

# adolescere

Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

Volumen VIII  
JUN-JUL 2020

Nº  
2

PSIQUIATRÍA II



Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia

7 y 8  
OCTUBRE  
2020

VII CURSO DE LA SEMA  
SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA  
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

# Adolescencia y COVID-19

## Lo que el pediatra debe saber

CURSO ONLINE

### Temas y Casos Clínicos

- Salud digital en tiempo de coronavirus ¿qué ha cambiado?
- El sueño y sus problemas ¿cómo abordarlos?
- Salud mental ¿cómo actuar?
- Problemas nutricionales
- Urgencias: dolor abdominal y fiebre
- Problemas dermatológicos
- Disminución de las vacunaciones. Aspectos a tener en cuenta
- Salud sexual y reproductiva
- Violencia, abuso y maltrato
- Problemas respiratorios
- Problemas neurológicos
- Cuidados paliativos

Solicitada la  
Acreditación a la  
Comisión Nacional  
de Formación  
Continuada.



## Directora

M.I. Hidalgo Vicario

## Subdirectores

L. Rodríguez Molinero

M.T. Muñoz Calvo

## Consejo editorial

G. Castellano Barca (Cantabria)

L.S. Eddy Ives (Barcelona)

M. Güemes Hidalgo (Madrid)

F. Guerrero Alzola (Madrid)

P. Horno Goicoechea (Mallorca)

F. López Sánchez (Salamanca)

A. Marcos Flórez (Valladolid)

F. Notario Herrero (Albacete)

P.J. Rodríguez Hernández (Canarias)

M.J. Rodríguez Jiménez (Madrid)

P. Sánchez Masqueraque (Madrid)

## Junta Directiva de la SEMA

### Presidente

M.I. Hidalgo Vicario

### Secretario

M.J. Ceñal González-Fierro

### Tesorero

L. Rodríguez Molinero

### Vocales

L. Liqueste Arauzo

M.T. Muñoz Calvo

G. Perkal Rug

M. Salmerón Ruiz

M. Zafra Anta

## Directora de la Web

F. Guerrero Alzola

## Coordinadora editorial

M.I. Hidalgo Vicario

## Editado por

SEMA. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

[www.adolescenciasema.org](http://www.adolescenciasema.org)

## Soporte válido publicitario

Nº 13/17-R-CM

## Depósito Legal

M-30895-1991

ISSN 2695-5474 (Edición impresa)

ISSN 2695-5687 (Edición on-line)

## PM-ES-BEX-DTAL-200004 (v1) 09/2020

Parte de esta distribución se distribuye por gentileza de GSK.

GSK no se hace responsable de los contenidos de la presente publicación que son responsabilidad exclusiva de sus autores.

GSK recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.

# Sumario

## 03 Editorial

03 Las vacunaciones caen durante la pandemia

**F.A. Moraga Llop**

07 Adicciones sin sustancia (química) en adolescentes. Historia de las adicciones

**L. Rodríguez Molinero**

## 10 Temas de revisión

10 Adicción a nuevas tecnologías: Internet, videojuegos y *smartphones*.

Revisión y estado del arte

**P. Sánchez Mascaraque, C. Fernández-Natal**

18 Adicción al juego en adolescentes y jóvenes

**A. Ibañez, L. León-Quismondo, I. López-Torres**

26 Compra compulsiva ¿enfermedad o exceso?

**J.J. de la Gándara Martín, A. Osorio Guzmán**

32 Uso y uso problemático de pornografía en adolescentes: un debate no resuelto

**A. Villena Moya, G. Mestre-Bach, C. Chiclana Actis**

42 Otras adicciones comportamentales

**I. Nistal Franco, P. Serrano-Pérez**

## 54 Guía-Protocolo

54 Guía-protocolo de actuación ante adicciones sin sustancia en adolescentes

**L. Rodríguez Molinero**

## 55 Caso clínico

55 Adolescente con problemas de comportamiento, alteración del rendimiento escolar y del sueño

**M.I. Hidalgo Vicario, G. Pin Arboledas**

## 68 El profesional ante el paciente

68 Hastío

**E. Clavé Arruabarrena**

## 72 Entre nosotros

72 Buscando me

**Delfina Abdo**

72 La vida es única

**Michu Am**

## 73 Los padres preguntan

73 "Mi hijo roba..."

**L. Rodríguez Molinero**

## 73 Novedades médicas

**F. Notario Herrero**

## 74 Reconocimiento

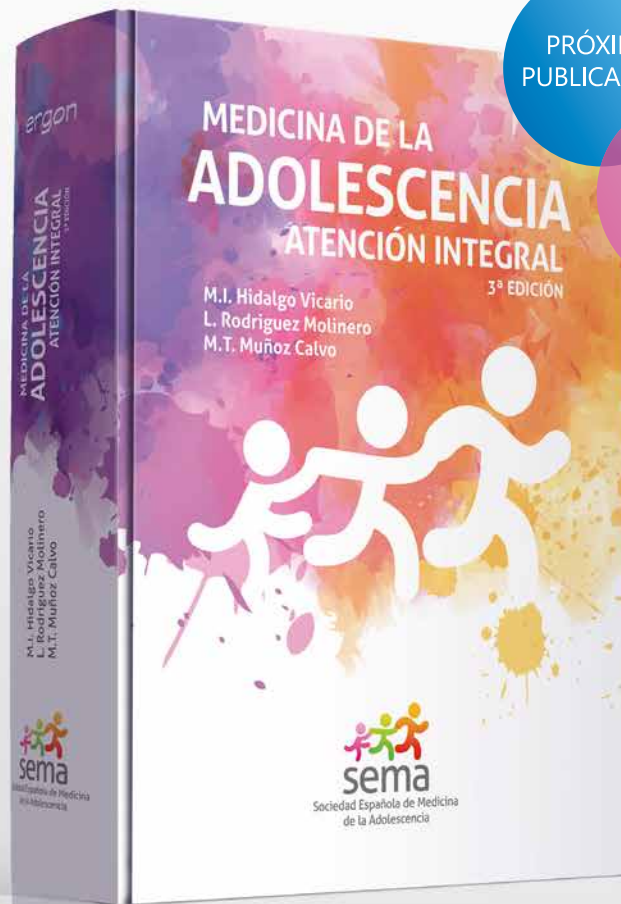
74 "A los que hemos perdido en esta pandemia Covid-19 y no vamos a olvidar"

**M. Zafra Anta**

## 75 In Memoriam

75 "Al Dr. Gonzalo Morandé"

Normas de publicación en [www.adolescenciasema.org](http://www.adolescenciasema.org) Secretaría editorial [adolescere@adolescenciasema.org](mailto:adolescere@adolescenciasema.org)



PRÓXIMA  
PUBLICACIÓN

3<sup>a</sup>  
EDICIÓN



# XXV CONGRESO

Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia (SEMA)

Pamplona / Iruña  
28 y 29 de Mayo 2021



Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia

#### SEDE DEL CONGRESO

Colegio Oficial de Médicos de Navarra  
Avda. Baja Navarra, 47.  
31002 Pamplona

#### SECRETARIA CIENTÍFICA Y TÉCNICA

Pilar San Esteban  
formacion@medena.es  
Tel. 948 226 093

Información actualizada en la página web de la SEMA: [www.adolescenciasema.org](http://www.adolescenciasema.org)



**Fernando A. Moraga Llop**

Pediatra. Vicepresidente de la Asociación Española de Vacunología. Barcelona.

## Las vacunaciones caen durante la pandemia\*

*Y la gente se quedaba en casa  
Y leía libros y escuchaba  
Y descansó e hizo ejercicios  
E hizo arte y jugó...*  
(«La historia de Iza», Grace Ramsay, 1869)

En la época en que se escribió este poema, hace más de 150 años, había epidemias de fiebre tifoidea, cólera y disentería. La gente estaba confinada, y la historia se repite...

La pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) declarada el 11 de marzo por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(1)</sup> y el estado de alarma instaurado el 14 de marzo por el Gobierno de España han originado una grave crisis sanitaria, social y económica que está llevando a importantes cambios, algunos de ellos transitorios hasta que la epidemia esté controlada<sup>(2,3)</sup>.

La emergencia de este nuevo coronavirus epidémico, que se ha designado SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo grave-coronavirus-2, por su proximidad genética, del 85-92%, con el coronavirus del SARS de 2002-2003), agente etiológico de la COVID-19<sup>(3)</sup>, es un grave problema de salud poblacional. Esta pandemia está interfiriendo e incluso interrumpiendo el programa básico de salud infantil, retrasando todos sus objetivos que no sean urgentes, y los pacientes se derivan al servicio de urgencias del hospital de referencia tras la clásica consulta telefónica o la moderna telemedicina que han sustituido a la visita presencial.

En relación con el ámbito de la salud hay que señalar que tanto en la atención primaria como en la hospitalaria del niño y del adulto se ha priorizado, como es lógico, la asistencia a los enfermos de COVID-19. La mayoría de los hospitales se han transformado en centros sanitarios monográficos para estos pacientes que también han sido atendidos por médicos de otras especialidades y por pediatras del mismo hospital, cambios que igualmente han sucedido en el personal de enfermería; en conjunto, un verdadero y necesario refuerzo para hacer frente a la pandemia. Además, han cerrado o han disminuido temporalmente su actividad numerosos centros de asistencia primaria, y su personal sanitario se ha incorporado a otras funciones en hospitales, otros centros sanitarios o residencias geriátricas.

La pandemia ha vuelto a poner de relieve y a enfatizar la importancia de las vacunas y el compromiso de los centros públicos y privados de investigación, y de la industria farmacéutica, para el desarrollo y la fabricación de nuevas vacunas. Todo el mundo espera una vacuna frente al nuevo virus que proporcione el verdadero «pasaporte inmunitario» tan debatido hoy en día (el clásico carnet vacunal o inmunitario). Esta esperanza vacunal, de manera paradójica, convive con una alerta vacunal por la disminución de las coberturas de las vacunaciones sistemáticas en el curso de la pandemia, y con una alarma en los países de bajos recursos económicos debido a la suspensión o al aplazamiento de campañas complementarias de vacunación, en especial frente al sarampión y la poliomielitis, y la interferencia con los programas de vacunación nacionales<sup>(4)</sup>. Como aspecto positivo, los padres y los adultos en general están conociendo lo devastadoras que pueden ser las enfermedades infecciosas y el valor que tienen las vacunas.

Diversos organismos y sociedades científicas han advertido sobre el impacto que está teniendo la pandemia en las vacunaciones de los países afectados, debido a la redistribución de los recursos humanos y económicos a causa de esta grave amenaza para la salud pública. La OMS<sup>(5,6)</sup>, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>(7)</sup>, la United Nations

\*Se publica una nueva versión de este editorial debido a que durante el proceso de edición ha habido cambios en el contenido de la referencia 20, con datos bastante diferentes, a fecha 21 de mayo. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1acRVZOVMT4HSuk6qqiV3MVAMpzXRgQj2/view>

Children's Fund (UNICEF) y Gavi, the Vaccine Alliance<sup>(8)</sup>, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC)<sup>(9)</sup>, la Global Polio Eradication Initiative (GPEI)<sup>(10)</sup>, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España<sup>(11)</sup>, la Asociación Española de Vacunología (AEV)<sup>(12)</sup>, de forma conjunta la Sociedad Española de Inmunología (SEI), la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y la Asociación Española de Pediatría (AEP)<sup>(13)</sup>, así como las consejerías de algunas comunidades autónomas<sup>(14,15)</sup>, han publicado diversos documentos e informes en los que se advierte de los riesgos que representa el no vacunar o retrasar las vacunaciones. Al mismo tiempo recomiendan continuar los programas de inmunizaciones, pero siempre que el acto vacunal goce de las máximas condiciones de seguridad para los vacunados y los equipos humanos de vacunación, y todo esto sin olvidar el apoyo que se debe prestar a la respuesta a la pandemia.

Este nuevo escenario asistencial y el miedo al contagio por acudir a centros sanitarios está originando que los padres no vayan con sus hijos al pediatra, ni los adultos al médico de familia. Las recomendaciones de distanciamiento social y la evitación de ir a centros sanitarios hechas por el Gobierno no estaban suficientemente claras. Esta situación, unida al estado de confinamiento que obliga a mantener una movilidad restringida y con transportes reducidos, limitada a situaciones muy concretas, así como todas las dudas y problemas que está originando el desconfinamiento, han hecho disminuir las visitas del programa del niño sano y las consultas y los controles al médico de familia por parte de los adultos.

En una encuesta realizada a más de 16.000 personas en tres comunidades autónomas (Comunidad de Madrid, Cantabria e Islas Canarias) entre el 15 y el 25 de abril, el 70% de los participantes han admitido tener miedo de contraer la COVID-19 en su entorno más cercano. Sin embargo, solo el 25% de la población consultada percibe este riesgo de contagio como alto. El estudio, liderado por la doctora Ana María Recio, profesora de la Universidad Europea, cuenta con la aprobación de la Subdirección de Cuidados del Servicio Cántabro de Salud y la colaboración del Gobierno de Cantabria, así como el aval de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica y de la Asociación Internacional de Enfermería<sup>(16)</sup>.

Uno de los aspectos de la salud que se está resintiéndose más es el de las vacunaciones. El impacto en los países con recursos medios o bajos es mucho más grave, alarmante y preocupante, y al menos 21 países de baja-media renta ya están reportando situaciones de desabastecimiento como resultado de cierres de fronteras y de interrupciones en el transporte aéreo. Los recursos, el dinero y los profesionales se están derivando a actividades pandémicas para intentar aplanar la curva. En la actualidad, Gavi, the Vaccine Alliance está trabajando para preparar los sistemas sanitarios en esos países y evitar más pérdidas de vidas asegurando el mantenimiento de los programas de vacunación y de las campañas de vacunación masiva. Su *Chief Executive Officer*, Seth Berkley, ha advertido de que «el legado de la COVID-19 no incluya un resurgimiento de otros asesinos como el sarampión y la poliomielitis». El World Economic Forum estima que más de 13 millones de personas perderán algunas vacunas esenciales por esta pandemia<sup>(17-19)</sup>.

Aunque no se dispone de datos sistematizados, una compañía norteamericana dedicada a registros electrónicos de salud ha recogido información de 1.000 pediatras independientes a escala nacional. Si se considera como basal la semana del 16 de febrero, se observa que durante la semana del 5 de abril la administración de la vacuna triple vírica había experimentado un descenso del 50%, la de difteria-tétanos-tosferina un 42% y la del virus del papiloma humano un 73%<sup>(18)</sup>.

En España se ha constatado en todas las comunidades autónomas una disminución importante y preocupante del número de vacunas administradas durante los meses de marzo y abril de 2020, aunque todavía no hay datos publicados (comunicaciones personales a fecha 5 de mayo de 2020, Día mundial del lavado de manos). Sin embargo, conocemos resultados de la Comunidad Valenciana, una comunidad pionera en la información vacunal a través del registro informático de las vacunaciones. Eliseo Pastor Villalba, especialista en medicina preventiva y salud pública de la Dirección General de Salud Pública y Adicciones, comunicó en el *webinar* «Recomendaciones en vacunaciones en tiempos de COVID-19», organizado por la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas el 27 de abril, datos sobre el impacto de la pandemia en los programas de vacunación<sup>(20)</sup>. Las cifras son preocupantes y nos deben alertar para no originar, si no se corrigen, una verdadera alarma. Las coberturas vacunales más afectadas fueron la tercera dosis de vacuna antineumocócica a los 11 meses, que descendió un 32% y un 26,2% en marzo y abril, respectivamente, y la primera dosis de vacuna triple vírica de los 12 meses, que cayó un 30,7% en marzo y un 13,5% en abril. Más importante ha sido el descenso en una vacuna recomendada, pero no financiada: la primera dosis de la antimeningocócica B tuvo un descenso del 35,3% y del 68,4% en marzo y abril, respectivamente. La dosis de vacuna Td en los mayores de 64 años disminuyó un 40,1% en marzo y un 67,5% en abril<sup>(20)</sup>. Otras comunidades autónomas y diversos países están comunicando reducciones importantes de las coberturas vacunales. Se han suspendido los programas de vacunación en las escuelas. La vacunación de escolares, adolescentes y adultos se ha visto aún más afectada. Sin embargo, en centros privados de pediatría se ha habilitado una consulta exclusivamente de vacunaciones, con lo que se han mantenido las coberturas vacunales.

El descenso de las coberturas vacunales, si se mantiene en el tiempo, podría conducir a la reemergencia de enfermedades infecciosas (sarampión, enfermedad neumocócica y meningocócica, etc.) al aparecer poblaciones susceptibles, y sobre todo cuando se reinicien las guarderías y las escuelas, y no se observe ya el distanciamiento social. Se acaba de publicar el informe anual del sarampión en la Unión Europea correspondiente al año 2019, enfermedad que continúa siendo un problema de salud pública en Europa a pesar de que ha habido una reducción de un 26% de casos en relación a 2018 (13.200 vs.17.822); en España se ha producido un aumento del 22% (292 vs. 226 casos en 2018)<sup>(21)</sup>. Estos datos nos indican que no se puede bajar la guardia y que hay que mantener unas coberturas vacunales elevadas. La situación vacunal en el curso de la pandemia es motivo de preocupación y debe ser una razón de alerta a los pediatras y a los padres para corregirla a corto plazo.

En algunos países, como República Democrática del Congo, ya se había observado una situación similar: la caída de la cobertura vacunal frente al sarampión en el curso de otra epidemia, en este caso el Ébola (además de los problemas de la malaria y el cólera). En 2019 se ha dado la paradoja de que murieron muchas más personas por sarampión (más de 6.000 muertes y más de 310.000 casos) que por el brote de Ébola declarado por la OMS como una Emergencia de Salud Pública Internacional (más de 2.200 muertes y más de 3.400 casos). El Ébola se ha beneficiado de recursos humanos y económicos dedicados a otras enfermedades endémicas, una de las cuales, el sarampión, está matando a miles de niños<sup>(22)</sup>.

El acto vacunal debe realizarlo siempre personal sanitario, y en ninguna circunstancia se delegará en los padres u otras personas. En la actividad vacunal hay que considerar algunas prioridades en el calendario para toda la vida de cada comunidad autónoma, según las indicaciones del pediatra y del médico de familia. Además, en los casos en que se hubieran retrasado algunas dosis, estas se implementarán de forma rápida, es decir, contemplando el intervalo mínimo entre dosis, como se indica en los llamados calendarios acelerados, y teniendo en cuenta las coadministraciones autorizadas. La reanudación de las vacunaciones debe ser planificada y organizada.

Las prioridades en las vacunaciones, que se realizarán siempre con las adecuadas medidas de seguridad, como el distanciamiento social, la higiene de manos, la higiene respiratoria y la limpieza/desinfección de superficies, previa cita telefónica y en una zona reservada, son:

1. Vacunación del lactante hasta los 15 meses de edad. Aunque en algún documento<sup>(11)</sup> se prioriza la primovacunación a los 2 y 4 meses de edad y la primera dosis de triple vírica a los 12 meses, creemos que el resto de las vacunas del calendario común en esta edad, es decir, la vacunación a los 11 meses (hexavalente y neumocócica conjugada), a los 12 meses (meningocócica C/ACWY) y a los 15 meses (varicela), deben estar al mismo nivel de priorización. Además de estas vacunas existen otras dos, la vacuna frente al rotavirus y la antimeningocócica B, no financiadas en el calendario común, aunque sí en alguna comunidad autónoma, y recomendadas por diversas sociedades científicas.

En estas condiciones se favorecerán todavía más las coadministraciones con la finalidad de disminuir el número de visitas, para lo cual se tendrán en cuenta las especificaciones de las fichas técnicas de los preparados que se utilicen. Es posible que esto conlleve un pequeño aumento del número y de la intensidad de las reacciones adversas, en especial los efectos locales y la aparición de fiebre, para lo cual el fármaco de elección continúa siendo el paracetamol y evitando su alternancia con otros medicamentos. No obstante, la administración simultánea de vacunas tiene más ventajas que inconvenientes.

Si se prolonga el estado de confinamiento habría que reconsiderar las dosis de recuerdo de las vacunas triple vírica y de la tosferina.

2. Vacunación de la embarazada: la vacuna de la tosferina en forma de Tdpa durante todo el año y la vacuna antigripal en la época estacional.
3. Vacunación de los niños y los adultos pertenecientes a grupos de riesgo, valorando el grado de inmunodepresión y la gravedad de las situaciones especiales (enfermedades crónicas), y la relación beneficio-riesgo de acudir al centro sanitario. Se priorizarán los pacientes más vulnerables.
4. Vacunación en situaciones de profilaxis posexposición (vacunas triple bacteriana, triple vírica, antivariola, antimeningocócicas, antihepatitis A y B, principalmente).

Dos aspectos que no hay que olvidar durante esta dura etapa de la reanudación progresiva de las vacunaciones, y que también hay que priorizar, son el mantenimiento de todas las actividades de vigilancia epidemiológica y la planificación de cómo hay que hacer la recuperación de las vacunas perdidas o demoradas, para ponerla en marcha lo antes posible priorizando las situaciones referidas anteriormente.

Otras recomendaciones en relación con la COVID-19 se refieren a las personas que la hayan padecido, que se podrán vacunar cuando su situación clínica se haya normalizado. En los contactos con la COVID-19 las vacunas se demorarán hasta que se haya cumplido la cuarentena, es decir, 14 días después de la última exposición.

Como reflexión final, señalar que es urgente la normalización de la actividad vacunal después de esta paralización de los programas de inmunización. Mientras tanto, sigue la investigación en todo el mundo para obtener lo más rápido posible una vacuna frente a la COVID-19: en estos momentos hay más de 100 vacunas potenciales o candidatas en estudio, y ocho ya están en fase clínica I/II de ensayos en humanos.

Hay que permanecer optimistas esperando la vacuna frente a la COVID-19 y continuar vacunando según los calendarios de inmunizaciones sistemáticas. Y sobre todo preparémonos y establezcamos todas las medidas preventivas ante una posible segunda oleada de COVID-19 y para paliar la irremediable segunda crisis social y económica que puede provocar una morbilidad y una mortalidad tan importantes como las originadas por la crisis sanitaria.

## Bibliografía

1. World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 — 11 March 2020. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
2. Hernández Merino A. 2020 debe ser el año para la salud de los niños y adolescentes a pesar de las amenazas emergentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020;22:11-3.
3. Campins Martí M, Moraga-Llop FA. COVID-19, una lección de la que hay que aprender. *Pediatría Integral*. 2020;24:128-31.
4. Nelson R. COVID-19 disrupts vaccine delivery. *Lancet Infect Dis*. 2020;20:546.
5. World Health Organization. Statement – Vaccination must be maintained during COVID-19 pandemic to be effective. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-vaccination-must-be-maintained-during-covid-19-pandemic-to-be-effective>.
6. World Health Organization. Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331590/WHO-2019-nCoV-immunization\\_services-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331590/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-eng.pdf).
7. Pan American Health Organization (PAHO). The immunization program in the context of the covid-19 pandemic, 26 march 2020. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51992>.
8. UNICEF. Statement by UNICEF Executive Director Henrietta Fore on the disruption of immunization and basic health services due to the COVID-19 pandemic. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.unicef.org/press-releases/statement-unicef-executive-director-henrietta-fore-disruption-immunization-and-basic>.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Maintaining childhood immunizations during COVID-19 pandemic. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pediatric-hcp.html>.
10. Global Polio Eradication Initiative (GPEI). Recommendations. Polio eradication in the context of the covid-19 pandemic. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/GPEI-POB-recommendations-for-countries-on-covid-20200421-ENG.pdf>.
11. Ministerio de Sanidad. Comisión de Salud Pública. Nota informativa 25 de marzo de 2020: Prioridades del programa de vacunación durante el estado de alarma debido a COVID-19. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: [https://www.mscols.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/COVID-19\\_Vacunacionprioritaria.pdf](https://www.mscols.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/COVID-19_Vacunacionprioritaria.pdf).
12. Asociación Española de Vacunología. La AEV hace un llamamiento a cumplir con la administración de las vacunas consideradas prioritarias durante el estado de alarma debido a la pandemia por COVID-19. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.vacunas.org/la-aev-hace-un-llamamiento-a-cumplir-con-la-administracion-de-las-vacunas-consideradas-prioritarias-durante-el-estado-de-alarma-debido-a-la-pandemia-por-covid-19/>.
13. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Otros efectos de la pandemia de COVID-19: caída de las vacunaciones. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: [https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/covid-19-caida-de-las-vacunaciones-sei-seip-aep\\_24abr2020b.pdf](https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/covid-19-caida-de-las-vacunaciones-sei-seip-aep_24abr2020b.pdf).
14. Agència de Salut Pública de Catalunya. Nota informativa sobre les actuacions de prevenció i promoció de la Salut davant la situació epidemiològica actual en relació al coronavirus SARS-CoV-2. En: Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 a l'atenció primària i a la comunitat del Servei Català de la Salut de 20 de març de 2020. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: [https://canalsalut.gencat.cat/web/contenut/\\_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/guia-actuacio-atencio-primaria.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/contenut/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/guia-actuacio-atencio-primaria.pdf).
15. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Instrucción Programa de Vacunaciones durante periodo alarma COVID-19. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/SyF-Instrucciones-ProgramaVacunacionesEstadoDeAlarmaCovid19.pdf>.
16. Recio AM. ConSalud.es, 2 de mayo de 2020. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: [https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/70-poblacion-miedo-contagiarse-coronavirus-entorno-cercano\\_78607\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/70-poblacion-miedo-contagiarse-coronavirus-entorno-cercano_78607_102.html).
17. Asociación Española de Vacunología. ¿COVID-19 conducirá al resurgimiento global de otras enfermedades mortales? [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.vacunas.org/covid-19-conducira-al-resurgimiento-global-de-otras-enfermedades-mortales/>.
18. Asociación Española de Vacunología. El Covid-19 y el descenso de las coberturas de vacunación. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.vacunas.org/el-covid-19-y-el-descenso-de-las-coberturas-de-vacunacion/>.
19. Fleming S. Will COVID-19 lead to the global resurgence of other deadly diseases? [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/will-covid-19-lead-to-the-global-resurgence-of-other-deadly-diseases>.
20. Pastor Villalba E. Impacto del COVID-19 en los programas de vacunación. En: Recomendaciones en vacunaciones en tiempos de COVID-19 (webinar). [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.enfermeriayvacunas.es/>.
21. European Centre for Disease Prevention and Control. Measles. En: ECDC. Annual epidemiological report for 2019. Stockholm: ECDC; 2020.
22. World Health Organization. Deaths from Democratic Republic of the Congo measles outbreak top 6000. [Consultado el 4 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.afro.who.int/news/deaths-democratic-republic-congo-measles-outbreak-top-6000>.





### Luis Rodríguez Molinero

Doctor en Medicina. Pediatra acreditado en Medicina de la Adolescencia por la AEP. Consulta en Medicina de la Adolescencia. Hospital Campo Grande. Valladolid.

## Adicciones sin sustancia (química) en adolescentes. Historia de las adicciones

*“Toda la actividad psíquica esta orientada a evitar el displacer y procurar el placer”.*  
Freud

La palabra placer deriva del latín “*placere*” que significa gustar o agradar. “El placer puede ser definido como una sensación o sentimiento positivo, agradable o eufórico, que en su forma natural se manifiesta cuando un individuo consciente satisface plenamente alguna necesidad: bebida en el caso de la sed, comida en el caso del hambre, descanso (sueño) para la fatiga, sexo para la libido, diversión (entretenimiento) para el aburrimiento, y conocimientos (científicos o no científicos) o cultura (diferentes tipos de arte) para la curiosidad y la necesidad de desarrollar capacidades”. Esta definición nos indica que existen muchas formas y maneras de placer.

### Neurobiología del placer

Los humanos estamos diseñados para gozar y disfrutar. Nuestro cerebro tiene áreas reservadas a tal efecto. Incluso llega a producir sustancias (endorfinas, encefalinas y dinorfinas) llamadas opioides endógenos porque producen efectos analgésicos, calmantes y placenteros.

Tenemos tendencia a repetir todo aquello que nos gusta, por sentido común, pero también porque la naturaleza biológica nos lo facilita. En la repetición de una conducta placentera está la base de la adicción.

A lo largo de nuestra historia ha habido épocas de exaltación del placer (epicúreos...) y otras de represión de éste. Han abundado más las segundas que las primeras, al menos en el contexto cultural llamado occidental. La interpretación de la existencia como “paso” a otra vida trascendente ha influido en esta represión del placer. Se consideraba moralmente malo sentir placer, y por el contrario, el sacrificio, la mortificación y el rechazo de aquello capaz de producir disfrute eran un mérito. Paradójicamente, tanto el control de los impulsos, como las adicciones (por ejemplo, la adicción al juego y las apuestas) pueden ser conductas placenteras.

### Sistema de recompensa (SR)

El SR es el mecanismo por el cual el cerebro actúa para conseguir algo placentero. Desear, tener proyectos, actuar y conseguir cosas forma parte de la salud y del bienestar. El sistema de recompensa es la base biológica de estos mecanismos. A pesar de que existe una determinación genética, se sabe que los estímulos ambientales son muy potentes, y capaces de revertir la tendencia natural. Son reacciones automáticas de nuestro cerebro. Ya Don Santiago Ramón y Cajal adelantaba que “el hombre es artífice de su propio cerebro” y David Eagleman abunda: “Todas las experiencias en su vida, desde conversaciones individuales hasta su cultura más amplia, dan forma a los detalles microscópicos de su cerebro. Neuralmente hablando, quién eres depende de dónde has estado, lo que piensas y lo que haces». El cerebro facilita que emprendamos conductas adecuadas que nos proporcionen satisfacción, placer y felicidad.

El sistema de recompensa del cerebro media en cualquier proceso donde experimentemos motivación (deseos). Si bien es cierto que forma parte de las conductas adictivas, conforma una función clave para proporcionarnos también placer y bienestar. Nuestro cerebro también busca recibir un “like” de lo que nos acontece.

### La anatomía funcional del SR consta de las siguientes partes:

- Área tegmental ventral. Situada en mesencéfalo y conectada con el núcleo *accumbens*, se ha puesto en relación con emociones como el amor, las adicciones, el aprendizaje y las conductas sexuales.

- b) Núcleo *accumbens*, grupo de neuronas que están involucradas en el placer, la adicción, el miedo, la motivación...
- c) La corteza cerebral, la zona más nueva evolutivamente, base de las funciones ejecutivas y procesos cognitivos que nos animan a planificar, crear, entender, disfrutar de actividades espirituales (la poesía, la belleza, la música...)

En el adolescente, y debido a las conexiones con receptores hormonales gonadales, lo que se produce es un desequilibrio entre áreas del conocimiento (prefrontal) y áreas de las emociones y motivaciones (mesolímbico). En el cerebro del adolescente, la estimulación del circuito límbico por conductas (como comer, beber, prácticas sexuales, consumo de drogas o ciertas prácticas sociales...), es capaz de producir cambios permanentes, que no se producirían en el cerebro del adulto<sup>(1)</sup>.

La tendencia a repetir aquello que nos gusta (vamos a utilizar las palabras adicción, compulsión o bajo control de impulsos como sinónimos, aunque tengan diferencias conceptuales) se encuentra en los circuitos de recompensa. Pero no todos los que buscan el placer se hacen adictos. “No es adicto quien quiere, sino quien puede”, habría que recordar. Son las personalidades adictivas las más proclives a las adicciones. Ahora se sabe que en las conductas adictivas están alteradas algunas conexiones del circuito mesolímbico. Ésto justifica que algunas conductas perjudiciales para la salud sean permitidas por el cerebro al estar alteradas las conexiones mesolímbicas, lo que hace que desaparezca el control prefrontal de la conducta.

### Personalidad adictiva

En cuanto a la investigación de la relación entre personalidad y consumo de drogas en adolescentes, se han encontrado evidencias de la relación entre dicho consumo y ciertos rasgos de la personalidad (timidez, agresividad, personalidad depresiva, un alto grado de búsqueda de novedades, baja tolerancia a la frustración; pobre control de las emociones e introversión social...)<sup>(2)</sup>.

En su libro *The Addictive Personality, Craig Nakken* afirma que la personalidad adictiva es la predisposición de algunas personas a desarrollar algún tipo de adicción, que puede ir cambiando a lo largo del tiempo y de las vivencias. Los rasgos que se describen con más frecuencia en la personalidad de adolescentes adictos son: falta de habilidades para afrontar las frustraciones diarias, pobre red social que facilite el desarrollo personal, tendencia a actuar de forma compulsiva y escasez de proyectos a largo plazo, que les hace vivir recompensas inmediatas con mucha impulsividad. El conocimiento de estos rasgos es la mejor ayuda para una buena prevención<sup>(3)</sup>.

### ¿Qué es la adicción?

La *American Society of Addiction Medicine (ASAM)* y la *American Academy of Pain Medicine (AAPM)*, definen la adicción como “una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, el uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y *craving*”<sup>(4)</sup>.

### ¿A qué se llama adicción sin sustancia química (ASS)?

Muchas sustancias y experiencias humanas son capaces de producir estímulos y cambios neurológicos que nuestro cerebro reconoce como sistema de recompensa. A partir de este hecho, aparece la tendencia a buscar y repetir esta experiencia (adicción). El aspecto nuclear de la adicción conductual no es el tipo de conducta implicada, sino la forma de relación que el sujeto establece con ella. En realidad, cualquier actividad normal que resulte placentera para un individuo puede convertirse en una conducta adictiva (Echeburúa). Lo esencial del trastorno es que el enfermo pierde el control sobre la actividad elegida y continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas de todo tipo que ella produce.

En síntesis, algunas conductas *normales* -incluso saludables- se pueden convertir en *anormales* según la frecuencia, intensidad o tiempo y dinero invertidos. Vale decir que una adicción sin droga es toda aquella conducta repetitiva que produce placer y alivio tensional, sobre todo en sus primeras etapas, y que lleva a una pérdida de control de la misma, perturbando severamente la vida cotidiana, a nivel familiar, laboral o social, a medida que transcurre el tiempo<sup>(4)</sup>.

Las ASS han aparecido en las sociedades industriales y de consumo potenciadas, pero no exclusivas, por el aumento del tiempo libre, de forma que aún no hay experiencia clínica para crear categorías o dimensiones patológicas. El DSM 5 en la sección III entiende que las ASS serán un campo que habrá que valorar en sucesivas revisiones.

Situaciones capaces de producir ASS: el trabajo, compras, juego, consumos compulsivos (cirugías corporales, tatuajes...), abuso de nuevas tecnologías, redes sociales, bronceados, deporte, coleccionismo, video juegos en línea... Hay muchas actividades cotidianas que repetimos y no constituyen ASS<sup>(4)</sup>. Son rutinas que nos facilitan la vida.

Las consecuencias de las adicciones, sea a sustancias químicas o sin ellas, son similares. Dependen del tipo de familia, de los niveles culturales y socioeconómicos y de las dinámicas internas. Las que se describen con más frecuencia en adolescentes son la disminución del rendimiento académico, cambios en la comunicación, irritabilidad, culpa, discusiones a veces vio-

lentas, vergüenza, sobreprotección por parte de los padres, cambio de roles familiares... y aunque parezca un contrasentido, en alguna ocasión se consigue el fortalecimiento de la cohesión familiar como mecanismo protector.

Donde más y mejor se han estudiado la ASS es en el juego patológico, como se recoge en el DSM-5: focalización mental y física hacia los juegos electrónicos; uso de esta actividad como transmisor de emociones; “huida hacia adelante”: robar o mentir para conseguir medios que permitan seguir jugando<sup>(1)</sup>.

### ¿Las adicciones se contagian o aprenden?

No es raro encontrar familias donde uno juega compulsivamente, otro se pasa el día con el teléfono móvil, otro no sale de su habitación, conectado con sus amigos por Internet, el padre es un fumador y otros tratan de comprar todo lo que encuentran. Estas familias ayudan poco, al estar instalado cada uno en su “adicción”. Cada miembro afronta sus emociones desde su ASS y usa ésta como forma de calmarse. No es la conducta en sí, es su forma de usarla. Juegan, compran, usan el móvil, etc. como una forma de gestionar sus emociones. Y en estos casos, más que heredar, han aprendido a ser adictos. Cada uno entiende la vida desde su adicción, convirtiendo hábitos no saludables en rutinas sanas. La ASS se convierte en respuesta adaptada al contexto familiar.

### Epidemiología de las ASS

La prevención de adicciones sin sustancia es otro aspecto abordado en esta área, cuya relevancia se evidencia con los datos de la última encuesta ESTUDES (18-19): El 20% de estudiantes de 14 a 18 años, realiza un uso compulsivo de Internet; un 4,6 más que en 2014. Un 6,4% de estudiantes de enseñanza secundaria jugaron dinero online y un 13,6% hicieron apuestas presenciales.

Entre el 0,2 y el 12,3% de los adolescentes cumplen criterios de juego problemático. A este respecto, señala que, hasta la fecha, no se ha recogido información sobre las actuaciones de prevención de adicciones sin sustancia de las CCAA, por lo que no se dispone de una línea base al respecto. El objetivo aquí sería promover la inclusión de las adicciones sin sustancia en la normativa, los planes y programas de prevención, así como elaborar y difundir un protocolo de prevención de las ASS, para su aplicación en los ámbitos escolar, comunitario, sanitario y familiar.

Se incorpora también como **acción prioritaria el abordaje de las adicciones sin sustancia**, estableciendo como objetivo la elaboración de guías y protocolos de diagnóstico y tratamiento para este tipo de adicciones. Algunas actividades propuestas en este sentido son la formación de un Grupo de Trabajo para definir los criterios y protocolos diagnósticos según DSM-V y OMS (CIE 11) y última evidencia científica, para la ludopatía y trastorno por videojuegos (expertos, investigación, clínicos, servicios asistenciales), la revisión de protocolos existentes, y la elaboración de un protocolo de diagnóstico y de un documento guía de atención a la ludopatía y el trastorno por videojuegos<sup>(6)</sup>.

El Gobierno de España ha aprobado la **nueva Estrategia Nacional de Adicciones**, una estrategia que pretende proporcionar una atención integral y coordinada, al mismo tiempo que reforzar las estrategias de prevención. Dicha estrategia contempla, por primera vez, tanto las **adicciones relacionadas con sustancias** como otros **comportamientos adictivos**, entre los que se encuentran la adicción al juego, al sexo, a las compras o al uso de las nuevas tecnologías<sup>(7)</sup>.

Esta edición de ADOLESCERE se dedica a las ASS, en la idea de que la influencia de los estilos de vida y la presencia de las nuevas tecnologías va a ser determinante en la forma de pensar, de sentir y de actuar, y por tanto, en la salud de los adolescentes.

