adicción a los estudios se ha relacionado con niveles más altos de estrés, tanto relacionada con los propios estudios como general, alteración del estado anímico en forma de ansiedad, depresión e insomnio y un detrimento del rendimiento académico^(15,16).

Cuadro clínico

Las personas que presentan una adicción al trabajo suelen buscar aprobación, éxito o reconocimiento, pero la aparición de una conducta compulsiva puede provocar la aparición de problemas de salud tanto físicos como psíquicos.

Precisamente la aparición de estos problemas diferenciaría una conducta adictiva de un "amante o entusiasta de su trabajo" el cual no tendría problemas, a pesar de dedicar a su trabajo más tiempo que la mayoría de la población.

Se han obtenido unas cifras de prevalencia de adicción al trabajo variables entre un 7-25%

Se relacionan con la adicción al estudio: altos niveles de estrés, alteración del estado de ánimo, depresión e insomnio

El adicto al trabajo sufre, tiene escaso control sobre su conducta y presenta un deterioro progresivo de sus relaciones personales, familiares e incluso laborales.

Se ha visto que estos pacientes pueden presentar un peor desempeño laboral y más bajas por enfermedad⁽¹⁶⁾.

A nivel psicológico se ha relacionado con mayores tasas de ansiedad, depresión, insatisfacción, sentimientos de frustración y *burnout*. A nivel físico se ha visto que puede ser un factor de riesgo de desarrollar patología cardiovascular⁽¹⁵⁾. También se ha relacionado con la aparición de patología dermatológica, cefaleas, mialgias, trastornos sexuales⁽¹⁷⁾.

Diagnóstico

Según algunos autores, existen indicadores comportamentales, que permitirían identificar a una persona adicta:

- Trabaja más de 45 horas cada semana, seis o siete días a la semana.
- Trabaja hasta altas horas de la noche y descansa unas pocas horas diarias.
- Trabaja aun estando enfermo.
- El hogar es una oficina más porque se lleva trabajo a casa.
- A menudo come en el auto, en su escritorio de trabajo, o de paso entre distintos lugares de trabajo (pluri-empleo).
- Nunca rechaza nuevos proyectos, clientes o responsabilidades en el trabajo. Simplemente no tiene el poder de decir "No" a más trabajo.
- Necesita que le digan que es un "trabajador dedicado", "el más eficiente", "el mejor empleado". Basa en ello su autoestima.
- Cuando le llama un amigo o familiar, busca colgar el teléfono, para ponerse a trabajar o dejar la línea disponible para llamadas relacionadas con su trabajo. Siempre que tiene que esperar se impacienta.
- El tema principal de conversación es el trabajo.
- No sale de vacaciones ni disfruta de fines de semana. El tiempo libre, ocioso, les deprime o les pone ansiosos. O bien, si toma vacaciones o descansos, pasa el tiempo pensando en el trabajo, revisa o redacta informes, lee su correo, hace llamadas a la oficina o a clientes, planifica las siguientes tareas, etc.

La adicción al trabajo se ha relacionado con mayor riesgo de desarrollar, entre otras, enfermedades cardiovasculares, cefaleas, mialgias y trastornos sexuales

Escalas

Al igual que en el resto de trastornos adictivos, el diagnóstico es eminentemente clínico si bien existen algunos cuestionarios validados con los que complementar o confirmar la sospecha clínica. Todos ellos auto-reportados mediante escalas tipo *Likert*.

- *Workaholism Battery (WorkBAT)* (Spence & Robbins, 1992), 25 ítems.
- *Work Addiction Risk Test (WART)* (Robinson, 1996). 25 ítems.
- *Dutch Work Addiction Scale (DUWAS)* (Schaufeli, Shimazu & Taris, 2009)- versión larga con 17 ítems y versión corta con 10.
- *Bergen Work Addiction Scale (BWAS)* – 7 ítems.

