



# Adicciones sin sustancia: juego patológico, adicción a nuevas tecnologías, adicción al sexo

E. J. Verdura Vizcaíno, G. Ponce Alfaro  
y G. Rubio Valladolid

Unidad de Conductas Adictivas. Departamento de Psiquiatría.  
Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.  
Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

## Concepto y clasificación

El término adicción según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua se define como: “hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por la afición desmedida a ciertos juegos”. La definición aquí descrita permite inferir los dos grandes grupos de adicciones que actualmente se consideran, por un lado las adicciones a sustancias y por otro aquellas adicciones sin sustancia, también denominadas sociales o comportamentales<sup>1</sup>. Este segundo grupo será el objeto de estudio en el capítulo que se desarrolla a continuación.

Algunos autores señalan que cualquier conducta normal puede convertirse en patológica en función de la intensidad, frecuencia o cantidad de dinero invertida en ella y del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y/o laborales de las personas implicadas<sup>2</sup>; de tal forma que *una adicción sin droga sería aquella conducta repetitiva que resulta placentera, al menos en las primeras fases y que genera una pérdida de control en la persona, con una interferencia grave en su vida cotidiana a nivel social, laboral y familiar*<sup>3</sup>. Las adicciones comportamentales no están incluidas en la última revisión de la *American Psychiatric Association* (APA) (Cuarto Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado, cuarta edición [DSM IV TR]<sup>4</sup>, sino bajo el apartado de “Trastornos del control de los impulsos”, categoría en la cual se incluyen: juego patológico, cleptomanía, piromanía, tricotilomanía y el trastorno explosivo intermitente<sup>5</sup>. En la próxima clasificación de la APA, el juego patológico se incluirá en la categoría de “Adicciones y trastornos relacionados”, como

### PUNTOS CLAVE

**Concepto.** El juego patológico es el único trastorno que se clasificará como “adicción comportamental” en un futuro próximo. Otros como la adicción al sexo y la adicción a Internet, posiblemente sean definidos así más adelante, sin embargo hoy en día es importante considerarlos como posibles fenómenos asociados a otros trastornos psiquiátricos.

**Formas clínicas.** El juego patológico más frecuente en nuestro medio se da con las máquinas tragaperras y en menor medida en los casinos. Presenta una elevada comorbilidad con trastornos afectivos y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAM). En cuanto a su comorbilidad médica destaca la enfermedad de Parkinson.

**Diagnóstico.** No existen pruebas complementarias objetivas para estos trastornos por lo que su aproximación diagnóstica se realizará mediante el empleo de escalas y su diagnóstico definitivo vendrá dado por la clínica.

**Tratamiento.** Su abordaje terapéutico implica intervenciones a nivel psicosocial, (asociaciones de jugadores), psicológico, (diversos abordajes psicoterapéuticos como el enfoque cognitivo-conductual) y farmacológico (fármacos antidepresivos, antiepilépticos y antagonistas opiáceos). En cuanto al tratamiento de la adicción al sexo y la adicción a Internet resulta de mayor importancia el aspecto psicoterapéutico.

la primera adicción comportamental reconocida en una clasificación de amplia aceptación y que probablemente sea la más empleada en salud mental (ver página web).

Como ya se ha señalado cualquier conducta normal puede convertirse en patológica, es decir actualmente no se puede establecer una clasificación cerrada de este tipo de adicciones. El concepto de *adicción comportamental*, actualmente en proceso de revisión incluirá el juego patológico en la categoría de “Adicciones y trastornos relacionados”, mientras que la adicción a Internet y la adicción al sexo, probablemente se clasifiquen en un apéndice bajo determinados criterios a la espera de que existan más estudios que les proporcionen una evidencia más sólida. Aquí se ha incluido: *juego patológico, adicción a nuevas tecnologías y adicción al sexo,*

por tratarse de aquellas alteraciones de la conducta que se encuentran más respaldadas por la literatura para adquirir la categoría de “adicción” en la práctica médica habitual. A pesar de que la evidencia actual sugiere que el trastorno por atracón puede entenderse como una forma de adicción, su exposición se reserva para la actualización de los trastornos de la conducta alimentaria. La adicción a las compras resulta poco frecuente y su presencia como diagnóstico independiente del trastorno bipolar es discutible, por lo que sólo se considera necesario recordar la posible presencia de un episodio maniaco o hipomaniaco ante una sintomatología caracterizada por la realización de compras compulsivas.