## Bibliografía

1. Rabadán Rituerto, J.L. Adicciones sin sustancia. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención a drogodependientes. Madrid 2015. [En línea] Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: <https://unad.org/ARCHIVO/documentos/adicciones/adicciones-menor-prevalencia.pdf>.
2. Claver Turiégano E. Rasgos de personalidad implicados en el consumo de drogas en adolescentes. Dianova España (Infonova 29 – primer semestre 2016. Universidad de Zaragoza, facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. [En línea] Consultado el 2 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2016/04/Dianova-spain-infonova29-20160102.pdf>.
3. Personalidad adictiva. [En línea] Consultado el 12 de mayo de 2020. Disponible en: <http://viveadolescente.com/blog/personalidad-adictiva/>.
4. Portero Lazcano G. DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? Cuad. med. forense vol.21 no.3-4 Málaga jul./dic. 2015. [En línea] Consultado el 20 junio 2020. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062015000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200002).
5. Carbonell, X. La adicción a los videojuegos en el DSM-5. Adicciones vol 26, nº 2. 2014.
6. Plan de acción sobre adicciones 2018-2020. Infocop on line 2018. [En línea] Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7716](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7716).
7. La Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 incorpora las adicciones comportamentales. Infocop on line 2018. [En línea] Consultado el 20 de mayo de 2020. Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7287](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7287).

# Adicción a nuevas tecnologías: Internet, videojuegos y *smartphones*. Revisión y estado del arte

**P. Sánchez Mascaraque<sup>(1)</sup>, C. Fernández-Natal<sup>(2)</sup>.** <sup>(1)</sup>Psiquiatra infanto-juvenil. Centro de Salud Mental de Coslada. Centro de Salud Jaime Vera. Coslada. Madrid. <sup>(2)</sup>Servicio de psiquiatría del Hospital Universitario del Henares. Centro de Salud Mental Jaime Vera. Coslada. Madrid.

**Fecha de recepción:** 23-06-2020

**Fecha de publicación:** 31-07-2020

Adolescere 2020; VIII (2): 10-17

## Resumen

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, entre las que se incluyen ordenadores, videoconsolas y teléfonos móviles o *smartphones*, forman ya parte de la vida de niños y adolescentes. Es indudable que sus ventajas son muchas, pero su uso inadecuado puede interferir seriamente en la vida de los adolescentes a nivel escolar, familiar y social y se puede llegar a generar una conducta adictiva. En el momento actual solo la adicción a videojuegos aparece en el DSM-5 en el apartado "afecciones que necesitan más estudio", mientras que la CIE-11 reconoce el Trastorno por uso de videojuegos. Se revisa la definición, clínica, diagnóstico diferencial, etiopatogenia, tratamiento y aspectos preventivos. Se concluye que la evidencia es preliminar y poco clara, por lo que se necesita más investigación. Los estudios futuros deben centrarse en diferenciar uso problemático de trastorno, como en la recomendación de los tratamientos eficaces para estas nuevas adicciones. Como es habitual en salud mental, la cultura se entrelaza con la psicopatología, por lo que el término adicción debe aplicarse con cautela en este contexto.

**Palabras clave:** *Internet; Videojuegos; Adicción comportamental; Revisión.*

## Abstract

New information and communication technologies are linked to the life of our children and adolescents, like computers, videogames or smartphones. These new technologies are a definite improvement, but its problematic use may cause important social, familiar and academic impairment, or even addictive behaviors. Currently, only gaming disorder is considered in DSM-5, within the "conditions requiring further study" section, while ICD-11 holds a codification for "gaming disorder". The definition, clinical aspects, differential diagnosis, etiopathogenesis, treatment and prevention were revised. We conclude that findings are preliminary and unclear, thus, more research is needed. Further research should focus on the differences between problematic use and addiction as well as efficient treatments and recommendations for this condition. As usual in mental health, psychopathology and culture are entwined, so the term "addiction" should be applied with caution in this context.

**Key words:** *Internet; Videogames; Addictive behaviors; Review.*

Se denominan TICs al conjunto de nuevas tecnologías de la comunicación y la información

## Introducción

Se denominan TICs al conjunto de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, en la que se incluyen dispositivos como ordenadores, teléfonos móviles o *smartphones* y videoconsolas.

Estas nuevas tecnologías han precipitado un cambio en nuestro estilo relacional y de comunicación, pero también han traído consigo nuevos peligros para nuestros adolescentes. Asistimos a un alarmante abuso por parte de niños y adolescentes de las TIC que interfiere de forma notable en las actividades de la vida diaria. Esto ha llevado a abrir el debate que plantea nuevos diagnósticos en psiquiatría infantil, considerando una nueva adicción sin sustancia química. A diferencia de otras adicciones, el objetivo del tratamiento no es la abstinencia total, ya que hoy en día es inconcebible la vida sin el uso de estas tecnologías. Por tanto, el tratamiento se centrará en el aprendizaje de su uso adaptativo y funcional.

Los niños y adolescentes no suelen consultar por este motivo, aunque debemos tenerlo en cuenta al valorar pacientes con problemas de conducta, descenso del rendimiento académico y/o aislamiento social.

Es habitual que el uso problemático de estas tecnologías sea el responsable del deterioro funcional de muchos adolescentes que acuden a la consulta de psiquiatría infantil. El reto para el pediatra es la identificación precoz de los signos de alarma y el asesoramiento a la familia en el uso infantil de nuevas tecnologías. Algunas preguntas que podrían hacerse los padres son: ¿a qué edad puede mi hijo tener móvil?; ¿cuántas horas puede pasar mi hijo conectado a Internet?; ¿valoran mis hijos los riesgos de las redes sociales?; ¿es lícito violar la privacidad de mi hijo si sospecho riesgo? Además, es frecuente que el manejo de las nuevas tecnologías por parte de los hijos sobrepase la habilidad de los padres, aunque siguen siendo estos últimos los responsables del uso indebido.

Todos los profesionales que trabajamos con niños y adolescentes debemos hacer un esfuerzo por mantenernos actualizados en cuanto a las TICs, ya que el tiempo invertido en ellas es mucho, más que el tiempo con la familia. Este grupo de edad es un colectivo especialmente vulnerable de cara al impacto que Internet pueda causarles.

Revisamos los aspectos clínicos y terapéuticos más relevantes.

## Definición

“Si desde el consumo de heroína a los bolsos de diseño puede ser calificado como síntoma de adicción, entonces el término lo explica todo y nada.”

- Amanda Heller (*Boston Globe*, 02/11/08)

A pesar de que no hay un consenso sobre la definición de “adicción a Internet” ni de “adicción al *smartphone*”, en la última edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) se habla de *Trastorno por juego por Internet*, dentro del apartado “afecciones que necesitan más estudio”. Por su parte, la CIE codifica el *Trastorno de uso de videojuegos* en su undécima edición, con las especificaciones *predominantemente en línea* o *predominantemente fuera de línea*.

Los criterios de esta adicción comportamental guardan una estrecha relación con los del juego patológico, caracterizándose por dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y deterioro funcional en la vida del adolescente.

Estas clasificaciones dejan fuera otros elementos de las TICs como las redes sociales, los *smartphones* u otros usos de Internet (por ejemplo, pornografía), a pesar de que generan gran preocupación en el entorno y pueden interferir con el desempeño académico<sup>(1)</sup>. De hecho, algunos autores han sugerido que tanto los *smartphones* como las redes sociales tienen capacidad adictiva y de generar malestar<sup>(2)</sup>. El DSM-5 desestima categorizar como trastorno mental tanto los usos sociales como sexuales de Internet (ver Tabla I).

En resumen, la investigación no cuenta con consenso sobre la existencia y definición de los trastornos relacionados con las TICs.

## Epidemiología

Los datos sobre prevalencias resultan muy dispares. Según el propio DSM-5, la prevalencia del trastorno de juego por Internet no está clara debido a la heterogeneidad de criterios y umbrales diagnósticos empleados. Un meta-análisis recopilando estudios de los últimos 30 años concluyó una prevalencia de trastorno de juegos por Internet en torno al 4,1%, con mayor prevalencia en varones<sup>(3)</sup>. Existe mayor prevalencia en Asia, aunque estos autores lo relacionan con que la mayoría de desarrolladores son asiáticos (por ejemplo, Capcom, Nintendo, Konami, Square Enix). De hecho, el DSM-5 refleja una prevalencia del 8,4% para varones y un 4,5% para mujeres en un estudio asiático en adolescentes de entre 15 y 19 años. Los juegos más usados entre varones fueron los MMORPGs (*Massively Multiplayer Online Role-Playing Game*, como *World of Warcraft*), *casuals* (juegos de reglas simples que no requieren al

La evidencia científica estudia la creación de un nuevo diagnóstico en relación al uso problemático de las TICs, considerándolo una adicción sin sustancia química

La clínica es similar a la descrita en el caso del juego patológico

En adolescentes españoles se encuentra una prevalencia del uso problemático de Internet del 16,3%

usuario un alto grado de compromiso, como *Candy Crush*) y MOBAs (*Multiplayer Online Battle Arena*, como *League of Legends*)<sup>(4)</sup>. Por otro lado, en mujeres, los *casuals* ocupaban el primer puesto seguidos de los MOBAs y los FPS (*First Person Shooter*, como *Call of Duty*).

Con respecto a las cifras en nuestro país, se halló una prevalencia de uso problemático de Internet entre adolescentes del 16,3%<sup>(5)</sup>, siendo las redes sociales y el uso de mensajería instantánea (por ejemplo, *WhatsApp*) los principales motivos para usar Internet.

Respecto a la adicción a *smartphones*, un estudio de adolescentes españoles estimó una prevalencia de entre el 13 y el 26%<sup>(6)</sup>, aunque se pone de relieve que el uso problemático no depende del móvil, sino de las actividades realizadas con él. Dichas actividades parecen ser mayoritariamente el uso de redes sociales (por ejemplo, *Twitter*, *Facebook* o *Instagram*), situación para la que no se ha descrito conducta adictiva según el DSM-5 y la CIE-11, ya que no se considera análogo al trastorno de juego por Internet.

Por tanto, la epidemiología encuentra índices inconsistentes, directamente influidos por definiciones y evaluaciones heterogéneas.

## Etiopatogenia

La etiopatogenia de las TICs es complicada y multifactorial

Como es habitual en salud mental, la etiopatogenia de los trastornos por TIC es compleja y multifactorial. Con respecto a los factores biológicos, los trastornos por TIC comparten características con el resto de adicciones, en especial con el juego patológico. Parecen destacar el circuito de recompensa dopaminérgico, núcleo *accumbens* e hipocampo<sup>(7)</sup>.

Estudios recientes relacionan alteraciones en el volumen de materia gris, actividad funcional y activación en regiones específicas del cerebro (córtex ventromedial prefrontal) con adicción a videojuegos, aunque no está claro si estas alteraciones son causas o consecuencias<sup>(8)</sup>.

El hecho de compartir el mismo modelo neurobiológico potencia la comorbilidad con otras adicciones. Otros estudios demuestran que las personas con adicción a Internet tienen un aumento del metabolismo de glucosa en la corteza orbitofrontal derecha, núcleo caudado izquierdo y la ínsula derecha, al igual que en el alcoholismo<sup>(9)</sup>.

Con respecto a los factores familiares y sociales, los padres permisivos, las actitudes positivas de los padres frente a los tóxicos y los modelos de referencia parental negativos predicen el riesgo de adicción a sustancias o trastorno por juego por Internet<sup>(9)</sup>.

En cuanto a factores psicológicos, la introversión, la timidez y la baja extraversión destacan como correlatos actitudinales y de personalidad. Los datos sobre empatía no son consistentes<sup>(9)</sup>.

## Clínica y diagnóstico

Como hemos dicho previamente, el DSM-5 contempla los criterios (Tabla I) para el trastorno por juego por Internet. Como en toda patología recogida por dicho manual, destaca el deterioro en la vida psicosocial del adolescente (por ejemplo, aislamiento social, problemas con grupos de apoyo primario -familia y amigos-, o problemas en el ámbito académico y laboral).

Por su parte, los criterios recogidos en la CIE-11 (Tabla I) se centran en el deterioro psicosocial, sin profundizar en los síntomas típicos de las adicciones, como la abstinencia y la tolerancia.

Los síntomas de abstinencia han sido y siguen siendo parte esencial de la definición y constitución de este trastorno, como se ilustra en el caso de *smartphones*<sup>(10)</sup>. Sin embargo, se encuentra que en ocasiones no están bien definidos, ya que se definen como inquietud e irritabilidad tras discontinuar la actividad, como en el ejemplo de los videojuegos<sup>(11)</sup>. La evidencia arroja falta de estudios cualitativos que validen y consoliden el fenómeno y le den especificidad que nos permita distinguirla de uso excesivo de Internet.

Los problemas físicos también son clínicamente significativos, más en concreto los problemas cardio-metabólicos<sup>(12)</sup>. Los videojuegos parecen asociarse con mala calidad del sueño, que está relacionada con aumento del perímetro abdominal y las consecuentes complicaciones metabólicas. Además, el uso prolongado de Internet puede causar dolor de cabeza, visión borrosa, visión doble, fatiga ocular, problemas de audición y abuso de comida rápida<sup>(13)</sup>.

Un argumento a favor de la consistencia y validez del trastorno de juego por Internet son las evidencias sobre el poder adictivo de los videojuegos, en especial los MMORPG y los MOBAs<sup>(4)</sup>. En estos dos

géneros de videojuegos se dan cuatro elementos clave<sup>(14)</sup>: socialización (interés por entablar amistades y apoyarse mutuamente), exploración (interés por descubrir y participar en el entorno y contenidos virtuales), logro (interés en el prestigio, el liderazgo y el dominio sobre otros jugadores) y disociación (interés en evadirse de la realidad e identificación con el avatar virtual). Además, estos videojuegos son accesibles en todo momento<sup>(1)</sup>. Estos elementos confluyen solo en los videojuegos *online* y pesan especialmente en los adolescentes, ya que se encuentran en un periodo vital donde la construcción de la identidad tiene un rol central. Por tanto, las experiencias de las identidades construidas en estos medios virtuales pueden ser más satisfactorias que las reales, reforzando la evitación de la vida diaria de los jugadores. Sin embargo, esto no se produce en las redes sociales (como *Facebook*, *WhatsApp*), pese a que pueden desarrollar comportamientos desadaptativos mediante otros mecanismos<sup>(1)</sup>.

Sin embargo, las inconsistencias presentadas anteriormente sobre definición y acotado de los trastornos por TIC constituyen argumentos en contra. Además, un reciente estudio<sup>(15)</sup> aporta evidencia sobre estas inconsistencias. Concretamente, la relación entre uso desadaptativo de videojuegos y problemas psicosociales (variable común a las psicopatologías) no parece ser ni significativa ni importante. Sin embargo, las necesidades psicológicas frustradas sí que se conectan tanto con el uso desadaptativo de videojuegos como con el deterioro psicosocial. Esto contradice los criterios propuestos por el DSM-5 y la CIE-11, además de sugerir un panorama transdiagnóstico: en este sentido, las TIC serían un contexto más de desarrollo de problemáticas más profundas en vez de un trastorno en sí mismo. Esto no niega que existan manifestaciones clínicas de comportamientos adictivos con videojuegos (y posiblemente a todas las TIC), pero sí evidencia que ante un paciente con conductas desadaptativas relacionadas con las TIC es necesaria una exploración más profunda que el mero diagnóstico de trastorno de adicción a las TIC. Respecto al diagnóstico, se proponen tres escalas de cribado para usos problemáticos de Internet y de *smartphone*: la EUPI-a y la IGDS9-SF (Tabla II). La EUPI-a<sup>(16)</sup> consta de 11 ítems auto-informados y ha sido validada en población adolescente española para medir uso problemático de Internet. Por su parte, la IGDS9-SF<sup>(17)</sup> tiene 9 ítems y fue validada en una muestra de más de 1000 estudiantes entre 15 y 25 años.

La conducta disfuncional con las TICs puede poner de manifiesto problemas en el entorno del adolescente

## Tratamiento

En el momento actual todos los tratamientos para las adicciones a las nuevas tecnologías son experimentales y no hay evidencia científica de eficacia con ninguno de ellos. Los estudios disponibles son poco claros y presentan elevada heterogeneidad en cuanto a las definiciones e instrumentos de medida, así como en la metodología usada.

En una reciente revisión<sup>(18)</sup> se analizan los tratamientos empleados, que pueden ser tanto psicofarmacológicos como psicoterapéuticos. Los fármacos más empleados son antidepresivos como el bupropion (aunque solo ha sido estudiado en adultos jóvenes) y el escitalopram. Fármacos como el metilfenidato o la atomoxetina son útiles en el caso en que haya comorbilidad con TDAH. Con respecto a las psicoterapias, se han usado la terapia cognitivo-conductual, las entrevistas motivacionales y la terapia de familia, sin evidencia de ninguna de ellas. Algunos autores han señalado la importancia del papel de las familias, de forma similar a la que tienen en las adicciones a otras sustancias. Destaca el programa PIPATIC<sup>(19)</sup> (programa individualizado psicoterapéutico para la adicción a las tecnologías de la información y la comunicación), que consta de seis módulos de intervención:

1. Psicoeducación y motivación;
2. Tratamiento de las adicciones adaptado a la adicción a los videojuegos;
3. Módulo intrapersonal, donde se trabaja la identidad, la autoestima, el autocontrol y el control de la ansiedad;
4. Módulo interpersonal, donde se fomentan las habilidades de comunicación adaptativas y la asertividad;
5. Módulo familiar, donde se trabajan la comunicación, los límites y la afectividad;
6. Desarrollo de un nuevo estilo de vida, donde tendría lugar la autoobservación de mejora, las actividades alternativas y la prevención de recaídas. Se trata de un programa de enfoque integrador en el que se aborda el tratamiento de la adicción, sus comorbilidades y las habilidades intra e interpersonales. Los fármacos estarían indicados en caso de que existan comorbilidades.

No es infrecuente la comorbilidad con otros problemas psiquiátricos como el TDAH o los trastornos de ansiedad y el trastorno del espectro autista

## Prevención

Los medios tecnológicos forman parte de nuestra cotidianidad, desde el trabajo hasta el ocio. Las necesidades de los adolescentes y niños pasan aún más, si cabe, por el uso de las nuevas tecnologías

**En la consulta de pediatría deben identificarse los factores de riesgo para una buena prevención**

a diario. Los profesionales dedicados a la infancia y adolescencia debemos ser conscientes de ello y prevenir el desarrollo de una adicción. La prevención se centra en cuatro aspectos fundamentales<sup>(20)</sup>:

1. Definir los grupos objetivo;
2. Mejorar las habilidades específicas;
3. Definir las características que tienen que tener los programas de prevención;
4. Hacer intervenciones ambientales.

*Definir los grupos objetivo*: la prevención puede ser universal o selectiva (dirigida a grupos de riesgo). En este sentido, se han identificado cuatro grupos para las actividades preventivas:

1. Niños y adolescentes,
2. Estudiantes universitarios,
3. Padres y personas cercanas y
4. Jugadores de apuestas y trabajadores con acceso regular a Internet.

Los programas de prevención deben implementarse tanto en el entorno educativo (desde las escuelas hasta la universidad) hasta las actividades extraescolares y las familias. Entre otros, indicamos factores de riesgo psicopatológicos (TDAH, trastornos afectivos depresivos, trastornos de ansiedad, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo), psicológicos (hiperactividad e impulsividad, alta búsqueda de sensaciones, alta dependencia de la recompensa, introversión, neuroticismo, estrés, soledad, hostilidad, recursos de autorregulación bajos), y factores de riesgo en relación al uso de Internet (pasar muchas horas en actividades *online*, uso de múltiples videojuegos y hacer uso excesivo de Internet los fines de semana). Además, existen factores ligados al desarrollo que parecen relevantes, como el inicio precoz de uso de las nuevas tecnologías, tener un móvil a edad temprana (en especial sin control parental y con uso nocturno). Finalmente, indicamos factores sociodemográficos que pueden ser relevantes: el género (parece más prevalente el uso de videojuegos en varones, mientras que las mujeres optan por el móvil y las redes sociales), los problemas económicos, y relacionarse con pares con niveles más bajos de aceptación o con niveles más altos de adicción.

*Mejorar las habilidades específicas*: podemos hablar de tres tipos de habilidades en las que se puede trabajar con los adolescentes:

1. Asociadas al uso de Internet, como reducción del tiempo de uso, mejora del autocontrol o la capacidad de identificar pensamientos negativos en relación al comportamiento adictivo;
2. Asociadas con el manejo del estrés y las emociones;
3. Relacionadas con situaciones interpersonales, como disminuir la sensibilidad interpersonal o aumentar las habilidades sociales;
4. Asociadas con los hábitos de la vida diaria y el uso del tiempo libre, como trabajar horarios saludables o realizar actividades presenciales de tiempo libre.

Son más efectivas las intervenciones cuando los padres y cuidadores están involucrados, favoreciendo los vínculos. De esta forma, los padres pueden monitorizar la actividad *online* de sus hijos. Podrían establecerse reglas que regulen el contenido de las actividades *online* mediante el debate sobre ventajas y peligros, ya que los límites estrictos son menos eficaces.

*Definir las características de los programas de prevención*: se trata de programas realizados por expertos o facultativos entrenados, que debería realizarse en los colegios. En ocasiones se trabaja simultáneamente con la prevención de otras conductas de riesgo como el consumo de tóxicos o el sedentarismo. Docentes, estudiantes y familia deberían estar implicados.

*Intervenciones ambientales*: dirigidas a establecer mecanismos de control del uso de Internet. Por ejemplo, en China ha habido iniciativas de control en los cibercafés, prohibiendo su funcionamiento cerca de los colegios o con los horarios restringidos. Existen sistemas antifatiga que observan la cantidad de horas que el usuario pasa en el juego, con lo que el avatar pierde puntos o poder si excede el límite de tiempo. Estas intervenciones requieren responsabilidad social de creadores de juegos, dispositivos y redes sociales.



## Tablas y figuras

Tabla I. Criterios DSM-5 y CIE-11

Criterios DSM-5	Criterios CIE-11
<p>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 5 (o más) de los siguientes en un período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Preocupación por 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).</li> </ol> <p>Nota: este trastorno es diferente de las apuestas por Internet, que se incluyen dentro del juego patológico.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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).</li> <li>Tolerancia (la necesidad dedicar cada vez más tiempo a participar en juegos de Internet).</li> <li>Intentos infructuosos de controlar la participación en juegos por Internet.</li> <li>Pérdida de interés por aficiones o entretenimientos previos como resultado de, y con la excepción de los juegos por Internet.</li> <li>Se continúa con el uso excesivo de los juegos por Internet a pesar de saber los problemas psicosociales añadidos.</li> <li>Ha engañado a miembros de su familia, terapeutas u otras personas en relación a la cantidad de tiempo que juega por Internet.</li> <li>Uso de los juegos por Internet para evadirse o aliviar un afecto negativo (p. ej., sentimientos de indefensión, culpa, ansiedad).</li> <li>Ha puesto en peligro o perdido una relación significativa, trabajo u oportunidad educativa o laboral debido a su participación en otros juegos por Internet.</li> </ol> <p>Nota: solo se incluyen en este trastorno los juegos por Internet que no son de apuestas. No se incluye el uso de Internet para realizar actividades requeridas en un negocio o profesión; tampoco se pretende que el trastorno incluya otros usos recreativos o sociales de Internet. De manera similar, se excluyen las páginas sexuales de Internet.</p>	<p><b>El trastorno por uso de videojuegos predominantemente en línea</b> se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego ("juegos digitales" o "videojuegos") persistente o recurrente que se realiza principalmente por Internet y se manifiesta por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);</li> <li>Incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y</li> <li>Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.</li> </ol> <p>El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.</p> <p><b>El trastorno por uso de videojuegos predominantemente fuera de línea</b> se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego ("juego digital" o "juego de vídeo") persistente o recurrente que no se realiza principalmente por Internet y se manifiesta por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);</li> <li>Incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y</li> <li>Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.</li> </ol> <p>El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.</p>

Tomado de: 1. Asociación Americana de Psiquiatría. *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*. En: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Barcelona: Masson; 2014. p. 481-591. 2. CIE 11. <https://icd.who.int/es>. Consultado el 13 julio de 2020 en: [https://icd.who.int/es/docs/icd11factsheet\\_es.pdf](https://icd.who.int/es/docs/icd11factsheet_es.pdf).

Tabla II. Instrumentos de medida

EUPI-a: escala de uso problemático de Internet en adolescentes					
¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses te ha pasado que...?	Nunca 0	Pocas veces 1	Bastantes veces 2	Muchas veces 3	Siempre 4
1. Cuando te conectas sientes que el tiempo vuela y pasan las horas sin darte cuenta.					
2. Has intentado controlar o reducir el uso que haces de Internet pero no fuiste capaz.					
3. En alguna ocasión has llegado a descuidar algunas tareas escolares o a rendir menos en exámenes por conectarte a Internet.					
4. Necesitas pasar cada vez más tiempo conectado a Internet para sentirte a gusto.					
5. A veces te irritas o te pones de mal humor por no poder conectarte a Internet o tener que desconectarte.					
6. Has mentido a tus padres o a tu familia sobre el tiempo que pasas conectado a Internet.					
7. Has dejado de hacer cosas que antes te interesaban ( <i>hobbies</i> , deportes, etc.) para poder conectarte a Internet.					
8. Te has conectado a Internet a pesar de que sabías que podría traerte problemas.					
9. Te llegó a molestar mucho pasar horas sin conectarte a Internet.					
10. Has llegado a tener la sensación de que si no te conectabas podías estar perdiendo algo realmente importante.					
11. Has llegado a hacer o a decir cosas por Internet que no harías o dirías en persona.					

IGDS9-SF: Internet gaming disorder scale – short form					
Los siguientes ítems hacen referencia a tu actividad con los videojuegos durante el último año (es decir, los últimos 12 meses). Por actividad en los videojuegos entendemos cualquier acción relacionada con los mismos (jugar desde un ordenador/portátil o desde una videoconsola) o desde cualquier otro tipo de dispositivo (por ejemplo, teléfono móvil, tablet, etc.) tanto conectado a Internet como sin estarlo y a cualquier tipo de juego.					
	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Te sientes preocupado por tu comportamiento con el juego? (Algunos ejemplos: ¿Piensas en exceso cuando no estás jugando o anticipas en exceso a la próxima sesión de juego?, ¿Crees que el juego se ha convertido en la actividad dominante en tu vida diaria?)					
2. ¿Sientes irritabilidad, ansiedad o incluso tristeza cuando intentas reducir o detener tu actividad de juego?					
3. ¿Sientes la necesidad de pasar cada vez más tiempo jugando para lograr satisfacción o placer?					

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo
4. ¿Fallas sistemáticamente al intentar controlar o terminar tu actividad de juego?					
5. ¿Has perdido intereses en aficiones anteriores y otras actividades de entretenimiento como resultado de tu compromiso con el juego?					
6. ¿Has continuado jugando a pesar de saber que te estaba causando problemas con otras personas (pareja, amistad o familia)?					
7. ¿Has engañado a alguno de tus familiares, terapeutas o amigos sobre el tiempo que pasas jugando?					
8. ¿Juegas para escapar temporalmente o aliviar un estado de ánimo negativo (por ejemplo, desesperanza, tristeza, culpa o ansiedad)?					
9. ¿Has comprometido o perdido una relación importante, un trabajo o una oportunidad educativa debido a tu actividad de juego?					

Tomado de: Rial A, Gómez P, Isorna M, Araujo M, Varela J. PIUS-a: problematic internet use in adolescents. Development and psychometric validation. *Adicciones*, 2015. 27 (1): 47-63. Beranuy M, Machimbarrena JM, Vega-Osés MA, Carbonell X, Griffiths MD, Pontes HM, González-Cabrera J. Spanish validation of the Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF): prevalence (Kimberly Young) and relationship with online gambling and quality of life. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. 17, 1562. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051562>.

## Bibliografía

- Carbonell X. La adicción a los videojuegos en el DSM-5. *Adicciones*, 2014. Vol 26. Num 2. <https://doi.org/10.20882/adicciones.10>.
- García del Castillo JA. Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales. *Salud y drogas*. 2013; vol 13 (1): 5-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83928046001>.
- Fam JF. Prevalence of Internet gaming disorder in adolescents: a meta-analysis across three decades. *Scand J Psychol*. 2018. Vol 59 (5): 524-231. <https://doi.org/10.1111/sjop.12459>.
- Laconi S, Pirès S, Chabrol H. Internet Gaming Disorder, Motives, Game genres and Psychopathology. *Computers in Human Behavior*. 2017. 75: 652-659. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.06.012>.
- Gómez P, Rial A, Braña T, Golpe S, Varela J. Screening of Problematic Internet Use Among Spanish Adolescents: Prevalence and Related Variables. *Cyberpsychology Behavior, and Social Networking*. 2017. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0262>.
- Carbonell X, Fúster H, Chamorro A, Oberst U. Adicción a Internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del Psicólogo*, 2012. Vol. 33(2), pp. 82-89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77823407001>.
- Holden, C. "Behavioral" Addictions: Do They Exist? *Science*, 2001, 294 (5544), 980-982. <https://doi.org/10.1126/science.294.5544.980>.
- Paulus FW, Ohmann S, Von Gontard A, Popow C. Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2018. 60(7): 645-659. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13754>.
- Park HS, Kim SH, Bang SA, Yoon EJ, Cho SS, Kim SE. Altered regional cerebral glucose metabolism in Internet game overuse: a 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography study. *CNS Spectr*, 2010, 15(3):159-66. <https://doi.org/10.1017/s1092852900027437>.
- Rho MJ, Park J, Na E, Jeong J, Kim JK, Kim J et al. Types of problematic smartphone use based on psychiatric symptoms. *Psychiatry Research*. 2019. 275: 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.071>.
- Kaptsis D, King DL, Delfabbro PH, Gradisar M. Withdrawal symptoms in Internet gaming disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2016. 43: 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.006>.
- Turel O, Romashkin A, Morrison KM. Health outcomes of information system use lifestyle among adolescents: videogame addiction, sleep curtailment and cardio-metabolic deficiencies. *PLoS ONE* 11(5): e0154764. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154764>.
- Kim H. Exercise rehabilitation for smartphone addiction. *Journal of Exercise Rehabilitation* 2013;9(6):500-505. <https://doi.org/10.12965/jer.130080>.
- Fuster H, Oberst U, Griffiths M, Carbonell X, Chamorro A, Talarn A. Psychological motivation in online role-playing games: a study of Spanish World of Warcraft players. *Anales de Psicología*. 2012. 28, 274-280.
- Prybylski AK, Weinstein N. Investigating the motivational and psychosocial dynamics of dysregulated gaming: evidence from a preregistered cohort study. *Clinical Psychological Science*. 2019. 7 (6): 1257-1265 <https://doi.org/10.1177/2167702619859341>.
- Rial A, Gómez P, Isorna M, Araujo M, Varela J. PIUS-a: problematic Internet use in adolescents. Development and psychometric validation. *Adicciones*, 2015. 27 (1): 47-63.
- Beranuy M, Machimbarrena JM, Vega-Osés MA, Carbonell X, Griffiths MD, Pontes HM, González-Cabrera J. Spanish validation of the Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF): prevalence and relationship with online gambling and quality of life. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. 17, 1562. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051562>.
- Kajac K, Meretidh Kg, Chang R y Petry NM. Treatments for Internet Gaming Disorder and Internet Addiction: A Systematic review. *Psychol Addict Behav*. 2017. 31(8): 979-994. <https://doi.org/10.1037/adb0000315>.
- Torres-Rodríguez A, Griffiths MD, Carbonell X, Oberst U. Treatment efficacy of a specialized psychotherapy program for Internet Gaming Disorder. *Behav Addict*. 2018. 7(4): 939-95. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.111>.
- Vondráčková P, Gabrhelík R. Prevention of Internet addiction: a systematic review. *J Behav Addict*. 2016 Dec 1; 5(4): 568-579. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.085>.

## PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. En relación al uso de Internet, ¿cuál de los siguientes síntomas aconseja una derivación a la consulta de psiquiatría infantil?**
  - a) Pasar más de tres horas al día conectado.
  - b) Haber descubierto que el adolescente se conecta a páginas pornográficas.
  - c) El tiempo empleado en estar conectado a Internet ha originado que descienda el rendimiento escolar, se aisle de la familia o abandone la vida social.
  - d) Utiliza Internet a diario.
  - e) El adolescente ya no lee nada.
  
- 2. Solo el uso problemático de una de las siguientes tecnologías está aceptado como un trastorno por adicción sin sustancia química:**
  - a) Adicción a Internet.
  - b) Adicción a los videojuegos.
  - c) Adicción a los teléfonos móviles.
  - d) Adicción al *WhatsApp*.
  - e) Adicción al ordenador.
  
- 3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
  - a) El uso abusivo de videojuegos es más frecuente en mujeres.
  - b) Los varones utilizan más las redes sociales que las mujeres.
  - c) En los países asiáticos la prevalencia de adicción a Internet es más baja que en los países europeos.
  - d) El uso problemático no depende del móvil, sino de las actividades realizadas con él.
  - e) No se ha encontrado que la timidez sea un factor de riesgo de desarrollar una adicción a los videojuegos.
  
- 4. Solo una de las siguientes afirmaciones es correcta:**
  - a) En la adicción a videojuegos no aparecen síntomas de abstinencia al retirar los juegos al adolescente.
  - b) El uso prolongado de videojuegos no produce tolerancia.
  - c) El uso abusivo de las nuevas tecnologías se ha asociado con problemas físicos de salud.
  - d) En la adicción a las nuevas tecnologías es infrecuente que haya comorbilidad psiquiátrica.
  - e) En los programas de prevención de adicción a las TICs es irrelevante incluir a los padres.
  
- 5. En relación al tratamiento de la adicción a nuevas tecnologías, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
  - a) Todos los tratamientos actuales son experimentales.
  - b) El objetivo del tratamiento es la abstinencia total.
  - c) Ningún fármaco ha demostrado ser de utilidad.
  - d) La psicoterapia indicada es la psicoanalítica.
  - e) El empleo de psicofármacos y la psicoterapia son incompatibles.



Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia

adolescere

Revista de Formación Continuada de la  
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

Desde esta publicación digital les damos la bienvenida a la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Nuestra sociedad científica nació en el 1987 como sección especializada de la Asociación Española de Pediatría, y bajo el impulso del Dr. Blas Taracena del Piñal, su fundador y primer presidente.

Nuestro objetivo principal es lograr una atención de calidad a la salud integral de los adolescentes. Para ello no nos conformamos con una adecuada actividad terapéutica, sino que queremos incidir en el ámbito sanitario, en las familias y en la sociedad para que se desarrolle una verdadera actividad preventiva.

La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia quiere abrir, desde este mundo digital, una ventana a todas aquellas personas que se sientan atraídas por los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se entremezclan en esta apasionante segunda década de la vida.

A través de este espacio virtual les invitamos a compartir inquietudes e información, dudas y soluciones, al fin y al cabo herramientas que sirven para ayudar en la convivencia o en el trabajo con nuestros chicos y chicas.

Deseamos traspasar el ámbito estrictamente profesional y poder llegar hasta las madres y padres de los adolescentes, hasta los profesores y, si tenemos el gancho suficiente, hasta los propios adolescentes y jóvenes.

A todos ellos les pedimos ya, desde este momento, su opinión y su colaboración para hacer de ésta, un lugar interactivo y de franca utilidad.

Deseamos que este sea nuestro granito de arena en la construcción de un mundo mejor para todos.

Con nuestros mejores deseos,

**Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia**



**Hazte socio**

[www.adolescenciasema.org](http://www.adolescenciasema.org)

*La cuota de inscripción a Adolescencia SEMA es de sólo 30€ anuales.*

# Adicción al juego en adolescentes y jóvenes

**A. Ibáñez<sup>(1)</sup>, L. León-Quismondo<sup>(2)</sup>, I. López-Torres<sup>(3)</sup>.** <sup>(1)</sup>Jefe de Servicio de Psiquiatría. Unidad de Ludopatía. Hospital Universitario Ramón y Cajal, CIBERSAM; IRYCIS, Universidad de Alcalá. <sup>(2)</sup>Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Ludopatía del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>(3)</sup>CIBERSAM.

**Fecha de recepción:** 16-06-2020

**Fecha de publicación:** 31-07-2020

Adolescere 2020; VIII (2): 18-25

## Resumen

La adicción al juego suele iniciarse en la adolescencia y juventud, pues se trata de un período de especial vulnerabilidad biológica y psicológica. A dicha vulnerabilidad, se suma la enorme disponibilidad del juego, su fácil acceso y la publicidad del mismo, que favorece que el adolescente comience a jugar motivado por ganar dinero, evadirse de sus problemas o buscar activación. La adicción al juego en jóvenes se asocia con otras conductas de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; así como con mayores niveles de ansiedad, depresión, impulsividad, tendencia al riesgo y desinhibición. Su diagnóstico se establece en base a criterios de la CIE-10 y DSM-5, pudiéndose utilizar también instrumentos de cribado. El tratamiento es multicomponente, y se lleva a cabo en sesiones grupales, donde inicialmente se busca impedir lo máximo posible que vuelva a jugar. Así mismo, se busca trabajar sobre los pensamientos y creencias en relación con el juego; fomentar hábitos saludables o cambiar el estilo de vida. En cuanto a la prevención, se pone de manifiesto la importancia del fomento de intervenciones en el ámbito familiar, escolar, y publicitario y de medios de comunicación, dirigidas a prevenir su aparición entre los más jóvenes.

**Palabras clave:** *Adolescentes; Adultos jóvenes; Adicción al juego; Juego patológico.*

## Abstract

Pathological gambling usually begins in adolescence and youth, as this is a period of particular biological and psychological vulnerability. In addition to this vulnerability, the enormous availability of gambling, its easy access and the advertisement of it, favors the adolescent to start gambling motivated by earning money, escaping from their problems or seeking activation. Pathological gambling in young people is associated with other risk behaviors such as the use of tobacco, alcohol and other drugs; as well as with higher levels of anxiety, depression, impulsiveness, tendency to risk and disinhibition. Its diagnosis is established based on ICD-10 and DSM-5 criteria, and screening instruments may also be used. The treatment is multicomponent, and is carried out in group sessions. Initially, the aim is to prevent the patient from playing again. Likewise, the aim is to work on the thoughts and beliefs related to the game; to promote healthy habits or to change the lifestyle. As far as prevention is concerned, it is important to promote interventions in the family, school, and advertising and media environments, aiming to prevent its onset among the youngest.

**Key words:** *Adolescents; Young adults; Gambling addiction; Pathological gambling.*

## Situación actual

El juego es una actividad natural inherente al ser humano que está presente en todas las culturas. Sin embargo, esta actividad de ocio puede llegar a convertirse en una conducta difícil de controlar en adolescentes y jóvenes.