Tratamiento

Actualmente y teniendo en cuenta que no se trata de una entidad definida de forma clara existen pocos protocolos e indicaciones precisas para el abordaje de la adicción al trabajo. Con frecuencia se ofrecen indicaciones generales de actuación, y los protocolos existentes no están validados científicamente, por lo que algunos autores recomiendan tratarla a partir de la literatura existente para el abordaje del estrés laboral (del Líbano y Llorens, 2012). Algunas de las técnicas disponibles son⁽¹⁸⁾:

Al igual que en el resto de trastornos adictivos, el diagnóstico de la adicción al trabajo es eminentemente clínico, si bien existen algunos cuestionarios validados con los que complementar o confirmar la sospecha clínica

Psicoeducación e identificación del problema: muchos pacientes ignoran o niegan la existencia de la adicción. A través de la psicoeducación se ofrece información relativa a la patología y se combina con diversos recursos como la confrontación directa con datos objetivos para que la persona se identifique con la problemática que se presenta.

Establecimiento de rutinas y pautas de cuidado personal. Restaurar hábitos saludables con pautas básicas de alimentación y sueño, que en ocasiones se han podido deteriorar (Garrido, 2014).

Planificación de actividades agradables. Es común que haya un deterioro del funcionamiento extralaboral. Consiste en pautar la realización de actividades agradables fuera del ámbito laboral, así como los momentos específicos para ello, para que sea capaz de encontrar refuerzos en diferentes ámbitos de su vida.

Abordaje de los valores vitales. Es habitual que la persona haya modificado sus valores esenciales otorgando al trabajo un puesto nuclear en su vida. Se busca identificar otros elementos que puedan aportarle valor y satisfacción.

Técnicas de control de la activación. Estas técnicas permiten que la persona con adicción aprenda a controlar su nivel de activación y ansiedad. Los procedimientos más empleados son la relajación muscular progresiva y el entrenamiento en respiración.

Técnicas de gestión efectiva del tiempo y planificación. Ayudar a organizar de forma más saludable el tiempo disponible, estableciendo franjas horarias para la vida privada. Se propone que la persona sea capaz de establecerse plazos y metas laborales realistas, de forma que la mala planificación no se convierta en una fuente de estrés y ansiedad y a la vez favoreciendo sentimientos de capacidad al lograr los objetivos propuestos.

Reestructuración cognitiva. Este abordaje busca modificar los pensamientos disfuncionales que presenta el sujeto. La primera parte del procedimiento se basa en la identificación y la posterior clasificación de los pensamientos para facilitar que la persona observe cómo influyen éstos en sus emociones y conductas. Se trata de encontrar otros más ajustados a la realidad para reducir el malestar que provocan los primeros.

Entrenamiento en habilidades sociales. Se basa en mejorar las habilidades de los usuarios para aumentar la probabilidad de obtener interacciones sociales satisfactorias. Concretamente, se recomienda el entrenamiento en habilidades asertivas para reducir la incidencia de conflictos.

Exposición con prevención de respuesta. Consiste en que la persona se exponga a las situaciones ansiógenas (como delegar, no trabajar fuera de su horario laboral o no hacer las cosas de forma perfecta) sin llevar a cabo las conductas que alivian dicho malestar.

ADICCIÓN AL DINERO

Aunque no se ha catalogado como tal y no existe evidencia científica sobre ello, podemos identificar dinámicas similares a las encontradas en otras adicciones comportamentales en personas con gran ambición y necesidad de generar dinero.

La adicción al dinero al igual que la adicción al trabajo, en esta potencial adicción aparece un refuerzo social sumado al refuerzo positivo que proporciona el propio dinero. Ambos refuerzos son además los únicos que no se extinguen con el tiempo por mucho que aparezcan, es decir, el sujeto no se cansará nunca de recibir elogios o reconocimiento ni de obtener dinero como si podría ocurrir con otras fuentes de satisfacción.

La adicción al dinero o crematomanía se puede identificar con mayor facilidad en sociedades capitalistas en donde existe un culto al triunfo y al éxito lo cual va asociado en la mayoría de casos a poseer riqueza material. De algún modo existe un mensaje implícito de que cuanto más dinero tengas, más feliz serás.

Los adolescentes están teniendo acceso a métodos de generar dinero de los que hace años no disponían. El hecho de que grandes empresas puedan llegar a pagar a alguien por tener muchos seguidores en redes sociales (hoy llamados *influencer*), por recibir muchas visualizaciones en un canal de YouTube o el acceso a páginas de apuestas *online* desde los dispositivos que utilizan en su vida cotidiana son algunas de las formas con las que algunos menores de edad consiguen generar ingresos.