## Juego patológico

### Concepto y epidemiología

El término “juego” hace referencia a una actividad en la que se realiza una apuesta, generalmente una pequeña suma de dinero, con el objetivo de obtener una mayor recompensa, habitualmente también en forma de dinero<sup>6</sup>.

La práctica del juego puede convertirse en una actividad que escape al control del individuo llegando a ser excesivo, hasta el punto de tener consecuencias tales como grandes deudas, actos delictivos y conflictos personales. En su forma más extrema, el juego patológico es considerado como un diagnóstico psiquiátrico, con una prevalencia de alrededor del 1,6% en EE.UU.<sup>7,8</sup>. El juego patológico se debe considerar algo continuo y hablar de juego problemático o problemas de juego es una forma de denominar una variante cuantitativa menos grave, con una prevalencia aproximada del 3,65% en EE.UU.<sup>8</sup>.

El acceso al juego a través de Internet, casinos, salas de juego, bingo, casas de apuestas, máquinas en bares y otros establecimientos es cada vez mayor. El incremento del juego en España ha sido exponencial desde su legalización en 1977. *Actualmente no menos de un 1,5% de la población mayor de 18 años son jugadores patológicos*. En niños y adolescentes la cifra es aún mayor, al menos un 2%<sup>9</sup>.

El juego patológico se ha conceptualizado tanto como trastorno obsesivo compulsivo (TOC) como adicción, siendo esta última la corriente mayoritaria<sup>10,11</sup>. De hecho, los criterios diagnósticos se acercan mucho a la dependencia a sustancias y conceptos tales como deseo, (*craving*)<sup>12</sup>, síndrome de abstinencia<sup>13</sup> y tolerancia<sup>14</sup> se observan en muchos jugadores.

Además de su fenomenología existen otros aspectos que permiten considerar el juego patológico como una adicción, como puede ser la comorbilidad que existe entre el juego problemático y la adicción a sustancias, así como el hecho de compartir una cierta vulnerabilidad genética<sup>15</sup>.

También diversos estudios prospectivos han identificado trastornos de personalidad como predictores de desarrollo tanto de juego problemático como de abuso de sustancias.

La principal diferencia radica en que en los problemas de juego la causa no es el consumo de sustancias psicoactivas, lo cual constituye una enorme ventaja para la investigación de un modelo de vulnerabilidad a las adicciones en cerebros que no estén dañados por el consumo de sustancias<sup>16</sup>.

## Factores de riesgo de juego patológico. Comorbilidad psiquiátrica

En cuanto a los factores de riesgo para el juego patológico, destacan los siguientes:

1. Factores *significativos*, ser joven (menos de 29 años), y ser varón.

2. Factores *probables*, vivir en el estado de bienestar y residir en una gran ciudad y pertenecer a grupos de inmigrantes y grupos étnicos minoritarios, vivir en países con mayor facilidad de acceso al juego, y la edad temprana de inicio.

3. Factores *dudosos*, elevada satisfacción académica.

En cuanto a la diferente comorbilidad encontrada en los diversos estudios, destacan como patologías más frecuentes: depresión (34-78%), ansiedad (28-40%), TOC (17-1%), alcoholismo, abuso de drogas, trastorno de personalidad (TP) antisocial (15-40%). También se asocia a impulsividad, patrones de activación similares al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), búsqueda de sensaciones, actividad ilegal y delincuencia<sup>17-19</sup>.

### Manifestaciones clínicas

Para los psicólogos y economistas resulta una paradoja permanente el hecho de que la mayoría de los jugadores se muestren de acuerdo con el dicho popular, “la banca siempre gana”. Desde un punto de vista económico, es evidente, que tras un determinado número de intentos el jugador siempre se encontrará en la situación de deber dinero. Lo cual desemboca en la cuestión de la irracionalidad humana, y conduce a la búsqueda de explicaciones cognitivas y emocionales<sup>6</sup>. El hecho de que los premios con el juego se produzcan de manera intermitente favorece el refuerzo de dicha conducta<sup>20</sup>. Estímulos ambientales tales como las luces, sonidos de monedas y otros muchos ejemplos, llegan a ser condicionamientos por asociación. Además, el juego permite aliviar estados displacenteros de ansiedad, aburrimiento o bajo estado de ánimo, lo cual permite el refuerzo de estas conductas por refuerzo negativo<sup>21</sup>. Desde una aproximación cognitiva, parece que el jugador continúa jugando porque tiene una creencia distorsionada del juego, la cual hace que sobrestime sus probabilidades de ganar<sup>22</sup>. Diversas creencias erróneas provocan el salto que existe entre considerar el juego como una cuestión de azar a considerarlo como una cuestión de destreza<sup>23</sup> (tabla 1).