La adicción al juego o juego patológico es una conducta de juego recurrente y persistente en el tiempo que deteriora todas las áreas de la vida (psicológica, familiar, económica, social, laboral y legal), y genera un estrés emocional significativo en el individuo<sup>(1)</sup>. Se trata de una adicción sin sustancia, cuyo desarrollo está asociado a su inicio en la adolescencia y juventud<sup>(2)</sup>, en el caso de los varones, y algo más tarde en el caso de las mujeres. La prevalencia de adicción al juego en población adulta es del 0,3-0,9%, mientras que en población adolescente se encuentra en torno al 1,84%<sup>(3)</sup>.

Según el último informe sobre adicciones comportamentales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) el 20% de los jóvenes de entre 14 y 18 años reconoce haber jugado empleando dinero. A pesar de que participar en juegos de azar no está legalmente permitido hasta los 18 años, el 13,6% refirió haberlo hecho de forma presencial en loterías y quinielas deportivas (sin diferencia de participación entre chicos y chicas), mientras que el 6,4% lo hizo *online* en apuestas deportivas (mayoritariamente los chicos)<sup>(4)</sup>.

Cualquier juego presencial tiene su versión en formato *online*, llegando incluso a superar la oferta *online* a la presencial con juegos que solo existen en este formato. Los principales juegos de azar *online* en España son el póquer *online*, las apuestas deportivas y los juegos de casino (máquinas *slot*, tragaperras con bote o progresivas, tarjetas de rasca y gana, ruleta, *blackjack*, dados y bingo *online*, entre otros). El juego *online* es más adictivo que cualquier otro tipo de juego en su modalidad presencial. Esto es debido a sus características estructurales (inmediatez del premio, velocidad con la que se pueden hacer las apuestas o alta probabilidad de ganarlas) y ambientales (intimidación, comodidad, disponibilidad o accesibilidad)<sup>(5,6)</sup>.

Actualmente, las apuestas deportivas *online* son el tipo de juego de azar más practicado entre adolescentes y jóvenes<sup>(7)</sup>; los cuales suelen iniciarse apostando en competiciones de fútbol, baloncesto o tenis, por ejemplo. Esta actividad puede llevarse a cabo tanto en máquinas de apuestas en bares, salones de juego y apuestas; como en plataformas webs en móviles, *tablets* u ordenadores<sup>(3)</sup>. Además de las apuestas deportivas, han surgido otro tipo de apuestas *online* que están suscitando gran interés entre el público más joven. Se trata de las apuestas *eSports*, que permiten apostar en campeonatos o torneos de videojuegos conocidos como el *League of Legends*, *DoTA 2*, *Starcraft 2*, *Call of Duty* o *FIFA*<sup>(8)</sup>. El hecho de que muchos de estos videojuegos se encuentren en plataformas *online*, sumado a la elevada frecuencia de juego, la mayoría juega semanalmente, y a diario entre el 9 y 23%<sup>(9)</sup>, hace a la población joven más vulnerable a los juegos de azar *online*<sup>(10)</sup>.

Adolescentes y jóvenes comienzan a jugar por diversos motivos. Según García<sup>(10)</sup>, lo hacen principalmente por las ganancias derivadas del juego. También por el propio placer de jugar, escapar del control parental, paliar el aburrimiento y soledad, aliviar el estrés provocado por tensiones académicas o familiares, reducir la ansiedad, o como forma de socialización, o competición con amigos y compañeros.

## Etiopatogenia

El desarrollo del juego patológico estaría relacionado con factores de tipo biológico, psicológico y ambiental<sup>(7)</sup>.

### Vulnerabilidad biológica

Existe una vulnerabilidad biológica similar a la encontrada en otras adicciones. Se han hallado factores de riesgo genético solapado con el trastorno por abuso de alcohol, tanto en hombres como en mujeres. En cuanto a la predisposición genética y la heredabilidad, se observa una elevada prevalencia del trastorno, de hasta el 20%, entre familiares de primer grado de jugadores patológicos; lo que sugiere que la transmisión familiar desempeña un papel en la etiología del juego patológico. Los estudios de gemelos también han reportado evidencia del papel de los factores genéticos en el desarrollo del mismo<sup>(11)</sup>.

La inmadurez de los circuitos cerebrales relacionados con la planificación, el control de los impulsos y la valoración de las consecuencias, facilitan también que adolescentes y jóvenes sean más vulnerables a desarrollar problemas con el juego<sup>(7)</sup>.

**El juego *online* es más adictivo que cualquier otro tipo de juego en su modalidad presencial**

**Las apuestas deportivas *online* son el tipo de juego más practicado entre adolescentes y jóvenes**

### Vulnerabilidad psicológica

El juego patológico se ha explicado como una conducta aprendida resultado de un proceso de búsqueda de refuerzo positivo en las primeras fases del trastorno, convirtiéndose de forma progresiva en búsqueda de refuerzo negativo a medida que progresa el trastorno. También destaca el papel que tienen los pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas (ilusión de control, recuerdo selectivo de las veces que se gana y minimización de las pérdidas) en el desarrollo y mantenimiento del mismo<sup>(12)</sup>.

### Vulnerabilidad ambiental

Los principales factores de riesgo de tipo ambiental son la accesibilidad, la disponibilidad y la publicidad del juego<sup>(3)</sup>.

Los principales factores de riesgo de tipo ambiental, en relación al desarrollo del juego patológico son la accesibilidad, la disponibilidad y la publicidad del juego

- Accesibilidad o facilidad con la que se puede jugar: a pesar de que el acceso a los salones de juego y salas de apuestas, bingos y casinos no está permitido en menores, estos pueden jugar en las máquinas de apuestas colocadas al lado de las máquinas tragaperras en los bares, donde no se les restringe el acceso. También pueden jugar *online* accediendo a las webs de juego en cualquier momento del día y desde cualquier dispositivo electrónico<sup>(3)</sup>. Aunque el acceso a los menores no está permitido tampoco *online*, estos pueden hacerlo usando los datos de otra persona mayor de edad.
- Disponibilidad de la oferta de juego: nuestro país dispone de una de las mayores ofertas de juego del mundo, especialmente desde que se legalizó el juego *online*. Además de las webs de juego *online*, éste puede llevarse a cabo en máquinas electrónicas en salones de juego y salas de apuestas<sup>(3)</sup>.
- Publicidad del juego: la publicidad de casinos, bingos y máquinas está prohibida, sin embargo, el juego *online* se publicita y promociona ampliamente<sup>(13)</sup>. Los bonos de bienvenida como estrategia de marketing, que inducen a su consumo y facilitan el aprendizaje del juego; o el uso de figuras relevantes del deporte en los anuncios, hacen que los adolescentes y jóvenes perciban el juego de azar como una actividad divertida, excitante, sin riesgos y vinculada al éxito<sup>(3)</sup>.

### Clínica

Las conductas adictivas son aquellas que la persona es incapaz de controlar, y las continúa realizando a pesar de las consecuencias negativas que le producen, ya que reportan placer inmediato o evitan algún tipo de malestar. Cuando la conducta de juego se convierte en una conducta adictiva se habla de ludopatía, juego patológico o adicción al juego.

Los jóvenes que sufren juego patológico sienten un fuerte deseo de jugar que se acompaña de una intensa sensación de urgencia

Los jóvenes que sufren juego patológico sienten un fuerte deseo de jugar que se acompaña de una intensa sensación de urgencia, de manera que no pueden controlar el impulso de jugar. A este intenso deseo le suelen acompañar pensamientos e imágenes sobre el escenario de juego, en los que los jugadores se visualizan obteniendo resultados positivos derivados del acto de juego, lo que, si no se resuelve, conlleva consecuencias perjudiciales importantes no solo a nivel económico, sino también a nivel personal, familiar, social, académico y/o profesional. De hecho, una de las características más comunes que se detectan en personas con problemas de juego es que realizan una estimación elevada de la probabilidad de conseguir un premio. Sin embargo, las personas que no tienen este problema, valoran como muy pequeña la probabilidad de ganar<sup>(14)</sup>.

Según Carpio<sup>(15)</sup>, tres factores motivacionales que influyen de forma decisiva en la adicción al juego son la ganancia económica, la evasión de los problemas y la búsqueda de activación.

Como cualquier otra conducta adictiva, la ludopatía tiene las siguientes características:

- Deseo intenso de realizar la conducta: el ansia por jugar.
- Pérdida de control sobre la conducta de juego: la persona fracasa en sus intentos de controlar o detener la conducta.
- Síndrome de abstinencia: suele acompañarse de cambios de humor, dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, ánimo bajo, dificultades para concentrarse...
- Tolerancia: para mantener el mismo nivel de excitación, el jugador necesita aumentar la frecuencia de la conducta de juego y/o la cantidad apostada.



- Preocupación continua por el juego: la persona piensa constantemente en el momento en el que podrá realizar la conducta de juego y la manera en la que lo hará, abandonando otros ámbitos importantes de su vida.
- Persistencia de la conducta de juego: el jugador patológico persiste en la conducta de juego a pesar de las consecuencias negativas que ello le supone.

El proceso de adicción al juego sigue una serie de fases<sup>(16)</sup>:

- Fase de ganancia: al principio, es frecuente que se produzcan episodios de ganancias, lo que produce una gran excitación en la persona y le genera la expectativa de que puede continuar ganando. Esto hace que se implique cada vez más en el juego y a creer que tiene ciertas habilidades que le hacen "buen jugador". Especialmente en los jóvenes, en esta fase es muy probable que se produzca el refuerzo social de amistades.
- Fase de pérdida: en esta fase, el jugador comienza a acumular pérdidas económicas, por lo que empieza a intentar conseguir dinero acudiendo a otras fuentes. En un comienzo, se suele recurrir a fuentes legales, como préstamos bancarios o petición de dinero a familiares y amigos. Cuando estas fuentes se agotan, pueden comenzar a recurrir a métodos ilegales, como robo de dinero a familiares, pudiendo llegar a cometer fraudes o estafas. En este punto, el jugador solo ve una manera de conseguir el dinero para pagar sus deudas: seguir jugando para recuperar lo perdido.
- Fase de desesperación: en esta fase la persona se encuentra desesperada, angustiada, no ve solución a su situación, está abrumado por las deudas y su vida se reduce exclusivamente al juego.

El juego patológico en los jóvenes está asociado a otras conductas de riesgo, como el tabaquismo o el consumo de alcohol y drogas, así como a mayores niveles de síntomas de ansiedad, depresión, impulsividad, tendencia al riesgo y desinhibición. Además, presentan más problemas a nivel académico y de conducta, así como más tendencia a comportamientos delictivos en comparación con los jóvenes sin problemas con el juego. La mayoría de los jóvenes no reconocen que tienen un problema con el juego y perciben los riesgos del mismo como algo que puede ocurrir en el futuro, pero no de manera inmediata<sup>(10)</sup>.

## Orientación diagnóstica

Para realizar el diagnóstico de juego patológico, además de llevar a cabo la entrevista clínica y exploración psicopatológica, podemos apoyarnos en instrumentos de cribado, así como en la información proporcionada por padres o tutores legales del adolescente o joven.

### Criterios diagnósticos

El diagnóstico de juego patológico sigue los criterios diagnósticos establecidos para la edad adulta por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>(17)</sup> y por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5)<sup>(1)</sup>.

Según la CIE-10, el juego patológico o ludopatía está categorizado como un trastorno de los hábitos y del control de los impulsos, para cuyo diagnóstico deben cumplirse todos los criterios propuestos:

- presencia de dos o más episodios de juego en un período de al menos un año,
- estos episodios carecen de provecho económico para el individuo y sin embargo se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales que tienen a nivel social y laboral, y sobre los valores y compromisos personales,
- el sujeto describe la presencia de un impulso intenso a jugar difícil de controlar, y afirma ser incapaz de dejar de jugar mediante el único esfuerzo de su voluntad, y
- preocupación con pensamientos o imágenes mentales relacionados con el acto de jugar con las circunstancias que lo rodean.

Según del DSM-5, el juego patológico está categorizado como un trastorno adictivo sin sustancia. Su diagnóstico se establece cuando la conducta de juego excesivo se presenta al menos 12 meses, y

**El proceso de adicción al juego sigue una serie de fases: fase de ganancia, de pérdida y de desesperación**

**El juego patológico en los jóvenes está asociado a otras conductas de riesgo, como el tabaquismo o el consumo de alcohol y drogas, así como a mayores niveles de síntomas de ansiedad, depresión, impulsividad, tendencia al riesgo y desinhibición. Además, problemas académicos, de conducta y comportamientos delictivos**

**El diagnóstico de juego patológico sigue los criterios diagnósticos establecidos para la edad adulta por CIE-10 y DSM-5**

se cumplen al menos cuatro (o más) de los siguientes criterios, sin que se pueden explicar mejor por la presencia de un episodio maníaco:

1. Necesita 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.

Especificar si:

- **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.
- **Persistente:** Experimenta síntomas continuamente, cumple los criterios diagnósticos durante varios años.

Especificar si:

- **En remisión inicial:** Tras haber cumplido previamente todos los criterios del juego patológico, no ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses.
- **En remisión continuada:** Tras haber cumplido previamente todos los criterios del juego patológico, no ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de doce meses o más.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** Cumple 4-5 criterios.
- **Moderado:** Cumple 6-7 criterios.
- **Grave:** Cumple 8-9 criterios.

Existen diversos instrumentos para evaluar la adicción al juego en adolescentes

## Instrumentos para evaluar adicción al juego en adolescentes

### ***South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents (SOGS-RA)***

El SOGS-RA<sup>(18)</sup> evalúa la gravedad de los problemas relacionados con el juego de azar en población de entre 15 y 18 años durante el último año. Es un cuestionario de cribado muy utilizado, que procede de la adaptación de su versión para población adulta. Está adaptado y validado al español. Su tiempo de administración es de 10 minutos aproximadamente. Está compuesto por 12 ítems dicotómicos (no=0, sí=1) y 4 ítems adicionales que aportan información extra pero no puntúan. Los sujetos pueden clasificarse en tres categorías según su puntuación: 0-1 puntos, jugadores no problemáticos, 2-3 puntos, jugadores en riesgo, y 4 o más puntos, jugadores problemáticos.

### ***Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI)***

El CAGI<sup>(19)</sup> es un instrumento que evalúa la severidad de los problemas con el juego en adolescentes durante los últimos tres meses. Se trata de un cuestionario creado en exclusiva para población adolescente. Ha sido recientemente validado al español. Su tiempo de administración de 20 minutos. Está compuesto por 45 ítems, correspondientes a cinco dominios relacionados con el juego, con formato de respuesta múltiple de cuatro puntos. Establece los siguientes puntos de corte: 0-1 puntos, sin problemas, 2-5 puntos, severidad baja a moderada, y mayor o igual a 6 puntos, severidad alta.

## Game Addiction Scale for Adolescents (GASA)

La GASA<sup>(9)</sup> es un cuestionario breve que se utiliza para detectar el uso abusivo de videojuegos en adolescentes. Consta de 7 ítems que corresponden con siete dimensiones de la adicción (saliencia, tolerancia, emoción, recaídas, abstinencia, conflictividad y problemas). Se puntúa según una escala tipo Likert (1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=a menudo y 5=muy a menudo). Este cuestionario no establece puntos de corte.

## Tratamiento

El tratamiento del juego patológico es multicomponente, es decir, implica el trabajo con diferentes elementos. Un aspecto fundamental del tratamiento es que los jóvenes encuentren motivos para dejar de jugar. Es muy frecuente que al comienzo no reconozcan que tienen un problema con el juego, mostrando una actitud ambivalente en relación a la necesidad de tratamiento, por lo que la intervención en estos primeros momentos se centra en aumentar la motivación hacia el cambio.

En la fase inicial del tratamiento, se realizan intervenciones dirigidas a impedir lo máximo posible la posibilidad de jugar, lo que se denomina control de estímulos. Consiste en evitar que la persona se exponga a situaciones o estímulos que puedan incitar al juego y, por tanto, de alto riesgo para volver a jugar. Algunas de las recomendaciones que se incluyen son<sup>(20)</sup>:

- Autoprohibición: solicitar el alta en el Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego (RGIAJ), de manera que la persona se autoprohíbe de manera voluntaria el acceso a aquellos juegos en los que se requiere identificación (bingos, casinos, salones de juego, juego *online*) a nivel nacional. Es una medida aplicable a partir de los 18 años, antes de esa edad el juego no está permitido y los menores acceden usando los datos de otra persona mayor de edad.
- Control económico: en el caso de los adolescentes se recomienda que haya un control del dinero del que dispone por parte habitualmente de alguno de los progenitores o su tutor legal, o según las circunstancias por alguna otra persona de confianza. Se recomienda no tener acceso a tarjetas de crédito, cuentas bancarias, etc. y no llevar dinero, salvo el imprescindible para los gastos diarios (en este caso se justificará cualquier pago con el recibo y la devolución del dinero restante a la persona de confianza).
- Evitar los lugares de juego o páginas web sobre juego: se pueden crear rutas alternativas para evitar pasar cerca de lugares de juego.
- Evitar la relación con amigos/as jugadores/as, al menos en las fases iniciales.
- Controlar de manera estricta el tiempo de juego y en ocasiones eliminar los juegos electrónicos y videojuegos, aunque no incluyan apuestas: como se ha comentado anteriormente, es frecuente encontrar un abuso de este tipo de juegos previo a la adicción al juego.

A lo largo del tratamiento se proporciona información acerca de las características de los juegos de azar, ya que la mayoría de las personas que tienen un problema con el juego presentan sesgos o distorsiones cognitivas que les llevan a pensar que pueden ganar en el juego, persistiendo en la conducta a pesar de las pérdidas. Una de las creencias más extendidas es la ilusión de control, según la cual, la persona piensa que el resultado del juego depende más de su estrategia personal que del azar. El trabajo terapéutico en reestructuración cognitiva de las creencias erróneas de los jugadores acerca del juego cuenta con una primera fase en la que se identifican dichos pensamientos para, posteriormente, sustituirlos por otros más realistas.

Otros componentes esenciales del tratamiento son: el cambio en los hábitos y el estilo de vida de la persona jugadora, fomentando la realización de actividades alternativas e incompatibles con la conducta de juego; el entrenamiento en solución de problemas de la vida diaria, ya que en muchas ocasiones las dificultades para enfrentarse a los problemas incitan a las personas jugadoras a implicarse en las actividades de juego; y el entrenamiento en habilidades sociales, como asertividad o habilidades de comunicación.

Por último, la prevención de recaídas es un aspecto esencial para que la persona pueda mantenerse en la abstinencia de juego. Para ello, se analizan las situaciones de riesgo y se desarrollan estrategias de afrontamiento de dichas situaciones que resulten efectivas, favoreciendo así el autocontrol. En el caso de que exista una recaída, se analiza lo sucedido y se consideran las opciones alternativas, considerándola una dificultad que se puede superar y no como un error irreparable.

**El tratamiento del juego patológico es multicomponente**

**Es muy frecuente que los jóvenes, al comienzo, no reconozcan que tienen un problema con el juego, mostrando una actitud ambivalente en relación a la necesidad de tratamiento, por lo que la intervención en estos primeros momentos se centra en aumentar la motivación hacia el cambio**

**La utilización de la terapia de grupo ofrece ventajas respecto a la terapia individual por la cohesión grupal, el aumento del apoyo social y por reducir la sensación de soledad, así se favorece la adherencia al tratamiento y la motivación al cambio**

Cabe destacar que la utilización de la terapia de grupo para abordar todos estos aspectos ofrece algunas ventajas respecto a la terapia individual, fundamentalmente derivadas de la cohesión grupal, como pueden ser aumentar el apoyo social y reducir la sensación de soledad, facilitar la identificación con otros miembros del grupo, favorecer la adherencia al tratamiento, aumentar la motivación al cambio a través de los logros conseguidos por los compañeros o proporcionar modelos de actuación alternativos. Asimismo, la intervención con los familiares resulta fundamental, ya que es habitual que la familia no sepa cómo actuar ante este problema, por lo que la intervención se dirigirá a proporcionar la información necesaria para que puedan comprender en qué consiste y de qué manera pueden participar de forma activa en el tratamiento como coterapeutas, así como reforzar los progresos que se van logrando.

## Prevención

Resulta imprescindible realizar intervenciones dirigidas a prevenir la aparición de este trastorno entre los adolescentes y jóvenes, es decir, contar con programas de prevención para evitar que desarrollen un problema de adicción al juego. Para ello, es necesario intervenir desde distintos ámbitos.

### Ámbito familiar

La actitud de los progenitores hacia los juegos de azar resulta esencial, ya que los hijos aprenden dichas actitudes. Por ello, se deben promover valores incompatibles con las conductas de juego, transmitiendo la idea de que gastar tiempo y dinero apostando, llegando a pedir dinero o incluso robándolo, son señales de que la persona tiene un problema con el juego, ya que esta concepción es contraria a la que tienen muchos jóvenes. Asimismo, es importante que la familia posea información acerca del juego patológico, sus consecuencias, los factores de riesgo para desarrollar una adicción, etc., así como evitar que participen de los juegos de azar en la infancia<sup>(10)</sup>.

### Ámbito escolar

Disponer de información sobre una conducta problema es necesario, pero no suficiente para producir cambios en el comportamiento de las personas. Por ello, los programas educativos deben incluir el entrenamiento en habilidades para que los adolescentes y jóvenes sean capaces de afrontar determinadas situaciones de riesgo, como la presión social o del grupo de iguales.

Según Carpio<sup>(15)</sup>, un programa educativo para la prevención del juego patológico debería incluir los siguientes aspectos:

- Información al alumnado sobre los riesgos del juego, sus consecuencias y las características del juego patológico.
- Fomento de estilos de vida, actitudes y valores opuestos al juego.
- Promoción de actividades de ocio incompatibles con la conducta de juego.
- Entrenamiento en habilidades para manejar de forma apropiada la presión social que incita a jugar.

### Ámbito publicitario y medios de comunicación

La publicidad sobre el juego debería evitar que en sus anuncios aparezcan personas jóvenes o que sean un referente para los jóvenes y adolescentes. También se debería evitar asociar la imagen de una persona que juega con aquella que es popular o líder.

Los jóvenes y adolescentes suelen percibir los juegos de azar como algo divertido y asociado a las personas exitosas, por lo que los medios de comunicación deberían contrarrestar esta idea con información acerca de los problemas que se pueden derivar de su uso y en oposición a una concepción normalizadora de la conducta de juego entre los adolescentes y los jóvenes<sup>(10)</sup>.

Por último, es importante ofrecer información de los lugares donde acudir para recibir un tratamiento cuando la persona tiene un problema con el juego, desestigmatizando y normalizando la petición de ayuda cuando una persona tiene un problema y no sabe cómo resolverlo.

**Es imprescindible contar con programas de prevención para evitar que los adolescentes y los jóvenes desarrollen un problema de adicción al juego**

**Se debe evitar la publicidad sobre el juego con personas jóvenes o con personajes populares que sean un referente o un líder para los jóvenes y adolescentes**

## Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*. En: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Barcelona: Masson; 2014. p. 481-591.
2. Volberg RA, Gupta R, Griffiths MD, Olason DT, Delfabbro P. An international perspective on youth gambling prevalence studies. *Int J Adolesc Med Health*. 2010; 22(1): 3-38.
3. Chóliz M, Marcos M. La epidemia de la adicción al juego online en la adolescencia: un estudio empírico del trastorno de juego. *Revista española de drogodependencias*. 2019; (44):20-37. [En línea] Consultado el 21 de mayo 2020. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7186942>.
4. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). *Informe sobre adicciones comportamentales 2019* [En línea]. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019\\_Informe\\_adicciones\\_comportamentales\\_2.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales_2.pdf).
5. Kuss DJ, Griffiths MD. Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research. *Int J Ment Health Addiction* 10(2): 278-96 [En línea]. 1 de abril de 2012. Consultado el 11 de abril 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5>.
6. Effertz T, Bischof A, Rumpf H-J, Meyer C, John U. The effect of online gambling on gambling problems and resulting economic health costs in Germany. *Eur J Health Econ*. 1 de septiembre de 2018. [En línea] Consultado el 23 de marzo 2020; 19(7): 967-78. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0945-z>.
7. Labrador FJ, Vallejo-Achón M. Prevalence and Characteristics of Sports Betting in a Population of Young Students in Madrid. *J Gambl Stud*. 2020; 36(1): 297-318.
8. Top Apuestas eSports Online 2020 [En línea]. *ApuestasOnline.net*. [En línea] Consultado el 25 de mayo de 2020. Disponible en: <https://apuestasonline.net/apuestas-deportivas/esports/>.
9. Lloret D, Morell R, Marzo JC, Tirado S. Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). *Atención Primaria*. Junio de 2018. 50(6): 350-8. [En línea] Consultado el 20 de mayo 2020. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656716303948>.
10. García P, Buil P, Solé MJ. Consumos de riesgo: menores y juegos de azar online. El problema del "juego responsable". *Política Soc*. 8 de agosto de 2016. 53(2):551-75. [En línea] Consultado el 26 de mayo 2020. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/47921>.
11. Nautiyal KM, Okuda M, Hen R, Blanco C. Gambling disorder: an integrative review of animal and human studies. *Ann N Y Acad Sci*. Abril de 2017. 1394(1): 106- 27. [En línea] Consultado el 1 de junio 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5466885/>.
12. Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochem pharm*. 2008; 75(1): 63-75.
13. Chóliz M, Sáiz-Ruiz J. ¿Por qué (también) es tan difícil legislar sobre juego en España? Un 'déjà vu' de lo ocurrido con el alcohol. *Adicciones*. 6 de octubre de 2016. 28(4): 189. [En línea] Consultado el 15 de septiembre 2019. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/886>.
14. Rockloff MJ, Signal T, Dyer V. Full of sound and fury, signifying something: The impact of autonomic arousal on EGM gambling. *J Gambl Stud*. 2007; 23(4): 457-465.
15. Carpio C. Aspectos psicológicos del juego comercial. Tratamientos y programas preventivos. *Hacia el juego responsable. Docencia e Investigación: Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo*. 2009; 34(19): 25-58.
16. Custer RL. An overview of compulsive gambling. En: Carone PA, Yulles SF, Kieffer SN, Etal S, (eds.). *Addictive disorders update: alcoholism, drug abuse, gambling*. New Cork: Human Sciences Press; 1982.
17. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto*. En: *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. 1993. p.170.
18. Becoña E. Pathological gambling in Spanish children and adolescents: an emerging problem. *Psychol Rep*. 1997; 81: 275-287. [En línea] Consultado el 8 de junio 2020. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/9293217>.
19. Jiménez-Murcia S, Granero R, Stinchfield R, Tremblay J, del Pino-Gutiérrez A, Moragas L, et al. A Spanish Validation of the Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI). *Front Psychol*. 7 de febrero de 2017 ; 8. [En línea] Consultado el 8 de junio 2020. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00177/full>.
20. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ. Adicciones sin drogas: características y vías de intervención. *FOCAD. Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. 2010; 8(2).

## Bibliografía recomendada

- Arbinaga F. Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): Características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *Adicciones*. 2000; 1(4): 493-505.
- Carbonell E, Montiel I. *El juego de azar online en los nativos digitales*. Tirant Humanidades: Valencia; 2013.
- FEJAR, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Guía Clínica Específica - Jóvenes y juego online*. 2018 [En línea] Consultado el 8 de junio 2020. Disponible en: [https://fejar.org/wp-content/uploads/2019/04/Guia-JOVENES18\\_WEBC.pdf](https://fejar.org/wp-content/uploads/2019/04/Guia-JOVENES18_WEBC.pdf).
- Instituto de la Juventud (INJUVE), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Juventud y juegos de azar: una visión general del juego en los jóvenes* 2019 [En línea] Consultado el 8 de junio 2020. Disponible en: [http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/juventud\\_y\\_juegos\\_de\\_azar.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/juventud_y_juegos_de_azar.pdf).
- *Jugar bien*. Dirección General de Ordenación del Juego sobre juego responsable. Ministerio de Consumo 2020 [En línea] Consultado el 8 de junio 2020. Disponible en: <https://www.jugarbien.es/>.

## PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Establezca cuál de los siguientes CONSTITUYE un factor de riesgo o vulnerabilidad para la adicción al juego en el adolescente o joven:**
  - a) Tener antecedentes familiares de juego.
  - b) Tener una personalidad impulsiva
  - c) Tener una casa de apuestas frente a casa.
  - d) Ver a mi jugador de fútbol favorito anunciar una casa de apuestas.
  - e) Todas son correctas.
  
- 2. Señale la respuesta FALSA en relación al diagnóstico DSM-5 de juego patológico:**
  - a) Permite especificar la gravedad del trastorno según el número de criterios que se cumplan.
  - b) Su diagnóstico puede establecerse si la conducta de juego excesivo se presenta al menos 1 año.
  - c) Se deben cumplir cinco (o más) de los criterios propuestos.
  - d) El juego patológico no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco.
  - e) El juego patológico está categorizado como un trastorno adictivo sin sustancia.
  
- 3. Señale la respuesta CORRECTA:**
  - a) Las apuestas deportivas son menos populares en adolescentes que en población adulta.
  - b) Los adolescentes suelen iniciarse apostando en competiciones deportivas poco conocidas.
  - c) Las apuestas deportivas solo pueden llevarse a cabo en locales de apuestas.
  - d) Las apuestas *eSports* permiten al adolescente apostar en campeonatos o torneos de videojuegos conocidos.
  - e) Según estudios de prevalencia, la adicción al juego es mayor en población adulta que entre los adolescentes o jóvenes.
  
- 4. Señale la respuesta FALSA en relación al juego *online*:**
  - a) Cualquier tipo de juego presencial tiene su modalidad *online*.
  - b) El juego *online* es menos adictivo que el juego presencial.
  - c) Devuelve más cantidad de premios que el juego presencial.
  - d) El juego *online* facilita jugar solo.
  - e) El juego presencial es menos adictivo que el juego *online*.
  
- 5. Señale cuál de las siguientes formas NO constituye control de estímulos:**
  - a) Poder seguir relacionándose con amigos/as jugadores/as.
  - b) Controlar la cantidad de dinero disponible que lleva la persona.
  - c) La autoprohibición.
  - d) Eliminar todos los juegos o videojuegos de los dispositivos electrónicos.
  - e) Evitar pasar cerca de los lugares donde ha jugado.

# Compra compulsiva ¿enfermedad o exceso?

**J.J. de la Gándara Martín<sup>(1)</sup>, A. Osorio Guzmán<sup>(2)</sup>.** <sup>(1)</sup>Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Burgos. <sup>(2)</sup>Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil. Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

**Fecha de recepción:** 12-06-2020

**Fecha de publicación:** 31-07-2020

Adolescere 2020; VIII (2): 26-31

## Resumen

El Trastorno de Compra Compulsiva se caracteriza por conductas de adquisición desadaptadas, secundarias de una pérdida de la capacidad de autocontrol sobre las conductas de compra o adquisición. La vida de las personas afectadas gira en torno a las mismas, lo que les ocasiona diversos problemas sanitarios, sociales y económicos. Aparece predominantemente en mujeres y suele debutar durante la adolescencia o comienzo de la edad adulta. Se han descrito factores neurobiológicos, psicológicos y sociales implicados en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, entre los que destacan las dificultades en la regulación emocional, la baja autoestima y la impulsividad. En los últimos años, la irrupción de las compras por internet, ha supuesto un cambio en el paradigma de la enfermedad: las compras son más fáciles, accesibles y rápidas con publicidad prácticamente personalizada. El diagnóstico de la patología es clínico, aunque existen instrumentos de evaluación que lo apoyan. El diagnóstico diferencial se plantea con los episodios maníacos, psicosis y trastornos por acumulación. Se han descrito comorbilidades con trastornos afectivos, de ansiedad, del control de impulsos, de la conducta alimentaria y de la personalidad. Existen varias opciones terapéuticas que han demostrado eficacia, que deben combinarse, y que incluyen medidas psicoterapéuticas, farmacológicas y cambios o adaptaciones sociales.

**Palabras clave:** *Conducta Compulsiva; Trastornos Disruptivos, del Control de Impulso y de la Conducta; Comercio; Adicción.*

## Abstract

Compulsive Shopping Disorder involves a maladaptive purchasing behavior derived from a loss of control over shopping and a life centered around it, leading to various problems. It appears predominantly in women and usually has its onset during the late-teens or early adulthood. Neurobiological, psychological and social factors have been described regarding the development and maintenance of the disease, among which difficulties in emotional regulation, low self-esteem and impulsiveness stand out. In recent years, the irruption of internet shopping has produced a change in the paradigm of the disease: shopping is easier, more accessible and faster with practically personalized advertising. The diagnosis is clinical, although there are support assessment instruments. The differential diagnosis includes manic episodes, psychosis and accumulation disorders. Comorbidities involving affective, anxiety, impulse control, eating behavior and personality disorders have been described. Several therapeutic options have shown efficacy, which must be combined and include psychotherapeutic, pharmacological measures and social changes or adaptations.

**Key words:** *Compulsive Behavior; Disruptive; Impulse Control and Conduct Disorders; Commerce; Addiction.*

## Introducción

Todos compramos, con frecuencia excesiva, innecesaria e impulsivamente. A la generalidad de los humanos posmodernos tres conceptos nos identifican: compro luego existo, dime como compras y te diré cómo eres, y comprar no para sino por comprar. Pero algunas personas, además de eso, no saben vivir sin comprar, son compradoras compulsivas.

Comprar es una conducta de incorporación propia del ser humano y que juega un rol central en el desarrollo social y cultural<sup>(1)</sup>, especialmente desde que el dinero apareció en occidente en el periodo helenístico<sup>(2)</sup>. Para cualquier persona las compras son un hecho rutinario, bien sea por necesidad (ir a la compra) o por placer (ir de compras). De hecho, para muchas personas lo importante no es lo que se adquiera, sino el mero acto de “ir de compras” como actividad de ocio<sup>(1,3,4)</sup>. En este sentido, varios autores hablan de una experiencia sensorial, que proporciona satisfacción más allá del objeto<sup>(1,3)</sup>. Con el paso del tiempo, la actividad de comprar se ha ido expandiendo y cambiando. Durante los años 80 del siglo XX, con la aparición de los primeros centros comerciales, se añaden al acto de “ir de compras”, actividades de entretenimiento, que lo convierten en una experiencia placentera<sup>(2)</sup>. A mediados de los 90 comienza a generalizarse el uso de Internet y al tiempo empiezan las tiendas *online* como *Amazon*, que actualmente se encuentra entre las empresas más valiosas del mundo<sup>(3)</sup>, lo que habla del auge del comercio electrónico en nuestra vida cotidiana. Con la llegada del *e-commerce* llegó la posibilidad de comprar a cualquier hora, desde cualquier lugar y con métodos de pago fáciles. Estos factores podrían llevar a compras más impulsivas y, por ende, más problemáticas, tanto por la mayor intimidad como por la rapidez en la consecución de gratificaciones<sup>(5,6)</sup>. Así se comprende que algunas personas pierdan la capacidad de control sobre lo que adquieren, y sus vidas se organicen en torno a las compras, lo que les ocasiona problemas de diversa índole y desemboca en conductas patológicas, por lo que podemos hablar en ciertos casos de un verdadero trastorno, y no solo de conductas excesivas o impulsivas<sup>(1,4)</sup>.

Ya en la Biblia se hace referencia a la compra desmedida, y en la Italia del *Cinquecento* la administración pública tuvo que intervenir en el caso de varias mujeres cuyo gasto en ropa era desproporcionado<sup>(1)</sup>. En el ámbito clínico, Bleuer y Kraepelin, a comienzos del siglo XX, describieron la “oniomanía” como un impulso patológico de compra<sup>(2,7,8)</sup>. Sin embargo, las primeras comunicaciones científicas de casos se publicaron en los años 80. Frankenburg y Yurgelum<sup>(1,8)</sup>, en 1984, describieron en mujeres jóvenes el “*Dressing Disorder*” (que se podría traducir como “Trastorno de vestirse”), consistente en un empleo excesivo de tiempo, dinero y energía en vestir a la moda o siguiendo la imagen de celebridades. Posteriormente, en 1988, de la Gándara<sup>(8)</sup> publicó las dos primeras descripciones de casos en España, y en 1989, de la Gándara et. al<sup>(9)</sup> ampliaron a 8 esta serie de casos, mujeres en su mayoría, con conductas de compra y utilización anormal de ropa y complementos. Durante los años 90, el interés en esta patología fue creciente y varios autores independientes publicaron diferentes series de casos<sup>(7)</sup>.

## Epidemiología

Se han descrito casos de compra compulsiva en todo el mundo<sup>(7)</sup>, pero hay limitaciones importantes a la hora de estimar la prevalencia ya que no existen unos criterios diagnósticos consensuados y existe un importante debate a la hora de su posición en las diferentes categorías diagnósticas: algunos autores encuadran esta patología dentro de los trastornos obsesivo compulsivos, otros dentro de las adicciones comportamentales e incluso hay algunos que vinculan la compra compulsiva a los trastornos del estado de ánimo<sup>(7,10,11)</sup>.

En los estudios de prevalencia, debido tanto a la heterogeneidad de las muestras, como a la falta de instrumentos de medida unificados, se han encontrado resultados muy diversos<sup>(6,12)</sup>. Koran et al.<sup>(13)</sup> *with resulting significant adverse consequences* publicaron en 2006 un trabajo que estimaba la prevalencia del trastorno por compra compulsiva en un 5,8% de la población general en Estados Unidos y Mueller et al.<sup>(14)</sup> en 2010 calcularon que la prevalencia en la población alemana era de un 6,9%. El único estudio publicado acerca de población española, estimaba la prevalencia de compra compulsiva entre la población gallega en un 7,1%<sup>(6)</sup>. Un meta-análisis publicado por Maraz et al.<sup>(12)</sup> en 2015 calculó una prevalencia agrupada de poblaciones adultas representativas del 4,9%.

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%<sup>(4,6,7,9,10)</sup>.

Respecto a la edad de aparición, se trata de una patología que aparece en la juventud (generalmente al final de la adolescencia y en jóvenes adultos)<sup>(4,7)</sup>. En la mayor parte de las series, se describía un debut

**El Trastorno de Compra Compulsiva se caracteriza por conductas de adquisición excesivas, reiterativas y con pérdida del auto-control, que genera problemas económicos, familiares, sociales y de salud.**

**Aparece predominantemente en mujeres y suele debutar durante la adolescencia o comienzo de la edad adulta**



entre los 18 y los 30 años<sup>(6)</sup> y los resultados obtenidos por Maraz *et al.*<sup>(12)</sup>, apuntan hacia una tendencia del trastorno a aparecer a edades jóvenes.

Hay pocos estudios acerca de la prevalencia de compra compulsiva a través de Internet. En 2014 se publicó un estudio que encontró síntomas de compra compulsiva en el 16% de los estudiantes de una universidad parisina<sup>(15)</sup>. Por otra parte, un estudio alemán llevado a cabo entre pacientes diagnosticados de compra compulsiva encontró que un 33,6% de éstos lo hacía *online*<sup>(16)</sup>.