La adicción al dinero se puede identificar mayoritariamente en las sociedades capitalistas. Actualmente, los adolescentes están teniendo acceso a métodos de generar dinero

La misma tecnología permite difundir con facilidad el mensaje de que el dinero se puede obtener con facilidad y esto conlleva un mayor riesgo de que se pueda iniciar una conducta problemática.

Aunque no existe una definición o criterio oficial, podemos señalar algunos aspectos que pueden encontrarse en personas con una posible obsesión o adicción al dinero:

- Marcado interés en obtener reconocimiento social ("ser alguien en la vida").
- Piensan o hablan de dinero con frecuencia.
- Asocian dinero a felicidad.
- Clasifican y valoran a las personas en función de su economía.
- Sienten insatisfacción con la vida que tienen.
- Piden dinero prestado y pueden llegar a tener deudas.
- No realizan actividades que no les reporten ningún beneficio.
- Utilizan la obtención de dinero como forma de rellenar una insatisfacción de base.

ADICCIÓN A LA BOLSA

Se trata de un tipo de adicción que comparte características con el juego patológico, las apuestas y la adicción al dinero. La democratización del acceso a los mercados ha permitido que junto a las nuevas tecnologías, los pequeños inversores y cada vez más gente joven comiencen a adentrarse en este mundo que hace años estaba solo al alcance de los profesionales. En países como Estados Unidos casi 1 de cada 2 familias tienen inversiones en bolsa y según los profesionales de este sector, cada vez la edad de inicio es más baja.

Se han hecho muy pocos estudios sobre este problema potencial y los llevados a cabo utilizaron los criterios de juego patológico a la hora de evaluarlo.

Aunque la mayoría de las personas que invierten en los mercados no desarrollan una adicción, las personas jóvenes pueden encontrar en ello una forma rápida y fácil de obtener ganancias importantes con el refuerzo positivo que esto supone.

Aproximadamente el 14% son personas con estudios superiores y el 12% con un nivel socioeconómico alto o medio-alto.

Suele aparecer en personas que buscan excitación inmediata, toleran mal la frustración, materialistas e impulsivos. Es habitual que inicialmente tengan pequeñas ganancias y desarrollen una sensación de control o altas capacidades en sus habilidades. Precisamente esto es lo que les llevará a hacer inversiones cada vez más arriesgadas y cuantiosas. También impedirá aceptar cuando se equivocan o han desarrollado un problema cuando tienen pérdidas, y buscarán recuperarlo con nuevos ingresos de dinero.

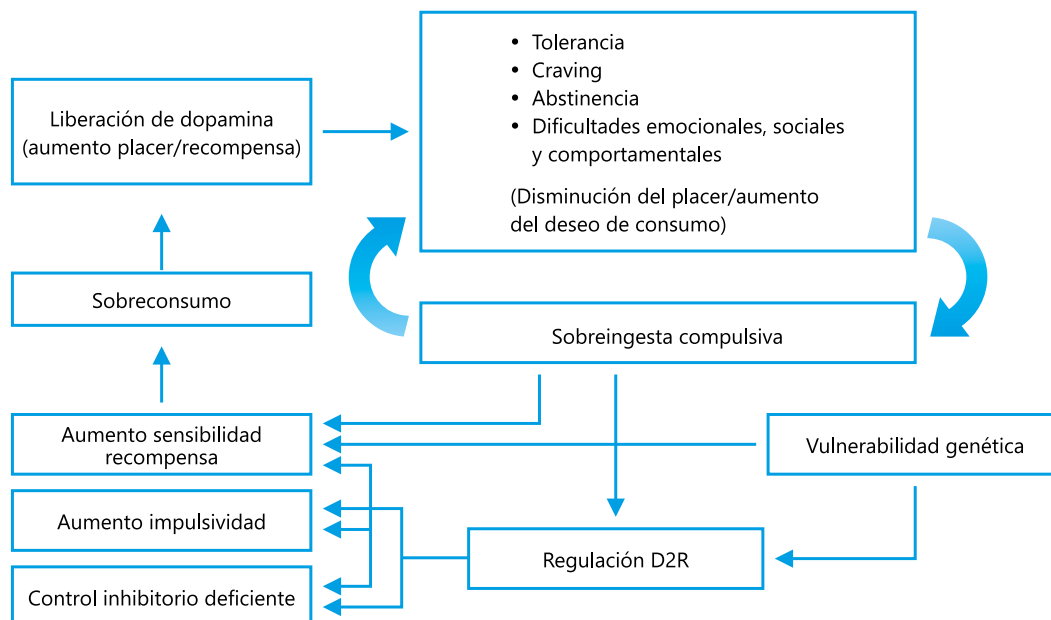
Síntomas como presentar una conducta compulsiva necesitando hacer inversiones a diario, invertir cantidades crecientes de dinero, mostrarse irritable al dejar de estar pendiente de los mercados, alteraciones del sueño, intentos infructuosos de controlar la dinámica sin éxito, pérdida de interés en otros *hobbies*, mentir acerca de la cantidad invertida, pedir dinero prestado o deterioro del funcionamiento en otras esferas de la vida son algunos de los elementos que pueden ponernos sobre aviso.