El procedimiento inadecuado de entender el azar, hace que se alcance la “*falacia del jugador*”, que consiste en diversas creencias y fantasías erróneas acerca del juego (tabla 2)<sup>24,25</sup>.

### Psicobiología

Desde la aproximación neuroquímica se han encontrado diversos resultados, siendo los más importantes aquellos relacionados con la alteración dopaminérgica, aunque de mecanismo y dirección inciertos, así como se ha encontrado en el líquido cefalorraquídeo (LCR) un aumento de marcadores noradrenérgicos y disminución de marcadores serotoninérgicos<sup>26-28</sup>.

TABLA 1

**Criterios para el diagnóstico de juego patológico****A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems**

1. Preocupación por el juego
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo u oportunidades educativas o profesionales debido al juego
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego

**B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco**

TABLA 2

**Creencias erróneas encontradas en los jugadores****Falacia del jugador**

Concepto general que hace referencia a creencias falsas en relación al azar. Por ejemplo, después de perder tantas veces, en esta toca ganar

**Distorsión del recuerdo**

Por ejemplo, tras llevarse el premio en una máquina tragaperras, se suceden sonidos y luces que hacen que las victorias se recuerden con mayor frecuencia e intensidad que las derrotas

**Ilusión de control**

Se caracteriza por un incremento en la confianza del jugador cuando es él quien elige la carta o impulsa la ruleta, como es lógico la probabilidad de ganar es independiente de quien realice tales actos, jugador o *croupier*

**Near miss**

Se da en aquellas situaciones en las que a pesar de perder, el resultado obtenido se encuentra cerca del que hubiese sido el resultado ganador

Por ejemplo si en una máquina de cerezas se alinean dos cerezas es más probable que vuelva a apostar que si sólo sale una, aunque ninguna de las dos aumenta la probabilidad de ganar en la siguiente apuesta

Tanto los estudios neuropsicológicos como los hallazgos de neuroimagen coinciden en detectar hipoactividad a nivel de la corteza prefrontal-ventromedial en jugadores patológicos<sup>29,30</sup>.

Se puede concluir que existen evidencias en cuanto al correlato neurobiológico del juego patológico. Estos hallazgos presentan importantes semejanzas con los encontrados en otras adicciones, hecho que lleva a pensar que su fisiopatología pueda ser común.

## Complicaciones

El juego patológico implica un importante deterioro tanto a nivel social como laboral. En numerosas ocasiones los jugadores relatan pensamientos intrusivos en relación al juego que dificultan su capacidad de concentrarse tanto en casa como en el trabajo. Dicha situación conlleva un menor ren-

dimiento laboral, mayor absentismo y finalmente en numerosas ocasiones la pérdida del empleo. A nivel familiar, las pérdidas económicas y el encubrimiento de la conducta, desencadena habitualmente la pérdida de confianza por parte del cónyuge. Todo ello implica una peor calidad de vida, contribuye a la disfunción en la unidad familiar, con elevados porcentajes de separación o divorcio, problemas económicos, actos delictivos, (el 27,3% de los jugadores patológicos han cometido alguna vez un acto ilegal) e incluso tentativas de suicidio, ( se estima que la ideación suicida se da hasta en el 48% de los jugadores patológicos y los intentos de suicidio se realizan en el 17-24% de los casos), así como abuso infantil, abandono y violencia de género. Los trastornos por ansiedad, depresión así como abuso de alcohol y drogas están presentes en el entorno familiar del individuo con problemas de juego.

Por otro lado el juego patológico también se asocia con problemas de salud física, (cardiovasculares y hepáticos) así como un mayor uso del sistema sanitario. Probablemente el empeoramiento físico se deba al mayor sedentarismo asociado a la reducción del ejercicio físico, reducción de las horas de sueño, mayor estrés así como mayor consumo de nicotina y alcohol.

## Métodos de evaluación

El diagnóstico de juego patológico es eminentemente clínico. Existen diversas escalas que se pueden emplear para despistaje de juego patológico en la población general, entre ellas destaca *The South Oaks Gambling Screen (SOGS)*. Se trata de un cuestionario que contiene 20 ítems basado en los criterios DSM III de juego patológico. Puede ser empleada tanto por entrevistadores profesionales como no profesionales. También destaca como herramienta útil la entrevista clínica, *NORC DSM Screen for Gambling Problems (NODS)*, en ella se establece una clasificación en función de la puntuación del sujeto, permitiendo detectar al posible jugador patológico. Por otra parte, un instrumento de interés en el ámbito de las adicciones como el índice de severidad de la adicción (ASI), ha sido adaptado recientemente al ámbito del juego patológico.

El diagnóstico definitivo de juego patológico viene determinado por el cumplimiento de los criterios que aparecen en el DSM IV-TR incluidos en el epígrafe “Trastornos del control de los impulsos, juego patológico” (tabla 1), que corresponde al diagnóstico de ludopatía de la CIE 10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud Décima Edición).

## Tratamiento del juego patológico

El abordaje terapéutico debe ser integral, farmacológico y psicoterapéutico.

### Tratamiento farmacológico

Actualmente en el tratamiento farmacológico del juego patológico se emplean fármacos pertenecientes a tres grandes

grupos: antagonistas opioides, estabilizadores del ánimo y antidepresivos (principalmente inhibidores selectivos de recaptación de serotonina [ISRS]).

Dentro de los antagonistas opioides, la naltrexona, (dosis habitual de 50-100 mg/día), tiene la propiedad de disminuir la liberación de dopamina en el circuito de recompensa, (ATV-NA), existiendo diversos estudios que han demostrado su eficacia en el juego patológico<sup>31</sup>. Se ha señalado también la posibilidad de que este fármaco resulte ser más eficaz en jugadores con antecedentes familiares de dependencia de alcohol<sup>32</sup>.

En cuanto a los estabilizadores del ánimo, su uso se fundamenta en parte por la asociación realizada entre el curso, la fenomenología y la comorbilidad existente entre el juego patológico y el trastorno bipolar<sup>33</sup>. Se ha empleado topiramato (dosis habitual de 50 a 400 mg/día), litio, (necesidad de monitorizar niveles según recomendaciones, en mantenimiento entre 900 y 1.200 mg/día), y valproato, (*dosis habitual de 1.200 a 1.500 mg/día*). Diversos ensayos clínicos presentaron una eficacia en juego patológico similar a fluvoxamina, (ISRS) y superior a placebo. También se ha demostrado mejoría en relación a la disminución del deseo de jugar, la pérdida monetaria y el tiempo empleado en jugar con el uso de carbamapexina (dosis habitual de 400 a 1.200 mg/d)<sup>33</sup>.

La mayor evidencia de estudios comparados con placebo, aleatorizados y doble ciego es para los ISRS. Además de la naltrexona ya mencionada, se han realizado ensayos con fluvoxamina (100-300 mg/día), fluoxetina (20-80 mg/día), paroxetina, (20-50 mg/día), sertralina (50-200 mg/día), citalopram (20-60 mg/día) y escitalopram (10-20 mg/día). Los resultados en numerosas ocasiones han sido contradictorios. Por ello se recomienda emplear antidepresivos en aquellos casos en los que exista asociada sintomatología depresiva o bien ansiosa pero se duda de su eficacia en aquellos casos en los que el juego no presente dicha comorbilidad<sup>34</sup>. El antidepresivo bupropión, (150-450 mg/día), un inhibidor dual de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND), ha demostrado eficacia en el tratamiento del juego patológico, como ya lo hizo en el tabaquismo<sup>34</sup>.

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

La N- acetilcisteína ha sido estudiada en un ensayo clínico con 27 jugadores patológicos, cuyo resultado sugiere la posibilidad de controlar la recaída en juego patológico mediante su efecto modulador en el sistema glutamatérgico, aunque se precisan más estudios para contrastar dicha información<sup>32</sup>.

### Tratamiento no farmacológico

Las terapias más contrastadas son: terapia conductual, terapia cognitiva y terapia cognitiva-conductual; sin embargo existen otras como la psicodinámica, multimodal, intervenciones breves y jugadores anónimos (ver página web), que también se emplean con elevada frecuencia en el tratamiento del juego patológico.

En los últimos años se ha demostrado de una manera un tanto sorprendente que la terapia cognitivo conductual no es

más eficaz que otras terapias menos costosas como jugadores anónimos o terapia breve<sup>35</sup>.

En el momento actual, en España habría las siguientes posibilidades de intervención o lugares a donde acudir una persona con problemas de juego: grupos de autoayuda, los cuales han surgido a través de las asociaciones de jugadores rehabilitados o en rehabilitación, centros de salud mental, unidades de conductas adictivas o unidades de alcoholismo, (donde tratan este trastorno o tienen programas para ellos), centros hospitalarios o centros universitarios que tienen programas específicos para jugadores patológicos y centros privados<sup>35</sup> (ver página web).

## Adicción a nuevas tecnologías

### Epidemiología

En un estudio estadístico realizado en la Comunidad de Madrid se estima que alrededor del 11% de los menores entre 11 y 17 años presenta características típicas de una adicción a Internet, el 8,1% de los madrileños entre 12 y 25 años utiliza el móvil de forma excesiva, y el 7% de las menores y el 21% de los menores reconoce sentirse “enganchado” a un videojuego<sup>1</sup>.

### Diagnóstico

La población de riesgo fundamental son los adolescentes y jóvenes. Las principales señales de alarma que denotan una dependencia a las nuevas tecnologías o a las redes sociales y que pueden ser un reflejo de la conversión de una *afición* en una *adicción* son las siguientes<sup>1,36</sup>:

1. Privarse de horas de sueño (< 5 horas) para estar conectado a la red, a la que se dedica 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 de personas cercanas, como los padres o los hermanos.
4. Pensar en la red constantemente, incluso cuando no se está conectado a ella y sentirse irritado excesivamente cuando la conexión falla o resulta muy lenta e intentar limitar el tiempo de conexión, pero sin conseguirlo y perder la noción del tiempo.
5. Mentir sobre el tiempo real que se está conectado o jugando a un videojuego y aislarse socialmente, mostrarse irritable y bajar el rendimiento en los estudios así como sentir una euforia y activación anómalas cuando se está delante del ordenador.

Para valorar dichas señales basta con una entrevista clínica, sin embargo en ocasiones la existencia de cuestionarios puede facilitar el ejercicio así como permitir objetivar el resultado. Se pueden emplear cuestionarios como “el cuestionario de detección de adicción a Internet. Young 1996” (tabla 3)<sup>37</sup>.

## Prevención y tratamiento

Las siguientes estrategias de prevención deben ser tenidas en cuenta por padres y educadores: limitar el uso de aparatos y pactar las horas de uso del ordenador; fomentar la relación con otras personas; potenciar aficiones tales como la lectura, el cine y otras actividades culturales; estimular el deporte y las actividades en equipo; desarrollar actividades de grupo, como las vinculadas al voluntariado y finalmente estimular la comunicación y el diálogo en la propia familia<sup>37</sup>.

Respecto al abordaje psicológico del problema, hay que saber que el sujeto sólo va a estar realmente motivado para el tratamiento cuando llegue a percatarse de que tiene un problema real; de que los inconvenientes de seguir como hasta ahora son mayores que las ventajas de hacer un cambio en su vida; y de que por sí solo será complicado lograr ese cambio. El profesional debe ayudar al sujeto a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance. Es importante tener en cuenta que en el abordaje de la adicción a las nuevas tecnologías, a diferencia del abordaje al juego patológico, la “abstinencia absoluta” resulta irreal, de tal forma que el objetivo será replantear el control de la conducta mediante el aprendizaje del control de estímulos y posteriormente la exposición programada a situaciones de riesgo (ver página web).

En cuanto al tratamiento farmacológico de esta adicción, más allá del tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados, se ha propuesto que el bupropión puede ser eficaz para el deseo y para la actividad relacionada con los videojuegos. También existen evidencias del uso de naltrexona en adicción a Internet. Se ha planteado el uso de estabilizadores del ánimo para el tratamiento de dicha adicción. Son necesarios más estudios para poder disponer de una evidencia sólida en cuanto al tratamiento farmacológico de la adicción a nuevas tecnologías<sup>37,38</sup>.

## Adicción al sexo

### Concepto. Epidemiología

La adicción al sexo no se clasifica como una conducta adictiva en el DSM IV TR, sino que está incluida en el apartado de “Trastornos del control del impulsos no especificados” o bien como una variante de los trastornos parafilicos (“Trastorno sexual parafilico” y “Trastorno sexual no parafilico”). En la próxima edición del DSM la adicción al sexo se clasificará como una variante del TOC, denominándose “Trastorno sexual compulsivo-impulsivo”. Dicha categoría diagnóstica refleja el deterioro en la inhibición conductual como alteración central en la conducta sexual compulsiva. Es necesario distinguir entre las conductas sexuales convencionales que por su frecuencia o intensidad llegan a escapar del control del individuo, a las cuales se hace referencia en este capítulo, de las parafilias que son conductas sexuales poco convencionales, (con objetos, niños, animales, con humanos buscando el dolor propio o ajeno), las cuales no son objeto de esta revisión.

TABLA 3

### Cuestionario de detección de adicción a Internet. Young 1996

¿Te sientes preocupado por Internet (pensamientos acerca de la última conexión o anticipas la próxima sesión)?
¿Sientes la necesidad de incrementar la cantidad de tiempo de uso de Internet para lograr satisfacción?
¿Ha hecho repetidamente esfuerzos infructuosos para controlar, reducir o detener el uso de Internet?
¿Se ha sentido inquieto, malhumorado, deprimido o irritable cuando ha intentado reducir o detener el uso de Internet?
¿Se queda más tiempo conectado de lo que inicialmente había pensado?
¿Ha perdido o puesto en peligro alguna relación significativa, trabajo, oportunidad educativa o profesional debido al uso de Internet?
¿Ha mentado a los miembros de su familia, terapeuta, u otros para ocultar su grado de implicación con Internet?
¿Usa Internet como un medio de evadirse de los problemas o de aliviar un estado de ánimo disfórico?

Su prevalencia parece que se sitúa en torno al 5-6% de la población general, siendo tres veces más frecuente en varones que en mujeres. Las formas más frecuentes de conducta sexual en su forma compulsiva son: la masturbación (73%), la promiscuidad prolongada (70%), y la dependencia de la pornografía (53%)<sup>39,40</sup>.

### Etiología

La dopamina, serotonina y noradrenalina desempeñan un papel importante en la conducta sexual humana. De ellos, la implicación de la dopamina es probablemente la que presenta una mayor consistencia aunque su significado es aún incierto. Así algunos pacientes con enfermedad de Parkinson tratados con agonistas dopaminérgicos desarrollan conductas hipersexuales con relativa frecuencia. El tratamiento con fármacos que regulan la serotonina ha tenido resultados positivos en la conducta sexual compulsiva, lo que hace pensar que dicho neurotransmisor desempeñe un papel importante. Los andrógenos también desempeñan un papel relevante en la sexualidad, de hecho se ha demostrado la correlación entre el nivel de testosterona y la frecuencia de pensamientos sexuales en varones adolescentes. Además se ha demostrado que en varones con hipogonadismo o castrados disminuye el deseo sexual el cual se recupera con el tratamiento con testosterona exógena. También se ha observado que sujetos con lesión en el área temporal derecha desarrollan conductas sexuales compulsivas habiéndose demostrado que dicha región está asociada con la conducta heterosexual en el varón. Por otro lado, pacientes con esclerosis múltiple y pacientes tras padecer un ictus desarrollan con frecuencia conductas hipersexuales. En el deseo sexual además de lo anterior también está involucrado el óxido nítrico y diversos neuropéptidos<sup>39</sup>, así como el ambiente y entorno cultural y socio-familiar de cada individuo en el cual integra el significado que atribuye a la sexualidad.

### Comorbilidad psiquiátrica y complicaciones

Se ha demostrado la asociación con trastornos del ánimo (76-71%), sobre todo distimia, (53-55%), con abuso de sus-

tancias psicoactivas, (46-40%), sobre todo alcohol, (40-30%), así como trastorno de ansiedad (46-38%), sobre todo fobia social, (31-21%). También se han encontrado antecedentes de TDAH en la infancia (17%), aunque el TDAH en la infancia es mucho más frecuente en las parafilias (50%). Los trastornos de personalidad más frecuentes son histriónico, paranoide, obsesivo compulsivo y pasivo agresivo<sup>39</sup>.

No existen estudios prospectivos, sin embargo las complicaciones que la práctica sexual compulsiva puede implicar se asocian de manera directa con el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, así como la presencia de embarazos no deseados. A lo anterior se pueden añadir consecuencias legales, problemas de pareja y violencia doméstica<sup>40</sup>.

## Diagnóstico

Como ya se ha mencionado, en el DSM IV TR no existen criterios operativos para su diagnóstico. Diversos autores, como Kafka y Prentky, han ofrecido diferentes criterios para su descripción diagnóstica, por ejemplo: “fantasías sexuales reiteradas, urgencia por el acto sexual, actividades que implican intereses sexuales culturalmente sancionados, y conductas de elevada frecuencia e intensidad durante al menos 6 meses que interfieren con la capacidad de desarrollar una relación afectiva recíproca”.

En otras definiciones como la aportada por Coleman, se repite de nuevo la presencia de “un umbral bajo para desarrollar fantasías sexuales”, la “urgencia sexual”, y añade el hecho de que “implique un deterioro a nivel social, laboral y/o en otras áreas importantes para la vida del sujeto” así como que “las fantasías y conductas no se deban a una enfermedad médica, una intoxicación, otra enfermedad del eje I o II o un trastorno del desarrollo”. Es importante considerar los cambios de humor relacionados con la conducta sexual, caracterizados por euforia tras la práctica sexual y ánimo depresivo durante la abstinencia. Existen cuestionarios, sobre todo en el medio anglosajón, cuya lectura proporciona una idea de aquellas preguntas que pueden guiar la entrevista clínica en caso de que exista la sospecha de una conducta sexual compulsiva. Como cuestionario destaca el *Sexual Addiction Screening Test*, como test de divulgación presente en numerosas páginas web. Otras escalas administradas por profesionales son: el *Sexual Outlet Inventory*, la *Sexual Compulsivity Scale* y la *Compulsive Sexual Behavior Inventory*.

## Tratamiento

### Tratamiento farmacológico

La selección del fármaco vendrá determinada en numerosas ocasiones por la comorbilidad, empleando *ISRS* si presenta sintomatología ansiosa o depresiva. O bien con el uso de naltrexona si presenta otras adicciones o bien refiere intenso deseo y se manifiesta un perfil claramente adictivo. También se emplearán fármacos como el metilfenidato (dosis de 20 a 60 mg/día en adultos, si tiene diagnóstico de TDAH, o bien

se indicarán estabilizadores del ánimo si presenta comorbilidad de trastorno bipolar o si posee una elevada impulsividad<sup>39</sup>. No se recomienda el uso de benzodiacepinas ya que en sujetos con conductas impulsivas pueden provocar una mayor desinhibición e incrementar la conducta sexual.

El acetato de medroxiprogesterona, (antiandrógeno), y la hormona liberadora de gonadotropinas (GNRH), se ha empleado en el tratamiento de pedófilos así como de diversas parafilias, pero no en el tratamiento de la conducta sexual compulsiva, para el cual, al menos en principio, no parece que sea el más adecuado por la inhibición del deseo sexual que conllevan.

### Tratamiento no farmacológico

Existen diversas asociaciones que pueden resultar útiles, como sexo-adictos anónimos (ver página web 5) grupo con una organización similar a la de jugadores anónimos y a la de alcohólicos anónimos. Existen en la literatura resultados positivos con el empleo de terapia de grupo e individual y de pareja tanto con un abordaje cognitivo-conductual como psicodinámico, aunque la evidencia no permite realizar recomendaciones específicas<sup>39,40</sup>.

## Bibliografía

● Importante    ●● Muy importante

- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| ✓ Metaanálisis              | ✓ Artículo de revisión     |
| ✓ Ensayo clínico controlado | ✓ Guía de práctica clínica |
| ✓ Epidemiología             |                            |
1. ● Curso: Juego patológico y adicción a las nuevas tecnologías. Madrid: Fco J. Labrador; 2010.
  2. ● Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual*. 2005;13:511-25.
  3. ● Fairburn C. La superación de los atracones de comida. Barcelona: Paidós; 1998.
  4. ●● Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2004.
  5. ● Carrasco JL, Díaz M. Trastornos del control de impulsos En: Vallejo J, Leal C, editores Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Médica; 2005;1482-95.
  6. ●● Clark L. Decision-making during gambling: an integration of cognitive and psychobiological approaches. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2010; 273:365:319-30.
  7. ● Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(5):564-74.
  8. ● Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Ann Clin Psychiatry*. 2004;16(1):27-34.
  9. ● Becoña E, et al. *Anuario de Psicología*. 1999;30(4):7-19.
  10. ● Potenza MN, Steinberg MA, Wu R, Rounsaville BJ, O'malley SS. Characteristics of older adult problem gamblers calling a gambling helpline. *J Gambl Stud*. 2006;12.
  11. ●● Potenza MN. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008;12(363):3181-9.
  12. ● Tavares H, Zilberman ML, Hodgins DC, el-Guebaly N. Comparison of craving between pathological gamblers and alcoholics. *Alcohol ClinExp Res*. 2005;29(8):1427-31.
  13. ● Wray I, Dickerson MG. Cessation of high frequency gambling and “withdrawal” symptoms. *Br J Addict*. 1981;76(4):401-5.
  14. ● Griffiths M. Tolerance in gambling: an objective measure using the psychophysiological analysis of male fruit machine gamblers. *Addict Behav*. 1993;18(3):365-72.
  15. ● Slutske WS, Eisen S, True WR, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M, et al. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(7):666-73.

16. ● Bechara A. Risky business: emotion, decision-making, and addiction. *J Gambl Stud.* 2003;19(1):23-51.
17. ● Feigelman W, Kleinman PH, Lesieur HR, Millman RB, Lesser ML. Pathological gambling among methadone patients. *Drug Alcohol Depend.* 1995;39(2):75-81.
18. ● Gunnar Gøtestamand K, Johansson A. Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: A DSM-IV-based telephone interview study. *Addictive Behaviors.* 2003;28(1):189-97.
19. ● Lester D. Legal gambling and crime. *Psychol Rep;* 1998;83(1):382.
20. ● Meyer G, Schwertfeger J, Exton MS, Janssen OE, Knapp W, Stadler MA, et al. Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. *Psychoneuroendocrinology.* 2004;29(10):1272-80.
21. ● Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction.* 2002;97(5):487-99.
22. ● Ladouceur R, Mayrand M. Depressive behaviors and gambling. *Psychol Rep.* 1987;60(3 Pt 1):1019-22.
23. ● Langer EJ. The illusion of control. *J Psychol.* 1975;120:45-9.
24. ● Ladouceur R. The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies.* 1996;12:129-42.
25. ● Côté D, Caron A, Aubert J, Desrochers V, Ladouceur R. Near wins prolong gambling on a video lottery terminal. *J GamblStud.* 2003;19(4):433-8.
26. ● Bergh C, Eklund T, Södersten P, Nordin C. Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychol Med.* 1997;27(2):473-5.
27. ● Nordin C, Eklund T. Altered CSF 5-HIAA disposition in pathological male gamblers. *CNS Spectr.* 1999;4:25-33.
28. ● Sabbatini da Silva Lobo D, Vallada HP, Knight J, Martins SS, Tavares H, Gentil V, et al. Dopamine genes and pathological gambling in discordant sib-pairs 2007;23(4):421-33.
29. ● Boyer M, Dickerson M. Attentional bias and addictive behaviour: automaticity in a gambling-specific modified Stroop task. *Addiction.* 2003;98(1):61-70.
30. ● De Ruiter MB, Veltman DJ, Goudriaan AE, Oosterlaan J, Sjoerds Z, van den Brink W. Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. *Neuropsychopharmacology.* 2009;34(4):1027-38.
31. ● Grant JE, Kim SW, Hartman BK. A double-blind placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:783-9.
32. ● Sang Leung K, Cottler LB. Treatment of pathological gambling. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 22:69-74.
33. ● Black DW, Shaw MC, Allen J. Extended release carbamazepine in the treatment of pathological gambling: an open-label study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008;32:1191-4.
34. ● Saiz Ruiz J, Blanco C, Ibáñez A, Masramon X, Gómez MM, Madrigal M, et al. Sertraline treatment of pathological gambling: A pilot study. *The J of Clin Psychiatry.* 2005;66(19):28-33.
35. ● Becoña E. Tratamiento del juego patológico. En: Buceta JM, Bueno AM, editores. *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades.* Madrid: Pirámide;1996;249-78.
36. ● González Ibáñez A. Uso y abuso de las nuevas tecnologías. *Aten Primaria.* 2009;41(9):477-8.
37. ● Estévez L, Bayón C, De la Cruz, J, Fernández-Liria A. Uso y abuso de Internet en adolescentes. En: Echeburúa E, Labrador FJ, Becoña E, editores. *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes.* Madrid: Pirámide; 2009;101-28.
38. ● Greenfield DN. Tratamiento psicológico de la adicción a Internet y a las nuevas tecnologías. En: Echeburúa E, Labrador FJ, Becoña E, editores. *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes.* Madrid: Pirámide; 2009;189-200.
39. ● Mick TM, Hollander E. Impulsive-compulsive sexual behavior. A review. *CNS Spectr.* 2006;11:12.
40. ● Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D. Epidemiological and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *European Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256:464-75.

#### Páginas web

www.adiccioninternet.wordpress.com/www.saa-recovery.org/espanol/  
 www.dsm5.org.  
 www.jugadoresanonimos.org  
 www.psiquiatria.com