Desde el punto de vista neurobiológico parecen estar implicados los circuitos serotoninérgico, dopaminérgico y opioide (circuitos de recompensa), con anomalías similares a las descritas e las adicciones a sustancias

Desde el punto de vista psicológico, las conductas de adquisición patológicas suponen una forma inadaptada de resolver emociones negativas, baja autoestima y mal manejo de situaciones de estrés

La compra por Internet, cómoda, rápida, fácil y accesible, es probable que facilite la compra compulsiva, al estimular potentemente los mecanismos de recompensa que subyacen a este trastorno

## Etiología

Como en cualquier patología mental, en el Trastorno por Compra Compulsiva se ven implicados factores biológicos, psicológicos y sociales.

Desde el punto de vista neurobiológico, las similitudes con el Trastorno Obsesivo Compulsivo ha supuesto que muchos autores propongan anomalías de las vías de serotoninérgica y dopaminérgica; incluso, dada la eficacia de la naltrexona en el tratamiento de algunos casos, se ha propuesto implicación del sistema opioide<sup>(2,6)</sup>. La mayor parte de los investigadores sugieren mecanismos neurobiológicos similares a los trastornos adictivos por sustancias, en concreto con el circuito de recompensa dopaminérgico en el que se ven implicados los núcleos cerebrales tegmental ventral, estriado y especialmente el núcleo *accumbens*, además de la corteza prefrontal<sup>(17)</sup>.

En cuanto a los factores psicológicos, como en otras adicciones, la mayoría de los clínicos hablan de dificultades en la regulación emocional y elevada impulsividad<sup>(11,12)</sup>. Varios autores han propuesto un mecanismo en el que las conductas de adquisición patológicas suponen una forma desadaptativa de lidiar con emociones negativas y baja autoestima<sup>(6,10,17)</sup>. Este alivio sería transitorio y se seguiría de un incremento del nivel de ansiedad<sup>(10)</sup>. Además, hay varias publicaciones que relacionan estas conductas con experiencias traumáticas en la infancia o ambientes familiares disfuncionales<sup>(4,6)</sup>. También se han encontrado en alguna series de casos, antecedentes familiares de trastornos afectivos, de ansiedad, dependencia de sustancias y compra compulsiva<sup>(4)</sup>.

En el desarrollo y mantenimiento del trastorno por compra compulsiva, probablemente podamos afirmar que los factores socio-culturales juegan un papel crucial. La economía de mercado, la sociedad de consumo y el materialismo imperante, en la que las posesiones materiales y el aspecto físico son un marcador de éxito, añadidos a la facilidad para la obtención de crédito, son claves en la aparición de este fenómeno<sup>(1,2,4)</sup>. Hoy día, la compra por Internet, cómoda, rápida y accesible, es probable que facilite la perpetuación de los mecanismos de recompensa que operan en el trastorno. En Internet no se tiene el mismo control externo que en las compras presenciales. La aparición de las tarjetas de crédito tuvo como consecuencia que grandes gastos se percibiesen como menos "reales", experiencia que se ha visto amplificada por los medios de pago electrónicos<sup>(6)</sup>. Un factor importante en la adquisición 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).

## Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El trastorno de compra compulsiva se ha enmarcado tradicionalmente dentro de las llamadas "adicciones comportamentales o sin sustancia" entre las que se encuentran el juego patológico o la adicción a nuevas tecnologías. Al contrario que en el caso de la ludopatía, las clasificaciones diagnósticas más utilizadas (DSM-5 y CIE-10) no contemplan la compra compulsiva.

De la Gándara *et al.*<sup>(9)</sup> propusieron en 1990 criterios diagnósticos en relación a los casos que habían publicado (Tabla I). En 1994, McElroy *et al.*<sup>(18)</sup> elaboraron una lista de criterios muy similar (Tabla II) que aún sin haberse determinado su validez tiene una amplia aceptación por parte de la comunidad científica.

Como apoyo al diagnóstico clínico, se han desarrollado varios instrumentos de evaluación. La escala de cribado más extendida es la llamada CBS (*Compulsive Buying Scale*) desarrollada por Faber y O'Guinn en 1992<sup>(19)</sup> y que consta de 7 ítems. En España, de la Gándara publicó en 1996 una *Cuestionario de Compra Compulsiva*<sup>(1)</sup>, consistente en 8 preguntas tipo *Likert* que permitía diferenciar a los compradores compulsivos de los no compulsivos. Por otra parte encontramos la ECBS (*Edwards Compulsive Buying Scale*) que evalúa las experiencias y los sentimientos acerca de la compra y el gasto; y la *Yale Brown Obsessive-Compulsive scale* (YBOCS- versión modificada para las compras) que evalúa la gravedad y los cambios que se producen durante el tratamiento<sup>(2,6)</sup>. Hay además una entrevista semi-estructurada

para la detección de trastornos de control de impulsos (*Minnesota Impulsive Disorders Interview*) que demostró una sensibilidad del 100% y una especificidad del 96% para la Compra Compulsiva<sup>(2)</sup>.

En cuanto a las compras *online* Zhao *et al.*<sup>(20)</sup> publicaron en 2017 la validación de la *Online Shopping Addiction Scale (OSA)*, un cuestionario de 28 ítems que detecta el trastorno y mide su gravedad.

## Diagnóstico Diferencial

El principal diagnóstico diferencial con patología psiquiátrica se plantea con los episodios maníacos en los que, producto de los sentimientos de grandeza y la pérdida de control, los pacientes a menudo realizan grandes desembolsos de dinero en compras<sup>(7,10)</sup>. De hecho, los criterios diagnósticos que hemos descrito en apartados anteriores, exigen descartar un episodio maniaco<sup>(1,10,18)</sup>. En el caso del Trastorno Bipolar, las conductas patológicas de adquisición, desaparecen durante los periodos de eutimia<sup>(10)</sup>. También se ha descrito que los pacientes aquejados de esquizofrenia, pueden presentar conductas de compra excesiva que en su caso suele ser extraña y producto de las ideas delirantes<sup>(10)</sup>. También es preciso diferenciar la Compra Compulsiva del Trastorno por Acumulación, en el que además de compras excesivas, los pacientes recopilan objetos de la basura y obsequios gratuitos<sup>(10)</sup>.

## Comorbilidad

Se ha descrito una alta prevalencia de depresión entre compradores compulsivos, que además describen frecuentemente un incremento de las compras en temporadas de mayor intensidad de los síntomas depresivos<sup>(10)</sup>. También se han descrito trastornos de ansiedad y otros trastornos del control de impulsos, como el abuso de sustancias psicoactivas, fármacos o la cleptomanía<sup>(6,7,10)</sup>.

Asimismo, se ha descrito que la comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria es frecuente, especialmente con bulimia y atracones; en este sentido, hay estudios que sugieren que las compras compulsivas aparecen antes del debut de la alteración alimentaria<sup>(10)</sup>.

En cuanto a los trastornos de la personalidad, se ha identificado la presencia frecuente de rasgos o trastornos límite, evitativos y obsesivo-compulsivos<sup>(6,7)</sup>.

## Tratamiento

No existe un tratamiento validado para el Trastorno por Compra Compulsiva<sup>(2,6)</sup>. No obstante, existen varias opciones terapéuticas que han demostrado eficacia, que deben combinarse, y que incluyen medidas psicoterapéuticas, farmacológicas y cambios o adaptaciones sociales.

### Tratamiento psicoterapéutico

Existen varias publicaciones de estudios de casos en los que se utilizó una terapia de orientación psicoanalítica que enfatizaba la importancia de experiencias infantiles<sup>(2)</sup>. Lo más utilizado ha sido la terapia de orientación cognitivo-conductual<sup>(2,7,10,17)</sup>, que incluiría técnicas como los registros de conducta, técnicas de exposición y prevención de respuesta y entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas<sup>(1,2,7,10)</sup>. También se ha sugerido que la terapia cognitivo conductual grupal puede ser eficaz en estos casos<sup>(6,7,17)</sup>.

### Tratamiento farmacológico

No hay recomendaciones oficiales en cuanto al tratamiento de la compra compulsiva<sup>(6,17)</sup>. Los fármacos de los que existe mayor evidencia científica son los Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina (ISRS)<sup>(4,6,7,17)</sup>. En concreto, se han publicado ensayos clínicos con Fluvoxamina y Citalopram con buenos resultados<sup>(2,6,7)</sup>. 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<sup>(1,2,6,7)</sup>. También se han publicado estudios de caso con resultados positivos del uso de Topiramato o Memantina<sup>(17)</sup>.

### Medidas psicosociales

Algunos autores han sugerido que tanto a nivel de tratamiento como de prevención, deberían tomarse medidas legislativas y familiares<sup>(6)</sup>. Algunas de las propuestas en este sentido son las intervenciones psicoeducativas<sup>(6)</sup>, las compras acompañado<sup>(7)</sup>, el asesoramiento financiero<sup>(2)</sup> o incluso la imposición de curatelas en los casos más graves<sup>(7)</sup>.

**El diagnóstico es clínico, aunque hay algunos instrumentos de evaluación conductual que lo facilitan (Cuestionario de Compra Compulsiva)**

**El diagnóstico diferencial se plantea con los episodios maníacos, psicosis y trastornos por acumulación**

**Se han descrito comorbilidades con trastornos afectivos, de ansiedad, del control de impulsos, de la conducta alimentaria y de la personalidad**

**El tratamiento se basa en la utilización combinada de medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales**

**Los fármacos más utilizados son los ISRS, seguidos de la Naltrexona**

**El modelo psicoterapéutico más utilizado es la terapia cognitivo-conductual tanto individual como grupal**

## Tablas y figuras

### Tabla I. Criterios diagnósticos del trastorno de adquisición anormal

- Adquisición excesiva de vestidos, adornos, etc.
- Empleo excesivo de tiempo, dinero o energía en la compra.
- Frecuentes repercusiones económicas, familiares o legales.
- La presentación habitual está asociada a depresión, bulimia o trastornos de personalidad.
- Exclusión de un episodio maniaco, o la conducta no se limita a vacaciones, rebajas, etc.

Tomada De la Gándara et al., 1990<sup>(9)</sup>

### Tabla II. Criterios diagnósticos para la compra compulsiva

**A. Preocupación desadaptativa por comprar, o compra desadaptativa o impulsos o conducta de compra, manifestado por al menos uno de los siguientes criterios:**

1. Preocupación frecuente por comprar o impulsos de compra que se experimentan como irresistibles, intrusos y/o insensatos.
2. Frecuentes compras de más de lo que uno puede permitirse, frecuentes compras de artículos innecesarios, o compras durante periodos más largos de lo planificado.

**B. Las preocupaciones, impulsos o conductas de compra causan notable aflicción, consumen mucho tiempo, interfieren significativamente con el funcionamiento social u ocupacional, o conllevan problemas financieros (por ejemplo, deudas o quiebra).**

**C. La compra excesiva no ocurre exclusivamente durante periodos de hipomanía o manía.**

Tomada de McElroy et al., 1994<sup>(4,18)</sup>.

## Bibliografía

- de la Gándara Martín JJ. *Comprar por comprar*. Cauce Editorial; 1996.
- Tavares H, Lobo DSS, Fuentes D, Black DW. Compulsive buying disorder: A review and a Case Vignette. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(SUPPL 1):16–23.
- Rose S, Dhandayudham A. Towards an understanding of Internet-based problem shopping behaviour: The concept of online shopping addiction and its proposed predictors. *J Behav Addict*. 2014;3(2):83–9.
- Black DW. Compra compulsiva: una revisión. *RET, Rev Toxicom [En línea]*. 1998;(16):25–31. Available from: [https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2016/03/RET16\\_4.pdf](https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2016/03/RET16_4.pdf).
- Trotzke P, Starcke K, Müller A, Brand M. Pathological buying online as a specific form of Internet addiction: A model-based experimental investigation. *PLoS One*. 2015;10(10):1–17.
- Díez Marcet D, Valdepérez Toledo A, Aragay Vicente N, Soms Casals M. El trastorno de Compra Compulsiva. *Cuad Med psicosomática y Psiquiatr enlace, ISSN 1695-4238, No 117, 2016 (Ejemplar Dedic a Adicciones Comport págs 11-16 [En línea]*. 2016;(117):11–6. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5564728>.
- Black DW. A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry [En línea]*. 2007;(February):14–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1805733/pdf/wpa060014.pdf>.
- de la Gándara Martín JJ. *Dressing disorder*. Vol. 153, *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. Cambridge University Press; 1988. p. 418–9.
- de la Gándara Martín JJ, de Dios Franco A, Cerezo Rodríguez P, Redondo Martínez AL. Shopping disorder and the abnormal use of attire. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1990;18(4):258–65.
- Lejoyeux M, Ph D, Hospital MB, Weinstein A, Ph D. *Compulsive Buying*. 2010;(10):248–53.
- Granero R, Fernández-Aranda F, Mestre-Bach G, Steward T, Baño M, del Pino-Gutiérrez A, et al. Compulsive buying behavior: Clinical comparison with other behavioral addictions. *Front Psychol*. 2016;7(JUN):1–12.
- Maraz A, Griffiths MD, Demetrovics Z. The prevalence of compulsive buying : a meta-analysis. :408–19.
- Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. Vol. 163, *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association; 2006. p. 1806–12.
- Mueller A, Mitchell JE, Crosby RD, Gefeller O, Faber RJ, Martin A, et al. Estimated prevalence of compulsive buying in Germany and its association with sociodemographic characteristics and depressive symptoms. *Psychiatry Res [En línea]*. 2010 Dec 30 [cited 2020 May 6];180(2–3):137–42. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178109004831>.
- Duroy D, Gorse P, Lejoyeux M. Characteristics of online compulsive buying in Parisian students. *Addict Behav [En línea]*. 2014 Dec [cited 2020 May 7];39(12):1827–30. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460314002597>.
- Müller A, Steins-loeber S, Trotzke P, Vogel B, Georgiadou E, Zwaan M De. Online shopping in treatment-seeking patients with buying-shopping disorder. 2019;94:10–3.
- Zadka Ł, Olajo M. Compulsive buying in outline. 2016;50(1):153–64.
- McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Smith JMR, Strakowski SM. Compulsive buying: A report of 20 cases. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(6):242–8.
- Faber RJ, O'Guinn TC. A Clinical Screener for Compulsive Buying [En línea]. Vol. 19, *Journal of Consumer Research*. Oxford University Press; [cited 2020 May 11]. p. 459–69. Available from: <https://www.jstor.org/stable/2489402>.
- Zhao H, Tian W, Xin T. The development and validation of the online shopping addiction scale. *Front Psychol*. 2017 May 16;8(MAY).

## Bibliografía recomendada

- Black DW. A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry [En línea]*. 2007;(February):14–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1805733/pdf/wpa060014.pdf>.
- de la Gándara Martín JJ. *Comprar por comprar*. Cauce Editorial; 1996.
- Díez Marcet D, Valdepérez Toledo A, Aragay Vicente N, Soms Casals M. El trastorno de Compra Compulsiva. *Cuad Med psicosomática y Psiquiatr enlace, ISSN 1695-4238, No 117, 2016 (Ejemplar Dedic a Adicciones Comport págs 11-16 [En línea]*. 2016;(117):11–6. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5564728>.
- Lejoyeux M, Ph D, Hospital MB, Weinstein A, Ph D. *Compulsive Buying*. 2010;(10):248–53.
- Tavares H, Lobo DSS, Fuentes D, Black DW. Compulsive buying disorder: A review and a Case Vignette. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(SUPPL 1):16–23.

## PREGUNTAS TIPO TEST

**1. Señale la respuesta falsa:**

- a) La prevalencia se ha estimado en alrededor de un 5%.
- b) La primera descripción se realizó en 1984.
- c) Aparece predominantemente en mujeres.
- d) La edad de aparición se ha situado entre los 18 y los 30 años.
- e) Los objetos adquiridos son en su mayoría ropa y complementos.

**2. Señale la respuesta falsa:**

- a) Se ha descrito implicación de factores neurobiológicos, psicológicos y psico-sociales.
- b) Se ha propuesto implicación de las vías cerebrales serotoninérgicas, dopaminérgicas y del sistema opioide.
- c) Los mecanismos neurobiológicos parecen ser distintos que en los trastornos adictivos por sustancias.
- d) Las conductas de adquisición patológicas suponen una forma desadaptativa de lidiar con emociones negativas y baja autoestima.
- e) Se ha relacionado con experiencias traumáticas infantiles, familias disfuncionales y antecedentes psiquiátricos familiares.

**3. Señale la respuesta correcta en relación al diagnóstico del trastorno por compra compulsiva:**

- a) Existen criterios diagnósticos unificados en las principales clasificaciones.
- b) No se han elaborado instrumentos de evaluación validados.
- c) El principal diagnóstico diferencial se plantea con el Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- d) Todas son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

**4. Con respecto a la clínica, señale la respuesta falsa:**

- a) Aparecen impulsos irresistibles de comprar objetos innecesarios.
- b) Aparece una preocupación desadaptativa por comprar, se emplea demasiado tiempo, dinero y energía, lo que causa un deterioro funcional.
- c) La depresión es una comorbilidad frecuente.
- d) La compra compulsiva aparece en pacientes que no consumen sustancias.
- e) Todas son correctas.

**5. En relación al tratamiento, señale la respuesta correcta:**

- a) Se deben combinar técnicas psicoterapéuticas, farmacológicas y sociales.
- b) Los fármacos más estudiados son la Fluoxetina y el Escitalopram.
- c) La terapia grupal no es efectiva en estos casos.
- d) Todas son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

# Uso y uso problemático de pornografía en adolescentes: un debate no resuelto

**A. Villena Moya<sup>(1)</sup>, G. Mestre-Bach<sup>(2)</sup>, C. Chiclana Actis<sup>(1,2,3)</sup>.** <sup>(1)</sup>Unidad de Sexología Clínica y Salud Sexual. Madrid. <sup>(2)</sup>Universidad Internacional de la Rioja (UNIR) Logroño. <sup>(3)</sup>Facultad de Medicina. Departamento de Psicología. Universidad San Pablo CEU (Madrid).

**Fecha de recepción:** 29-06-2020

**Fecha de publicación:** 31-07-2020

Adolescere 2020; VIII (2): 32-41

## Resumen

La presencia de materiales sexuales explícitos ha crecido significativamente en las últimas décadas, especialmente en internet. El fácil acceso a internet y la disponibilidad del teléfono móvil a edades tempranas ha revolucionado la manera en la que los adolescentes aprenden sobre sexualidad, haciendo que el consumo de pornografía *online* se convierta en una práctica habitual. Además, conductas como el "sexting" o el "revenge porn" también son frecuentes en esta etapa evolutiva. Sin embargo, debido a que los adolescentes se encuentran en un período evolutivo crítico para el desarrollo de una sexualidad sana, por los diversos cambios biológicos, afectivos, psicológicos y sociales propios de esta etapa, parece que son más susceptibles ante la exposición a este tipo de contenidos. Diversas investigaciones han asociado el uso de pornografía en adolescentes con posibles consecuencias perjudiciales (favorecer estereotipos de género, disminuir la satisfacción sexual o fomentar actitudes agresivas en el ámbito sexual) y beneficiosas (aumento de la autoestima sexual, liberación de estrés y mayor conocimiento sexual). Sin embargo, los datos hasta la fecha presentan limitaciones metodológicas y tampoco se conoce con exactitud la direccionalidad y causalidad de estas asociaciones. El 37,7% de los varones y el 19,3% de las mujeres presentan, además, un mayor riesgo para el desarrollo de un Uso Problemático de Pornografía (UPP). Actualmente, el UPP no está reconocido como una entidad diagnóstica, aunque cuenta con aceptación científica clínica y académica para dicha clasificación. No existe hasta la fecha ningún ensayo clínico aleatorizado que haya demostrado eficacia de un tratamiento farmacológico. La psicoterapia cognitivo conductual es el tratamiento de elección en la actualidad para estos pacientes. Para prevenir las consecuencias perjudiciales del consumo de pornografía será de interés desarrollar programas de educación afectivo-sexual integradores.

**Palabras clave:** *Pornografía; Uso problemático de pornografía; Adolescentes; Conducta sexual compulsiva.*

## Abstract

The presence of sexually explicit material on the Internet has grown significantly in recent decades. Adolescents are in a critical developmental period of a healthy sexuality, due to various biological, affective, psychological and social changes that occur at this stage, and are therefore more susceptible to exposure to any explicit sexual material. Easy access to the internet and the availability of mobile phones at an early age has revolutionized the way in which teenagers learn about sexuality, making the consumption of online pornography a common practice. Practices such as sexting or revenge porn, are also frequent in this developmental stage. Various research studies have associated the use of pornography in adolescents with different harmful (potential promotion of gender stereotypes, decreased sexual satisfaction, or encouragement of aggressive attitudes in the sexual sphere) and beneficial (increased sexual self-esteem, stress release and increased sexual awareness) consequences.

However, the data to date have methodological limitations. It is observed that 37.7% of men and 19.3% of women pose a greater risk for developing Problematic Pornography Use (PPU). Currently, PPU is not recognized as a diagnostic entity, however it has clinical and academic scientific acceptance for such classification. To date, no randomized clinical trial has demonstrated the efficacy of a pharmacological treatment. Cognitive behavioral psychotherapy is currently the treatment of choice for these patients. In order to prevent harmful consequences of pornography consumption, the development of comprehensive affective-sexual programs is of interest.

**Key words:** *Pornography; Problematic Pornography Use; Adolescents; Compulsive Sexual Behavior.*

## Introducción

A lo largo de la historia el ser humano ha tratado de representar la sexualidad mediante diversas formas artísticas (dibujos, esculturas, relatos, pinturas, etc.), plasmando la belleza y la estética de las relaciones sexuales, la intimidad y el desnudo. Sin embargo, las representaciones de la sexualidad han evolucionado de forma vertiginosa en los últimos siglos. La aparición de la fotografía a principios del siglo XIX permitió la creación de las primeras revistas pornográficas, como "PlayBoy" o "Penthouse" y el posterior descubrimiento del videocasete puso a disposición de la humanidad una nueva forma de mostrar y difundir la sexualidad en formato audiovisual<sup>(1)</sup>.

En la actualidad, el acceso a Internet ha modificado de forma radical la manera en la que los adolescentes acceden a los contenidos sexuales explícitos, convirtiéndose en su principal medio para el uso de pornografía<sup>(2,3)</sup>. La facilidad de acceso al contenido (accesibilidad), el bajo o nulo coste de este material (asequibilidad) y la anonimidad de Internet facilitan, además, que los adolescentes se inicien en esta práctica a edades tempranas<sup>(3)</sup>.

Además del acceso a contenidos sexuales explícitos, las nuevas tecnologías han promovido nuevas prácticas sexuales, especialmente entre los adolescentes, que implican la difusión de sus propios contenidos sexuales. Por ejemplo, se ha observado que el "sexting", entendido como "la recepción o envío de mensajes de texto, imágenes o vídeos sexuales explícitos a través del teléfono móvil o redes sociales", se ha incrementado en los últimos años, y actualmente 1 de cada 4 adolescentes refieren haberlo llevado a cabo alguna vez<sup>(4)</sup>.

En ocasiones, los adolescentes utilizan también este intercambio de contenido sexual explícito como una venganza tras una ruptura sentimental, una práctica conocida como "revenge porn" (porno de venganza). Éste se ha extendido también en los últimos años entre los más jóvenes y, además, se trata de una categoría en auge en los portales pornográficos online<sup>(4)</sup>.

## Epidemiología

La media de edad del primer contacto con la pornografía se adelanta, en España, a los 8 años. Este consumo se hace frecuente y relativamente estable a los 13 años en los varones y los 15 años en las mujeres<sup>(3)</sup>.

Las investigaciones realizadas hasta la fecha han mostrado, sin embargo, una notable heterogeneidad respecto a la prevalencia del uso de pornografía en población adolescente. Se han reportado prevalencias del 30%-80% en el caso de los varones, y en las mujeres del 4%-36%. Estos datos varían según la edad, el país y el tipo de encuesta realizada, aunque el perfil del usuario de pornografía habitual es mayoritariamente masculino, con una edad puberal más avanzada y con mayor interés en la sexualidad<sup>(2)</sup>.

Respecto a la intencionalidad, los datos apuntan a que cerca del 70% de los adolescentes acceden de forma accidental a la pornografía (la encuentran por error en Internet, en ocasiones buscando contenidos que no tienen una intención sexual primaria, o bien reciben mensajes no solicitados a través del móvil o del e-mail) y alrededor del 30% de los adolescentes acceden a ella de forma deliberada e intencionada entre los 10-18 años<sup>(2)</sup>.

Entre estos jóvenes usuarios de pornografía se observa que el 37,7% de los varones y el 19,3% de las mujeres son usuarios de riesgo, porque presentan una mayor probabilidad de desarrollar uso problemático de pornografía (UPP)<sup>(5)</sup>.

Internet ha modificado de forma radical la forma en que los adolescentes acceden a los contenidos sexuales. La facilidad de acceso, el bajo o nulo coste (asequibilidad) y la anonimidad, facilitan, que los adolescentes se inicien en esta práctica a edades tempranas

El primer contacto con la pornografía en los jóvenes se adelanta a los 8 años

**La prevalencia del uso problemático de pornografía es del 2-17% en población general**

Actualmente, el UPP no está reconocido como una entidad clínica diagnóstica a nivel internacional, aunque cuenta con aceptación en los ámbitos científico, clínico y académico. El UPP, también denominado en ocasiones “adicción a la pornografía” o “adicción a la pornografía en Internet”, hace referencia a cualquier uso de pornografía que produce consecuencias significativamente negativas en las dimensiones interpersonal, vocacional o personal del usuario. La prevalencia del UPP en los adultos se sitúa alrededor del 2-17% de los usuarios de pornografía<sup>(6)</sup>.

**Existen alteraciones neurobiológicas asociadas al consumo de pornografía**

Desde el punto de vista neurobiológico, existen evidencias que apoyan que las personas que presentan un elevado consumo de pornografía muestran alteraciones en ciertas estructuras anatómicas cerebrales. Diversas investigaciones a este respecto han utilizado diferentes métodos, especialmente resonancia magnética funcional, electroencefalografía, medidas neuroendocrinas y marcadores neurofisiológicos<sup>(7)</sup> (Tabla I).

Sin embargo, aún no se sabe con certeza si estas alteraciones forman parte de la fisiopatología del trastorno, favoreciendo la aparición de un UPP, o si, por el contrario, este deterioro neurobiológico es consecuencia del propio consumo excesivo de pornografía.

**La pornografía puede convertirse en un problema en el adolescente que la consume**

Estos estudios se han realizado en población adulta y faltan investigaciones a este respecto en población adolescente, lo cual dificulta la comprensión de los factores fisiopatogénicos en esta población en particular. Es posible que el consumo de pornografía se inicie en la etapa adolescente y estas alteraciones neurobiológicas aparezcan de forma paulatina a lo largo de la edad adulta. Sin embargo, al no existir pruebas empíricas, los resultados deben ser interpretados con cautela, debido a las posibles diferencias entre el desarrollo y la madurez cerebral de los adolescentes y los adultos.

## Etiopatología

Múltiples investigaciones defienden que los adolescentes son una población de riesgo para sufrir efectos perjudiciales del consumo de pornografía. Este riesgo deriva, fundamentalmente, del proceso de desarrollo sexual que ocurre en esta etapa evolutiva, que va acompañado de una serie de cambios biológicos, cognitivos, afectivos y sociales. En esta etapa la sexualidad adquiere una gran importancia. Todo ello hace que los adolescentes presenten una mayor susceptibilidad ante la exposición del material sexual explícito en Internet en comparación con los adultos<sup>(8)</sup>.

Se han propuesto distintos tipos de variables<sup>(2)</sup> que podrían explicar, al menos en parte, la etiopatología del uso de pornografía en adolescentes (ver Tabla II).

**La pornografía puede alterar la respuesta sexual del que la consume**

A pesar de las diversas investigaciones que relacionan el uso de pornografía con diferentes variables o predictores de su uso, la evidencia acumulada hasta la fecha es todavía limitada. Para avanzar al respecto, será necesario que se desarrollen un mayor número de réplicas a los estudios realizados. Es importante tener en cuenta, además, que los predictores de uso pueden cambiar a medida que el acceso a la pornografía o el contexto cultural de la misma evolucionan<sup>(2)</sup>.

## Clínica

El incremento y normalización del uso de pornografía en las últimas décadas ha favorecido la investigación respecto a las consecuencias clínicas de dicho consumo en los adolescentes<sup>(2,9,10,11)</sup>.

## Uso de pornografía, actitudes y comportamientos sexuales

**La pornografía puede favorecer estereotipos de género**

El uso de pornografía puede relacionarse con el desarrollo de actitudes permisivas sexuales y la instrumentalización de la sexualidad. Además, algunos estudios, han encontrado una asociación entre el uso de pornografía y el desarrollo de estereotipos de género, la visión de la mujer como un objeto, jerarquías de género y actitudes agresivas en el ámbito sexual. También puede existir una “autoobjetivación”, una alteración de la imagen corporal y mayor preocupación sexual asociadas a este uso de pornografía. Los jóvenes que acceden a la pornografía de forma intencionada presentan una mayor probabilidad de reportar victimización física y sexual.



Es importante destacar que también diversos estudios han encontrado resultados diferentes a este respecto, donde el uso de pornografía no correlaciona con la agresividad sexual, la victimización o la visión estereotipada de género. Por ello, es necesario realizar un mayor número de estudios longitudinales para conocer el efecto que la exposición repetida a la pornografía tiene en población adolescente y el desarrollo de modelos teóricos que puedan explicar dicha asociación<sup>(9)</sup>.

## Uso de pornografía y relaciones sexuales

Algunos autores consideran que existe una relación entre el consumo de pornografía y efectos perjudiciales en las relaciones sexuales, que fomentaría relaciones sexuales de riesgo al no usar anticonceptivos, mayor uso de *sexting*, encuentros con múltiples parejas sexuales y expectativas irreales sobre la relación sexual, y alteraría la respuesta y satisfacción sexual<sup>(7)</sup>.

## Uso de pornografía y relaciones interpersonales

La mayoría de los estudios en este ámbito han observado, en general, que el uso de pornografía se asocia negativamente a la calidad de las relaciones afectivas. Algunos autores sugieren, sin embargo, que no es necesario que la pornografía en sí misma influya negativamente en las relaciones, sino que lo que tiene un impacto negativo en estas relaciones interpersonales es si existe discrepancia sobre la percepción del uso de pornografía entre ambos miembros. Por ejemplo, uno de los miembros podría estar absteniéndose de usar pornografía, viéndola con menos frecuencia, o estar molesto por el uso de su pareja<sup>(12)</sup>.

## Otras consecuencias perjudiciales

También se ha sugerido que el uso de pornografía puede afectar al rendimiento escolar, favorecer el consumo de sustancias y conductas delictivas, fomentar un estilo de vida menos saludable y sintomatología depresiva y psicósomática. También se observa que el adolescente que consume pornografía tiene mayor probabilidad de acudir al sexo de pago que aquel que no consume<sup>(3)</sup>.

## Posibles aspectos favorables derivados del uso de pornografía

Algunos autores afirman que la pornografía puede tener efectos positivos, como aumentar el conocimiento sexual, potenciar la autoestima sexual y el deseo en la pareja, aliviar el estrés, disminuir el aburrimiento, y generar sensaciones de apoyo e incremento de la satisfacción sexual.

Cabe tener en cuenta que muchas de las consecuencias de la pornografía han sido evaluadas mediante encuestas de "efectos percibidos" de ésta. Por tanto, algunos autores destacan que no hay que olvidar un posible efecto de "tercera persona", el fenómeno por el cual las personas atribuyen mayores efectos negativos de los medios, en este caso la pornografía, a otros que a sí mismos. Se requerirían, por tanto, investigaciones con metodologías más precisas para poder ahondar en las consecuencias reales de la pornografía sobre los consumidores.

A pesar de toda la información existente respecto a las posibles consecuencias del consumo de pornografía los resultados son contradictorios y no cuentan con el apoyo unánime de la comunidad científica. Con los datos actuales no se pueden hacer afirmaciones robustas sobre la causalidad de dichas asociaciones. Por ello es necesario realizar más investigaciones sobre las posibles consecuencias del consumo de pornografía en los adolescentes y las variables mediadoras de estas consecuencias<sup>(2)</sup>.

## Diagnóstico

### Uso y uso problemático de pornografía

A pesar de que el uso de pornografía es un práctica extendida en los adolescentes y adultos, no toda persona que visualiza pornografía presenta un UPP ni, por tanto, podría ser clasificada bajo el marco de una patología clínica. Diversos autores han propuesto diferentes clasificaciones de los perfiles de usuarios de pornografía en función de su problemática y de las consecuencias derivadas del mismo<sup>(12,13)</sup> (Tabla III).

**La mayoría de los estudios han observado, en general, que el uso de pornografía se asocia negativamente a la calidad de las relaciones afectivas**

**A pesar de toda la información existente respecto a las posibles consecuencias del consumo de pornografía los resultados son contradictorios y no cuentan con el apoyo unánime de la comunidad científica**

Estas clasificaciones se podrían integrar en una propuesta de modelo bidimensional basado en la frecuencia y en la problemática que se derive del uso de pornografía (Figura 1).

### Clasificaciones internacionales

No existe en la actualidad una entidad diagnóstica que clasifique el UPP en los adolescentes. Sin embargo, se pueden tomar como referencia los criterios de UPP establecidos para adultos<sup>(14)</sup>, que incluyen:

1. Uso altamente frecuente, excesivo y compulsivo de pornografía.
2. Urgencia para involucrarse en el comportamiento, con el objetivo de alcanzar o mantener un estado emocional positivo o para escapar/evitar un estado emocional negativo.
3. Disminución del control sobre la conducta.
4. Repetición de la conducta a pesar de las consecuencias adversas, que derivan en un malestar personal significativo y dificultades funcionales.

Además, la Organización Mundial de la Salud ha incluido en la actualización de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11) la Conducta Sexual Compulsiva (CSC) como categoría específica dentro del Trastorno del Control de los Impulsos<sup>(11)</sup>. La CIE-11 no especifica una edad específica para el diagnóstico de esta patología.

Los criterios propuestos son:

1. Repetitivas conductas sexuales que se convierten en el foco principal de la vida de la persona, hasta el punto de ser negligente con su salud o con la atención de otros intereses, actividades o responsabilidades.
2. Ha hecho numerosos esfuerzos infructuosos para controlar o reducir significativamente su conducta sexual.
3. Continúa realizando la conducta sexual a pesar de las consecuencias adversas (ruptura de relaciones, impacto negativo en la salud, laborales, ocupacionales, etc.)
4. Continúa con la conducta sexual aun cuando no se deriva placer de ella o es muy pequeño.
5. La pornografía estaría incluida dentro de esta clasificación como una conducta propia de la CSC, siendo la CSC una categorización más amplia, que incluye todo tipo de conductas sexuales como: masturbación, relaciones sexuales casuales, uso de chats o *webcams* sexuales y clubs de prostitución o *striptease*.

### Evaluación

La falta de unos criterios diagnósticos específicos en adolescentes y la heterogeneidad teórica respecto a las diferentes conceptualizaciones existentes del UPP (consumo compulsivo de pornografía, conducta sexual compulsiva, adicción a la pornografía y conducta sexual fuera de control, entre otros constructos) dificultan su evaluación. Sin embargo, existen más de 20 escalas psicométricas validadas en población adulta que, junto con los criterios diagnósticos ya mencionados, podrían ser utilizadas para orientar el diagnóstico del adolescente que presenta UPP<sup>(15)</sup>. A este respecto, uno de los instrumentos validados y con mayor aceptación para medir el UPP en población adolescente es el *"Compulsive Use of Sexual Explicit Material"*, que aún no está validado en población adolescente española.

### Tratamiento

Diversos autores coinciden en que la atención de estos problemas se ha de afrontar desde una perspectiva integradora<sup>(6, 16,17,18)</sup>:

#### A. Biológica

No existe en la actualidad, ningún fármaco aprobado para el tratamiento del UPP. No obstante, se han realizado ensayos clínicos no aleatorizados que han mostrado los beneficios del Acetato de Ciproteona y la Triptorelina en la reducción del deseo sexual y su impulso. Además, se han publicado series de casos con otros fármacos como Clomimipramina, Paroxetina, Fluoxetina, Naltrexona, Neurolépticos, Estabilizadores del ánimo y otros fármacos "anti-impulsivos", aprovechando sus efectos secundarios sobre la función sexual y primarios sobre la psicopatología subyacente.

La Organización Mundial de la Salud ha incluido en la actualización de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11) la Conducta Sexual Compulsiva (CSC) como categoría específica dentro del Trastorno del Control de los Impulsos

Uno de los instrumentos con mayor aceptación para medir el uso problemático de pornografía en población adolescente es el *"Compulsive Use of Sexual Explicit Material"*, que aún no está validado en población adolescente española

Existen escasos tratamientos eficaces probados hasta la fecha

Para un adecuado tratamiento del UPP se ha de excluir, en primer lugar, la presencia de patologías médicas que puedan estar en el origen (neurológicas, degenerativas, tumorales, endocrinas, etc.). A continuación, será de interés tratar farmacológica y psicológicamente, siempre que sea el caso, la patología psiquiátrica primaria que genere la conducta sexual desadaptativa (depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, hiperactividad, trastorno del control de los impulsos, ansiedad, etc.). Por otro lado, se abordará la sintomatología comórbida a la conducta (impulsividad, compulsividad, obsesividad, alteraciones en estado de ánimo o ansiedad).

También, será de interés, regular el sueño, ordenar la conducta alimentaria, equilibrar las actividades de goce y descanso en la esfera personal, promover el ejercicio físico regular y fomentar actividades que faciliten la creatividad y el contacto con la naturaleza<sup>(6, 16,17,18)</sup>.

## B. Psicológica

Diversos ensayos clínicos aleatorizados muestran la efectividad de la terapia cognitivo-conductual<sup>(18)</sup>. Además, algunos estudios observan determinados beneficios del *Mindfulness*, la Psicoterapia Cognitivo-Analítica, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Basada en la Mentalización<sup>(16, 17,18)</sup>. Según las necesidades de cada persona, habrá que diseñar una psicoterapia que se centre en diferentes aspectos.

En primer lugar, será importante abordar la indefensión aprendida y el desarrollo de las competencias necesarias para una correcta integración y soporte de una sexualidad sana.

También será clave promover la motivación y la voluntad de cambio hacia el tratamiento para dejarse guiar por el terapeuta, incluyendo psicoeducación sobre las consecuencias del uso de pornografía y sobre cómo puede volverse problemático, desde una perspectiva biopsicosocial.

En ocasiones, dicho tratamiento requerirá el abordaje de posibles traumas relacionados directa o indirectamente con la sexualidad y la afectividad (abandonos, maltratos, exposición temprana, abuso sexual, dificultades en el apego, etc.) y de aquellos rasgos de personalidad que puedan predisponer a la conducta, perpetuarla o impedir su resolución.