El tratamiento principal es la psicoterapia tanto individual como en grupos si bien podría complementarse con tratamientos farmacológicos para control sintomático si fuera preciso en determinados momentos. Aunque aún existe poca evidencia al respecto desde diferentes sectores empieza a visibilizarse como un problema creciente. En esta línea es significativo que la *Securities and Exchange Commission* (SEC), el supervisor bursátil estadounidense, haya accedido a incluir en su web varios enlaces a páginas especializadas en el tratamiento de esta enfermedad.

La adicción a la bolsa suele aparecer en personas que buscan excitación inmediata, toleran mal la frustración, y son materialistas e impulsivos

Tablas y figuras

Figura 1. Rol de la dopamina en el ciclo de la adicción a la comida



Modificada de la revisión *Food Addiction: Implications for the Diagnosis and Treatment of Overeating* de Rachel C. Adams et al.

Bibliografía

- Gordon E, Ariel-Donges A, Bauman V, Merlo L. What Is the Evidence for "Food Addiction?" A Systematic Review. *Nutrients*. 12 de abril de 2018;10(4):477.
- Alonso-Fernández F. La adicción a la comida:12.
- Rachel C. Adams 1,* Jemma Sedgmond 1, Leah Maizey 1, Christopher D. Chambers 1 and Natalia S. Lawrence 2. *Food Addiction: Implications for the Diagnosis and Treatment of Overeating* *Nutrients*. 2019 Sep 4;11(9):2086. doi: 10.3390/nu11092086.
- Ifland JR, Preuss HG, Marcus MT, Rourke KM, Taylor WC, Burau K, et al. Refined food addiction: a classic substance use disorder. *Med Hypotheses*. Mayo de 2009;72(5):518-26.
- Chao AM, Shaw JA, Pearl RL, Alamuddin N, Hopkins CM, Bakizada ZM, et al. Prevalence and psychosocial correlates of food addiction in persons with obesity seeking weight reduction. *Compr Psychiatry*. Febrero de 2017;73:97-104.
- Santos M, Cadieux A, Ward WL. Assessing Pediatric Food Addiction: Tools for the Clinician. *Clin Pediatr (Phila)*. 1 de enero de 2018;57(1):103-5.
- Lerma-Cabrera JM, Carvajal F, López-Legarrea P. Food addiction as a new piece of the obesity framework. *Nutr J [En línea]*. Diciembre de 2015 Consultado el 26 de mayo 2020;15(1).
- Novelle MG, Diéguez C. Food Addiction and Binge Eating: Lessons Learned from Animal Models. *Nutrients [En línea]*. 11 de enero de 2018. *Nutrients*. 2018 Jan 11;10(1):71. doi: 10.3390/nu10010071.
- Volkow ND, Wang G-J, Telang F, Fowler JS, Thanos PK, Logan J, et al. Low dopamine striatal D2 receptors are associated with prefrontal metabolism in obese subjects: Possible contributing factors. *NeuroImage*. 1 de octubre de 2008;42(4):1537-43.
- Agüera Z, Wolz I, Sánchez IM, Sauvaget A, Hilker I, Granero R, et al. Adicción a la comida: Un constructo controvertido. *Cuad Med Psicosomática Psiquiatr Enlace*. 2016;(117):17-30.
- Rogers PJ, Smit HJ. Food Craving and Food "Addiction". *Pharmacol Biochem Behav*. Mayo de 2000;66(1):3-14.
- Márquez S. La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. *Nutr Hosp*. 1 de junio de 2015;(6):2384-91.
- González-Cutre D, Sicilia A. Dependencia del ejercicio físico en usuarios españoles de centros de acondicionamiento físico (fitness): diferencias según sexo, edad y actividades practicadas. *Behav Psychol Conduct*. 1 de enero de 2012;20:349-64.
- Lichtenstein MB, Hinze CJ, Emborg B, Thomsen F, Hemmingsen SD. Compulsive exercise: links, risks and challenges faced. *Psychol Res Behav Manag*. 30 de marzo de 2017;10:85-95.
- Griffiths M, Demetrovics Z, Atroszko P. Ten myths about work addiction. *J. Behav. Adicc*. Febrero 2018. 7(4), pp 845-857.
- Schou C, Schaufeli W, Pallesen S. Myths about "Ten myths about work addiction". *J.Behav.Addic*. Diciembre 2018. 7(4), pp 858-862.
- Fernández Azevedo W, Andrade L, Telles S. Addiction to work and factors relating to this: a cross-sectional study on doctors in the state of Paraíba. *Sao Paulo Med J*. 2017; 135(6), 511-7
- Aristimuño C. Tratamiento psicológico de un caso de adicción al trabajo. Trabajo de fin de máster. 2017. Universidad Autónoma de Madrid.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. En cuanto a la adicción a la comida, es cierto que:

- a) Se incluye en el DSM-5 en la sección de trastornos relacionados con sustancias y adictivos del manual.
- b) Se trata de un constructo diagnóstico controvertido.
- c) Presenta una prevalencia del 56% en la población general.
- d) No existe ninguna escala para su evaluación.
- e) No ha despertado interés en la comunidad científica dado que está demostrado que no existe.

2. En relación a la adicción a la comida, señale la falsa:

- a) Se ha establecido el posible rol de la dopamina en el ciclo de la adicción a la comida.
- b) Existe evidencia que sugiere que algunas personas pueden ser genéticamente vulnerables.
- c) El enfoque terapéutico estándar para la pérdida de peso, a menudo se asocia con buenos resultados a nivel de adherencia y pérdida de peso.
- d) El aumento inicial de dopamina podría conducir a la baja regulación de los receptores del neurotransmisor.
- e) Enfoques terapéuticos centrados en la impulsividad y la reducción de la capacidad de auto-control podrían tener más éxito.

3. La adicción al deporte:

- a) Está recogida como entidad diagnóstica en la CIE-10 aunque no en el DSM-5.
- b) Nunca se asocia a trastornos alimentarios.
- c) La prevalencia en la población general coincide en la mayor parte de los estudios y es en torno al 2%.
- d) El tratamiento consiste en cesar la práctica de ejercicio y buscar actividades alternativas.
- e) El tratamiento suele basarse en intervenciones de tipo cognitivo-conductual.

4. En relación a la adicción al trabajo señale la correcta:

- a) Es un problema de aparición reciente debido a la sociedad de bienestar actual.
- b) Se suele dar con mayor frecuencia en mujeres.
- c) Suele pasar desapercibida al ser considerada como una característica positiva en muchos ambientes laborales.
- d) Existen muchos tratamientos validados para su abordaje terapéutico.
- e) El diagnóstico debe llevarse a cabo mediante un ingreso hospitalario.

5. La adicción al dinero:

- a) Solo se da en adultos ya que son los que ganan y manejan dinero.
- b) Es más frecuente en países más desfavorecidos por existir una mayor necesidad de riqueza.
- c) Está relacionada con el consumo de psicoestimulantes.
- d) Comparte características y puede aparecer junto a una adicción a la bolsa.
- e) Aparece en personas de alto nivel intelectual.

Respuestas en la página 73.e5