Será positivo ayudar al paciente a conocer sus patrones de comportamiento en las relaciones interpersonales y promocionar un hondo conocimiento personal que favorezca una mayor identidad personal, determinación y autoafirmación.

Estas estrategias pueden ir acompañadas del desarrollo de una actitud de capacitación personal y de abordaje de nuevos proyectos ilusionantes más allá del UPP.

Por último, será de interés, la promoción, en la medida de lo posible, de un entorno lo más favorable posible para el cuidado, respeto personal y defensa de su integridad<sup>(6, 16,17,18)</sup>.

## Prevención

Se proponen a continuación una serie de aspectos clave para la prevención de esta patología<sup>(2,3,9,10,16,19)</sup>:

En primer lugar, serán de interés unas pautas de educación adecuadas sobre el uso de la tecnología (límites de uso, control de accesos, educar de forma positiva en la tecnología). Respecto a la educación sexual, se recomienda una visión positiva de la sexualidad que incluya las diferentes dimensiones de la persona (biológica, afectiva, cognitiva, ética y espiritual). Además, ayudar al adolescente a desarrollar estrategias de regulación emocional y de afrontamiento y potenciar el desarrollo de una autoestima sana resultará esencial en la prevención del UPP en adolescentes.

Por último, se recomienda introducir planes de formación afectivo-sexual en los colegios, que incluyan a las familias, para fomentar un pensamiento crítico hacia la pornografía que les permita distinguir la ficción representada en el material sexual explícito de la relación sexual real.

**Diversos ensayos clínicos aleatorizados muestran la efectividad de la terapia cognitivo-conductual. Además, algunos estudios observan determinados beneficios del *Mindfulness*, la Psicoterapia Cognitivo-Analítica, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Basada en la Mentalización**

**Una educación sexual integradora será de interés en la prevención del uso problemático de la pornografía**

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la elaboración de este artículo.

## Tablas y figuras

Tabla I. Alteraciones neurobiológicas en el UPP

Estudio	Año	Muestra	Método	Hallazgos neurobiológicos	Implicaciones clínicas
Khun	2014	64 varones	fMRI	Deterioro en conexiones frontoestriales Reducción de materia gris en el Núcleo Estriado Menor conectividad en el putamen izquierdo Cambios en el Sistema de Recompensa	Conceptualización del uso problemático de pornografía como una adicción que puede alterar los circuitos cerebrales
Brand et al.	2016	19 varones	fMRI	Relación entre la actividad del estriado ventral (anticipación de la recompensa) y el consumo de pornografía	Explica la posible pérdida de control de algunos usuarios en el consumo de pornografía
Gola et. al	2017	45 varones	fMRI	Mayor activación en el estriado ventral (mecanismos de anticipación)	El uso problemático de pornografía puede representar una adicción comportamental
Kunaharan et al.	2017	52 varones	ERP	Cambios en la regiones frontales y parietales del cerebro	Influencia del consumo de pornografía en la respuesta no consciente de las emociones, que no puede ser determinada con autoinformes
Kamaruddin et al.	2018	5 mujeres y 9 varones	EEG	Menor valor en ondas alpha en EEG en comparación con los "no adictos"	Método para la detección de la "adicción a la pornografía" en adolescentes
Antons & Matthias	2020	28 varones	fMRI	Deterioro en la ínsula y el giro frontal inferior en pacientes con uso problemático de pornografía	Relación de estas estructuras con el <i>craving</i> y el control inhibitorio en uso problemático de pornografía

**Abreviaturas:** **fMRI:** Resonancia Magnética Funcional. **VMB:** Morfometría basada en Voxel. **ERP:** Potencial relacionado con el evento. **EEG:** Electroencefalograma.

Tabla II. Factores predictores que podrían explicar el uso de pornografía en adolescentes

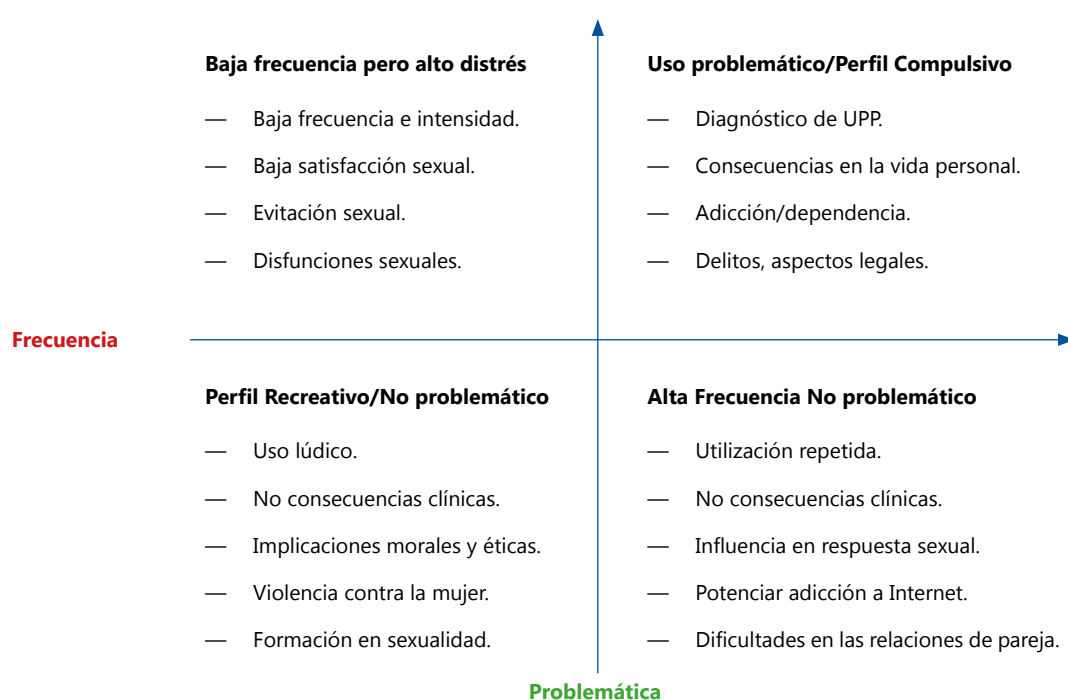
<b>Predictores disposicionales</b>	Variables demográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Sexo masculino</li> <li>— Homosexualidad</li> <li>— Nivel educativo</li> </ul>
	Rasgos de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Elevada búsqueda de novedad</li> <li>— Reducido autocontrol</li> <li>— Autoestima baja</li> <li>— Poca satisfacción con la vida</li> <li>— Reducida percepción de autonomía</li> </ul>
	Variables relacionadas con la norma	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Incumplimiento de normas</li> <li>— Consumo de sustancias</li> <li>— "Grandes delincuentes"</li> <li>— Menor religiosidad</li> <li>— Actitudes negativas hacia la escuela</li> <li>— Amigos que se desvían de la norma</li> </ul>
	Interés sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Mayor interés sexual</li> <li>— Utilizar contenido sexual en otros medios</li> </ul>
	Conducta en Internet	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Falta de software de control parental</li> <li>— Mayor uso de Internet para otras actividades</li> </ul>
<b>Predictores de desarrollo</b>	Edad/ maduración puberal	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Maduración puberal más avanzada</li> </ul>
	Experiencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Resultados no concluyentes</li> </ul>
	Competencias de desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Competencias cognitivo-conductuales</li> <li>— Menor competencia social</li> <li>— Menor autoeficacia</li> <li>— Menor competencia moral</li> </ul>
<b>Predictores sociales</b>	Variables relacionadas con la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Mal funcionamiento de la familia</li> <li>— Presencia de conflictos familiares</li> <li>— Mala comunicación familiar</li> <li>— Menor reciprocidad en el funcionamiento de la familia</li> <li>— Vínculo emocional deficiente con el cuidador</li> <li>— Estilo parental poco restrictivo</li> <li>— Falta de un software de control parental</li> </ul>
	Variables relacionadas con los pares	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Usar Internet en casa de sus amigos</li> <li>— Hablar con mayor frecuencia con amigos sobre pornografía (solo en el caso de los chicos)</li> <li>— Mayor popularidad con compañeros del mismo sexo</li> <li>— Mayor popularidad con compañeros del sexo opuesto</li> <li>— Mayor deseo de popularidad</li> <li>— Mayor presión de los compañeros</li> </ul>
	Victimización	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Ser acosado <i>online</i></li> <li>— Ser victimizado fuera del contexto de Internet</li> </ul>

Tabla elaborada por los autores. Contenido extraído de Peter & Valkenburg<sup>(2)</sup>.

Tabla III. Perfiles de usuarios de pornografía

<b>Perfil de usuario de ciberpornografía</b>	<b>Perfil recreacional:</b> aquella persona que utiliza la pornografía con fines lúdicos y que no sufre consecuencias de dicho consumo.
	<b>Perfil de alto distrés:</b> personas que presentan reducida compulsividad sexual (baja frecuencia e intensidad), pero que sufren consecuencias negativas ante dicho consumo (reducida satisfacción sexual, aumento de la evitación sexual y presencia de disfunciones sexuales).
	<b>Perfil compulsivo:</b> aquellos que utilizan la pornografía de forma compulsiva (elevada frecuencia e intensidad) y además sufren diversas consecuencias negativas derivadas de dicho consumo (reducida satisfacción sexual, aumento de la evitación sexual y presencia de disfunciones sexuales).
<b>Perfil de usuarios problemáticos y no problemáticos</b>	<b>Perfil no problemático de baja frecuencia de consumo:</b> personas que utilizan la pornografía de forma poco habitual y que no presentan síntomas clínicos asociados.
	<b>Perfil no problemático de alta frecuencia de consumo:</b> personas que utilizan la pornografía de forma asidua y que tampoco presentan síntomas clínicos asociados.
	<b>Perfil problemático de personas con alta frecuencia de consumo:</b> personas que utilizan la pornografía de forma habitual y que además sufren diversos síntomas clínicos (hipersexualidad, síntomas depresivos, susceptibilidad al aburrimiento y baja autoestima, emociones disfuncionales y alteración en las necesidades psicológicas básicas).

Figura 1. Modelo dimensional del uso de pornografía



## Bibliografía

1. McNair, B. (2002). *Striptease culture: Sex, media and the democratization of desire*. Routledge.
2. Peter J & Valkenburg P, (2016). Adolescents and pornography: a review of 20 years of research. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 509-531.
3. Ballester L, Orte C, & Gordaliza Y, (2019). Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales de adolescentes y jóvenes. Editorial Octaedro.
4. Van Ouytsel J, Van Gool E, Walrave M, Ponnet K, & Peeters E. (2017). Sexting: adolescents' perceptions of the applications used for, motives for, and consequences of sexting. *Journal of Youth Studies*, 20(4), 446-470.
5. Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Llario, M. D., & Ballester-Arnal, R. (2018). Motives to engage in online sexual activities and their links to excessive and problematic use: A systematic review. *Current Addiction Reports*, 5(4), 491-510.
6. Sniewski L, Farvid P, & Carter P (2018). The assessment and treatment of adult heterosexual men with self-perceived problematic pornography use: A review. *Addictive Behaviors*, 77, 217-224.
7. De Alarcón R, de la Iglesia J, Casado N & Montejo A, (2019). Online Porn Addiction: What We Know and What We Don't—A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1).
8. Fuss J, Briken P, Stein D, & Lochner C. (2019). Compulsive sexual behavior disorder in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and associated comorbidity. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(2), 242-248.
9. Wright P, Tokunaga R, & Kraus A, (2016). A meta-analysis of pornography consumption and actual acts of sexual aggression in general population studies. *Journal of Communication*, 66(1), 183-205.
10. Wright P, Tokunaga, R, Kraus A & Klann E, (2017). Pornography consumption and satisfaction: A meta-analysis. *Human Communication Research*, 43(3), 315-343.
11. Villena Moya A & Chiclana Actis C, (2019). Consequence of pornography use: Brief Report. *Psicosomática y Psiquiatría*, 7.
12. Vaillancourt-Morel M, Blais-Lecours S, Labadie C, Bergeron S, Sabourin S, & Godbout N. (2017). Profiles of cyber-pornography use and sexual well-being in adults. *The journal of sexual medicine*, 14(1), 78-85.
13. Bóthe B, Tóth-Király I, Potenza M. N, Orosz G & Demetrovics Z, (2020). High-frequency pornography use may not always be problematic. *The Journal of Sexual Medicine*.
14. Kor A, Zilcha-Mano S, Fogel Y, Mikulincer M, Reid R C, & Potenza M, (2014). Psychometric development of the problematic pornography use scale. *Addictive behaviors*, 39(5), 861-868.
15. Fernandez D & Griffiths M, (2019). Psychometric instruments for problematic pornography use: A systematic review. *Evaluation & the health professions*, 0163278719861688.
16. Chiclana Actis C. (2013). *Atrapados en el sexo*. Córdoba: Almuzara.
17. Birchard T and Benfield J, (2018). *Routledge International Handbook of Sexual Addiction*. Recuperado de <https://www.routledge.com/Routledge-International-Handbook-of-Sexual-Addiction-1st-Edition/Birchard-Benfield/p/book/9781138193208>.
18. Hallberg J, Kaldo V, Arver S, Dhejne C, Jokinen J, & Öberg K, (2019). A Randomized Controlled Study of Group-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder in Men. *The journal of sexual medicine*, 16(5), 733-745.
19. Shek, D & Ma C, (2012). Consumption of pornographic materials among early adolescents in Hong Kong: profiles and psychosocial correlates. *International Journal on Disability and Human Development*, 11(2), 143-150.

## Bibliografía recomendada

- *Treating Out of Control Sexual Behavior*. Douglas Braun-Harvey. Springer, 2015.
- *Pornografía Comprender y Afrontar el Problema*. Peter Kleponis. Voz de Papel. 2018.
- *Your Brain on Porn: Internet Pornography and the Emerging Science of Addiction*. Gary Wilson. Foreword, 2015.
- *We Need to Talk about Pornography - A Resource to Educate Young People about the Potential Impact of Pornography and Sexualised Images on Relationships, Body Image and Self-Esteem*. Vanessa Rogers. Jessica Kingsley Publishers. 2016.
- *Los costes sociales de la pornografía*. James R. Stoner y Donna M. Hughes (ed.), Rialp, 2014.

## PREGUNTAS TIPO TEST

1. **¿Existe una categoría específica clínica para la adicción a la pornografía?**
  - a) No existe una categoría con ese nombre, sin embargo, el UPP, cuenta con aceptación clínica, académica y científica.
  - b) Sí, la adicción a la pornografía está incluida en la CIE-11.
  - c) Sí, la adicción a la pornografía está incluida en la DSM-5.
  - d) Sí, la adicción a la pornografía es una adicción comportamental más.
  - e) No, nadie puede ser adicto a la pornografía.
  
2. **¿Cual de estas consecuencias NO se suele derivar del consumo de pornografía?**
  - a) Aumento en la autoestima sexual.
  - b) Generar adicción.
  - c) Alteración de la respuesta sexual.
  - d) Estereotipos de agresividad.
  - e) Rasgos psicopáticos.
  
3. **¿Cuál de estas variables se relacionan con el uso de pornografía en los adolescentes?**
  - a) Sexo masculino.
  - b) Atracción homosexual.
  - c) Presión de los compañeros.
  - d) Acoso *online*.
  - e) Todas son correctas.
  
4. **¿Cuál de estos criterios no contempla la CIE-11 para el comportamiento sexual compulsivo?**
  - a) Repetitivas conductas sexuales que se convierten en el foco principal de la vida de la persona.
  - b) Ha hecho numerosos esfuerzos infructuosos para controlar su conducta sexual.
  - c) Ha generado tolerancia a la conducta y debe aumentar su frecuencia o intensidad.
  - d) Continúa realizando la conducta sexual a pesar de las consecuencias adversas.
  - e) Continúa con la conducta sexual aun cuando no se deriva placer de ella o es muy pequeño.
  
5. **¿Qué tratamientos se han estudiado hasta la fecha para el abordaje del UPP?**
  - a) Tratamiento cognitivo-conductual.
  - b) Psicoterapia humanista.
  - c) Estimulación magnética transcraneal.
  - d) Biofeedback.
  - e) Terapia de hipnosis.



# Otras adicciones comportamentales

**I. Nistal Franco<sup>(1)</sup>, P. Serrano-Pérez<sup>(2)</sup>.** <sup>(1)</sup>Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Deu, Barcelona. <sup>(2)</sup>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<sup>(1)</sup>. La *International Classification of Diseases*, décima edición (CIE-10) tampoco lo incluye<sup>(2)</sup>. 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”<sup>(1)</sup>.

### Epidemiología

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

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<sup>(1,3)</sup> y el 96-100% de los pacientes con bulimia<sup>(3)</sup>.

### 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<sup>(4)</sup>.

#### 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<sup>(3)</sup>.

#### 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<sup>(3)</sup>.

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<sup>(3)</sup>.

### 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<sup>(3)</sup>. 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<sup>(5)</sup>.

### 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<sup>(3)</sup>.

### 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<sup>(3)</sup>.

## 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<sup>(1)</sup>. La *Yale Food Addiction Scale for Children* (YFAS-C)9 es la versión para niños<sup>(6)</sup>. La Escala de Alimentación de Motivos Palatables (PEMS) es una escala validada para identificar las motivaciones al consumo<sup>(7)</sup>.

## 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<sup>(8)</sup>.

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<sup>(3)</sup>.

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<sup>(3)</sup> (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<sup>(9)</sup>. Existe una correlación negativa entre el IMC y la actividad prefrontal. La capacidad de inhibición y de control están disminuidos<sup>(3)</sup>.

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<sup>(10)</sup>.

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<sup>(3)</sup>.

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<sup>(3)</sup>.

## 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<sup>(3)</sup>.

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

- **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<sup>(3)</sup>:

- **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"<sup>(11)</sup>. 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<sup>(3)</sup>.

# 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)<sup>(12,13)</sup>. 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%<sup>(14)</sup>.

## Etiología

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

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<sup>(12)</sup>:

- **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<sup>(12)</sup>.

## 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)<sup>(12)</sup>.

## 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<sup>(12)</sup>.

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<sup>(12)</sup>.

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<sup>(12)</sup>.

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

## 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<sup>(12)</sup>.

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<sup>(15)</sup>.

### 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<sup>(15)</sup> 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<sup>(15,16)</sup>.

## 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<sup>(15,16)</sup>.

### 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<sup>(16)</sup>.

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<sup>(15)</sup>. También se ha relacionado con la aparición de patología dermatológica, cefaleas, mialgias, trastornos sexuales<sup>(17)</sup>.

## 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<sup>(18)</sup>:

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.

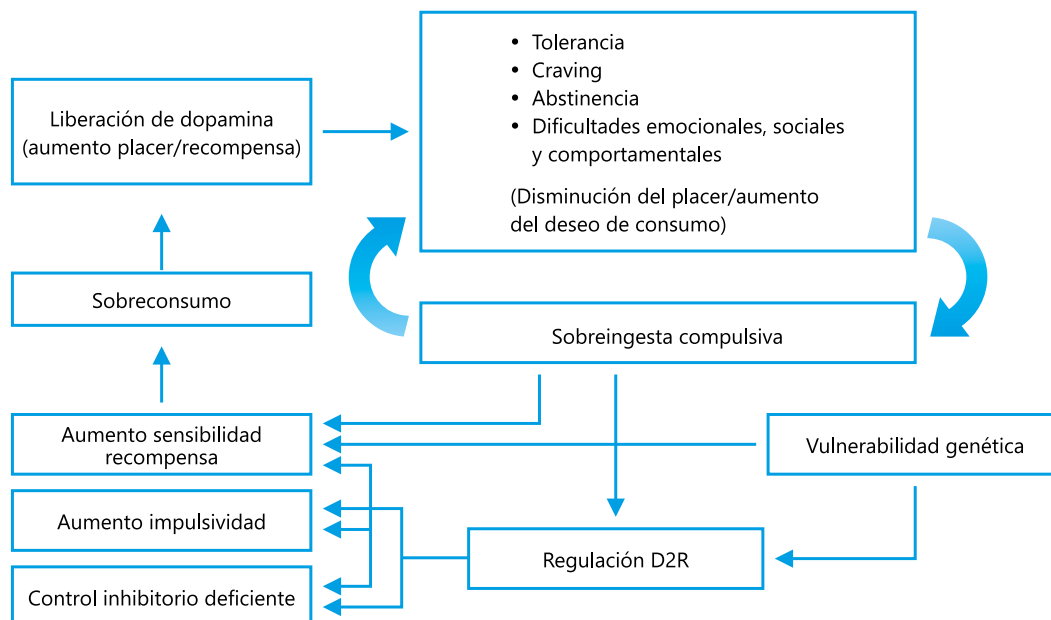
Síntomas como presentar una conducta compulsiva necesitando hacer inversiones a diario, invertir cantidades crecientes de dinero, mostrarse irritable al dejar de estar pendiente de los mercados, alteraciones del sueño, intentos infructuosos de controlar la dinámica sin éxito, pérdida de interés en otros *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

# Guía-protocolo de actuación ante adicciones sin sustancia en adolescentes

**L. Rodríguez Molinero**, Doctor en Medicina. Pediatra Acreditado en Medicina de la Adolescencia por la AEP.

**Fecha de recepción:** 09-07-2020

**Fecha de publicación:** 31-07-2020

Adolescere 2020; VIII (1): 54e1-54e5

## Resumen

Las sociedades industriales y del consumo se proponen organizarnos la vida. Solo tenemos que escoger, lo demás todo son facilidades. El ocio y tiempo libre es una etapa ideal para elegir nuestros deseos más placenteros. La trampa está en nuestro estilo de vida, nuestra formación moral y en la estructura de nuestro cerebro. El placer es nuestro refuerzo positivo más potente. Nos permite repetir lo que nos gusta, sin darnos cuenta que nos puede modificar el pensamiento y la conducta. Incluso nos puede ayudar a crear una adicción. Los adolescentes son la población más vulnerable por su inmadurez neurológica y moral. En esta guía se pretende ayudar a los profesionales que tratan a adolescentes cómo descubrir a los que se están iniciando en conductas problemáticas que pueden afectar a su desarrollo personal, laboral y familiar. Se hace hincapié en la importancia de mantener una relación afectiva que sea capaz de informar sobre los peligros de algunos hábitos e intentar modificar su conducta. Esta relación se consigue a través de la Historia Clínica, sin duda el arma más potente para cambiar formas de ser y estar de muchos adolescentes.

**Palabras clave:** *Adolescencia; Conductas adictivas; Ludopatía.*

## Abstract

Industrial and consumer societies aim to organize our lives. We simply have to choose; the rest is all easiness. Leisure and free time are an ideal setting to select our most pleasant wishes. The trap is in our lifestyle, our moral training and the structure of our brain. Pleasure is our most powerful positive reinforcement. It allows us to repeat what we like, without realizing that it can modify our thinking and behavior. It can even help us create an addiction. Adolescents are the most vulnerable population due to their neurological and moral immaturity. This guide aims to help professionals who treat adolescents in order to discover those who are initiating problematic behaviors that can affect their personal, work and family development. Maintaining an affective relationship, capable enough to inform about the dangers of some habits and to try to modify such behavior, is emphasized. This relationship is achieved through the medical history, which is, without a doubt, the most powerful instrument to modify the behavior of many adolescents.

**Key words:** *Adolescence; Addictive behaviors; Compulsive gambling.*

**El ser humano tiene tendencia a disfrutar de todo cuanto le rodea. Las sociedades industriales y de consumo bien lo saben, y utilizan el mercado y la industria de la publicidad para dar satisfacción a esa inclinación**

## Introducción

El ser humano tiene tendencia a disfrutar de todo cuanto le rodea. Las sociedades industriales y de consumo bien lo saben, y utilizan el mercado y la industria de la publicidad para dar satisfacción a esa inclinación. Los adolescentes son el objetivo diana más indefenso entre toda la población. Si tuviéramos que definir dos características de nuestros adolescentes, diríamos libertad y placer.

Ambos forman parte de los alicientes más potentes, hasta el extremo de que, según Javier Elzo, los símbolos definidores de la adolescencia son “el dinero, la fiesta, el condón y la moda” (La Voz de los adolescentes, Elzo, 2008).

En este número se han tratado algunas de las diferentes adicciones sin sustancia (ASS) que afectan a los adolescentes (quizás las más importantes y frecuentes). Existen otras muchas conductas problemáticas hedonistas capaces de crear adicción, porque nuestra sociedad nos ofrece cada día más posibilidades de disfrute, y nosotros somos cada vez más receptivos a ellas, de las que hacemos uso, abuso y adicciones.

La ludopatía es la única ASS que está contemplada en el DSM 5<sup>(1)</sup> y en la CIE 11. Las demás conductas problemáticas están pendientes de que estudios proporcionen evidencias suficientes como para ser catalogadas como patológicas. Los redactores del DSM5 en su sección III ya lo advierten, y dejan a investigaciones posteriores la posibilidad de nuevas categorías o dimensiones.

Ya se advierte en el editorial: no se trata de “patologizar” la vida, sino de ayudar a entender la relación del adolescente con su mundo, sobre todo cuando éste le hace ser esclavo de su dependencia, y perder oportunidades de desarrollo, progreso y realización personal. Los abusos, los malos usos, y no digamos las dependencias y adicciones hacen sufrir. Y cuando esto sucede, ocasiona alguna alteración que, o bien individualmente, o bien colectivamente, obliga a terceros a intervenir en beneficio de la salud-felicidad colectiva.

Se han descrito en este número de ADOLESCERE varias ASS (al juego, las nuevas tecnologías, las compras, el trabajo...). La sociedad nos apremia cada vez más para buscar aspectos preventivos. Si las adicciones son un problema de salud pública por su magnitud, su trascendencia y su fragilidad, nuestra actitud debe ser proactiva. Nos interesa adelantarnos a lo que pueda suceder.

En adicciones, la Historia Clínica (HC), es decir, la relación con el adolescente, es la mejor forma de prevención primaria. Pero también lo es en promoción y en educación para la salud. El diálogo del médico y el adolescente se constituye como una ocasión para detectar formas de pensar, de sentir y de actuar. Por tanto, los encuentros clínicos dirigidos y estructurados son la mejor forma de conocer los estilos de vida relacionados con las ASS<sup>(2,3,4,5)</sup>.

En la historia clínica (HC) se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico. La propia entrevista genera efectos curativos, porque crea un vínculo afectivo y emocional que genera sentimientos reconfortantes, estimulantes y positivos.

Aunque estemos en la era de la tecnología, la relación del médico y el paciente -médico-enfermo de Laín Entralgo, y que nosotros cambiamos por relación médico-adolescente (RMA)- es decisiva al abordar la detección precoz de ASS<sup>(6)</sup>. Es el momento de detectar el componente emocional del ser humano en situación de necesidad. Las respuestas a nuestras preguntas o las quejas que nos pueden aportar forman parte de la RMA.

Entre el contenido de la RMA aparecen datos neutros, pero también muchos que serán íntimos y secretos, que darán lugar a situaciones tensas, y que están relacionados con los afectos más privados de su alma. Aquí seguramente está la base de su ASS. En este momento, la entrevista adquiere su máxima importancia y valor terapéutico. La confidencialidad es la clave para descubrir cuáles son los dramas personales que hacen sufrir al adolescente. El profesional tiene que poner en práctica todas sus habilidades en plenitud. La entrevista se convierte en un conjunto de actitudes y técnicas, fruto de un aprendizaje autocrítico del profesional, de modo que el buen entrevistador no «nace», sino que se «hace».

La RMA está relacionada con los cambios biosociológicos y culturales, las modas, los ámbitos de trabajo, etc. *Society for Adolescent Medicine* recomienda que siempre se tengan en cuenta las siguientes cualidades: disponibilidad, visibilidad, calidad, confidencialidad, satisfacción, flexibilidad y coordinación. Y lo que se pretende es facilitar la capacitación y la comprensión de los problemas del adolescente, y responsabilizarle en su curación.

En ocasiones podemos pensar que los adolescentes no necesitan nada, que tienen de todo y de sobra, y que es nuestro paternalismo de adultos lo que nos induce a actuar de esa manera. Pues bien, esto no es así y la experiencia indica que en un 20% necesitan ayuda, orientación, estímulo y adaptación a una familia, un sistema y una sociedad compleja, no siempre justa y cada vez más sofisticada y exigente.

El respeto a la autonomía del adolescente es un principio elemental en la relación con él. Se trata de darle información y capacitación para que, sin hacerle perder su autonomía, tome responsablemente sus decisiones.

**La ludopatía es la única ASS que está contemplada en el DSM 5 y en la CIE 11. Las demás conductas problemáticas están pendientes de que estudios proporcionen evidencias suficientes como para ser catalogadas como patológicas**

**En la historia clínica se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico**

**Entre el contenido de la relación médico-adolescente aparecen datos neutros, pero también muchos que serán íntimos y secretos, que darán lugar a situaciones tensas, y que están relacionados con los afectos más privados de su alma**

**El respeto a la autonomía del adolescente es un principio elemental en la relación con él. Se trata de darle información y capacitación para que, sin hacerle perder su autonomía, tome responsablemente sus decisiones**

**Algunos adolescentes no son pacientes cómodos, y menos en el campo de las adicciones**

La confianza genera confidencialidad y ésta exige mantener la discreción y el secreto de lo que conocemos. Sin esto no habrá eficiencia clínica. El secreto médico es un derecho de los pacientes, y está contemplado en las leyes. Su transgresión puede ocasionar problemas con la Justicia.

Algunos adolescentes no son pacientes cómodos, y menos en el campo de las adicciones. Los profesionales lo sabemos, pero es precisamente en esa ocasión cuando se nos exigen todas las habilidades para conocer sus motivos, sobre todo motivos internos, que han sido los motores de sus actos.

**El pediatra, sobre todo el de Atención Primaria, es un profesional que vigila la salud del niño desde que nace. Conoce la familia, el estilo de crianza, las preocupaciones y el cumplimiento de las demandas en salud de los hijos**

## Prevención primaria en ASS

### ¿Qué hacer? ¿Cuándo preocuparse?

Todos los datos que obtenemos durante la RMA, constan en la HC. Es el documento donde constan los datos administrativos y clínicos más relevantes, y nos sirven para seguir la evolución, tanto por nosotros como por otros colegas, en caso de nuestra ausencia. Pero también es un instrumento de estudio e investigación. La HC debe ser custodiada para garantizar el secreto profesional y la confidencialidad. La HC es un documento oficial protegido por la ley.

El pediatra, sobre todo el de Atención Primaria, es un profesional que vigila la salud del niño desde que nace. Conoce la familia, el estilo de crianza, las preocupaciones y el cumplimiento de las demandas en salud de los hijos. El pediatra está en una situación privilegiada para observar los signos de alarma, aquellas situaciones proclives a ASS<sup>(7)</sup>: cuando existen alteraciones repetidas de las normas de convivencia familiar, cuando suceden riesgos añadidos con grave deterioro de la actividad escolar, cuando el adolescente se siente incapaz de prescindir de la conducta problema, o cuando pone en peligro el funcionamiento del núcleo familiar o social. Si a lo largo de un año el pediatra observara cualquiera de estos rasgos sería el momento de intervenir informando y orientando a los padres. Incluso podría aconsejar el pediatra una consulta con servicios especializados, si el problema no se pudiera atender desde nuestra consulta (ver Algoritmo). Por otro lado, hay rasgos definidos en los diferentes capítulos sobre la personalidad adictiva (impulsividad, timidez y déficit de habilidades sociales...), o estilos educativos familiares, tanto permisivos como sobreprotectores, o familias con comportamientos adictivos (alcoholismo, juego patológico, abuso de nuevas tecnologías...), o una dinámica familiar caracterizada por el individualismo y el solipsismo, donde la convivencia es fría, poco comunicativa, y cada uno "va a lo suyo".

**Las adicciones sin sustancia están muy ligadas al ocio y al tiempo libre. En cualquier entrevista clínica con adolescentes, tiene que haber un momento para interesarse por lo que sucede durante esta parte de su vida**

Las ASS están muy ligadas al ocio y al tiempo libre. En cualquier entrevista clínica con adolescentes, tiene que haber un momento para interesarse por lo que sucede durante esta parte de su vida. Es la ocasión para preguntar por el uso de las nuevas tecnologías de la imagen, los videojuegos o los juegos de apuestas, las compras, el dinero disponible, el deporte... así como otras obsesiones, compulsiones o hábitos.

**Entre las preguntas claves a realizar al adolescente están: ¿Cuál es el problema?, ¿quiénes son los que reconocen el problema?, ¿cómo afronta el problema el adolescente? y ¿cómo reacciona la familia, la escuela o la sociedad ante ese problema?**

En las conductas problemáticas adictivas, con frecuencia el adolescente no es consciente de su dependencia, o a las preguntas responde con la sensación subjetiva de no tener dependencia (...“yo controlo”, ...“lo dejo cuando quiera”, ...“esto no me puede”). En una palabra: suelen negar su problema, y por tanto no basta con aceptar la respuesta como cierta, ni siquiera las de los propios padres, que no suelen ser conscientes de la gravedad de la situación. Hay que ir mas allá y sopesar los testimonios indirectos, o de profesores y tutores.

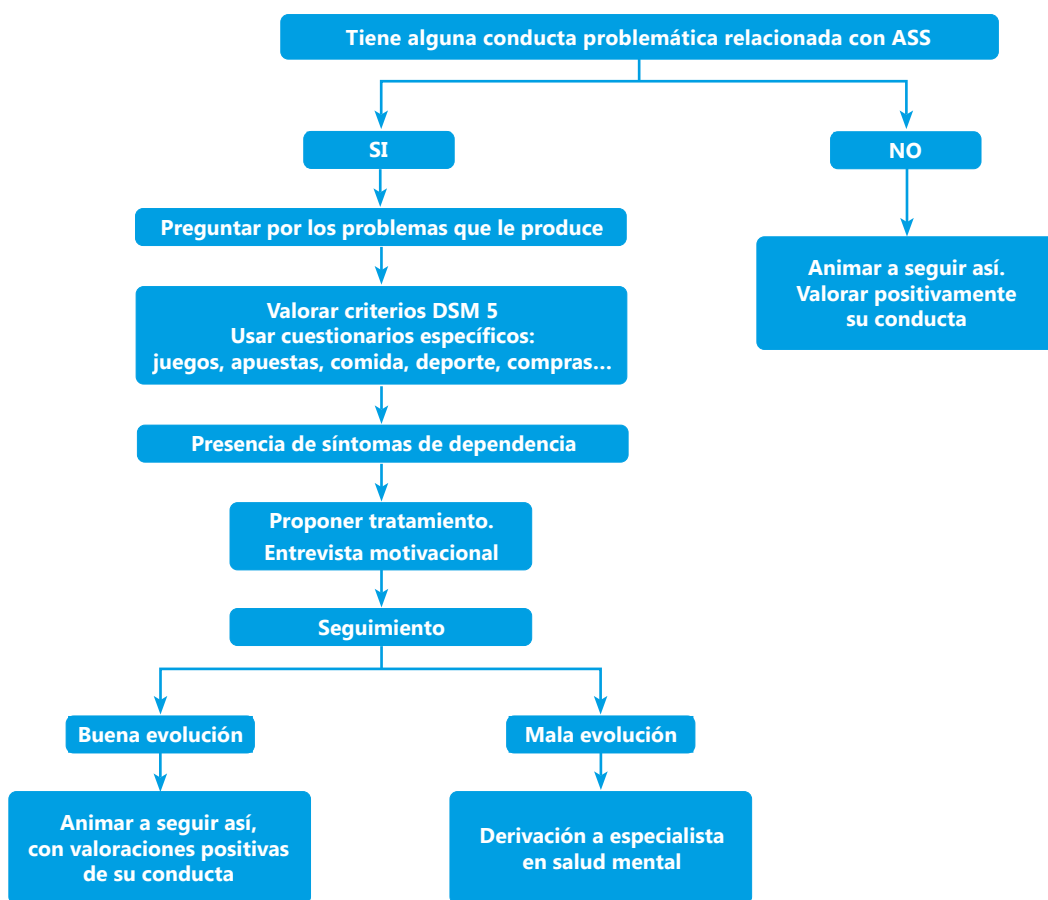
### Preguntas clave:

¿Cuál es el problema?, ¿quiénes son los que reconocen el problema?, ¿cómo afronta el problema el adolescente? y ¿cómo reacciona la familia, la escuela o la sociedad ante ese problema?

Cuando se sospechen ASS, se puede recurrir a cuestionarios validados que acentuarán y evaluarán psicométricamente los detalles de las conductas problemáticas. En este número de ADOLESCERE se detalla qué cuestionario utilizar en los diferentes temas relacionados con ASS (ver anexo I).

## Tablas y figuras

### Algoritmo de adicciones sin sustancia (ASS)



## Bibliografía

- 1.- Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Barcelona: Masson; 2014. p. 481-591.
- 2.- Rodríguez Molinero L. ¿Cómo atender al adolescente? ADOLESCERE. Volumen I. No 2. Mayo 2013. [En línea] Consultado el 25 de junio 2020. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol1num2-2013/15-21.pdf>.
- 3.- Rodríguez Molinero L. ADOLESCERE • Volumen IV • Enero-Febrero 2016 • No 1. [En línea] Consultado el 29 de junio 2020. Disponible en: [https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num1-2016/17\\_atencion\\_al\\_adolescente.pdf](https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num1-2016/17_atencion_al_adolescente.pdf).
- 4.- Rodríguez Molinero L. Habilidades en comunicación con adolescentes. FAPap. 2012. Vol 5, nº2. [En línea] Consultado el 26 de junio 2020. Disponible en: <https://fapap.es/articulo/199/habilidades-en-comunicacion-con-adolescentes>.
- 5.- Rodríguez Molinero L. y Montalvo Jääskeläinen F. La atención al adolescente y los aspectos legales. [En línea] Consultado el 26 de junio 2020. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-la-atencion-al-adolescente-los-S1696281814701854>.
- 6.- Laín Entralgo P. La relación Médico-Enfermo. Revista de Occidente. 1964. [En línea] Consultado el 25 de junio 2020. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/>.
- 7.- López Sánchez F. Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. ADOLESCERE • Volumen III • Mayo 2015 • No 2.



## Anexo I. Cuestionarios de evaluación de conductas problemáticas

Conducta problemática	Tipo de Cuestionario	Referencia
Internet y videojuegos	EUPI a	Rial A, Gómez P, Isorna M, Araujo M, Varela J. PIUS-a: <i>problematic internet use in adolescents. Development and psychometric validation</i> . Adicciones, 2015. 27 (1): 47-63.
	Test IAT Kimberly Young	Test de adicción a Internet (IAT) <a href="https://equipojeremias.files.wordpress.com/2015/05/test-adicci-c3b3n-a-internet-iat.pdf">https://equipojeremias.files.wordpress.com/2015/05/test-adicci-c3b3n-a-internet-iat.pdf</a> .
	IGDS9 SF	Beranuy M, Machimbarrena JM, Vega-Osés MA, Carbonell X, Griffiths MD, Pontes HM, González-Cabrera J. <i>Spanish validation of the Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF): prevalence (Kimberly Young) and relationship with online gambling and quality of life</i> . Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020. 17, 1562. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph17051562">https://doi.org/10.3390/ijerph17051562</a> .
Juego patológico	South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents (SOGS-RA)	Becoña E. <i>Pathological gambling in Spanish children and adolescents: an emerging problem</i> . Psychol Rep. 1997. [En línea] Consultado el 8 de junio 2020; 81: 275-287. Disponible en: <a href="https://europepmc.org/article/med/9293217">https://europepmc.org/article/med/9293217</a> .
	Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI)	Jiménez-Murcia S, Granero R, Stinchfield R, Tremblay J, del Pino-Gutiérrez A, Moragas L, et al. <i>A Spanish Validation of the Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI)</i> . Front Psychol [En línea]. 7 de febrero de 2017. Consultado el 8 de junio 2020; 8.
	Game Addiction Scale for Adolescents (GASA)	Lloret D, Morell R, Marzo JC, Tirado S. Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). Atención Primaria [En línea]. Junio de 2018. Consultado el 20 de mayo de 2020; 50(6): 350-8. Disponible en: <a href="https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656716303948">https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656716303948</a> .
Compra	Cuestionario de compra compulsiva, de la Gandara 1996	de la Gándara Martín JJ, de Dios Franco A, Cerezo Rodríguez P, Redondo Martínez AL. <i>Shopping disorder and the abnormal use of attire</i> . Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1990;18(4):258-65.
	Compulsive Buying Scale 1992	Faber RJ, O'Guinn TC. <i>A Clinical Screener for Compulsive Buying</i> [Internet]. Vol. 19, <i>Journal of Consumer Research</i> . Oxford University Press; [cited 2020 May 11]. p. 459-69. Available from: <a href="https://www.jstor.org/stable/2489402">https://www.jstor.org/stable/2489402</a> .
	Online Shopping Addiction Scale (OSA) 2017	Zhao H, Tian W, Xin T. <i>The development and validation of the online shopping addiction scale</i> . Front Psychol. 2017 May 16;8(MAY).
Comida	Yale Food Addiction Scale for Children	Santos M, Cadieux A, Ward WL. <i>Assessing Pediatric Food Addiction: Tools for the Clinician</i> . Clin Pediatr (Phila). 1 de enero de 2018;57(1):103-5.
Ejercicio Físico	Cuestionario de Ejercicio Obligatorio (OEQ)	Márquez S. La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. Nutr Hosp. 1 de junio de 2015;(6):2384-91fa.
	Cuestionario de Dependencia del Ejercicio (EDQ)	Ogden J, Veale D, Summers Z. <i>The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire</i> . Addict Res 1997; 5: 343-356.
	Escala de Dependencia del Ejercicio (EDS)	Hausenblas HA, Downs DS. <i>How much is too much? The development and validation of the Exercise Addiction scale</i> . Psychol Health 2002; 17: 387-404.
	Inventario de Adicción al Ejercicio (EAI)	Simón-Grima J, Estrada-Marcen N, Montero Marin J. Adicción al ejercicio medida a través del <i>Exercise Addiction Inventory (EAI)</i> y salud en deportistas habituales. Una revisión sistemática y meta-análisis Adicciones vol 31, nº 3. 2019.
Estudio-Trabajo	Work Addiction Risk Test (WART) (Robinson, 1996)	Griffiths M, Demetrovics Z., Aroszko P. <i>Ten myths about work addiction</i> . J. Behav. Adicc. Febrero 2018. 7(4).pp 845-857.

# Adolescente con problemas de comportamiento, alteración del rendimiento escolar y del sueño

**M.I. Hidalgo Vicario<sup>(1)</sup>, G. Pin Arboledas<sup>(2)</sup>.** <sup>(1)</sup>M.I. Hidalgo Vicario. Pediatra. Doctora en medicina. Acreditada en Medicina de la adolescencia. Centro de Salud Barrio del Pilar. Dirección Asistencial Norte. Madrid. <sup>(2)</sup>G. Pin Arboledas. Pediatra. Especialista en Medicina del sueño. Unidad de Pediatría Integral Q Valencia y Unidad Valenciana del Sueño. Hospital Quirón Valencia.

**Fecha de recepción:** 21-06-2020

**Fecha de publicación:** 31-07-2020

Adolescere 2020; VIII (2): 55-67

## Resumen

Se presenta el caso clínico de una adolescente de 13 años con una historia de dos años de evolución que consiste en alteración progresiva del rendimiento escolar, problemas con el sueño, mala relación con sus padres, pocos amigos, aislamiento social, sedentarismo, uso de tecnologías y alteración del comportamiento. Se realiza el diagnóstico diferencial con un trastorno del sueño y otros cuadros que pudieran dar lugar a confusión así como el tratamiento a seguir.

**Palabras clave:** *Fracaso escolar; Sueño; Aislamiento social; Comportamiento; Tecnologías.*

## Abstract

The clinical case of a 13-year-old adolescent with a two-year history of progressive disruption of school performance, sleep problems, poor relationship with her parents, scarcity of friends, social isolation, sedentary lifestyle, use of technology and behavior alteration is presented. The differential diagnosis is made with sleep disorders and other entities that could lead to confusion, as well as the treatment to follow.

**Key words:** *School failure; Sleep; Social isolation; Behavior; Technologies.*

## Motivo de consulta

Adolescente mujer de 13 años que acude a consulta con sus padres. Estos refieren que en los últimos dos años presenta problemas del comportamiento que han ido aumentando progresivamente. En la familia manifiesta mucha agresividad con los padres, sobre todo con la madre tanto de forma verbal como física. También presenta disminución del rendimiento escolar en los dos últimos años y alteración del sueño.

## Antecedentes familiares

No enfermedades familiares. No antecedentes de problemas relacionados con el sueño, problemas mentales. Ni otros problemas de interés.

## Antecedentes personales

Es hija única. Embarazo normal, parto a término sin problemas. Lactancia artificial desde el inicio. Los padres comentan que desde siempre fue mala comedora y muy llorona (lloraba para dormir, lloraba para todo...). Escoliosis controlada por traumatología pendiente de posible corrección quirúrgica.

Portadora de corsé que no se lo pone. No intervenciones quirúrgicas. No otras enfermedades. Calendario vacunal al día.

**En el colegio** presentó un rendimiento escolar adecuado hasta finalizar primaria hace dos años. Cambio de centro escolar hace 2 años de un colegio privado inglés, a un centro concertado para hacer ESO – actualmente está en 2º ESO-. Ella no quería cambiarse y no le gusta el nuevo colegio. El motivo del cambio fueron los problemas económicos familiares. La niña les echa la culpa a sus padres y está muy enfadada con ellos. El rendimiento actualmente es malo, ha suspendido cuatro asignaturas. Los profesores dicen que podría hacer mucho más si quisiera.

**Actividades y relaciones.** En cuanto a la socialización, es una niña introvertida, poco cariñosa, le cuesta hacer amigas, mentirosa desde siempre, no sale con amigos. Actividades deportivas, hacía natación hasta hace 1 año que lo dejó. Entre sus aficiones está el uso de Internet (“videos *youtubers*”, *Facebook*, *Instagram*...). Se pasa de 4 a 6 horas frente al ordenador de forma diaria, tiene también móvil propio con *WhatsApp*. La madre refiere que cuando se la llama para cenar, cuando se le dice que apague el ordenador o cuando se le indica que se acueste ...“se vuelve como loca” se pone agresiva, grita, insulta y da golpes a las puertas.

**Alimentación y Ejercicio:** Mal comedora desde siempre, come muy poca verdura y fruta y últimamente come aún menos que antes. No realiza ningún deporte y no le gusta salir.

**Sueño:** Se duerme a las 11:30 – 12 de la noche como muy pronto, se levanta a las 7.00. Los fines de semana duerme hasta las 12 del mediodía sino se la levanta. Los días escolares le cuesta mucho levantarse para ir al colegio, lo hace enfadada y gritando en ocasiones. Presenta somnolencia en clase.

## Entrevista a solas con la paciente

Al inicio se le explica la confidencialidad en la relación médico-paciente. La chica habla bien en la consulta, colabora con normalidad y se aborda su relación en casa, colegio y con los amigos, cómo se ve ella, también se habla de las drogas, la sexualidad, las tecnologías y problemas que le puedan preocupar. Refiere que le cuesta dormirse por las noches: “no quiere dormirse” y tiene mucho sueño por la mañana. No se aprecia clínica de depresión, acoso u otros problemas.

## Exploración física

Peso: 41 kg (P 25) Talla: 155 cm (P25-50) IMC: 17 (P25) TA: 100/60. Presenta buen estado general, buena coloración e hidratación. No parece deprimida ni con ansiedad. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando depresible sin masas ni visceromegalias, tiroides normal, neurológico normal, Tanner: 2-3 (no menarquia), resto sin interés.

## En resumen, tenemos:

- Posible trastorno del sueño: No puede dormirse o “no quiere”. Dificultad para levantarse por las mañanas. Somnolencia diurna y alteración del rendimiento escolar.
- Sedentarismo. Malos hábitos dietéticos.

### ¿Qué podemos hacer para orientar el diagnóstico?

Se debe estudiar el posible trastorno del sueño y también se puede realizar una analítica ya que quizás tenga algún déficit nutricional u hormonal como el déficit de hierro o una alteración tiroidea debido a que, aunque no ha tenido la regla todavía, come muy mal y está muy irritable y agresiva.

## Exámenes complementarios

Analítica completa incluyendo metabolismo del hierro y hormonas tiroideas normales.

## Estudio del problema del sueño

Se dispone de percentiles del sueño, agenda de sueño y cuestionarios que nos van a ayudar a orientar ante un paciente que tiene problemas de sueño. Todos ellos están disponibles y en abierto en la página web de la SEMA: <http://www.adolescenciasema.org/articulos-para-profesionales-por-categorias/articulos-para-profesionales-sueno/>

- **Los percentiles del sueño** están disponibles igual que para el peso y talla, TA... No existe una cantidad de sueño exacta, sino que las necesidades dependen de cada paciente y también de la edad y por ello los percentiles nos permiten conocer si la duración del sueño se encuentra dentro de los límites considerados como normales para la mayoría de los niños y adolescentes. En nuestro paciente sus 7 horas de sueño están por debajo del P2 y su P50 estaría en 9 horas.
- **La agenda de sueño** es la herramienta fundamental ante la sospecha de un problema o trastorno con el sueño. Nos permite conocer los horarios de sueño y vigilia durante las 24h del día que se registra en la agenda (Figura 1). Es un método muy sencillo para utilizar tanto en Atención Primaria como a nivel hospitalario. Presenta una adecuada correlación con la Actigrafía (método objetivo de medición de sueño). Debe realizarse durante -15 días- dos semanas completas incluyendo los fines de semanas para tener datos fiables. Debe ser libre, es decir, que el paciente marque el ritmo diario, de manera que el día empieza cuando el paciente se levante, así conoceremos su ritmo circadiano. Se aconseja realizarlo en periodo vacacional, o si el problema es importante y está afectando al rendimiento escolar, habría que hablar con los profesores sobre la necesidad de realizar el estudio.

Aporta datos: Latencia para dormirse (tiempo que se tarda en iniciar el sueño), horas de sueño, despertares nocturnos, rutinas en la hora de acostarse/levantarse y valoración subjetiva de la calidad de la noche. Además de diagnóstica puede ser terapéutica, así los padres y el mismo joven pueden darse cuenta de los errores que están realizando. Existe otra agenda para mayores de 5 años donde se valora además del sueño, el uso de TICs, actividad física y su relación con el sueño.

En la agenda de sueño de la paciente se observaba que la costaba ir a dormir, se acostaba tarde a partir de 11,30-12.00 y enfadada. Se despertaba a veces durante la noche 2-3 veces y entre semana dormía 7 horas escasas. Durante la semana se levantaba con mucho sueño para ir al colegio. Los fines de semana dormía hasta las 12.00 si se la dejaba para recuperar la pérdida de sueño.

- **Los cuestionarios o escalas, nos pueden ayudar a descartar trastornos del sueño.** Según la GPC del sueño española (Figura 2), en los menores de 2 años y medio se usa el cuestionario BISQ, y en los mayores, entre 2 hasta 18 años el BEARS que es un cuestionario de cribado (Tabla I) (B: *Bed time issues*, E: *excessive daytime sleepiness*; A: *night awakenings*; R *regularity and duration of sleep*, S *snoring*). Hay 3 versiones según la edad, de 2-5; de 6-12 y de 13-18 años; con preguntas dirigidas a niños y padres. Si alguna de las preguntas es positiva se debe realizar un cuestionario más amplio y detallado que oriente hacia el posible problema del sueño, se trata del cuestionario de SDSC-BRUNI y según nos oriente este hay otros cuestionarios más específicos de SPI, SAHS, insomnio, entre otros.

A nuestra paciente de 13 años le pasamos el **Test BEARS** y se observaba: problemas para acostarse: sí / somnolencia diurna excesiva: alguna vez / despertares durante la noche: sí / regularidad y duración del sueño: dormía menos entre semana (7h como máximo) / ronquidos: no.

Ante las respuestas positivas del BEARS, se pasó el **Test SDSC -BRUNI** (Tabla II). Puntuación total obtenida en nuestra paciente era de 52. El límite de la normalidad es de 39. Eran positivas las preguntas de inicio y mantenimiento del sueño 1, 2, 3, 4, 5, 10 y 11, y también algunas preguntas de somnolencia excesiva por el día, preguntas 22, 23 y 25 con dificultad para levantarse por la mañana.

#### Entre las siguientes opciones ¿cuál podría ser el diagnóstico?

- Síndrome de retraso de fase (SRF).** No impresiona ya que no es que nuestra paciente no pueda iniciar el sueño, sino que lo que parece es que **no quiere irse a dormir**. En el retraso de fase, además, una vez que cogen el sueño no se despiertan durante toda la noche a diferencia de nuestra paciente, que si se despertaba.
- Síndrome de piernas inquietas (SPI).** Estos pacientes también tienen problemas para iniciar el sueño, pero es debido a las molestias que sienten en las piernas y en el cuerpo... y le faltaba toda la clínica del SPI.
- Síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS).** A nuestra paciente le falta la clínica de obstrucción de vías respiratorias altas durante la noche, así como el examen físico que es normal.
- Insomnio.** Nuestra paciente cumple los criterios de insomnio crónico (Tabla III).

La Academia Americana del Sueño (ICSD-2) define el insomnio como «Dificultad mantenida, a pesar de la oportunidad de dormir y en función de la edad, para iniciar o mantener el sueño o su calidad, que provoca alteraciones funcionales en el niño y/o familia».

No existe una cantidad de sueño exacta, sino que las necesidades dependen de cada paciente y también de la edad y por ello los percentiles nos permiten conocer si la duración del sueño se encuentra dentro de los límites considerados normales

La agenda de sueño es la herramienta fundamental ante la sospecha de un problema o trastorno con el sueño. Nos permite conocer los horarios de sueño y vigilia durante las 24h del día que se registra

Los cuestionarios o escalas nos ayudan a descartar trastornos del sueño

## Caso clínico

Adolescente con problemas de comportamiento, alteración del rendimiento escolar y del sueño

Ante la presencia de insomnio, se deben descartar problemas primarios del sueño, y causas médicas, psiquiátricas, ambientales o uso de determinados fármacos

Su frecuencia es del 27% entre los 5-12 años y del 38% en adolescentes. Hay una mayor utilización del sistema sanitario. Los factores condicionantes pueden ser de diversos tipos: circadiano: melatonina y la luz. Homeostático: a mayor vigilia mayor facilidad para dormir. Ambiental: luz, sonido, tecnologías de la información y comunicación. Educativo en los hábitos de sueño. Neuroendocrino: cortisol.

Ante la presencia de un insomnio, siempre se deben descartar posibles causas como:

- Causas primarias de trastornos del sueño: SAHS, SPI, SRF...
- Causas médicas: dolor, reflujo, atopia, asma...
- Causas psiquiátricas: TDAH, TEA, ansiedad, depresión...
- Fármacos y factores ambientales: ruido, luz, uso aparatos electrónicos...

La consecuencia de un déficit crónico de sueño conlleva muchos problemas para el paciente: desde accidentes de tráfico y de todo tipo, somnolencia diurna patológica, hiperactividad, falta de atención, fracaso escolar, alteración del comportamiento, ansiedad, depresión, alteraciones en la esfera endocrina como obesidad o diabetes, hipertensión, aumento del riesgo cardiovascular y alteraciones inmuno-lógicas, así como estrés personal y familiar entre otras.

Nuestra paciente cumple con somnolencia diurna, fracaso escolar, alteración del comportamiento y problemas para dormir, pero si nos fijamos en la historia no le cuesta iniciar el sueño, sino que *no quiere ir a dormir* que es diferente. Aparte de lo que hemos comentado y entre las posibles causas del insomnio, ¿hay algo más que nos llame la atención en la historia clínica? Vemos que “se vuelve loca” cuando le mandan que cierre el ordenador, que se vaya a la cama, a cenar etc., que está muchas horas con Internet y con el móvil... **¿podría tener una adicción a Internet?**

## Adicción a Internet

Para valorar una posible adicción a Internet tenemos el **Test de Adicción a Internet (IAT)** (Kimberly Young) (Tabla IV), validado en Inglaterra, Italia y Francia. Mide el alcance, el grado de interacción del sujeto con el ordenador y clasifica el comportamiento adictivo en deterioro o incapacidad. Valoración: Rango normal 0-30 puntos / Leve 31-49/ Moderado 50-79/ Grave 80-100. El resultado de nuestra paciente era de **84, lo que significa una adicción grave.**

Internet conlleva muchos beneficios pero también muchos problemas

**Internet tiene muchos beneficios, pero también conlleva muchos problemas.** Entre los beneficios están el aumento de los conocimientos, la información, la creatividad... pero conlleva muchos riesgos tanto físicos (tensión ocular, S. del túnel carpiano, rizartrrosis, vibración fantasma...) como psicológicos y sociales. Entre ellos destacan: aislamiento social, disminución de las relaciones interfamiliares, fracaso escolar, adicción, problemas de conducta, agresividad e irritabilidad, ansiedad, sedentarismo que conduce al sobrepeso - obesidad, uso inadecuado de las redes sociales: ciberacoso, *grooming*, *sexting* y problemas de sueño con mala calidad y cantidad del mismo.

Se puede definir la adicción a TICs como la pérdida del control de esas conductas placenteras que genera una dependencia de ellas cada vez mayor, con una interferencia grave en la vida académica, familiar y social de los usuarios

La adicción a Internet conlleva una dependencia como en el caso de las drogas (DSM-IV-TR) aunque sin sustancia, ya que se acompaña de: Tolerancia (cada vez necesita conectarse más tiempo). Abstinencia (malestar cuando se interrumpe la conexión, o está tiempo sin conectarse). Usar Internet más de lo que se pretendía inicialmente. No poder dejar de usarlo. Emplear excesivo tiempo produciendo interferencia con las actividades cotidianas: amigos, familia, disminución rendimiento escolar, abandono de otros ocios... Seguir usándolo a pesar de saber que es perjudicial...

Aunque no existe una definición consensuada para las ciberadicciones, **se puede definir la adicción a las TICs** (uso de ordenador, videoconsola, móvil, y otros dispositivos electrónicos) como la pérdida de control de esas conductas placenteras que genera una dependencia de ellas cada vez mayor, con una interferencia grave en la vida académica, familiar y social de los usuarios. La novedad de este fenómeno hace que aún no aparezca como diagnóstico en los Manuales de Clasificación de Trastornos mentales (DSM-5) y que no haya muchos estudios publicados sobre su tratamiento.

## Epidemiología

Según los datos del INE español de 2016, el porcentaje de menores entre 10-15 años que utilizan ordenador, Internet y teléfono móvil son muy elevados: Uso de ordenador entre los 10-15 años es universal del 95,1%, Internet el 93,6% y uso del teléfono móvil del 65%. Los datos van lógicamente aumentando con la edad y en el uso de móvil había una diferencia de 5 puntos entre mujeres y varones a favor de las primeras. Los chicos buscan fundamentalmente el ocio lúdico mientras que las chicas el ocio comunicativo. Es también una práctica mayoritaria en los menores de 10 años (que sabemos que

en muchas ocasiones cogen el móvil de los padres). En otro estudio realizado en 2013 por Protégeles (ONG española) en colaboración con otros países de la Unión Europea, indicaban que el 21,3% de los adolescentes españoles estaban en riesgo de desarrollar una adicción a Internet por el tiempo que lo dedican, frente al 12,7% del resto de los adolescentes europeos.

Nuestros niños y adolescentes son **nativos digitales**. Desde que nacen y durante su desarrollo están en contacto con aparatos electrónicos. Por primera vez en la historia, no son los padres los que transmiten conocimientos a sus hijos, sino que es al revés -los hijos enseñan a los padres-. Según datos del INE 2016, las cifras de los menores usuarios del móvil varían desde los 10 años un 25,4% hasta el 93,8% a los 15 años. En la Tabla V se puede observar la progresión de las actividades en Internet de los niños y adolescentes.

## Etiopatogenia

Es compleja y multifactorial. Influyen factores de riesgo individuales de la personalidad y vulnerabilidad emocional; familiares con estilos educativos autoritarios; y sociales como aislamiento social o abuso de las TICs. También están los factores de protección que son los contrarios de los anteriores, e incluyen tener buenas habilidades sociales y buena relación familiar con establecimiento de normas y límites.

Existen factores genéticos que ponen de manifiesto la base neurobiológica compartida con otras adicciones, e implican el circuito de recompensa dopaminérgico que incluye el núcleo *accumbens* y el hipocampo. El mismo modelo explicativo de adicción a sustancias se extiende a la adicción a ciertas conductas. La gratificación recibida al ejecutar las conductas activa el circuito de recompensa. Se ha observado que durante la ejecución de este tipo de tareas hay una mayor actividad en las áreas cerebrales dopaminérgicas. Hay algunos estudios sobre los cambios cerebrales estructurales en personas adictas a Internet y videojuegos que no son concluyentes.

## Clínica y diagnóstico

Se considera que un adolescente es adicto cuando el uso de las TICs pasa de ser una actividad agradable y controlada inicialmente por reforzadores positivos (aspecto placentero) a ser controlada por reforzadores negativos (alivio de la tensión emocional). El uso de Internet, por ejemplo, ya no se hace por utilidad o placer, sino buscando alivio de un malestar emocional (aburrimiento, soledad, ansiedad...). Para hacer el diagnóstico debe haber una interferencia negativa en la vida del niño que se manifiesta en el abandono o merma en sus estudios, no salir con los amigos y aislarse en su habitación. El síndrome de abstinencia se manifiesta como malestar (disforia), insomnio, irritabilidad o inquietud psicomotriz cuando no se pueden conectar. La dependencia lleva consigo la necesidad de pasar cada vez más horas conectado para sentirse tranquilo.

En la práctica clínica es infrecuente que los adolescentes reconozcan que tienen este problema, considerando completamente normal el tiempo que le dedican. Presentan habitualmente trastornos del sueño, ya que se conectan por la noche aprovechando el descanso de los padres y la falta de control, lo que conlleva dormirse por la mañana, llegar tarde a clase y, en casos graves, un absentismo escolar total. En las adicciones severas, los pacientes se niegan a salir de su habitación, reaccionando con agresividad cuando se les obliga a realizar alguna actividad social. También hay efectos sobre la salud, ya que adquieren hábitos sedentarios y no tienen una alimentación saludable.

El diagnóstico se puede hacer como hemos visto por el Test de Adicción a Internet (IAT) (*Kimberly Young*). También hay otros cuestionarios como la EUPI-a y la IGDS9-SF. La EUPI-a ha sido validada en población adolescente española. Se puede ver en el capítulo de esta monografía: Adicción a nuevas tecnologías (página 10). Se han descrito dos tipos de adicción: la adicción generalizada a Internet (uso patológico) y la específica a aplicaciones concretas (pornografía o apuestas). En el segundo caso la gravedad es mayor.

El motivo por el que las familias traen a sus hijos a nuestras consultas, es por las consecuencias de esa adicción. En la Tabla VI se pueden ver la señales de alarma de la adicción a las nuevas tecnologías. Es importante buscar si hay otra adicción asociada a otra conducta (videojuegos, apuestas *online*, ludopatía), a sustancias químicas (tabaco, *cannabis*) y valorar si hay ansiedad o depresión.

## Diagnóstico final

**Trastorno disruptivo emocional (enfadada con los padres por el cambio del colegio...) + adicción a las tecnologías + insomnio crónico + trastorno de la conducta.**

Por primera vez en la historia, no son los padres los que transmiten conocimientos a sus hijos, sino que es al revés, los hijos enseñan a los padres (nativos digitales)

Se considera que un adolescente es adicto cuando el uso de las TICs pasa de ser una actividad agradable y controlada inicialmente por reforzadores positivos (aspecto placentero) a ser controlada por reforzadores negativos (alivio de la tensión emocional)

El diagnóstico se puede hacer como hemos visto por el Test de Adicción a Internet (IAT) (*Kimberly Young*). También hay otros cuestionarios como la EUPI-a y la IGDS9-SF

# Tratamiento

## 1.-De la parte emocional y conductual

El tratamiento de esta paciente consistió en psicoterapia cognitivo-conductual, farmacológico, pautas a los padres y al colegio, así como tratamiento del problema del sueño

**Psicoterapia cognitivo-conductual.** Se derivó a salud mental para ayuda y tratamiento de su adicción, y sigue la evolución positivamente con el apoyo psicológico. También requirió ayuda para gestionar el tiempo. Reconocer los beneficios y los riesgos. Identificar los desencadenantes y el uso excesivo. Manejar las emociones (impulsividad) y enseñar habilidades de comunicación y afrontamiento. Además de fomentar el interés en otras actividades, limitar el tiempo de uso...

El objetivo del tratamiento no es la abstinencia total sino promover un uso adaptativo, disminuir su malestar y sintomatología mejorando su funcionamiento personal.

**Además de la psicoterapia, se añadió tratamiento con fármaco:** Risperdal (Risperidona) 1ml cada 12h para la alteración del comportamiento.

**También es importante dar pautas a los padres para:** "Negociar" el horario de conexión a Internet y el uso del móvil diario, reduciendo de forma progresiva el mismo. Evitar confrontaciones pero establecer *normas de uso*. Reforzar los comportamientos positivos. Dar ejemplo con el uso de la tecnología. Colaboración de los educadores.

La luz blanca y azulada inhibe la secreción de melatonina, la hormona del sueño. Los protectores de la luz azul de los dispositivos tecnológicos, nos cambian la temperatura de la luz de nuestra pantalla (Tª similar a la luz del día) para así no repercutir sobre nuestro sueño

## 2.-Del problema de sueño

Se establecieron, como siempre que tengamos que tratar un problema del sueño, las pautas de higiene (Tabla VII). También protectores de la "luz azul" de los dispositivos tecnológicos: *Twilight* (Android), *f.lux* (Windows y Mac) y el uso de melatonina gotas al inicio para ayudarla con el insomnio. La melatonina en este caso se administró media-una hora antes de acostarse. Igualmente, pautas de ejercicio y alimentación.

La luz blanca y azulada inhibe la secreción de melatonina la hormona del sueño. En nuestros ojos tenemos unos fotoreceptores –Melanopsina-. Se encarga de detectar la luz azul con longitudes de onda que rondan los 460-480 nanómetros. Si este fotoreceptor recibe esta luz, cancela la producción de melatonina, causante de que nos entren ganas de dormir y regular así nuestros ciclos de sueño.

Los protectores de la luz azul de los dispositivos nos cambian la temperatura de la luz de nuestra pantalla (Tª similar a la luz del día) para así no repercutir sobre nuestro sueño. Gracias al filtro rojo que nos ofrecen nos ayudará a no forzar excesivamente nuestros ojos y a evitar posibles dolores oculares tras un largo tiempo de uso.

## Evolución y prevención

La paciente ha seguido muy buena evolución con el tratamiento comentado, y la colaboración de los padres y el colegio, mejorando los aspectos emocionales, conductuales, el rendimiento escolar, así como el sueño. Actualmente sigue el control por psicología.

Este caso clínico nos enseña como el pediatra debe, tanto en los controles periódicos de salud como de forma oportunista, hacer prevención en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TICs) e identificar las señales de alarma (Tabla VI). Es preciso también la colaboración de las familias, educadores y la industria (eliminando los elementos de los juegos con mayor poder adictivo) para la prevención.

La prevención primaria consiste en preguntar en la consulta por el uso de las TICs. Dar pautas a los padres para que conozcan las TICs, sus peligros, y que den normas de uso y supervisión a sus hijos explicándoles los riesgos (Tabla VIII). Educar al menor sobre los riesgos, cómo deben preservar su intimidad, respetar a los otros, y comunicar los insultos y amenazas. La prevención secundaria incluye la detección precoz de los problemas. La prevención terciaria aborda el tratamiento multidisciplinar coordinado.

El pediatra debe, tanto en los controles periódicos de salud como de forma oportunista, hacer prevención en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación e identificar las señales de alarma

## Tablas y figuras

Tabla I. Test de BEARS

	2-5 años	6-12 años	13-18 años
<b>1. Problemas para acostarse</b>	— ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido?	— ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de acostarse? (P) — ¿Tienes algún problema a la hora de acostarte? (N)	— ¿Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte? (N)
<b>2. Excesiva somnolencia diurna</b>	— ¿Su hijo parece cansado o somnoliento durante el día? — ¿Todavía duerme siestas?	— ¿A su hijo le cuesta despertarse por las mañanas, parece somnoliento durante el día o duerme siestas? (P) — ¿Te sientes muy cansado? (N)	— ¿Tienes mucho sueño durante el día, en el colegio, mientras conduces? (N)
<b>3. Despertares durante la noche</b>	— ¿Su hijo se despierta mucho durante la noche?	— ¿Su hijo parece que se despierte mucho durante la noche? - ¿Sonnambulismo o pesadillas? (P) — ¿Te despiertas mucho por la noche? (N) — ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)	— ¿Te despiertas mucho por la noche? — ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)
<b>4. Regularidad y duración del sueño</b>	— ¿Su hijo se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora? — ¿A qué hora?	— ¿A qué hora se va su hijo a la cama y se despierta los días que hay colegio? — ¿Y los fines de semana? — ¿Ud. piensa que duerme lo suficiente? (P)	— ¿A qué hora te vas a la cama los días que hay colegio? — ¿Y los fines de semana? — ¿Cuánto tiempo duermes habitualmente? (N)
<b>5. Ronquidos</b>	— ¿Su hijo ronca mucho por las noches o tiene dificultad para respirar?	— ¿Su hijo ronca fuerte por las noches o tiene dificultad para respirar? (P)	— ¿Su hijo ronca fuerte por las noches? (P)

**B** = Problemas para acostarse (*bedtime problems*).

**E** = Excesiva somnolencia diurna (*excessive daytime sleepiness*).

**A** = Despertares durante la noche (*awakenings during the night*).

**R** = Regularidad y duración del sueño (*regularity and duration of sleep*).

**S** = Ronquidos (*snoring*).

(P) preguntas dirigidas a los padres (N) preguntar directamente al niño/adolescente.

Referencias: *Sleep Medicine* 2005, (6):63-69).



## Caso clínico

Adolescente con problemas de comportamiento, alteración del rendimiento escolar y del sueño

# Tabla II. Cuestionario SDSC (*Sleep Disturbance Scale for Children*) de Bruni

Escala de alteraciones del sueño en la infancia de BRUNI					
1. ¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?	1	2	3	4	5
	9-11 h	8-9 h	7-8 h	5-7 h	<5 h
2. ¿Cuánto tarda en dormirse? (minutos)	1	2	3	4	5
	<15 m	15-30 m	30-45 m	45-60 m	>60 m
En las siguientes respuestas valore de esta forma:					
1 = nunca 2 = ocasionalmente (1-2 veces al mes)					
3 = algunas veces (1-2 por semana)					
4 = a menudo (3-5 veces/semana) 5 = siempre (diariamente)					
3.	Se va a la cama de mal humor				
4.	Tiene dificultad para coger el sueño por la noche				
5.	Parece ansioso o miedoso cuando "cae" dormido				
6.	Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse				
7.	Realiza acciones repetitivas tales como rotación de la cabeza para dormirse				
8.	Tiene escenas de "sueños" al dormirse				
9.	Suda excesivamente al dormirse				
10.	Se despierta más de dos veces cada noche				
11.	Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse				
12.	Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama				
13.	Tiene dificultades para respirar durante la noche				
14.	Da boqueadas para respirar durante el sueño				
15.	Ronca				
16.	Suda excesivamente durante la noche				
17.	Usted ha observado que camina dormido				
18.	Usted ha observado que habla dormido				
19.	Rechina los dientes dormido				
20.	Se despierta con un chillido				
21.	Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente				
22.	Es difícil despertarlo por la mañana				
23.	Al despertarse por la mañana parece cansado				
24.	Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana				
25.	Tiene somnolencia diurna				
26.	Se duerme de repente en determinadas situaciones				
TOTAL:					

—	Inicio y mantenimiento del sueño: Preguntas 1-2-3-4-5-10-11.
—	Problemas respiratorios: Preguntas 13-14-15.
—	Desórdenes del arousal: Preguntas 17-20-21.
—	Alteraciones del tránsito vigilia/sueño: Preguntas 6-7-8-12-18-19.
—	Somnolencia excesiva: Preguntas 22-23-24-25-26.
—	Hiperhidrosis del sueño: Preguntas 9-16.
Línea de corte: 39	
—	Inicio y mantenimiento: 9,9 +/- 3,11.
—	Problemas respiratorios: 3,77 +/- 1,45.
—	Desórdenes del arousal: 3,29 +/- 0,84.
—	Alteraciones del tránsito vigilia/sueño: 8,11 +/- 2,41.
—	Excesiva somnolencia: 7,11 +/- 2,57.
—	Hiperhidrosis del sueño: 2,87 +/- 1,69.

## Tabla III. Criterios diagnósticos del insomnio crónico

<p>Nombres alternativos: insomnio crónico, insomnio primario, insomnio secundario, insomnio comórbido, trastorno de inicio y mantenimiento del sueño, insomnio conductual de la infancia, trastorno de la asociación con el inicio del sueño y trastornos del sueño por establecimiento de límites.</p>	
<p><b>Se deben cumplir los criterios A-F</b></p>	
<p><b>A.</b> Los informes de los pacientes o del padre/cuidador del paciente observan uno o más de los siguientes:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificultad para iniciar el sueño</li> <li>2. Dificultad para mantener el sueño</li> <li>3. Despertar antes de lo deseado</li> <li>4. Resistencia a irse a la cama a un horario apropiado</li> <li>5. Dificultad para dormir sin la intervención del padre o cuidador</li> </ol>
<p><b>B.</b> Los informes de los pacientes o del padre/cuidador del paciente observan una o más de las siguientes acciones relacionadas con la dificultad para dormir durante la noche:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fatiga / malestar</li> <li>2. Deterioro de la atención, concentración o memoria</li> <li>3. Deterioro del rendimiento con la familia, trabajo o el desempeño social</li> <li>4. Perturbación del humor / irritabilidad</li> <li>5. Somnolencia diurna</li> <li>6. Problemas de conducta (p. ej.: hiperactividad, impulsividad, agresividad)</li> <li>7. Reducción de la motivación, energía, iniciativa</li> <li>8. Predisposición para errores / accidentes</li> <li>9. Preocupación o insatisfacción con el sueño</li> </ol>
<p><b>C.</b> Las quejas de sueño / vigilia no pueden explicarse simplemente por una inadecuada oportunidad para dormir (es decir, asignación de tiempo suficiente para dormir) o circunstancias inadecuadas (es decir, el entorno es seguro, tranquilo y cómodo) para dormir.</p>	
<p><b>D.</b> La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados se producen, al menos, tres veces por semana.</p>	
<p><b>E.</b> La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados han estado presentes durante, al menos, tres meses.</p>	
<p><b>F.</b> La dificultad de sueño / vigilia no se explica mejor por otro trastorno del sueño.</p>	
<p>Notas:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informes de las dificultades de iniciar el sueño, dificultades para mantener el sueño o despertarse demasiado pronto se pueden ver en todos los grupos de edad. Resistencia para irse a la cama a su hora y dificultad para dormir sin la intervención del padre o cuidador es más frecuente en niños y adultos mayores que requieren la supervisión de un cuidador, debido a un nivel de menoscabo funcional considerable (p. ej.: las personas con demencia).</li> <li>2. Algunos pacientes con insomnio crónico pueden presentar episodios recurrentes de dificultades de sueño/vigilia que duran varias semanas y a la vez durante varios años, sin embargo, no cumplen con el criterio de tres meses de duración para un solo episodio. A estos pacientes debe asignárseles un diagnóstico de TIC, dadas las dificultades intermitentes del sueño que persisten en el tiempo.</li> <li>3. Algunos pacientes que utilizan hipnóticos regularmente pueden dormir bien y no cumplir los criterios de trastorno de insomnio cuando los toman. Sin embargo, en ausencia de tales medicaciones, estos mismos pacientes pueden cumplir con los criterios. Este diagnóstico se aplica a estos pacientes si tienen preocupaciones por su incapacidad para dormir sin sus medicamentos.</li> <li>4. Muchas condiciones comórbidas, tales como: trastornos con dolor crónico o enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), pueden producir los síntomas expuestos aquí de sueño/vigilia. Cuando estas condiciones son la única causa de la dificultad de dormir, el diagnóstico de insomnio por separado no debe hacerse. Sin embargo, en muchos pacientes, esas condiciones son crónicas y no son la única causa de las dificultades del sueño. Habrá de valorarse la clínica que presentan. Si hay evidencia de que la clínica no es solo causada por el problema médico y precisan tratamiento separado, se hará el diagnóstico de TIC.</li> </ol>	

TIC: Trastorno de Insomnio Crónico.

Fuente: *The International Classification of Sleep Disorders – Third Edition (ICSD-3) American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL 2014.*

## Tabla IV. Test de Adicción a Internet (IAT)

Marque el casillero, para cada una de las 20 preguntas, que represente con mayor precisión lo que usted experimenta respecto al uso de Internet:

Preguntas	0	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia se encuentra con que lleva más tiempo navegando del que pretendía estar?						
2. ¿Desatiende las labores de su hogar por pasar más tiempo frente a la computadora navegando?						
3. ¿Prefiere excitarse con fotos o vídeos a través de Internet en lugar de buscar intimidad con su pareja?						
4. ¿Con qué frecuencia establece relaciones amistosas con gente que sólo conoce a través de Internet?						
5. ¿Con qué frecuencia personas de su entorno le recriminan que pasa demasiado tiempo conectado a Internet?						
6. ¿Su actividad académica (escuela, universidad) se ve perjudicada porque dedica demasiado tiempo a navegar?						
7. ¿Con que frecuencia chequea el correo electrónico antes de realizar otras tareas prioritarias?						
8. ¿Su productividad en el trabajo se ve perjudicada por el uso de Internet?						
9. ¿Se vuelve precavido o reservado cuando alguien le pregunta a qué dedica el tiempo que pasa navegando?						
10. ¿Se evade de sus problemas de la vida real pasando un rato conectado a Internet?						
11. ¿Se encuentra alguna vez pensando en lo que va a hacer la próxima vez que se conecte a Internet?						
12. ¿Teme que su vida sin Internet sea aburrida y vacía?						
13. ¿Se siente molesto cuando alguien lo/a interrumpe mientras esta navegando?						
14. ¿Con qué frecuencia pierde horas de sueño pasándolas conectado a Internet?						
15. ¿Se encuentra a menudo pensando en cosas relacionadas a Internet cuando no está conectado?						
16. ¿Le ha pasado alguna vez eso de decir "solo unos minutitos más" antes de apagar la computadora?						
17. ¿Ha intentado alguna vez pasar menos tiempo conectado a Internet y no lo ha logrado?						
18. ¿Trata de ocultar cuánto tiempo pasa realmente navegando?						
19. ¿Prefiere pasar más tiempo <i>online</i> que con sus amigos en la vida real?						
20. ¿Se siente ansioso, nervioso, deprimido o aburrido cuando no está conectado a Internet?						

0: nunca, 1: raramente, 2: ocasionalmente, 3: frecuentemente, 4: muy a menudo, 5: siempre.

Valoración: Rango normal: 0–30 puntos; leve: 31–49 puntos; moderado: 50–79 puntos; grave: 80–100 puntos.

Fuente: Kimberly and Young.

## Tabla V. Progresión de actividades en Internet de los niños y adolescentes europeos

1. El 100% comienzan a usar Internet para sus trabajos escolares y videojuegos, solos o contra el ordenador.
2. Posteriormente, el 86% añaden la visualización de *videoclick*, se inicia el uso de Internet como vehículo de información y entretenimiento.
3. El 75% utilizan la red, además, como medio de comunicación, mediante redes sociales, mensajería instantánea o correo electrónico y para consultar noticias.
4. El 56% añaden los juegos en línea con otros menores, descargan películas y música y realizan contactos con sus pares a través de *webcam* y colgar mensajes en el muro de una red social.
5. Finalmente, un grupo más reducido, el 23%, hacen un uso más avanzado y creativo de Internet. Chatean, comparten o intercambian archivos, publican blogs o pasan tiempo en un mundo virtual.

Fuente: EU Kids on line; 2011.

## Tabla VI. Señales de alarma de la adicción a las nuevas tecnologías

1.	Privarse de sueño (menos de 5 h) para estar conectado a la red, a la que se dedican unos tiempos de conexión anormalmente altos.
2.	Descuidar otras actividades importantes, como el contacto con la familia, las relaciones sociales, el estudio o el cuidado de la salud.
3.	Recibir quejas en relación con el uso de la red o del <i>smartphone</i> de alguien cercano, como sus padres o sus hermanos.
4.	Pensar en la red o en el <i>smartphone</i> constantemente, incluso cuando no se está conectado, y sentirse irritado excesivamente cuando la conexión falla o resulta muy lenta.
5.	Intentar limitar el tiempo de conexión, pero sin conseguirlo, y perder la noción del tiempo.
6.	Mentir sobre el tiempo real que se está conectado o jugando a un videojuego.
7.	Aislarse socialmente, mostrarse irritable y bajar el nivel en los estudios.
8.	Sentir una euforia y una activación anómalas cuando se está delante del <i>smartphone</i> .

Fuente: Echeburúa E, Corral P. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes, un nuevo reto. *Adicciones*. 2010; 22: 91-96.

## Tabla VII.- Higiene del sueño en los adolescentes

Prácticas saludables para dormir los adolescentes	Comentarios
Intenta ir a la cama sobre la misma hora, igualmente al levantarte por la mañana.	No deberías necesitar dormir mucho más de una hora los fines de semana, ya que puede dificultar la vuelta al ritmo escolar. Si necesitas dormir más de 2 horas extra los fines de semana, sugiere que no duermes lo suficiente durante la semana.
Evita la cafeína, bebidas energizantes, etc. en general y particularmente en la tarde y noche.	La cafeína no es un sustituto por no dormir suficiente. Puede causar insomnio, aumento de la ansiedad, e incluso cefalea al retirar el uso diario.
Realiza ejercicio diario y evita el ejercicio intenso 2-3 horas antes de ir a la cama.	El ejercicio favorece el sueño profundo, pero un ejercicio intenso antes de ir a dormir puede impedirte el inicio del sueño.
No realices juegos de ordenador, mensajes de texto, o trabajo escolar en la cama.	La cama debe ser un lugar tranquilo para la relajación y el sueño.
Evita la luz brillante de la TV, ordenadores, móviles al menos 1 hora antes de irte a la cama.	La luz de los aparatos electrónicos en las horas previas a ir a dormir puede retrasar tu reloj corporal, haciendo difícil el inicio del sueño y el despertar de la mañana.
Exponete a la luz natural en las primeras horas de la mañana, poco después de despertarte.	La luz natural te ayuda a despertar y a comenzar el día.
Ponte límites como no enviar mensajes de texto, usar el teléfono, la TV u ordenadores durante las horas de dormir.	Es más probable que logres tus objetivos si estableces límites firmes, incluyendo dejar los teléfonos y otros aparatos electrónicos fuera de la habitación.

Modificado de Wise MS, Glaze DG. *Assessment of Sleep disorders in children*. UpToDate May 2020. [En línea] Consultado en junio 2020. Disponible en: [Uptodate.com](http://uptodate.com)

## Tabla VIII.- Consejos a los padres para un uso racional de las TICs

1. Evitar el uso de las pantallas por debajo de los dos años de vida.
2. A partir de los dos años, limitar el uso de las pantallas a 1-2 h diarias.
3. Los dormitorios deberán estar libres de pantallas, que estarán ubicadas en sitios comunes de la vivienda. Dentro de lo posible, se hará una visualización conjunta de ellas con los menores y se discutirá su contenido.
4. El menor deberá ser ayudado a discernir sobre la información inexacta o falsa y alertado sobre contenidos perjudiciales que se pueda encontrar en la red.
5. Los videojuegos deberán ser adecuados para cada edad según el código PEGI.
6. El teléfono móvil deberá ser usado prudentemente por los probables efectos dañinos de las radiaciones ionizantes emitidas.
7. Los menores deben conocer los riesgos de seguridad y la probable invasión de la intimidad por el uso de las redes sociales.
8. Los menores no deben ser considerados como víctimas pasivas de los riesgos del uso de las TIC, sino ser parte del problema y de la solución.
9. Se debe procurar utilizar estrategias activas para un buen uso de las TIC, antes que soluciones de urgencia ante los problemas que pueda plantear su utilización.
10. El niño deberá ser protegido de los peligros inherentes al uso de las tecnologías al igual que se le protege en la vida real. Progresivamente, deberá adquirir responsabilidades en su uso para no correr riesgos innecesarios o sufrir daños por una inadecuada utilización.

Fuente: American Academy of Pediatrics. Protegeles.com. Pantallasamigas.net.

## Figura 1. Agenda del sueño

Pinte una ↓ cuando inicie el sueño y una ↑ cuando se levante. Tanto en el sueño de noche como durante las siestas.

Oscurezca el área del cuadro que corresponde al tiempo en que su hijo está durmiendo.

Deje en blanco el área del cuadro que corresponde al tiempo en el que está despierto/a.

Escriba un "x" cuando realice la conducta anómala durante el sueño (llanto, movimientos...).

En la última columna puntúe de 0 a 5 la calidad de la noche (0 = muy mala noche).

Hora	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	puntos	
Lunes			↓													↑						↓			↑	
Martes																										
Miércoles																										
Jueves																										
Viernes																										
Sábado																										
Domingo																										
Lunes																										
Martes																										
Miércoles																										
Jueves																										
Viernes																										
Sábado																										
Domingo																										
Lunes																										

	VALORACIÓN AGENDA DE SUEÑO PEDIÁTRICA	SÍ	NO
1	Latencia sueño > 30 m (al menos el 30% de los días)		
2	Regularidad inicio sueño nocturno (más del 70% de los días)		
3	Regularidad inicio sueño de siestas (más del 70% de los días)		
4	Regularidad despertar matinal (más del 70% de los días)		
5	Regularidad despertar siestas (más del 70% de los días)		
6	Siestas posteriores a las 17h 30 (más del 30% de los días)		
7	Presencia de más de 3 despertares/día + 3 días/semana		
8	Vigilia intrasueño de al menos 60 m (al menos el 30% de los días)		
9	Horas de sueño: > pc 97 o < pc 3 para su edad		

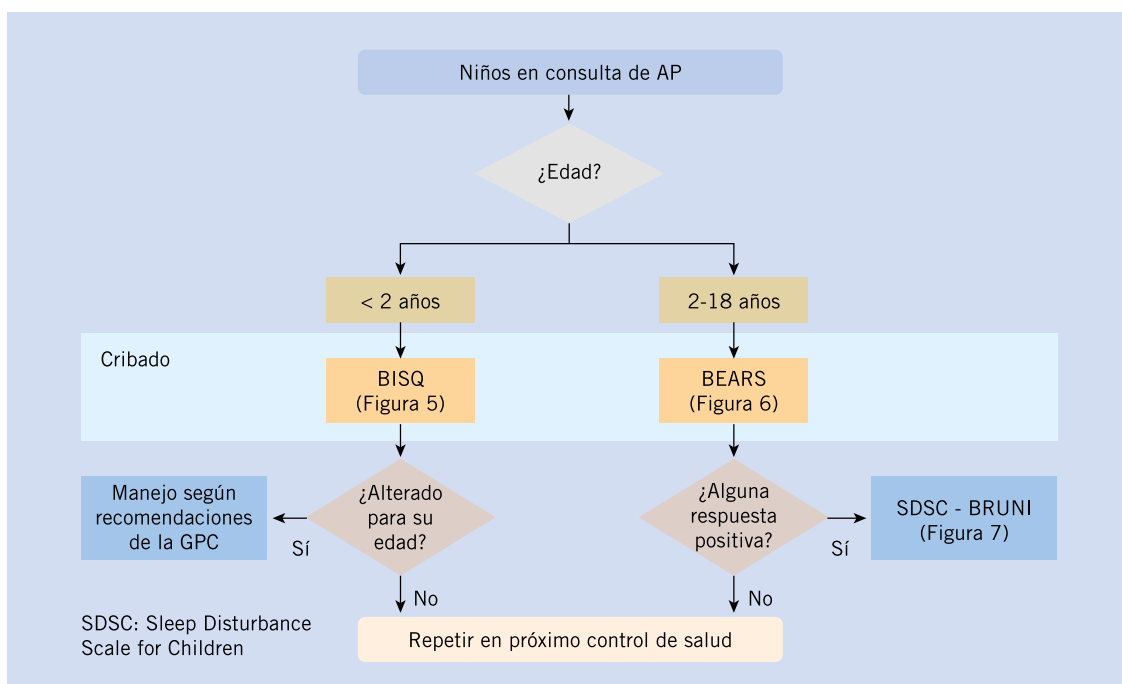
**INTERPRETACIÓN:**

Una respuesta positiva a 1,6,7,8,9:  
investigación / tratamiento.

Una respuesta negativa a 2,3,4,5:  
investigación / tratamiento.

Fuente: Unidad Valenciana del Sueño. Hospital Quirón Valencia. Dr. G. Pin

Figura 2. Guía de práctica clínica del sueño española. Actuación a seguir ante un problema del sueño según la edad del paciente



## Bibliografía

- Echeburúa E, Corral P. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes, un nuevo reto. *Adicciones*. 2010; 22: 91-96.
- Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres. [En línea] Consultado en junio 2020. Disponible en: <https://faros.hsjdbcn.org/es/noticia/estudio-sobre-habitos-seguros-uso-tic-ninos-adolescentes-confianza-padres>.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria: Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de tecnologías Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2009/8.
- Grupo Pediátrico de la Sociedad Española de Sueño (SES), Grupo de Sueño de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Medidas preventivas de los problemas del sueño desde el nacimiento hasta la adolescencia. *Acta Pediatr Esp*. 2010; 68: 167-73.
- Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Hospital Universitario La Paz, Red.es. Madrid. 2015. Disponible [www.adolescenciasema.org](http://www.adolescenciasema.org).
- INE Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2017. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/tich\\_2017.pdf](https://www.ine.es/prensa/tich_2017.pdf).
- INSAFE. Recursos para un mejor uso de Internet y más seguro. Red europea conformada por 31 centros de diversos países dedicados para una navegación segura. [En línea] Consultado en junio 2020. Disponible en: [https://www.schooleducationgateway.eu/es/pub/teacher\\_academy/teaching\\_materials/insafe\\_-\\_resources\\_for\\_a\\_safer.htm](https://www.schooleducationgateway.eu/es/pub/teacher_academy/teaching_materials/insafe_-_resources_for_a_safer.htm).
- INTERNET SEGURA guía para familias para hacer un uso seguro del Internet. [En línea] Consultado en junio 2020. Disponible en: <https://www.is4k.es/>.
- Kimbeley and Young. Test de adicción a Internet. Disponible en: <https://equipojeremias.files.wordpress.com/2015/05/test-adiccic3b3n-a-internet-iat.pdf>.
- NET CHILDREN GO MOBILE "Riesgos y oportunidades en Internet y uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015). [En línea] Consultado en junio 2020. Disponible en: <https://netchildrengomobile.eu/ncgm/wp-content/uploads/2013/07/Net-Children-Go-Mobile-Spain.pdf>.
- Pin Arboledas G, Merino Andreu M, de la Calle Cabrera T, Hidalgo Vicario M I, Rodríguez Hernández PJ, Soto Insuga V M, Madrid Pérez J A. Consenso sobre el uso de melatonina en niños y adolescentes con dificultades para iniciar el sueño. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 81: 273.
- Pin Arboledas G, Soto Insuga V, Jurado Luque MJ, Fernández Gomariz C, Hidalgo Vicario MI, Lluch Rosello A, et al. Insomnia in children and adolescents. A consensus document. *An Pediatr*. 2016; 27: 30209-0.
- PROTEGELES organización de protección al menor profesionalizada y de ayuda a niños, jóvenes, familias y centros escolares. [En línea] Consultado en junio 2020. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=18&subs=125&cod=2766&page=>.
- Salmerón Ruiz M, Sánchez Masqueraque P. Ciberpatologías: ciberacoso y adicción a las nuevas tecnologías. En MI Hidalgo Vicario. PJ Rodríguez Hernández. I Curso de psiquiatría del niño y adolescente para pediatras. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Mayo. Barcelona 2019. Pag 327-344.



# Hastío

**E. Clavé Arruabarrena.**

Medicina Interna. Experto en Bioética. Hospital Donostia. Guipúzcoa. *Blog: relatoscortosej*

Habían pasado diez días desde que el Gobierno hubiera instaurado el estado de alarma. Kilian no sabía ya qué hacer para superar el tremendo aburrimiento que le invadía. Estaba convencido de que, si no enfermaba por el maldito coronavirus, enfermaría de tedio, moriría de hastío. Cuando no estaba durmiendo, se amurmaba pensando en las musarañas, esperando a que llegase cualquiera de las horas que rompía la monotonía del día, aunque solo fuera por unos minutos. Al principio del encierro, se divertía con los amigos gracias a la videoconsola de última generación que le habían regalado en Navidades o leyendo los mensajes de *wasap* de la cuadrilla; pero, desde hacía un par de días, no hallaba ninguna satisfacción en esos “menesteres” como le gustaba decir a su abuela.

Tenía dos hermanos más pequeños y se había peleado con ellos en varias ocasiones, también con su madre. En cuanto a su padre, procuraba mantenerle lo más lejos posible desde que le hubiera propinado una bofetada. Había discutido con él porque quería salir por la noche con su mejor amigo, Iñigo, aprovechando las horas en las que no hubiera ningún transeúnte en la calle. Estaba cansado de escuchar a sus padres que ellos no eran un caso especial, que todo el mundo se hallaba recluido. Pero saber que el resto del planeta pudiera encontrarse igual que él, no le aliviaba.

Echaba de menos el ir al instituto. No era lo que se dice un joven aplicado, pero allí podía ver a Mirian, la chica que le atraía. Aunque lo trataba con desdén, le había pillado algunas miradas disimuladas y, por ello, alimentaba la esperanza de gustarle también a ella. Sin embargo, a medida que iban transcurriendo los días de encierro, incluso el rostro de su compañera se iba desdibujando de su mente; tenía que acudir a los vídeos y las fotografías que había hecho con su móvil en las últimas semanas antes del encierro, para repasar algunos detalles de su rostro. Pero, bien mirado, pensar en ella solo hacía que aumentara su fastidio, así que procuraba buscar otras cosas en las que entretenerse.

Cada minuto que pasaba, mayor era su desesperación y, por mucho que se esforzara, no descubría nada que pudiera librarle de la desgana. Se sentía harto de todo y de todos. Para colmo de males, las noticias que escuchó por la radio al despertar del undécimo día le desanimaron aún más y, aunque las condiciones del confinamiento no se habían modificado, le parecieron más restrictivas. El panorama era desalentador. Mientras se dirigía al baño para afeitarse, escuchó un rumor de voces y ruido de vajilla que provenía de la cocina. Pasó por delante de la habitación de sus padres y de la de sus hermanos: se hallaban vacías, supuso que todos ellos estaban desayunando. No sabe cómo sucedió, pero fue entonces cuando halló aquel legajo. Su madre lo habría dejado olvidado en la mesa de la salita mientras ordenaba por enésima vez las habitaciones. Desde que se había decretado el retiro de la población en sus casas, parecía que estaba poseída por una ventolera de organización y limpieza. Quizá quería deshacerse de aquellos papeles, así que, Kilian, no se lo pensó mucho y comenzó a husmear en ellos. No era la primera vez que se había encontrado con la desagradable sorpresa de que su madre le había tirado cartas, folios, cuadernos, que significaban mucho para él, y no deseaba que ocurriese algo semejante si él podía impedirlo.

Eran unos cuantos folios sujetos por un fino cordel sobre los que ya habían llovido algunos años. Se esmeró al desatarlo para evitar que se rompiesen los papeles. Observó que estaban escritos a boli y se sorprendió de que la primera frase estuviera dirigida a él: **“Para Kilian”**. No reconocía la letra de la persona que lo había escrito, así que se puso a buscar alguna firma o algo que pudiera identificarla, pero en un primer vistazo, rápido y superficial, no vio nada que pudiera ayudarle a fijar su autoría. Aunque se había prometido que no iba a leer nada durante la cuarentena, enojado por lo que le parecía un castigo cruel e inmerecido, la verdad era que no tenía nada mejor que hacer y le había picado la curiosidad de saber quién y qué le había escrito.

Debajo del título **“Para Kilian”**, aparecía el subtítulo: **“A modo de preámbulo”**

*Quiero contarte la verdad de las cosas, Kilian. Hacía tiempo que había dejado de preguntar a mi yo más profundo si mi vida había servido de algo, si mi existencia había tenido algún sentido en este largo viaje hacia la muerte que ahora siento tan corto. Tras abandonar los dulces del amor, el ardor de la pasión, la ilusión de los proyectos, el temblor contagioso del placer y de la diversión, solo vivía del pasado y en el pasado. Me espantaba la posibilidad de convertirme en un despojo, de sentirme privado de mi propia humanidad. Ya solo temía un mañana inmóvil, como el de los viejos desaliñados en los asilos con la cabeza colgando, mirando el suelo sin ver y con la saliva corriendo por la comisura de la boca. Me sentía abatido y desdichado porque aún me quedaba demasiado tiempo para sufrir y muy poco para amar.*

*Pero, desde el mismo instante en que tú naciste, poseo un hilo de esperanza que me vuelve a sujetar a una vida plena. Veo tu carita, observo tus movimientos, me deleito con tu sonrisa, me preocupo por tu llanto, querido Kilian, y quiero visitarte en el futuro a través de estas líneas. Ahora que me siento mayor, que mi cuerpo me abandona, que me he convertido en un anciano desvalido, valetudinario, ...*

Kilian estuvo a punto de dejar la lectura pues la persona que había escrito aquello utilizaba un lenguaje que le parecía viejo y difícil. Sin embargo, lo pensó mejor: disponía de tiempo y de los recursos necesarios -internet- para descifrar las palabras cuyo significado pudiese resistirse. Así que prosiguió leyendo.

*...deseo transmitirte algunas de las cosas que me han enseñado a sobrellevar cuanto de miserable y sórdido he encontrado en la vida, y a reconocer la belleza de la misma a pesar de los pesares. Como les sucede a todos los niños de tu edad, no recordarás nada del poco tiempo que hemos vivido juntos. Tienes ahora tan solo nueve meses y estoy convencido de que ha sido tu existencia la que me ha proporcionado la fuerza que necesitaba para alargar mi vida durante este periodo. Pero todo tiene su fin, no puedo perder el tiempo en circunloquios ni demorar el dejar por escrito lo que hubiera deseado decirte a medida que hubieran transcurrido los años. Sé que no me queda mucho tiempo, debo apresurarme. De hecho, unos meses antes de que tú nacieras, creía que me había llegado la hora, que debía dejarme morir y que, ahora, yo ya debería estar criando malvas.*

*Como puedes observar, me voy rápidamente por las ramas y no me resulta fácil concretar ni resumir. Siempre he sido así y ya es tarde para enmendarme. Además, soy consciente de que a lo largo de mi vida he cambiado en varias ocasiones mi manera de pensar; las cosas que valoro ahora son otras, distintas a las de hace unos años, y, presumiblemente, estas mismas se modificarían en el caso de que pudiera acompañarte en tu crecimiento. Es por ello, que procuraré escribir sobre lo que apenas muda en la vida, como es el cariño y el amor de la familia, y el eco que despierta su recuerdo en mi memoria.*

Kilian dedujo por fin que se trataba de su abuelo, del padre de su madre. La única referencia que de él tenía, era la imagen de una fotografía que había visto en el aparador de la salita de casa de su abuela. Se llamaba Eduardo y, aunque había oído su nombre en diversas ocasiones a propósito de anécdotas o de algún acontecimiento remoto, la realidad es que, para él, no dejaba de ser una sombra lejana, un fantasma del pasado. Kilian, prosiguió la lectura:

*Una primera enseñanza... Perdona, no quiero que me veas como a un profesor al que resulta fácil menospreciar por aburrido, o por machacar a diario con lo que se debe y no se debe hacer. Así que procuraré utilizar un tono menos escolar, sin moralina. Lo que trataba de expresar cuando he comenzado la frase es que, a día de hoy, lamento mucho no haber dicho a mis seres queridos cuánto los amaba mientras tuve la oportunidad de hacerlo. También me arrepiento de no haber empleado el tiempo necesario para explicar a mis hijos cómo eran mis padres, a qué se dedicaron, de qué manera me influyeron, la importancia que tuvieron en mi forma de ser y conducirme en la vida. Reconozco que he perdido gran parte de mi tiempo en nimiedades, ocupándome de cosas triviales y desinteresándome de lo que realmente es valioso. De hecho, no ha sido hasta hace pocos años cuando he sido plenamente consciente de que los seres humanos no sabemos ni podemos vivir solos, que somos limitados, vulnerables, que dependemos de otros, que necesitamos del cuidado y del amor de las personas.*

*Aunque te he prometido hablar de mi familia, de las personas que he amado, antes quiero dedicar algunos párrafos a la relación que he mantenido contigo, Kilian, estos meses. Sé que resulta difícil escribir sobre afectos, por lo menos así me ocurre a mí, y, desde luego, nadie más que yo, puede saber lo que percibí cuando naciste, ni cuáles han sido mis sentimientos durante estos nueve meses en los que te he visto crecer. Sucede que algunas cosas que considero importantes y que quisiera explicarte, como son el cariño, el amor, la esperanza, el consuelo, la bondad, la dignidad, solo se aprenden con la experiencia. Las palabras tienen sus límites e, incluso los poetas, que son quienes más se acercan a aprehender su significado, tienen dificultades para transferirnos sus emociones de una manera que podamos discernirlas. Por esa razón, evoco, con las limitaciones propias de un viejo desmañado para la escritura, el recuerdo del día que naciste. Faltaban pocos días para que finalizase la primavera cuando tu madre rompió aguas y la llevé en mi coche al hospital puesto que tu padre estaba trabajando...*

En ese momento, Kilian escuchó a su madre gritar y detuvo la lectura. Con voz desgañitada le decía que ya era hora de que se levantara. Enrolló los papeles con presteza y los llevó a su habitación. Los escondió donde sabía que ella nunca miraría y, con desgana, se encaminó hacia donde provenían aquellos alaridos. Al entrar en la cocina, vio a sus hermanos discutiendo, a su padre, absorto, mirando su teléfono móvil con los auriculares pegados a los oídos, y a su madre en pie, frente a la placa de vitrocerámica, hojeando el último libro de cocina que había comprado en el quiosco. En cuanto atravesó el umbral de la puerta, percibió la mirada furibunda de su ama\* quien, enojada, le señalaba el hueco de la mesa donde estaba el tazón de leche, el aceite y las tostadas. Su madre, tras mandar callar a sus hermanos, le conminó a que se pusiera a estudiar en cuanto hubiese recogido la mesa, a la vez que le preguntaba, de manera imperativa, si había ventilado la habitación, recogido la ropa y hecho la cama. Por toda respuesta, Kilian realizó un gesto abúlico que incendió todavía más el irascible estado de ánimo de su ama. Mientras desayunaba, Kilian no podía retirar de su pensamiento el descubrimiento que acababa de hacer. Engulló las tostadas, sorbió la leche rápidamente y, sigiloso, se dirigió a su dormitorio sin decir una palabra. Se encerró, girando el pestillo de la puerta y, a continuación, extrajo el escrito del abuelo del lugar en que lo había ocultado. Se dispuso a seguir leyendo aquellas cuartillas, no sin antes abrir el libro de historia y el ordenador por si alguno de sus padres quisiera entrar de improviso para vigilar lo que él estuviera haciendo.

*...A tu madre le practicaron una cesárea, Kilian, y los recuerdos de lo que había sucedido a mi familia en el pasado, me atemorizaron. Mi abuela, la madre de mi padre, murió después del parto de su hija Julia. Se llamaba como tu amatxo\*, Irene, y como habrás supuesto, nunca la llegué a conocer. Tu bisabuelo Joaquín, mi padre, que es de quien primero voy a hablarte en cuanto acabe esta pequeña digresión, se quedó huérfano de madre cuando contaba nueve años. No deseo agobiarte con otros acontecimientos que justifican ante ti el miedo que sentí cuando tú viniste al mundo. Solo quiero que sepas que empecé a serenarme pasadas doce horas de tu nacimiento. Fue entonces cuando un esbozo de alegría comenzó a gestarse en mi interior, tras convencerme a mí mismo de que tu madre estaba*



*fuera de peligro. Ya era más tarde de las cinco de la madrugada, cuando me despedí de ti y de tus padres y me encaminé andando por los arrabales de acceso al barrio donde vivo. A esas horas, apenas circulaban vehículos y, conforme me iba alejando del hospital entre ensoñaciones e imágenes entrecortadas de tu carita, escuché el gorjeo de un jilguero escondido entre una maraña de hojas y ramas de un arce. No sé por qué, pero imaginé que sus crías también habrían eclosionado y que, el pequeño pájaro, quería compartir conmigo su dicha. La primavera llegaba a su fin y las aves cuidaban de su última nidada. Me sentí muy feliz. De repente, escuché el reclamo de un mirlo alarmando a su compañera de mi presencia, que enturbiaba el bello trino de aquel pajarito. Mientras contemplaba cómo emprendía el vuelo la hembra asustada del receloso tordo, me sentí embriagado por el aroma de las flores del tilo que ocupaba todo aquel tramo del camino. En ese preciso instante, supe que mi relación contigo sería tierna, apacible, romántica, perfumada. Comprendí que tendrías la virtud de calmar el miedo y la ansiedad que me habían corroído los últimos meses, y que me avivarías con tus risas y tus llantos las últimas semanas o meses que me restaban de existencia. Más tarde llegó tu primera sonrisa mientras te cobijaba en mi regazo en el porche de la casa, a la sombra del sol de agosto. Entonces, no pude contenerme y, de lo más profundo de mí, emergió una estrepitosa carcajada que, unida al trémulo traqueteo de mi abdomen mientras yo reía, provocó que se prolongara tu sonrisa complaciente. Nuestros ojos se encontraron y, sin necesidad de palabras, comprendí que nuestras almas estarían unidas para siempre y que jamás te sentirías solo. Después lloré de emoción al ver nacer tus primeros dientes y escuchando tus primeros balbuceos. Te puedo asegurar que estos meses que he vivido junto a ti han sido maravillosos, has sido el maná que necesitaba para alimentar de nuevo mi vida, mi pequeño Kilian.*

*Lo primero que acude a mi mente cuando escribo de Joaquín, mi padre, tu bisabuelo, es que un mundo sin amor es un mundo muerto. Quise a mi aita\* con una mezcla de pena y desconsuelo. Era un hombre de pocas palabras, que siempre trató de alegrar la vida a las personas de su alrededor. Su orfandad a tan temprana edad, las penurias y el sufrimiento de la guerra civil en el bando de los perdedores, la pérdida de su hermano Ramón, un adolescente de apenas diecisiete años, en el frente de Rusia con la División Azul\*\*, seguro que lo marcaron profundamente. Sin embargo, de su boca, jamás escuché queja alguna. Tampoco me hizo partícipe más que de contados recuerdos, donde solo los alegres tenían su hueco... quizás, por ello, apenas supe de su familia y de su tiempo. A veces me pregunto si tuvo niñez, si disfrutó entonces con sus amigos, si añoró a su madre, si hablaba con su padre, si podía dormir por las noches, si los sueños le inquietaban, si se enternecía mirando la luna o si lloraba por la noche tratando de alcanzar las estrellas.*

*Siendo muy joven tomó la decisión de desdramatizar la vida, colorearla, para hacerla posible de ser vivida. De esa manera, irisó nuestra existencia, dotando a su mutismo de la mueca inteligente y de la observación perspicaz, capaz de desencadenar la tonalidad necesaria para sobrevivir. Todo ello a pesar de las penalidades y de la pobreza que le acompañaron en aquellos años. Más tarde, próximo a la cincuentena, falleció su hija de accidente, mi hermana María Eugenia. La muerte de una hija detiene el tiempo y deja todo suspendido en un vacío desgarrador, la sangre no se coagula y la herida no cicatriza, mi querido Kilian. Nunca le vi llorar. Es posible que pensara que no tenía derecho a llorar para no entristecer a los demás. Lo imagino resignado, doliente, solo en un rincón oscuro del taller o en una esquina de la calle, mirando de soslayo al horror, sometiendo su aflicción para poder auxiliar cualquier pesar nuestro, distrayéndonos y haciéndonos reír. Con enorme desconsuelo pienso en todo lo que tuvo que soportar. ¡Bendito seas, aita!*

*Se hizo sastre continuando la estela familiar. Al final de su vida, su profesión se vio amenazada por el avance de la "confección" y la producción industrial de trajes, pantalones y chaquetas, contra la que no pudo competir. Como a muchos artesanos cuyos oficios han desaparecido, los adelantos lo apartaron a un lado, lo apearon del camino abandonándolo en la cuneta. A pesar de que los recuerdos de mi niñez se tiñen de nostalgia, crecí feliz en torno al taller de costura de mi padre antes de que el progreso se cebara con la sastretería. Jugaba rodeado de maniqués, telas, hilos, planchas, dedales, alfilereros plagados de agujas y de alfileres, acompañado del crujido que producían las tijeras al cortar el paño y del ensordecedor sonido de los engranajes de la máquina de coser. En las cajas, costureros y cajones siempre encontraba botones, imperdibles, carretes, canillas y otros útiles de costura que enardecían mi imaginación en el mundo mágico de mi infancia. Todavía conservo en mi memoria algunos olores que tapizaban la atmósfera del taller como el del vapor que despedían las chaquetas que planchaba mi padre, el aroma grasiento que despedían las máquinas de coser mientras la aguja perforaba la tela con inusitada velocidad ribeteando con hilo de colores el lateral de la pernera del pantalón o, el hedor mohoso de retales y de telas pasadas de moda apiladas en algunos de los rincones del pequeño trastero anexo al taller. En mis correrías hallaba pequeños tesoros, "perras gordas"\*\*\*, con los que compraba caramelos, y monedas de dos reales\*\*\* que utilizaba para fabricar pulseras o collares. Otras veces, ya cansado de jugar, me sentaba en una de las sillitas de costura y, absorto, contemplaba las partículas de polvo flotando en los últimos rayos de sol de la atardecida. En otras ocasiones, yo observaba atento cómo mi padre, que era muy fumador, reunía las cajas de cerillas una vez consumidas para coleccionarlas y las guardaba en los embalajes vacíos que antes habían albergado corbatas, calcetines o pañuelos. Recuerdo con añoranza aquellas cajas de cerillas que representaban lances del toreo, caricaturas de futbolistas, razas de perros, etc.*

*Había algo de excepcional en mi padre, algo por lo que siempre lo consideraré un hombre bondadoso y valeroso. Tiene que ver con el abanico tan variado de personajes estafalarios que pululaban por el taller de costura. Muchos de ellos arrastraban profundas taras físicas, mentales o emocionales, y, todos, hallaban consuelo alrededor de la mesa de trabajo. Narraban sus cuitas y padeceres mientras mi padre planchaba o cortaba la tela de un traje, mi madre sobrehilaba los pantalones y mi hermana cosía el dobladillo de un pantalón. Aquel taller de costura se transformaba en una sala de terapia con recursos que los médicos no podían dispensar y que, si no sanaba a las personas sumidas en la soledad que allí acudían, por lo menos aliviaba sus penas y les servía de compañía. También acudían viejas glorias del deporte. Mi padre había sido un buen futbolista, aunque nunca se vanagloriaba de ello. Había jugado de lateral derecho y era famoso por su juego agresivo, por la dureza de sus entradas a los delanteros del equipo contrario, siempre sin ánimo de lesionarlos.*

*Pero, si verdaderamente debo explicar por qué fue un héroe para mí, debo hablar de su comportamiento con aquellos menesterosos que nos visitaban. Mi padre nunca dejó de ayudar a quien lo necesitase a pesar de vivir en unas condiciones cercanas a la pobreza. Entre otros, recuerdo a Miguel, uno de los personajes que acudía al taller por su ración de consuelo, alcohólico, con una severa enfermedad costrosa de la piel de la cara y de las manos que causaba una gran repugnancia a quienes le frecuentaban, y a quien mi padre prestaba sus útiles personales de afeitado sin mostrar el más leve escrúpulo. También a Teodora "txoro"\*, enajenada desde que perdiera a su marido y a una hija, que siempre era bien recibida en el taller a pesar de su miseria y sus dislates. Mi aita, callado, sin hacer ruido, se hacía responsable del dolor de los demás. Era un hombre sencillo, humilde, esencialmente bueno. Recuerdo que esta devoción por la amistad y la compasión solo supe reconocerla y valorarla varios años después de su muerte. Desgraciadamente, él ya no está y no puedo agradecerle ni expresarle mi afecto. Mi pequeño Kilian, en ese microcosmos creció el abuelo al que has hecho enormemente feliz con tu presencia y a quien no recordarás porque mi tiempo se acaba. Fue el tiempo de mi niñez y, lo que aprendí de mi familia, permaneció amparado en mi memoria, aunque reconozco que no siempre tuve la humildad de comprender a mi prójimo, ni fui capaz de ayudar y consolar a los débiles. Aun sintiéndome culpable por esta flaqueza de ánimo, puedo asegurarte que sus enseñanzas han constituido una guía auténtica para conducirme en la vida.*

Kilian comprobó que las siguientes frases le resultaban más difíciles de leer. Parecían dientes de sierra, habían perdido la horizontalidad. Las letras, temblorosas, inclinadas, torcidas y fragmentadas, reflejaban que la mano que las escribía había perdido su firmeza, indicaban que algo le estaba sucediendo al autor de las mismas. No obstante, se empeñó y, con gran esfuerzo, logró descifrar las últimas frases: *Cuánto siento no poder acompañarte por más tiempo, Kilian. Esta noche me ha subido la fiebre y me cuesta respirar. El médico me ha aconsejado ingresar en el hospital. Intuyo que va a ser la última vez que te vea. No creo que pueda volver al hogar. Pienso que te he decepcionado por haber empezado este escrito tan tarde y, sobre todo, siento que he fallado a las personas que quise profundamente y de las cuales no sabrás por mí cómo eran. Hubiera querido hablarte de mi madre y de mi hermana, así como de otros que no conociste y que fueron muy importantes en mi vida. La tierra que hoy las cubre las ha borrado de la historia y de la memoria de los hombres, pero sé que me acompañan en este trance que pronto voy a pasar y que todos atravesamos en solitario. Desearía que no te ocurriese como a mí y que nunca olvidases expresar lo que sientes a las personas que quieres mientras tienes la oportunidad de hacerlo. Y también deseo que sepas que siempre te acompañaré, que nunca estarás solo aunque no puedas verme. Un fuerte abrazo de tu aitona.\**

Kilian se preguntó qué habría ocurrido después, si murió o si pudo escribir algo más. Le pareció cruel no haber sabido apenas nada de su abuelo hasta ese momento, aunque reconocía que él no se había interesado mucho por aquel señor que aparecía en la fotografía de la mano de su amoña.\* Ahora veía a sus hermanos y a sus padres de manera distinta. Se acordó de la grave operación a la que había sido sometido su hermano pequeño hacía escasamente un año y de la honda preocupación que percibió en sus padres. Entonces, su abuela había ido a cuidar de él y de su otro hermano a su casa; le pareció que los consejos y las advertencias que ella le hizo durante aquellas semanas eran simples palabras pronunciadas por una vieja gruñona. Se arrepintió de su conducta desdeñosa y se propuso llamarla ese mismo día para pedirle perdón por su actitud. Pensó que, más adelante, cuando acabase el confinamiento, la visitaría y le pediría que le contara cosas de su marido, de su abuelo.

Reflexionó también sobre su comportamiento, que solo podía calificar de egoísta, y su ceguera ante el sufrimiento de otras personas. Ya no podría mirar con los ojos de antes a María Lucía, la ecuatoriana, de voz dulce y siempre risueña, que cuidaba a la anciana perturbada del tercero, ni tampoco al joven africano que pedía limosna en la entrada del supermercado. Pensó en cuán diferente había sido la actitud compasiva de su bisabuelo con las personas que habían perdido la razón y que a él solo le provocaban ataques de risa incontrolables. Trató de imaginar cómo pudo resistir aquel hombre las calamidades y desgracias de la guerra civil cuando apenas tendría uno o dos años más que él ahora. Nunca le había interesado lo más mínimo saber sobre aquel periodo de la historia de España ni sobre las consecuencias que se derivaron en millones de personas. A su mente acudían imágenes actuales de refugiados sirios y de otros países en guerra, con sus hijos pequeños en brazos, tratando de sobrevivir en condiciones infrahumanas en las fronteras de los países europeos. Ahora él se encontraba en mejores condiciones para comprender mejor el significado de la palabra insoportable; tomó conciencia de que era un auténtico privilegiado dentro de la desgracia que tenía que compartir en este momento con millones de seres humanos en el mundo; pensó que había cosas por las que valía la pena sufrir y luchar, que, en cuanto pudiera, abrazaría a la parte más desvalida y miserable de la humanidad, gracias a la cual podría salvarse él a sí mismo.

Kilian se mantuvo en silencio durante la cena y, cuando su padre y sus hermanos marcharon a la sala a jugar al parchís, se acercó a su madre mientras ésta preparaba la comida del día siguiente. Le mencionó que había encontrado el escrito del abuelo y que lo había leído. Sin esperar respuesta alguna, cogió la bolsa de basura y, antes de bajar a depositarla en la calle, le pidió a su madre que, cuando volviera, le contara más cosas del abuelo, que deseaba saber más cosas de él. Antes de salir de la cocina, volvió la vista atrás y observó que una lágrima furtiva se deslizaba por la mejilla de su ama.

***Dedicado a mi padre y a todos los adolescentes que, como él, sufrieron las penalidades de la guerra y de la postguerra en España.***

Autor de la ilustración Omar Clavé Correas.

\***Expresiones en euskera:** **Ama, amatxo:** madre. / **Aita:** padre. / **Aitona:** abuelo. / **Amoña:** abuela. / **Txoro:** loco/loca. (en euskera no se pone acento gráfico, pero la acentuación tónica de estas palabras sería "amá" y "aitá". Ama se pronuncia "amá" y Aita se pronuncia "aitá" -los vizcaínos pronuncian "áma" y "áita"-)

\*\***División Azul:** división militar de infantería formada por voluntarios españoles que lucharon con el ejército alemán contra la Unión Soviética en la Segunda Guerra Mundial.\*\*\***Monedas españolas: Perra gorda:** Nombre coloquial con el que se denominaba a la moneda española de 10 céntimos de peseta. **Dos reales:** moneda española, con agujero en su centro, cuyo valor era de 50 céntimos de peseta.

## Buscando me

por **Delfina Abdo**

Estudiante de Escuela media. 16 años



Entonces entré a la habitación de los espejos, o “adolescencia” como algunos también la llaman. -Vas a encontrar la salida- me dije- Pase lo que pase, te tenés a vos misma-

En la habitación de los espejos todo se vuelve incierto, un poco dudoso.

Aparecen demasiadas imágenes de mi misma y reconocer cuál de todos los reflejos es el verdadero, se vuelve una tarea difícil.

¿Pero es mi esencia en realidad sólo un reflejo? O todo se ha vuelto tan confuso que olvido que soy más que lo que ven mis ojos.

A veces cuesta un poco saber quiénes somos, cuando los medios de comunicación nos regalan miedo, y después nos bombardean con publicidades para vendernos “seguridad”...

Cuesta cuando la mente dice una cosa, el cuerpo otra, y las hormonas juegan en contra...

Cuesta cuando no entendés porqué dejaste de pedirle a tu mamá que te acompañe a la puerta del colegio, y en cambio le hablás para que te busque de una fiesta a las 5 de la mañana...

Cuesta cuando el orden natural exige rebelarse contra todo lo establecido...

Cuesta cuando intentás encajar y pertenecer a un lugar...

Cuesta cuando todo es cambio y nada tiene sentido...

Y voy por ahí, probando talleres de física y también de danzas africanas; yendo al gimnasio y después a sesiones de arte terapia; voy expresando mi odio al capitalismo mientras sostengo mi nuevo iPhone; aborreciendo la iglesia y hablando cada noche con Dios; asistiendo a marchas feministas y dejando de comer carne.

Me tiño el pelo. Grito. Me callo. Me apago. Me enciendo. Me caigo. Me levanto. Me pierdo y me encuentro, para volver a perderme una y mil veces, en la habitación de los espejos. ” ”

## La vida es única

por **Michu Am**

Estudiante de Fisio y Kinesiología. 22 años



Hola soy Michel Am tengo 22 años, voy a contarles lo que siento por la vida. La vida es hermosa, hay mucha felicidad y positivismo pero no es perfecta. Toda persona se equivoca y podemos corregir los errores mirando hacia el frente con educación (respeto propio y hacia el otro) poniéndole voluntad, esmerarse, escuchando y ayudando por qué de eso se trata la vida. En la vida hay que pelearla hasta el final dándole todo. Nos caemos mil veces y nos levantamos mil veces y así sucesivamente, para lograr la felicidad y la felicidad no es solamente la que uno siente si no también lo que la otra persona siente también que se refleja en vos. La vida es bella hay que disfrutarla por qué nunca sabes cuando puede terminar, así que cada momento que se vive hay que sentirlo como único pasándola bien o pasándola mal en este caso para cambiar y poder sentirse bien. Y aprender de los errores. La vida es única. ” ”



**L. Rodríguez Molinero.** Pediatra Acreditado en Medicina de la Adolescencia por la AEP Hospital Campo Grande. Valladolid.

### “Mi hijo roba...”

En alguna ocasión, los padres nos han consultado, sin que estuviera delante el hijo, que han observado que su hijo les roba dinero y lo niega. Aparentemente no hay nada que nos llame la atención de ese chico en la historia clínica que tenemos en el ordenador. Lógicamente, están preocupados y nos sugieren consulta con salud mental.

Lo primero que nos viene a la cabeza es que queremos saber algo más: ¿desde cuándo?, ¿dónde (en casa, colegio o trabajo)?, ¿alguien más se ha quejado?, ¿cambios en el estilo de vida del chico o chica?, ¿resultados escolares?, ¿estilo de vida que suele llevar el adolescente?, ¿a qué se dedica durante su tiempo libre?, y muchas más: tipos de amigos, costumbres sociales, relación con los padres y con los hermanos si los hubiera, estado de ánimo, estilo educativo familiar, dinero que gasta, si tiene afición a compras exageradas, modas o aparatos de nuevas tecnologías... Se trata de buscar relación entre esas respuestas y el coger dinero (la palabra robar nos suena a delictiva y no la usamos, porque interpretamos que el motivo de consulta se puede clasificar más como una conducta no deseable que como un supuesto penal).

Lo segundo que nos llama la atención es que miente. Ambas conductas suelen ir unidas y suelen tener las mismas explicaciones, y casi siempre las mismas correcciones.

Casi todos los adolescentes han cometido este tipo de faltas. El problema es cuando se repiten. Coger lo que no es de uno y mentir suelen ser conductas relacionadas con la psicología del adolescente, su necesidad de encontrar un lugar social y familiar. Por tanto, la mejor actitud es no dramatizar, e intentar comprender que actúan así por diversas razones: demostrar su astucia, su inteligencia, su afán de transgresión y riesgo; demostrar ante sus iguales su “valentía” y con ello ganar popularidad y admiración para suplir su baja autoestima...

Se trata de una conducta desadaptada, inmoral y casi delictiva, puntual o escasamente repetida y, desde luego, diferenciada de la cleptomanía o afán compulsivo de poseer, coger o retener lo que no es tuyo. En el primer caso, se puede reconducir mediante técnicas pedagógicas, y en el segundo, se trata de un trastorno mental.

En las sociedades industriales y de consumo, el deseo de tener y poseer más de lo que se tiene es muy potente, sobre todo en adolescentes. Y más aún si no están educados en la tolerancia a la frustración y no saben conformarse con lo que tienen.

En estas situaciones, los padres se preguntan ¿Qué hemos hecho mal? ¿Dónde lo habrá aprendido, si siempre le hemos dado lo que necesitaba? O lo que es peor, se culpan por no haberle enseñado mejores hábitos.

El desarrollo moral, es el proceso educativo que desde los primeros años está orientado a la adaptación y aprendizaje de normas y convenciones sociales. La familia es la clave en la educación en valores. Los valores morales se aprenden en casa. Los hijos observan a los padres, y perciben la coherencia entre lo que dicen y lo que hacen. A partir de los siete años, en el niño se produce un desarrollo cognitivo que permite la toma de conciencia de los actos y su valoración moral (Piaget y Kohlberg). Después viene la escuela, donde se refuerzan estos mensajes. En la adolescencia aparecen los amigos, el barrio y el microambiente social. Se trata de educar en los valores de respeto y sinceridad como factores internos que estimulen estilos de vida y actitudes positivas.

Cuando educamos, pretendemos ayudar a los hijos a tener salud, ser felices, confiados y seguros de sí mismos y a aceptar a los otros con su dignidad y derecho a ser respetados, porque de ese modo también se respetarán a sí mismos.

Cuando llega la adolescencia, se experimenta más profundamente el comportamiento fuera del control de los padres y los hijos se ven sometidos a influencias externas, en una sociedad que les hiperestimula, y que a través de los medios y la publicidad no les educa, y tampoco a través del ejemplo de figuras significativas, y que son objeto de su admiración por la fama, la popularidad o la moda, y con las que se identifican.

## ¿Qué hacer?

Lo primero, es mantener una actitud dialogante y comunicativa, que permita transmitir el afecto y la preocupación por las consecuencias de sus actos, ya que los padres son responsables subsidiarios de ellos, sobre todo tratándose de menores de 18 años. Hay que expresar directamente nuestro deseo de que no les pase nada, y no hay que ocultarles que los padres tenemos miedo de lo que les pueda ocurrir, o a nosotros mismos, dada nuestra responsabilidad indirecta como padres.

Dentro de esta expresión de preocupación, es muy importante evitar juzgar, insultar y descalificar. Todas estas actitudes rompen los mensajes pedagógicos ("¡eres un ladrón!", "así nunca llegarás a nada!"...). Para ello, hay que buscar el mejor momento y el mejor lugar para mantener un diálogo sereno. A veces no es fácil para algunos temperamentos paternos.

Luego, hacerles comprender la magnitud del problema, y cómo afecta a su vida familiar, escolar y social. La mayoría de las veces, se trata de problemas derivados de la inmadurez cognitiva y la incapacidad para valorar las consecuencias. Se trata de ayudar al joven a entender que estamos ante conductas que pueden ser constitutivas de delito y por lo tanto, penadas por la justicia. A veces esa simple reflexión sirve para que nuestros hijos tomen conciencia de la gravedad de algunas conductas.

Lo siguiente que podemos hacer es interesarnos por sus motivos o por sus necesidades, para ver si se puede tomar alguna medida que se nos haya pasado por alto. No es raro que a partir de estas situaciones los padres reconozcan el poco conocimiento que tienen de las circunstancias de los hijos, y agradezcan que debido a esta situación se hayan dado cuenta de más cosas.

Cuando preguntamos directamente por qué coge lo que no es suyo, y qué persigue, nos acercamos a conocer el alma de nuestro hijo adolescente. Es un buen ejercicio para los padres recordar su propia adolescencia, que les enfrenta a aquellas "situaciones" que nunca fueron resueltas bien. Esta actitud, rodeada del cariño y la ternura que nunca debe faltar en las relaciones familiares, ayuda mucho a unos y a otros.

El respeto y la sinceridad son valores universales que hay que aprender, y que constituyen fuente de motivación y emociones positivas que ayudan a sentirse bien y ser más felices. Hablar de ello y practicarlo aumenta la autoestima. Por el contrario, hablar de haber molestado o faltado al respeto a alguien, nos hace sentir mal.

Otro elemento importante que se debe mencionar es la pérdida de la confianza, que se produce cuando sentimos en la familia que hay una falta de respeto por nuestros bienes. Esto hay que unirlo, de alguna manera, a la idea de que él ocupa un lugar muy importante dentro de la familia y que ésta sin él (o ella) no sería lo mismo.

Debemos, y esto también es importante, respetar la confidencialidad del asunto, para proteger su dignidad y prestigio social o familiar. No hacerle pasar vergüenza, no humillarle, es más eficaz que insistir sobre las consecuencias sociales de su comportamiento, como demuestra la experiencia.

A veces estas conductas hacen aflorar otros problemas. Entonces, si además los robos, las faltas y las mentiras se repiten, ha llegado el momento de consultar a los servicios de salud mental, porque puede haber en el fondo problemas psicopatológicos más complejos (baja autoestima, inseguridad, escasas habilidades sociales, mala adaptación social, deseos de poseer para ganar aprecio y valoración...).

## Bibliografía

- 1.- <https://es.aleteia.org/2017/05/25/mi-hijo-roba-que-puedo-hacer/>
- 2.- <https://www.euroresidentes.com/estilo-de-vida/adolescentes/adolescentes-que-roban>
- 3.- [https://www.aacap.org/aacap/families\\_and\\_youth/facts\\_for\\_families/facts\\_for\\_families\\_pages/spanish/Los\\_Ninos\\_que\\_Roban\\_12.aspx](https://www.aacap.org/aacap/families_and_youth/facts_for_families/facts_for_families_pages/spanish/Los_Ninos_que_Roban_12.aspx)



### F. Notario Herrero

Pediatra. Unidad de Pediatría y Adolescencia. Clínica Ntra. Sra. del Rosario. Albacete.

## Día mundial del tabaco y adolescencia

Las políticas antitabaco siguen de actualidad pero el INE (Instituto Nacional de Estadística) nos recuerda que el 23,95% de la población española es fumadora habitual. Y un 3% más es fumadora ocasional. Especialmente preocupante es el dato de que un 21,7% de la población de entre 15 y 24 años es fumador diario. Para frenar el consumo de tabaco en los adolescentes y a propósito del Día Mundial sin Tabaco, celebrado el pasado 31 de mayo, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha lanzado una campaña mundial dirigida a adolescentes entre 13 y 17 años, para ofrecerles los conocimientos necesarios para detectar fácilmente la manipulación de la industria tabacalera y equiparles con instrumentos para rechazar sus tácticas. Según esta fuente, más de 40 millones de adolescentes han empezado a fumar, y para hacerles llegar su mensaje la OMS ha lanzado el reto #TobaccoExposed en *Tik Tok* y ha invitado a esta red social y a *Pinterest* y *YouTube* a amplificar los mensajes. El objetivo de la iniciativa es conseguir una generación libre de tabaco y de humo ajeno, así como de la morbilidad y mortalidad que este provoca. La Fundación Española del Corazón (FEC), el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (GGCOM) se une a la OMS en este ambicioso proyecto de librar a las próximas generaciones del consumo de tabaco y las consecuencias que esto acarrea. No olvidemos que el tabaco es la segunda droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años por detrás del alcohol, según la última encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (Estudes). La campaña que lanza la FEC busca inculcar y educar a los adolescentes en el hábito de no fumar. El tabaco ya no es un signo externo de madurez y la sociedad no facilita su consumo, más bien al contrario, lo limita, nos recuerda el Dr. Macaya, presidente de la FEC. Hay que evitar el peligro del daño cardiovascular, cuanto más tiempo se mantenga el consumo de tabaco más difícil será abandonarlo, por tanto la mejor prevención es no empezar a fumar.

## Y la alimentación de los adolescentes durante el confinamiento...?

Pues parece que esto ha ido bien, desde que están en casa, de promedio un 30% de los adolescentes parece que ha comido más fruta, verdura y legumbres. La cocina gana atractivo no solo en el caso de los adolescentes, sino en todas las edades, hay quien hornea pan y uno de cada 3, se atreve con la tortilla de patatas. Una cuarta parte ha incrementado su actividad física e incluso ha adelgazado. Nestlé, un año más hace públicos los resultados del VII Observatorio Nestlé sobre Hábitos Nutricionales y Estilos de Vida de las Familias, para conmemorar el Día de la Nutrición. En este año marcado por la pandemia mundial de la COVID -19, la Compañía ha querido estudiar cómo han sido la alimentación y los hábitos culinarios en las familias españolas durante el confinamiento, poniendo el foco precisamente en los adolescentes entre 15 y 18 años. Los dulces, pasteles, bizcochos, galletas, y sobre todo los *snacks* – patatas fritas, aceitunas – han sido la gran tentación en tiempos de confinamiento, con un incremento de consumo de casi el 50%. El picoteo entre horas, confiesan ha sido el gran problema, pero nuestros adolescentes como decíamos antes también han consumido frutas, verduras y legumbres durante el confinamiento. El tiempo en casa además de mejorar los hábitos de alimentación ha mejorado los de hidratación, un 40% ha bebido más agua. Como también apuntábamos al inicio, los adolescentes han entrado de lleno en la cocina, postres, arroces y pasta han sido las estrellas. Por otra parte, para los adolescentes la mayor dificultad ha sido cumplir con los horarios de las comidas. Aunque la mitad los han mantenido, un significativo 36% los ha atrasado. Durante las comidas, muchos ha usado el móvil, ¡mal! Si bien el confinamiento ha favorecido que se destine más tiempo a comer y cenar.

Pero no todo ha sido un camino de rosas para los adolescentes: más de la mitad ha tenido problemas para conciliar el sueño y hasta un 75% ha retrasado el momento de acostarse y levantarse.

## Cómo han podido los adolescentes proteger su salud mental durante la COVID-19. ¿Podrán hacerlo en el futuro ...?

No vamos a descubrir a estas alturas que ser adolescente es difícil en cualquier circunstancia, pero la enfermedad por el coronavirus (COVID-19) ha sido la prueba definitiva para muchos de ellos. El cierre de los centros educativos, la cancelación de eventos, etc. han hecho que muchos adolescentes se hayan perdido algunos de los momentos más hermosos de esta etapa empezando por sus experiencias más cotidianas como charlar con sus amigos en persona ó participar en sus clases normales. Nosotros, los profesionales, hemos intentado trasladarles mensajes de ánimo en aquellos momentos en que han tenido que enfrentarse a bastantes cambios en sus vidas, se han sentido ansiosos, aislados, quizá decepcionados. El cierre de los colegios e institutos, los titulares alarmantes, la muerte y la enfermedad constantemente en los medios de comunicación. ¿Qué dice la Dra. Lisa Damour, psicóloga experta en adolescencia, autora de éxito y columnista del New York Times? Pues que los psicólogos reconocen desde hace mucho tiempo que la ansiedad es una función normal y saludable que nos alerta de peligros y nos ayuda a tomar medidas para protegernos. Y ¿qué recomienda a los adolescentes la Dra. Damour? Pues que la ansiedad les ayudará a tomar las decisiones que deban adoptar en cada momento: no reunirse con otras personas o en grandes grupos, lavado de manos, uso de mascarilla... "Estos sentimientos son los que van a contribuir a mantenerte seguro, a ti mismo y a los demás...". Qué actualidad, verdad, cuando escribimos estas líneas, transmitirles la importancia de pensar también en los que nos rodean. Son tiempos de higiene, protección, mascarilla y distanciamiento social. Volviendo a la opinión de los psicólogos al enfrentarnos a una situación de dificultad crónica resulta muy útil dividir el problema en dos categorías: aquello que se puede cambiar y lo que no se puede cambiar. En estos momentos todavía hay muchas cosas que pertenecen a la segunda categoría y es precisamente lo que hay. Lo expresa muy bien la Dra. Damour en sus estrategias para los adolescentes, en un artículo en contenidos digitales de UNICEF. "... Lo único que se puede hacer con un sentimiento doloroso es aceptarlo. Permítete estar triste. Porque si te permites sentir la tristeza, llegará más rápido el momento en que comiences a sentirte mejor".

## Presencia de SARS-CoV-2 en la perniosis o sabañones en adolescentes

Los equipos del Dr. Torrelo y de la Dra. Colmenero, de los Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica respectivamente, del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, en colaboración con los Servicios de Anatomía Patológica, del Hospital 12 de Octubre y de la Fundación Jiménez Díaz, todos de Madrid, han conseguido demostrar la presencia de SARS CoV 2 en células endoteliales, visualizándose por primera vez a nivel mundial el virus en algunas lesiones de la piel que han sido biopsiadas. Paralelamente, el grupo ha descrito la presencia de daño vascular y la formación de pequeños trombos en los vasos afectados, datos coincidentes con los comunicados en pacientes adultos. Estos hallazgos se publican en *British Journal of Dermatology* y en *Pediatrics Dermatology*. El Dr Torrelo, presidente de la Sociedad Europea de Dermatología Pediátrica, prepara junto con colegas de otros países una revisión de las manifestaciones de la COVID en el niño y adolescente. Las lesiones presentadas por los adolescentes y niños se han valorado primero clínicamente y posteriormente con su histología. "Lo más llamativo han sido las lesiones similares a los sabañones, que son quizá las más específicas de COVID". Las perniosis se han manifestado más en adolescentes, que en niños pequeños. Estas investigaciones han permitido, describir las características clínicas del eritema pernicio o perniosis (sabañones) y otras alteraciones cutáneas vinculadas al COVID, tipo eritema multiforme o lesiones purpúricas en plantas. Curiosamente la mayoría de pacientes habían sido negativos en PCR y serología, probablemente por la desaparición del periodo de detección PCR o porque la propia erupción no habría generado anticuerpos, ya que el virus se encuentra en el endotelio vascular. Según el Dr. Torrelo, son generalmente manifestaciones tardías y el niño o adolescente ha estado expuesto al virus de 2 a 4 semanas antes, sería una reacción inmunológica, el virus desaparece de la garganta pero sigue activo en vasos sanguíneos. Estos estudios son claves para entender algo más de la COVID y abre la puerta a futuras investigaciones encaminadas a conocer las alteraciones cutáneas causadas por otros virus y entender los mecanismos por los que niños y adolescentes no desarrollan formas graves de enfermedad.

## Reconocimiento

### *“A los que hemos perdido en esta pandemia Covid-19 y no vamos a olvidar”*

Estas quieren ser unas palabras de agradecimiento y homenaje a los médicos y sanitarios españoles fallecidos en esta pandemia de coronavirus Covid-19. La mayoría, han dejado su vida asistiendo a los demás, también cuidando y protegiendo a sus familias y su entorno.

El coronavirus Covid-19 ha determinado en España a fecha de escribir este texto (18 de abril 2020) casi 200.000 infectados, más de 20.000 fallecidos, y el contagio a alrededor de un 15-20% de los sanitarios en activo, así como la sobresaturación del sistema sanitario en muchos territorios; y todavía queda mucho para vencerlo. Esta pandemia que nos ha tocado vivir no tiene comparación con ninguna otra en cien años, y está produciendo efectos sanitarios, sociales, económicos, a todos los niveles; determinará probablemente un cambio social, o al menos en las relaciones y modos sociales.

Los sanitarios estamos en la primera línea de atención a los infectados y a los enfermos por Covid-19, desde los Centros de Salud, las Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, los dispositivos de traslados, los hospitales (en planta y especialmente en las UCI), más los dispositivos provisionales acondicionados para afrontar el impacto exponencial de la enfermedad como IFEMA, hoteles, etc. Para la atención resulta decisivo disponer de los adecuados medios diagnósticos, terapéuticos y de protección individual. Lamentamos decir que esto no ha sido así, los profesionales sanitarios hemos sufrido las consecuencias de la falta de medios y material de protección.

El reconocimiento al personal sanitario por la población ha supuesto el “aplauso colectivo desde las ventanas”, a diario, y los mensajes en prensa y por todas las redes sociales, el denominarnos “héroos” debido al compromiso de entrega social y moral. Debemos creernos que la profesión sanitaria se merece ese reconocimiento, además de que precisa un fortalecimiento robusto y constante del sistema sanitario público, y de todo el sistema sanitario.

La actuación sanitaria durante esta crisis del coronavirus ha supuesto también una modificación en la relación en los equipos humanos sanitarios y con los pacientes. La soledad, el miedo, el sufrimiento y la muerte son los aspectos negativos que predominan en esta pandemia. También hay muchos datos positivos como el apoyo mutuo en el personal sanitario, el apoyo a los pacientes a pesar de la separación de sus familias, nuevos modos de cuidados (darse la mano sin darse la mano, y a veces, dicho por enfermería en prensa “nos dan la mano los pacientes como si fuéramos sus familiares”), la potenciación de la teleasistencia.

La sobrecarga de trabajo, la tensión asistencial, la necesidad de protección, el miedo al contagio y a contagiar al paciente o familiares, el triaje y la gestión de las urgencias y de los pacientes críticos están suponiendo un estrés y una experiencia imborrable para todos los sanitarios, incluso desde los que están terminando sus carreras universitarias.

Una de las formas de apoyarnos y fortalecernos será, el homenaje a los compañeros que hemos perdido, y no queremos olvidar. Nos sumamos a este reconocimiento que están haciendo muchas sociedades e instituciones médicas y sanitarias.

Estas publicaciones, hasta la fecha actual, nos recuerdan a 15 profesionales de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, así como 11 profesionales farmacéuticos y técnicos de farmacia; y un conductor de ambulancia.

Desde el inicio de la pandemia tenemos constancia de unos treinta médicos fallecidos en las diferentes CCAA. La mayoría de ellos trabajaban en la Sanidad Pública y algunos desempeñaban cargos universitarios e institucionales. Actualmente se cita en redes y medios de prensa entre uno y tres facultativos fallecidos al día desde mediados-finales de marzo. El 50% trabajaban en la Atención Primaria. Queremos tener un recuerdo a los médicos jubilados que también han fallecido por infección por el Covid-19.

No olvidamos a Li Wenliang, el médico oftalmólogo chino de Wuhan que primero alertó en diciembre de 2019 sobre casos de una nueva enfermedad, siendo acusado inicialmente de “perturbar severamente el orden social”, murió por la infección del coronavirus Covid-19.

Es nuestro deseo finalmente dar apoyo y ánimo a las miles de personas que están padeciendo la enfermedad actualmente.

Queremos extender nuestro pesar por los miles de víctimas, así como nuestras muestras de afecto a las familias y conocidos. No estáis solos.

### **Agradecimiento final**

*Compañeros que os hemos perdido en esta pandemia Covid-19:  
Compartir con vosotros el camino de la profesión médica: una suerte.  
Vuestro trabajo, junto a todo el colectivo sanitario: una enseñanza.  
Guardar vuestra memoria: lo haremos hermoso y motivador.  
Se puede lograr transformar el ocaso, el horizonte,  
en amanecer, en renacer.  
Sigamos, siempre.  
Gracias.*

### **Referencias y prensa donde tienen espacio para los fallecidos**

- <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/coronavirus-15-medicos-muertos-desde-el-inicio-de-la-pandemia-5355>.
- <http://www.medicospacientes.com/articulo/veintiseis-medicos-en-activo-fallecen-en-las-ultimas-semanas-por-coronavirus-en-espana>.
- [https://www.lespanol.com/sociedad/20200417/ultimo-adios-seres-queridos-coronavirus-llevo/482702808\\_0.html](https://www.lespanol.com/sociedad/20200417/ultimo-adios-seres-queridos-coronavirus-llevo/482702808_0.html).
- <https://www.nytimes.com/interactive/2020/obituaries/people-died-coronavirus-obituaries.html>.
- <https://pap.es/articulo/13056/homenaje-a-los-sanitarios-que-han-dado-la-vida-cuidando-a-los-demas-en-tiempos-del-nuevo-coronavirus-y-la-covid-19>.

Miguel Zafra. Vocal de la Junta directiva de la SEMA.



# Al Dr. Gonzalo Morandé

El Doctor Gonzalo Morandé Lavín nació en Santiago de Chile en Octubre de 1944 y falleció en Madrid, en marzo de 2020. Fue Doctor en Medicina por las Universidades Católica de Santiago de Chile y Complutense de Madrid. Ejerció como Psiquiatra Infanto Juvenil en el Hospital Calvo Mackenna de Santiago de Chile bajo la dirección del Profesor Altamirano, en el ámbito clínico y docente.

A finales de 1973 llegó a Madrid, donde fue Jefe de la Sección de Psiquiatría Infanto Juvenil en el Hospital Universitario de la Cruz Roja (San José y Santa Adela) y posteriormente Jefe de Servicio en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, donde desempeñó una activa función formativa con la supervisión de casos clínicos y proyectos de investigación. Asimismo, coordinó de forma ecuánime y afable, a equipos multidisciplinares al mismo nivel de discusión y toma de decisiones y así como la formación en diferentes escuelas teóricas, trabajando los aspectos diagnósticos y clínicos idóneos, diferenciados para cada paciente y su familia. Se coordinó en todo momento con los Servicios de Pediatría y sus especialidades a nivel hospitalario, promoviendo diferentes unidades, como la de *Recién Nacidos de Riesgo y sus padres*, la de Atención a los niños que padecían *Autismo y sus familias*, entre otras. En el Hospital Infantil del Niño Jesús continuó también su cuidado en las demás áreas de la psicopatología infantil y de la adolescencia, ampliando Unidades de Día para diferentes edades y patologías.

Cuando los Trastornos de Alimentación (TCA) mostraron una mayor prevalencia a lo largo de los años ochenta, fue uno de los primeros psiquiatras infanto-juveniles que se enfrentaron a este problema de gran magnitud. Asimismo, fundó en 1991 la organización *Adaner* (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia) junto con las familias que pedían asistencia urgente y continuada a los Servicios Públicos. En 1996, fue fundador de la *Asociación Española para el Estudio de la Conducta Alimentaria* (AEETCA, "*Spanish Eating Disorders Association*"), organizando jornadas científicas, congresos anuales, y estimulando la investigación clínica en este campo complejo de los TCA en forma de tesis doctorales o publicaciones a nivel nacional o internacional.

En aquellos momentos, de intenso trabajo por el aumento de casos de TCA se desplazó durante los fines de semana a Servicios Psiquiátricos de diferentes hospitales públicos, con el objeto de apoyar por diferentes medios, la planificación y constitución de Unidades Específicas de TCA. Asimismo, continuó profundizando e innovando en la organización, el diagnóstico, evolución y el tratamiento de estos pacientes, así como girar hacia la resiliencia en lugar de la vulnerabilidad, avanzando en el trabajo con la familia y atendiendo con mayor cuidado su sufrimiento. Organizó los módulos de atención grupal, la atención ambulatoria semanal en grupos paralelos de pacientes y padres, protocolos de tratamiento como el de "*privilegio cero*", la hospitalización domiciliaria en fases, el de Hospital de Día, hoy *Hospitalización Parcial*, etc. Asimismo, trabajó en la atención a los hermanos de pacientes con trastornos alimentarios, el embarazo en pacientes con TCA y la posterior crianza, la obesidad y su prevención, siempre estimulando a su servicio a la investigación y a la realización de publicaciones en el ámbito clínico.

En 1998 constituyó la *Mesa de Prevención*, que fue uno de sus grandes intereses, tanto que su última reunión de equipo fue el pasado mes de Marzo. Formó a colaboradores de ADANER, actualizó información, se sustituyeron las "conferencias informativas sobre TCA" por "talleres interactivos" en el aula. Quiso saber más sobre resiliencia, el "contagio mental" entre las nuevas generaciones en los últimos veinte años, para buscar una "vacuna mental". Asimismo fue muy útil la experiencia de talleres con compañeros de pacientes ingresados.

Tras su jubilación administrativa, continuó con su actividad asistencial dedicándose a su consulta que fundó en 1993, con los criterios que siempre habían marcado sus pautas de atención.

Dirigió numerosas tesinas y tesis doctorales, es autor de diversas publicaciones nacionales e internacionales, así como miembro de varias Asociaciones Científicas, conferenciante reconocido, colaborador en cursos de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP), y codirector del Máster de Postgrado de TCA y Obesidad de la Universidad Europea de Madrid.

Gonzalo, nuestro querido Doctor Morandé, fuiste Maestro de muchos y amigo de todos. Contigo la palabra GRATITUD va siempre acompañada de cariño cuando se hace referencia a tí. De tu mano aprendimos lo que hoy muchos somos, has confiado en nosotros, nos has dado oportunidades, has sabido transmitirnos ilusión, y capacidad de esfuerzo a través de tu trabajo constante en ayudar a estos pacientes, cuya patología, tan compleja, desmenuzabas para que pudiéramos comprenderles y ayudarles.

Permítenos este pequeño y sincero homenaje. Tu gran personalidad queda en nuestro recuerdo, a través de ti nuestra vocación es tratar y cuidar al paciente y su familia. Te fuiste en silencio, pero no dudes que guardamos tu huella imborrable.

Gracias por tanto.



Carmen Bayo Fernández, Médico Psiquiatra.  
Almudena G. Llantada, Psicóloga Clínica.

**Adicción a nuevas tecnologías: Internet, videojuegos y smartphones. Revisión y estado del arte. 1c)** El criterio de considerar que el uso de las nuevas tecnologías se convierte en un trastorno es el impacto y deterioro que ocasionan en su vida. Las demás afirmaciones no se pueden considerar patológicas. **2b)** En la actualidad solo hay evidencia científica para considerar la adicción a los videojuegos como un trastorno psiquiátrico. El resto aún no aparecen en el DSM-5. **3d)** Se considera que es el uso que se da al móvil lo que genera una adicción, se podría decir que hay conductas adictivas a determinadas aplicaciones o actividades, no al móvil en sí. Parece claro que el género influye en el uso de las tecnologías, los varones juegan más a videojuegos y las mujeres tienen preferencia por las redes sociales. Numerosos estudios confirman que en los países asiáticos es más alta la prevalencia de adicción a videojuegos probablemente porque es en esos países donde hay más productores. La timidez y la introversión se consideran factores de riesgo de desarrollar adicción a las nuevas tecnologías. **4c)** El uso excesivo de las nuevas tecnologías se asocia con trastornos del sueño, obesidad y trastornos visuales entre otros. La adicción a los videojuegos conlleva abstinencia y tolerancia. Se encuentra comorbilidad psiquiátrica en la adicción a las nuevas tecnologías en especial con TDAH, ansiedad social, depresión. En los programas de prevención se ha visto que involucrar a los padres aumenta la eficacia. **5a)** Aún no hay evidencia científica con ninguno de los tratamientos actuales. El objetivo no es la abstinencia total si no el uso adaptativo y funcional. Hay fármacos que resultan útiles en el tratamiento en especial los indicados en el tratamiento del TDAH que con frecuencia aparece asociado y los antidepresivos. La psicoterapia indicada es la cognitivo conductual con recomendación de trabajar con la familia. Los tratamientos que combinan psicofármacos y psicoterapia lejos de estar contraindicados, mejoran la eficacia.

**Adicción al juego en adolescentes y jóvenes. 1e)** El desarrollo del juego patológico estaría relacionado con factores de tipo biológico (antecedentes familiares de juego), psicológico (personalidad impulsiva) y ambiental (tener una casa de apuestas frente a casa, o ver a mi jugador favorito publicitarla). **2c)** Según el DSM-5, se deben cumplir al menos cuatro (o más) de los criterios propuestos. **3d)** Las apuestas *eSports* permiten al adolescente apostar en campeonatos o torneos de videojuegos conocidos. Al igual que sucede con las apuestas deportivas, las *eSports* permiten al adolescente iniciarse apostando en competiciones de videojuegos conocidos como *League of Legends* o FIFA, entre otros. Se trata de un tipo de apuestas que están suscitando gran interés entre el público más joven. **4b)** El juego *online* posee características estructurales (inmediatez del premio, velocidad con la que se pueden hacer las apuestas o alta probabilidad de ganarlas) y ambientales (intimidad, comodidad, disponibilidad o accesibilidad), que lo hacen más adictivo que el juego presencial. **5a)** Poder seguir relacionándose con amigos/as jugadores/as. El control de estímulos consiste en evitar que la persona se exponga a situaciones o estímulos que pueden incitar al juego, como por ejemplo evitar la relación con amigos/as jugadores/as.

**Compra compulsiva ¿enfermedad o exceso? 1b)** A pesar de que el interés fue creciente a partir de los años 80 o 90, ya a principios del siglo XX, Kraepelin y Bleuer habían descrito la llamada "oniomanía". **2c)** La mayor parte de los investigadores sugieren mecanismos neurobiológicos similares a los trastornos adictivos por sustancias, en concreto con el circuito de recompensa dopaminérgico en el que se ven implicados los núcleos cerebrales tegmental ventral, estriado y especialmente el núcleo *accumbens*, además de la corteza prefrontal. **3e)** Aunque hay autores independientes que han elaborado propuestas de criterios diagnósticos, no hay criterios unificados ni en DSM-5 ni en CIE-19. Existen varios cuestionarios de evaluación validados, tanto de cribado como de gravedad. El principal diagnóstico diferencial se plantea con los episodios maníacos del trastorno bipolar, en los que los pacientes, producto de los sentimientos de grandeza y la pérdida de control, a menudo realizan grandes desembolsos de dinero en compras. **4d)** Dado el rol que juega la impulsividad, se ha descrito el abuso de sustancias como una comorbilidad frecuente. **5a)** El tratamiento debe ser la combinación de medidas farmacológicas, psicológicas y psicosociales. Los fármacos más utilizados son los ISRS y los fármacos de los que más estudios hay publicados son la Fluvoxamina y el Escitalopram. También se ha utilizado la Naltrexona, el Topiramato o la Memantina. La terapia cognitivo-conductual tanto individual como grupal ha sido la más utilizada.

**Uso y uso problemático de pornografía en adolescentes: un debate no resuelto. 1a)** El UPP no está reconocido internacionalmente, pero cuenta con amplia aceptación para categorizar lo que ocurre a las personas que sufren debido al consumo de pornografía. Respuestas incorrectas (b, c, d, y e): ninguna de las mencionadas se incluye en los manuales de clasificaciones internacionales. **2e)** Los rasgos psicopáticos no se han encontrado en ninguna de las investigaciones hasta la actualidad. Respuestas incorrectas: (a, b, c y d). Estas consecuencias si forman parte de las estudiadas respecto al consumo de pornografía. **3e)** Todas las variables mencionadas son correctas. Respuestas incorrectas (a, b, c, d): al ser todas correctas, ninguna de las anteriores se podría seleccionar como correcta. **4c)** La CIE-11 no incluye el criterio de tolerancia para el diagnóstico de la CSC. Respuestas incorrectas (a, b, d, e): el resto de criterios, si están incluidos en la CIE-11 para el diagnóstico de la CSC. **5a)** Los tratamientos cognitivo conductual han demostrado ser útiles y eficaces para el abordaje de la CSC. Respuestas incorrectas (b, c, d y e): no existen ensayos clínicos aleatorizados que muestren la eficacia de estos tratamientos.

**Otras adicciones comportamentales. 1b)** El constructo diagnóstico de "adicción a la comida" es controvertido. Fue excluido como categoría diagnóstica en el DSM-5 debido a la evidencia empírica insuficiente y es necesaria más investigación para poder confirmar o no la validez del concepto. **2c)** 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. **3e)** 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. **4c)** 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. **5d)** La adicción al dinero puede aparecer ya en la adolescencia. La persona adicta busca desesperadamente nuevas formas de obtener dinero y una de las que se observa con asiduidad es la especulación en bolsa. La adicción a la bolsa comparte características con el juego patológico, las apuestas y la adicción al dinero.

# adolescere

Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia



**sema**

Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia