



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Universitat Autònoma de Barcelona

***DONA I ADDICCIONS CONDUCTUALS:
JOC PATOLÒGIC I COMPRA COMPULSIVA***

Facultat de Medicina

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Doctorat en Psiquiatria

Tesi doctoral

Dominica Díez Marcet

Directors:

Prof. Dr. Miquel Casas Brugué

Dra. Gemma Prat Vigué

Setembre, 2016



Al meu pare,

Agraïments,

- ❖ Voldria agrair als meus directors de tesi: el Dr. Miquel Casas i Brugué i en especial a la Dra. Gemma Prat i Vigué per orientar-me i ajudar-me en aquest camí, pel seu bon saber, per la seva paciència i la seva disponibilitat gairebé “còsmica”.
- ❖ Al Dr. Bonet per permetre'm treballar a la Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions no Tòxiques de la Divisió de Salut Mental d'Althaia, amb la llibertat i confiança necessàries perquè flueixin nous projectes.
- ❖ Al Dr. Farré i a la Dra. Susana Jiménez-Murcia per promoure el Grup d'Addiccions Comportamentals i donar-me l'oportunitat de publicar.

Així com...

- ❖ Als meus pares per haver-me transmès l'alegria d'existir i l'energia necessària per fer les coses petites i també les grans.
- ❖ A la meva germana i amiga de l'ànima, Montse que sempre hi és.
- ❖ Al Lluís per esperonar-me amb la seva actitud crítica i ajudar-me en moments difícils.
- ❖ Al Guifré i la Roser, dos regals que la vida m'ha donat.
- ❖ A la meva sogra “Mery Rose” per la seva ajuda indirecta i a la meves cunyades Gemma, Núria i Miriam, al meu cunyat Fede i a la meva neboda Marina.

- ❖ A les meves amigues Lluïsa Rom i Antònia Raich per animar-me a iniciar i seguir d'alguna manera aquest viatge.
- ❖ A la meva amiga i “veu cantant” Gemma Belart, per ajudar-me en la correcció tipogràfica de la tesi i perquè seguim de tant en tant cantant.
- ❖ A la meva amiga Eulàlia Durall pels seus dibuixos tan bonics dels capítols de la tesi.
- ❖ A la Mercè Soms i la Núria Aragay, unitats unides, perquè elles són part de la meva tesi i també de la meva vida. I també a l'Ana Valdepérez.
- ❖ A l'Elena Corcuera pels seus bons consells en les caminades i per ajudar-me en el maquetat de la tesi i també a la Rosa Tejedor.
- ❖ A la Joana Romagosa, la Rosa Tejedor, la Yolanda Martínez, la Mari Cruz Crespo, la Sílvia Delgado, l'Helena González, l'Esther López, la Judith Bonet, la Txell Viladrich, la Isabel Fernández i l'Alba Pellicer companyes i amigues de la Divisió de Salut Mental per compartir les penes i alegries del dia a dia i motivar-me a continuar endavant amb la tesi.
- ❖ A la Dra. Blanca Coromina i a les altres “compis” de l'equip del CAS per la seva companyonia i professionalitat: Raquel de la Cruz, l'Ester Duarri, la Cristina Dolado i l'Alba Gómez.
- ❖ A les incondicionals de la Xerradeta per seguir amb les nostres converses mentre esmorzem tranquil·lament: Àurea Autet, Marta Fernández, Laia Majó, Flor López i Laura Villar.
- ❖ A tots els professionals, de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia, per tenir el plaer de treballar junts. I en concret a les administratives : Rosa Pujol, Olga Reillo i Carol Ferrer pel seu bon “savoir- faire”.

- ❖ A la “meva “ alumna M^aÀngels Caus per la seva eficàcia i rigorositat en el tractament de les dades.
- ❖ Al grup de Joc Patològic i Altres Addiccions Comportamentals del Col·legi de Psicòlegs liderat per la Montse Gómez, per compartir casos “complicats” i noves formacions.
- ❖ A la Bet Domínguez del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de l’UAB per fer senzilles les coses que no ho són tant.
- ❖ A les meves amigues: Eva Caellas, Eva Raich, Noemí Farré, Cristina Casas, Tere Sanz i Isabel de Maria pel seu optimisme. I també a totes les altres pel temps que la tesi m’ha fet estar absent.
- ❖ I amb tot l’afecte i respecte, als pacients i familiars atesos a la Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions no Tòxiques de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, per tot el que m’han ensenyat i el que em queda per aprendre i per fer possible que aquest projecte es faci realitat.

Justificació de la tesi

L'objectiu general de la tesi presentada és l'estudi de les diferències de gènere en les addiccions conductuals, concretament en el Joc Patològic (JP) i les Compres Compulsives (CC). De fet, són dos dels motius de consulta més freqüents a la Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions no Tòxiques de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. S'ha optat com a tema de treball de la tesi, el punt de vista de les diferències entre homes i dones perquè els estudis realitzats sobre joc patològic, han estat realitzats, en general, utilitzant mostres masculines i generalitzant l'aplicabilitat dels resultats sense considerar la variable gènere. Tot i que, en els darrers anys, han incrementat les publicacions que contempnen les diferències de gènere, les dones amb JP que acudeixen a tractament a les unitats especialitzades acostumen a ser un 10% del total de pacients atesos. Aquest fet va plantejar la necessitat i el desig d'incrementar la mostra d'estudi amb pacients ateses a les unitats de joc patològic i altres addiccions no tòxiques del Consorci Hospitalari de Terrassa i de l'Institut d'Assistència Sanitària de Girona membres del Grup de Treball Interhospitalari.

En canvi, en el trastorn de compra compulsiva, la majoria de pacients que acudeixen a tractament són dones, motiu pel qual també es va iniciar una línia d'investigació per a l'estudi de similituds i diferències amb les jugadores patològiques. A més, el marc de col·laboració del Grup d'Addiccions Comportamentals que lideren el Dr. J. M.^a Farré i la Dra. Susana Jiménez-Murcia, ha estat l'oportunitat per donar a conèixer els nostres treballs. Per tant, ha esdevingut un repte el poder comparar i fer recerca sobre ambdues problemàtiques posant com a focus d'estudi la dona. Conformen la tesi, tres publicacions: un article sobre joc patològic; una revisió descriptiva publicada recentment sobre compres compulsives i el capítol d'un llibre sobre compres compulsives *online* que forma part d'un llibre d'addicció a les noves tecnologies. S'aporta també un estudi empíric pendent d'enviament per publicació, realitzat amb una mostra de pacients dones amb problemes de compra compulsiva o de joc patològic, ateses a les tres unitats especialitzades en joc patològic i addiccions no tòxiques esmentades anteriorment.

Aquest treball està estructurat en els sis apartats següents:

El **primer** apartat consisteix en una introducció sobre les diferències de gènere en salut mental i les addiccions conductuals per arribar al joc patològic i les compres compulsives tant presencials com *online*.

El **segon** apartat presenta els objectius i les hipòtesi de treball en relació al joc patològic, a les compres compulsives i la comparació d'ambdós trastorns que seran confirmades o refutades en els capítols següents.

El **tercer** apartat consta de quatre capítols:

Capítol I: es presenta l'estudi sobre les diferències i similituds entre els homes i les dones amb problemes de joc patològic atesos en 3 unitats de joc patològic i altres addiccions no tòxiques publicat amb el nom: Men and Female Pathological Gamblers: "Bet in a Different Way and Show Different Mental Disorders" a *Spanish Journal of Psychology* (2014), 17, 1–7.

Capítol II: es presenta una revisió descriptiva sobre compres compulsives titulat: "El Trastorno por Compra Compulsiva" publicada a *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, Revista Iberoamericana de Psicosomática* (2016), 117, 11-16.

Capítol III: "Todo al alcance de una tecla" capítol del llibre titulat: Adicción a las Nuevas Tecnologías, ¿La epidèmia del siglo XXI? De Susana Jiménez i J. M^a. Farré Martí, editorial Siglantana.

Capítol IV: es presenta un estudi empíric sobre compres compulsives i joc patològic en una mostra de pacients dones ateses ambulatoriament a les mateixes unitats especialitzades en joc patològic i altres addiccions no tòxiques, titulat: "La dona amb compres compulsives o joc patològic: perfils similars per addiccions conductuals diferents". Pendent d'enviament per publicació.

El **quart** apartat és la discussió del estudis empírics i una discussió general.

En el **cinquè** apartat s'inclouen les conclusions generals responent als objectius plantejats.

I finalment en el **sisè** apartat consten les referències citades en la present tesi.

A breviatures

ATR	Australian Twin Register
CC	Compra Compulsiva / Compres Compulsives
CBS	Compulsive Buying Scale
CIE-10	Classificació Internacional de Malalties de l'OMS
CPGI	Canadian Problem Gambling Index
DA	Dopamina
DGOJ	Dirección General de Ordenación del Juego
DIPFC	Escorça Prefrontal Dorsolateral
DSM-III	Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, tercera edició
DSM-III-R	Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, tercera edició, text revisat
DSM-IV	Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, quarta edició
DSM-IV-TR	Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, quarta edició, text revisat
DSM-5	Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, cinquena edició
EPR	Exposició amb Prevenció de Resposta
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

HPA	Eix Hipotalàmic-Pituïtari-Adrenal
ISRS	Inhibidors de la Recaptació de Serotonina
JP	Joc Patològic
NAcc	Nucli Accumbens
NESARC	National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions
NODS	National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems
PET	Tomografia per Emissió de Positrons
SOGS	South Oaks Gambling Screen
TCC	Teràpia Cognitivo Conductual
TOC	Trastorn Obsessivo Compulsiu
TUS	Trastorn per Ús de Substàncies
VmPFC	Escorça Prefrontal Dorsomedial

ÍNDIX

PRIMER APARTAT: INTRODUCCIÓ	16
1.1 Gènere i salut mental	18
1.2. Història i definició d'addicció conductual	20
1.3. L'addicció al joc.....	26
1.3.1. Definició de joc patològic	26
1.3.2. Tipus de jugadors	29
1.3.3. Prevalença	31
1.3.4. Etiologia	33
1.3.5 Diferències de gènere en el trastorn de joc	36
1.3.5.1. Característiques sociodemogràfiques diferencials	37
1.3.5.2. Edat d'inici, curs i evolució de la conducta de joc.....	37
1.3.5.3. Tipus de jocs presencials	39
1.3.5.4. Tipus de jocs <i>online</i>	40
1.3.5.5. Comorbiditat psiquiàtrica.....	40
1.3.5.6. Tractament.....	42
1.4. L'addicció a les compres	44
1.4.1. Definició	44
1.4.2. Prevalença	45
1.4.3. Etiologia	46
1.4.4. Diferències de gènere en l'addicció a les compres.....	48
1.4.4.1. Edat d'inici, curs i evolució de la conducta de compres compulsives	50
1.4.4.2. Fases del procés i tipus d'objectes adquirits	51
1.4.4.3. Comorbiditat psiquiàtrica.....	52
1.4.4.4. Tractament	53

SEGON APARTAT: OBJECTIUS I HIPÒTESIS	56
2.1. Objectius	58
2.2. Hipòtesis joc patològic	59
2.3. Hipòtesis compres compulsives.....	59
TERCER APARTAT:	60
3.1. CAPÍTOL I: Male and Female Pathological Gamblers: Bet in a Different Way and Show Different Mental Disorders	64
RESUM.....	65
3.1.1.Objectius	65
3.1.2.Mètode	65
3.1.3.Resultats	66
3.1.4.Conclusions	68
3.2. CAPÍTOL II: Monogràfic: “El Trastorno de Compra Compulsiva” <i>Compulsive Buying Disorder</i>	86
RESUM.....	88
3.2.1. Objectius	88
3.2.2.Resum	88
3.2.3.Mètode.....	88
3.2.3.Estructuració del monogràfic.....	88
3.3. CAPÍTOL III: Capítol del llibre: ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS ¿La epidèmia del s. XXI?	102
3.3.1.Objectiu.....	103
3.3.2.Resum	103
3.4 CAPÍTOL IV: La dona amb compres compulsives o joc patològic: perfils similars per addiccions conductuals diferents.....	122
3.4.1.Objectius.....	122

3.4.2.Mètode	122
3.4.3.Resultats	123
3.4.4.Conclusions	124
QUART APARTAT: DISCUSSIÓ	140
4.1. Homes i dones jugadors patològics: aposten de forma diferent i presenten diferents trastorns mentals.....	142
4.1.1 Dades sociodemogràfiques	142
4.1.2.Dades de la conducta de joc	143
4.1.3.Dades clíniques	144
4.2. La dona amb compres compulsives o amb joc patològic: perfils similars per addiccions conductuals diferents	145
4.2.1.Dades sociodemogràfiques	145
4.2.2.Dades de la conducta addictiva	145
4.2.3.Dades clíniques	147
4.3.Discussió general.....	148
CINQUÈ APARTAT: CONCLUSIONS	152
SISÈ APARTAT: REFERÈNCIES	156

Primer apartat:

INTRODUCCIÓ



INTRODUCCIÓ

1.1 Gènere i salut mental

En les publicacions de l'àmbit de la sociologia es tendeixen a diferenciar els conceptes gènere i sexe. Quan s'utilitza el terme sexe, en general, es fa referència a les diferències biològiques entre homes i dones i el gènere, apunta al significat social construït entorn aquestes diferències. En l'àmbit científic s'utilitzen ambdós termes de forma aleatòria sense tenir en compte les anteriors consideracions (Ramos-Lira, 2014). En aquest treball se seguirà el criteri de l'àmbit científic, utilitzant ambdós termes de forma indistinta.

Està àmpliament acceptat que existeixen diferències de gènere tant en l'expressió qualitativa com quantitativa en les diverses patologies psiquiàtriques (Alonso et al., 2004; Arenas & Puigcerver, 2009; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010). Els estudis en aquest camp ens indiquen que aquests trets diferencials poden influir en l'etiologia i el curs dels trastorns psiquiàtrics i ens obliga a plantejar nous estudis amb l'objectiu d'avaluar les diferències actuals i poder formular noves hipòtesis i estratègies d'estudi i d'intervenció.

Atenent a referències històriques, el metge francès Jean- Étienne- Dominique Esquirol (1772-1840) va ser un dels primers en plantejar com a hipòtesi la influència del gènere en les malalties psiquiàtriques. Més endavant, al segle XX, a partir dels anys 60, s'expliquen la causes de les diferències en la presentació de la malaltia entre homes i dones a aspectes socioculturals i econòmics. A partir dels anys 80, aquestes diferències s'atribueixen a aspectes genéticohereditaris relacionats amb aspectes hormonals o a causes ambientals adquirides, condicionades per factors culturals. Actualment, i des dels anys 90, estan confirmades les diferències de gènere en la presentació de les diferents malalties mentals (Montero et al., 2004). Ser home o dona no només pot influir en la prevalença dels trastorns mentals, sinó també en l'expressió i manifestació dels símptomes, la voluntat per demanar assistència mèdica o psicològica, el curs de la malaltia i la resposta al tractament. Cada vegada hi ha proves més sòlides que mostren

l'existència de diferències de gènere respecte a l'anatomia cerebral, la neuroquímica, els patrons d'activació i la resposta als estímuls ambientals (Arenas & Puigcerver, 2009).

En relació a la comorbiditat psiquiàtrica que presenten ambdós sexes, els estudis en mostren un percentatge més elevat en les dones en comparació als homes. Les dones presenten de forma significativa un major nombre de quadres depressius, ansiosos i fòbics en comparació als homes, i aquests presenten més trastorns de la personalitat i trastorns derivats del consum d'alcohol i altres substàncies (Montero et al., 2004).

L'estudi europeu ESEMeD (2004), és el primer estudi epidemiològic europeu sobre la prevalença dels trastorns mentals a Europa i concretament als països següents : Bèlgica, França, Alemanya, Itàlia, Holanda i Espanya, amb una mostra de 21.425 subjectes majors de 18 anys. Els resultats mostren que, en els darrers 12 mesos, les dones presenten el doble de probabilitat de patir un trastorn de l'estat d'ànim o d'ansietat i els homes un trastorn per abús d'alcohol. El treball de Montesó (2008) sobre causes i conseqüències de la depressió en les dones, també conclou que la prevalença de la depressió és superior en les dones que en els homes. Les dades en població general mostren un 57,7% de prevalença total de depressió al llarg de la vida en homes i dones; mentre que les dones la pateixen en un 66,2%, els homes en un 49,4%. En la mateixa direcció, apunten els resultats de la *Encuesta Nacional de Salud* de l'Estat Espanyol (Rocha et al., 2010) sobre la prevalença de problemes de salut mental i la seva associació amb variables socioeconòmiques, de treball i de salut, realitzada amb una mostra de 29.476 persones entre 16 i 64 anys aportant que la prevalença dels problemes de salut mental és més alta en les dones (24,6%) en comparació als homes (14,7%).

Respecte a les diferències de gènere en el Trastorn per Ús de Substàncies (TUS), el metanàlisi de Greenfield et al., (2007) realitzat a partir de la revisió de 280 articles, mostra evidència referent al fet que les dones que presenten TUS, són més reticents a iniciar tractament en comparació als homes. No obstant això, sí que existeixen predictors de millor resposta al tractament si es tenen en compte aspectes comuns a les dones amb TUS, tals com els problemes alimentaris. L'autor destaca la

necessitat de realitzar programes de tractament específics que contemplin aquestes variables.

Les diferències de gènere en les addiccions conductuals, concretament en el joc patològic i en les compres compulsives seran tractades posteriorment.

1.2. Història i definició d'addicció conductual¹

Etimològicament, el concepte d'addicció prové del llatí *addictes* (assignat o entregat), terme emprat en el Dret Romà per designar als esclaus per deutes de joc, entre d'altres causes, la persona que tenia deutes de joc esdevenia *addictus* de la persona amb qui contreia el deute.

Durant el segle XIX, el terme addicció es comença a aplicar en relació a una substància com a resultat d'haver-ne iniciat el seu consum. S'incorpora la idea de neuroadaptació amb els conceptes de tolerància i abstinència. Inicialment, el concepte d'addicció estava limitat al camp del consum de substàncies i no és fins més tard que s'utilitza per primera vegada aplicat a la pèrdua de control sobre una conducta que inicialment proporciona plaer, però que, posteriorment va guanyant terreny entre les preferències de la persona arribant a dominar la seva vida (Cía, 2013).

En els darrers vint anys han sorgit alguns conceptes per tal de conceptualitzar i integrar les addiccions conductuals. Aquests poden incloure l'aproximació des de l'espectre obsessivocompulsiu, tal com planteja Hollander (1993), o altres perspectives, tals com la hipòtesi del síndrome del dèficit del reforç (Blum et al., 2011) o el model dels components de l'addicció de Griffiths (2005). Està àmpliament acceptat en el marc científic que, tant en les addiccions conductuals com en les químiques, les persones addictes experimenten l'anomenada síndrome d'abstinència quan no poden portar a terme la conducta. Aquesta síndrome es caracteritza per un intens malestar emocional (estat d'ànim disfòric, insomni, irritabilitat i inquietud psicomotriu) i físic, tal com ocorre en les addiccions químiques (Cía, 2013). El problema no és la conducta en si mateixa sinó el tipus de relació que la persona estableix amb ella, comportant la pèrdua de

¹En aquest treball s'utilitzaran el termes d'addicció conductual, comportamental o no tòxica com a sinònims així com el d'addicció a substàncies, addicció química o tòxica també de forma indistinta.

control sobre aquesta i la necessitat de gratificació immediata i de repetició, malgrat les conseqüències negatives que se'n puguin derivar.

La majoria d'estudis realitzats coincideixen en que les addiccions conductuals s'assemblen a les addiccions a substàncies en molts aspectes: trajectòria de l'addicció, fenomenologia, tolerància, comorbiditat, mecanismes neurobiològics i resposta al tractament (Grant, 2010). La realització de determinades conductes produeixen un reforçament positiu a curt termini que pot portar a la seva repetició, malgrat les conseqüències adverses produint la disminució del seu control.

Griffiths, psicòleg anglès especialitzat en addiccions, anomena les addiccions comportamentals com a no químiques o no tòxiques i també defensa que, qualsevol conducta pot ser definida operacionalment com addicció si compleix els criteris següents (Griffiths, 2005):

- **Saliència o predominància:** quan una activitat particular es converteix en la més important en la vida d'un individu i domina els seus pensaments, sentiments i conducta.
- **Modificació de l'humor:** canvis en els estats d'ànim com a conseqüència d'implicar-se en l'activitat.
- **Tolerància:** increment progressiu de la quantitat de temps dedicat a l'activitat per aconseguir els mateixos efectes.
- **Abstinència:** estat emocional desagradable i / o efectes físics que s'experimenten quan una activitat particular és interrompuda o reduïda de forma sobtada.
- **Conflicte:** problemes entre la persona addicta i el seu entorn familiar, social i/o laboral.
- **Recaiguda:** tendència a reprendre els patrons primerencs de l'activitat retornant als nivells més extrems de l'addicció, a vegades després d'anys d'abstinència i control.

Des d'un punt de vista neurològic, les addiccions conductuals comparteixen els mateixos substrats psicobiològics que les addiccions químiques (p. ex. L'activació del sistema mesolímbic de neurotransmissió dopaminèrgic en la mediatització del reforç,

tot i que existeixen algunes diferències en les modificacions neuroquímiques (Leeman & Potenza, 2013). Recents investigacions parlen de mecanismes comuns subjacents en el desenvolupament i manteniment d'ambdós tipus d'addiccions, tant les conductuals com les que fan referència a substàncies (Potenza, 2006). Els pacients que pateixen una addicció conductual (joc patològic, compres compulsives, addicció a l'esport, addicció als videojocs etc...) descriuen els símptomes i la fenomenologia pròpies de les addiccions a substàncies, inclús refereixen el *craving*, definit com el desig o desig immediat de consumir una substància o realitzar una conducta; símptomes d'abstinència psicològics i físics així com la pèrdua de control sobre l'activitat i desenvolupament de tolerància respecte a la conducta problema. Segons Lourido, en relació al JP, descriu que el *craving* és un component fonamental dins el trastorn de joc que correlaciona significativament amb la gravetat de la patologia (Lourido, 2015, p.251).

El tema de les addiccions conductuals ha generat en els darrers anys un ampli debat en el camp científic i clínic, únicament el JP està inclòs dins la categoria de Trastorns relacionats amb Substàncies i Trastorns Addictius, en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, cinquena edició (DSM-5, 2013), malgrat la polèmica generada respecte a la possibilitat d'incloure-hi altres addiccions conductuals tals com l'Addicció a les Compres o el Trastorn de Joc per Internet (inclòs en el DSM-5 en la secció III, reservada a les condicions que requereixen estudi posterior). En la Classificació Internacional de les Malalties (CIE) (OMS, 1992) està inclòs dins la categoria de Trastorns dels Hàbits i del Control dels Impulsos amb el nom de Ludopatia.

Taula 1. Diferències i similituds en funcionament cerebral (neuroimatge) per a 4 tipus d'addicció conductual en comparació als trastorns per ús de substàncies (TUS) pel que fa al frontoestriat. (Taula adaptada de Leeman i Potenza, 2013)

Addicció conductual	Resultats clau en les addiccions conductuals	Similituds i diferències en els resultats clau respecte els trastorns per ús de substàncies
Joc amb apostes	<p>Àrees frontals i estriat</p> <p><i>Estudis amb PET dels receptors tipus D2.</i> No hi ha diferències entre grups en la unió de receptors D2 en l'estriat.</p>	<p>Diferències entre grups observades en dependents de substàncies i grup control en vinculació estriatal.</p>
	<p><i>Inducció per senyals.</i> Diferències poc consistents respecte al grup control en àrees frontocorticals i estriatals.</p>	<p>Diferències del grup control en àrees frontocorticals i estriat però aparentment inconsistents.</p>
	<p><i>Tasques cognitives.</i> Activitat frontal reduïda en la majoria dels estudis; activitat reduïda en l'estriat ventral en jugadors patològics comparat amb controls. En els jugadors menys severos, la activitat estriatal augmenta.</p>	<p>Majoria resultats activitat reduïda en àrees frontals, similar a activitat en àrees ventral estriat en comparació als controls, però també s'ha trobat increment de l'activitat i resultats negatius.</p>
	<p><i>Substància blanca.</i> Integració pobre en múltiples regions incloent cos callós.</p>	<p>Integració pobre en múltiples regions incloent cos callós.</p>
Ús d'Internet	<p>Àrees frontals i estriat</p> <p><i>Estudis amb PET dels receptors tipus D2:</i> disponibilitat reduïda del receptor D2 en l'estriat dorsal, no diferències en l'estriat ventral .</p>	<p>Diferències entre grups observades en dependents de substàncies i grup control en la unió D2 estriatal específicament en l'estriat dorsal.</p>
	<p><i>Estat de descans.</i> Increment de l'homogeneïtat regional en múltiples regions incloent àrees frontals i NAcc</p>	<p>No trobades localitzades amb el mateix mètode d'homogeneïtat regional.</p>
	<p><i>Substància gris i blanca.</i> Integració pobre de la substància blanca i disminució dels volums de la substància gris en múltiples regions.</p>	<p>Integració pobre de la substància blanca i disminució del volum de la substància gris en TUS.</p>

Taula 1. Continuació

Addicció conductual	Resultats clau en les addiccions conductuals	Similituds i diferències en els resultats clau respecte als trastorns per ús de substàncies
Ús de videojocs	Àrees frontals i estriat <i>Estat de descans.</i> Increment del metabolisme en el gir orbitofrontal mig i en nucli caudat esquerre; disminució metabòlica en el gir precentral esquerra.	Activitat disminuïda en estat de descans trobada típicament en àrees frontals, però amb algunes excepcions; activitat reduïda en l'estriat ventral i augmentada en l'estriat dorsal.
	<i>Inducció per senyals.</i> Augment de l'activitat en múltiples àrees frontals, com l'escorça orbitofrontal, l'escorça prefrontal dorsolateral; augment de l'activitat en el NAcc i en caudat dret, comparat amb controls.	Diferències amb el grup control poc clares en àrees frontals i en l'estriat ventral; augment de l'activitat de l'estriat dorsal comparada amb la dels controls.
	<i>Altres regions.</i> Activitat augmentada en ACC. en resposta a senyals i activitat disminuïda en els assajos perduts en tasques de risc/reforç; augment de l'activitat en l'ínsula.	Augment de l'activitat en el ACC en resposta a les senyals, també relacionada amb la presa de decisions arriscades en TUS; augment de l'activitat de l'ínsula
	<i>Substància gris.</i> Increment del volum en tàlem esquerre; disminució de volum en múltiples regions (ex. gir temporal inferior)	Substància gris disminuïda en TUS en múltiples regions (ex. escorça orbitofrontal i cervellet)
Compres	<i>Estriat;</i> augment de l'activitat en la part ventral quan s'exposa al producte.	Disfunció en l'estriat ventral però amb diferències específiques d'acord amb la tasca realitzada.
	<i>Altres regions:</i> activitat disminuïda a l'ínsula i ACC en la presentació del preu. ACC activat en la fase de decisió.	Ínsula: activació en resposta a estímuls associats a la substància. possible participació de l'activitat del ACC en la presa de decisions arriscades en TUS.

Taula 2. Diferències i similituds entre els neurotransmissors implicats en 4 tipus d'addicció conductual en comparació als trastorns per ús de substàncies (TUS) (Taula adaptada de Leeman i Potenza, 2013)

Addicció conductual	Resultats clau en les addiccions conductuals	Similituds i diferències en resultats clau respecte als trastorns per ús de substàncies
Joc amb apostes	<i>Dopamina.</i> Estaria implicada però no està del tot determinat el seu paper. Alguns resultats negatius en el cas de JP en la disponibilitat del receptor D2; diferències individuals en la funció i alliberament de dopamina; alguns resultats suggereixen resposta diferencial a l'administració d'agonistes i antagonistes en JP; resultats negatius en assajos clínics amb antagonistes	Nombre reduït de receptors tipus D2 en TUS comparat amb controls; el consum de substàncies s'ha relacionat amb l'alliberament de DA en alguns estudis però també amb diferències individuals; alguns resultats en assajos clínics positius amb antagonistes, mentre que d'altres negatius, amb escassa utilitat clínica demostrada.
	<i>Serotonina.</i> Diversos resultats neuroquímics suggereixen funció diferencial en JP en comparació als controls; resultats negatius i mixtos en assajos clínics amb inhibidors de la recaptació; estudis amb antagonistes suggereixen diferències individuals en la funció serotoninèrgica.	Estudis neuroquímics suggereixen una funció diferencial; alguns resultats d'assajos clínics positius amb inhibidors de la recaptació i altres negatius, suggerint possibles diferències individuals en la activitat de la serotonina
	<i>Opioides.</i> Múltiples resultats clínics suggereixen un paper del sistema opioide en JP.	Resultats múltiples suggereixen un paper del sistema opioide, particularment en l'addicció a opiacis i a l'alcohol.
	<i>Glutamat.</i> Resultats clínics preliminars positius en assajos clínics suggereixen que pot tenir un rol, particularment en conductes impulsives i compulsives.	Resultats clínics preliminars positius suggereixen que poden tenir un paper, particularment en conductes impulsives i compulsives.
	<i>Noradrenalina.</i> Elevada en estat de descans i augmentada durant l'activitat de joc; disminució de la resposta de la hormona del creixement a l'administració de clonidina.	Nivells augmentats amb el consum d'algunes substàncies, principalment, cocaïna.
Ús d'Internet	<i>Dopamina.</i> Nivells baixos en l'expressió del transportador de dopamina a l'estriat	Nivells baixos en l'expressió del transportador de dopamina, encara que en altres estudis troben nivells elevats.

Taula 2. Continuació

Addicció conductual	Resultats claus en les addiccions conductuals	Similituds i diferències en resultats clau respecte els trastorns per ús de substàncies
Ús de videojocs	<i>Dopamina.</i> No s'ha estudiat el paper del sistema dopaminèrgic directament; resultats limitats i preliminars en relació a genotips associats a possibles alteracions en la senyalització de dopamina suggereixen possibles diferències respecte a l'activitat dopaminèrgica dels grups controls.	Diferències evidents en els resultats en l'activitat dopaminèrgica comparat amb controls.
Compres	<i>Serotonina.</i> Resultats positius en un assaig clínic obert però negatius en assajos controlats amb inhibidors de la recaptació de serotonina.	Resultats clínics amb inhibidors de la recaptació de serotonina positius en alguns estudis i negatius en altres.

1.3. L'addicció al Joc

1.3.1. Definició de joc patològic²

El joc patològic és un trastorn caracteritzat per una pèrdua de control sobre la conducta de joc que persisteix, malgrat la greu afectació en els àmbits individual, familiar i /o social. Actualment inclòs en el manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals DSM-5 (APA, 2013) dins els Trastorns Relacionats amb Substàncies i Trastorns Addictius. El Joc Patològic (JP) va ser reconegut per primera vegada el 1980 com a trastorn en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels trastorns Mentals, tercera edició (DSM-III, 1980), en la categoria dels Trastorns del Control dels Impulsos junt amb la cleptomania, el trastorn explosiu intermitent i la piromania i s'hi va mantenir en edicions posteriors (DSM-III-TR, DSM-IV i DSM-IV-TR). A diferència de l'anterior edició (DSM IV-TR), en el DSM-5 (APA, 2013), s'ha suprimit el criteri diagnòstic que fa referència a la comissió d'actes delictius reduint-ne de 5 a 4 criteris per a considerar-se joc patològic. Respecte als patrons de joc, distingeix entre episòdic i persistent. Quan defineix "episòdic" explicita que el pacient ha complert els criteris diagnòstics en més d'una ocasió, si bé els símptomes es poden alleugerir durant mesos o almenys entre períodes

²En els estudis presentats en aquesta tesi, anomenem joc patològic a partir del compliment de 5 criteris en el DSM-IV.

de joc patològic. Quan defineix “persistent”, fa referència a l'experimentació dels símptomes de forma continuada complint els criteris durant diversos anys. També pot especificar-se si hi ha remissió inicial o continuada. Quan descriu la remissió inicial fa referència a que el pacient, tot i haver complert els criteris de JP en el passat, no n'ha complert cap d'ells en els darrers 3 mesos però encara no ha arribat als 12 mesos de compliment. Respecte a la remissió continuada, s'estén als darrers 12 mesos o més. També hi ha 3 indicadors de gravetat actual: lleu (compleix 4-5 criteris); moderat (compleix 6-7 criteris) i greu (compleix 8-9 criteris) (APA, 2013).

En la Classificació Internacional de les Malalties (CIE) (OMS, 1992), està inclòs dins la categoria de Trastorns dels Hàbits i del Control dels Impulsos amb el nom de Ludopatia. Aquesta és la seva definició: “presència de freqüents i reiterats episodis de jocs d'apostes, els quals dominen la vida del malalt en perjudici dels seus valors i obligacions socials, laborals, materials i familiars del mateix. Els afectats per aquest trastorn poden arriscar el seu treball, acumular grans deutes, mentir o violar la llei per obtenir diners o evadir el pagament dels seus deutes”. Seguint amb la descripció del trastorn, s'especifica que els malalts descriuen la presència d'un desig imperiós i intens de jugar que és difícil de controlar, junt amb idees i imatges insistents de l'acte de jugar i de les circumstàncies que l'envolten. Aquestes preocupacions i impulsos acostumen a augmentar en moments d'estrès vital. El trastorn també s'anomena Joc Compulsiu però aquest terme és menys adequat degut a que el comportament no és compulsiu en el sentit tècnic ni el trastorn està relacionat amb els Trastorns Obsessivocompulsius.

Taula 3. Traducció del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals DSM-5 (APA, 2013)

CRITERIS DSM-5, 2013

A. Joc patològic, problemàtic, persistent i recurrent, que provoca un deteriorament o malestar clínicament significatiu i es manifesta perquè l'individu presenta quatre (o més) dels següents criteris durant un període de 12 mesos:

- 1.- Necessitat d'apostar quantitats creixents de diners per aconseguir l'excitació desitjada.
- 2.- Està nerviós o irritable quan intenta reduir o abandonar el joc.
- 3.- Ha fet esforços repetits per controlar, reduir o abandonar el joc, sempre sense èxit.
- 4.- Sovint té la ment ocupada en les apostes (p. ex. revivint contínuament experiències d'apostes passades, planificant la seva propera aposta, pensant en la forma d'aconseguir diners per apostar).
- 5.- Sovint aposta quan sent malestar (p. ex. sentiments d'abandonament, culpabilitat, ansietat o depressió).
- 6.- Després de perdre diners en les apostes, acostuma a tornar un altre dia per intentar guanyar ("recuperar" les pèrdues).
- 7.- Diu mentides per ocultar el seu grau d'implicació en el joc.
- 8.- Arrisca o perd relacions interpersonals significatives, feina o oportunitats educatives o professionals degut al joc.
- 9.- Confia que els demás li proporcionin diners per alleugerir la desesperada situació financera causada pel joc.

B. El comportament de joc no s'explica millor per la presència d'un episodi maníac.

1.3.2. Tipus de jugadors

Diversos autors han classificat els jugadors en tipologies diverses en funció de diferents aspectes analitzats. Presentarem algunes de les classificacions més significatives.

1. La classificació de Toce-Gerstein, Gerstein i Volberg (2003) diferencia tres tipus de jugadors en funció del nombre de criteris que compleix del DSM-IV i establint diferents nivells de gravetat de la conducta:

- **Jugador de risc:** subjectes que busquen obtenir un nivell alt d'excitació que, a vegades, juguen per sobre del seu pressupost. Aquests subjectes compleixen 1 ò 2 criteris del DSM-IV. Els criteris són el fet de jugar per recuperar diners i/o per evadir-se dels problemes o malestar emocional.
- **Jugador problemàtic:** aquells individus que compleixen 3 ò 4 criteris del DSM-IV. Els criteris són la preocupació pel joc, el jugar com a mecanisme d'evasió i mentir en relació a la seva implicació amb el joc.
- **Jugador patològic:** aquells individus que compleixen 5 ò més criteris dels 10 del DSM-IV, concretament afegeixen la pèrdua de control i els símptomes d'abstinència.

2. L'estudi d'Álvarez-Moya et al., (2010), classifica en subgrups una mostra de 1.171 pacients jugadors patològics diferenciant-ne 4 subtipus en funció de la severitat, comorbiditat i perfil de personalitat:

- **Tipus I** (desorganitzat i emocionalment inestable): amb trets esquizotípics, impulsivitat alta, abús d'alcohol i d'altres substàncies, edat d'inici precoç i amb alteracions psicopatològiques.
- **Tipus II** (esquizoide): mostra elevada evitació del dany, aïllament social i amb abús d'alcohol.
- **Tipus III** (sensible al reforç): mostra una elevada tendència a la cerca de sensacions i impulsivitat però sense psicopatologia associada.
- **Tipus IV** (alt funcionament): mostra un perfil de personalitat globalment adaptat, baix nivell d'abús d'alcohol, d'altres substàncies i/o tabaquisme i sense alteracions psicopatològiques.

L'estudi destaca en les seves conclusions que cada tipus de jugador hauria de tenir una aproximació terapèutica diferenciada.

3. La classificació de Nower, Martins, Lin i Blanco (2013), basada en el model de Blaszczynski i Nower(2002), efectuada a partir d'una mostra de 581 jugadors adults majors de 18 anys, no institucionalitzats, diferencia 3 subtipus de jugadors problemàtics en base a característiques etiològiques i clíniques:

- **Primer tipus:** nivells baixos de psicopatologia i de severitat en la conducta de joc.
- **Segon tipus:** major probabilitat de consum de substàncies i trastorns de la personalitat en el darrer any i amb una probabilitat moderada d'antecedents parentals amb trastorn per ús de substàncies i/o trastorns de la personalitat així com una major probabilitat de patir trastorns de l'estat d'ànim en el darrer any.
- **Tercer tipus:** probabilitat més alta de tenir trastorns de la personalitat durant el darrer any i antecedents de trastorns de l'estat d'ànim, trastorn per ús de substàncies, separació o divorci, violència física derivada del consum d'alcohol i pares amb problemes de consum d'alcohol i drogues.

4. La classificació de Jiménez-Murcia et al., (2013), realitzada a partir d'una mostra de 154 pacients entre 17 i 25 anys, atesos ambulatoriament, també diferencia tres tipus de jugadors patològics:

- **El tipus I:** nivell baix de psicopatologia i trets de personalitat més funcionals.
- **El tipus II:** mostra un perfil caracteritzat per un major malestar emocional, culpa, immaduresa, hostilitat i sentiments negatius.
- **El tipus III:** el perfil psicopatològic és més greu i amb més trastorns psicopatològics i trets esquizoïdes.

Els autors d'aquesta classificació, conclouen que el primer tipus de jugadors està més influenciat per factors ambientals, mentre que els altres dos comparteixen dèficits pel que fa a la regulació emocional.

Diversos models teòrics han tractat d'explicar l'etiologia del JP i plasmar-la en classificacions diverses. De totes maneres és difícil realitzar classificacions exhaustives donada la complexitat i heterogeneïtat de la conducta (Nower et al., 2013).

1.3.3. Prevalença

En les passades dècades hi ha hagut una disponibilitat d'accés al joc legalitzat i una expansió de les indústries del joc en els països desenvolupats, fet que ha portat a un increment en la prevalença dels problemes de joc (Echeburúa, González-Ortega, de Corral, & Polo-López, 2011).

Els estudis de prevalença, en general, són difícils de comparar degut a diferències metodològiques derivades de la utilització de diferents instruments de mesura, tot i que el metanàlisi dirigit per Williams, Volberg i Stevens l'any 2012 els compara i aporta dades a escala mundial que oscil·len entre el 0,4 % i el 8,1 % de joc problemàtic en el darrer any. També cal tenir en compte que, la majoria d'estudis s'han realitzat amb mostres d'homes jugadors, malgrat alguns estudis indiquen que un terç dels jugadors patològics són dones (Martins, Lobo, Tavares, & Gentil, 2002).

L'estudi realitzat pel Departament de Salut de Catalunya entre el 2007 i el 2008, amb una mostra de 3.000 persones majors de 18 anys, aporta les dades següents: un 91% del enquestats havia participat en algun tipus d'apostes al llarg de la seva vida i un 90% jugava de forma regular; un 52% havia jugat durant l'últim any i un 30% durant el darrer mes, només un 9% no havia jugat mai. La prevalença de joc problemàtic i joc patològic és més elevada entre els homes de 18 a 34 anys, divorciats o separats i amb una feina a mitja jornada. Els jugadors problemàtics, de risc i patològics de Catalunya van començar a jugar significativament més joves que els jugadors esporàdics i els no problemàtics. L'edat d'inici acostuma a ser abans dels 18 anys. La prevalença de JP a Catalunya està situada en un 0,2%, la de joc problemàtic un 0,5% i la de joc de risc un 2,0% (Salut, 2008).

A l'Estat Espanyol diversos estudis han establert les xifres de jugador problemàtic entre el 0,2 i el 3,3% i les del jugador patològic entre el 0,3 i el 1,7% (Becoña & Fuentes, 1995; Becoña, 2004; Jiménez-Murcia et. al., 2013). La prevalença de JP en els homes està descrita aproximadament el doble que en les dones (Blanco, Hasin, Petry, Stinson, & Grant, 2006).

Taula 4. *Estudis principals de joc patològic i problemàtic a Espanya. (Taula adaptada de Becoña ,2004 i Meyer 2009)*

Estudi	Mostra	Instrument de mesura	JP (%)	Joc problemàtic (%)
Cayuela(1990)	1230 Catalunya	SOGS (llarg de la vida)	2,5*	
Legarda, Babio and Abreu (1992)	598 Sevilla	SOGS	1,7	5,2
Becoña (1993)	1615 Galícia	DSM-III-R (últim any)	1,7	1,6
Becoña y Fuentes (1995)	1028 Galícia	SOGS (llarg de la vida)	1,4	2,0
Irurita (1996)	4977 Andalusia	DSM-LV (llarg de la vida)	1,7	3,3
Tejeiro (1998)	419 Algeciras (Cádiz)	Versió del SOGS	1,9	3,8
Ramírez et al. (1999)	3000 Andalusia	SOGS (llarg de la vida)	1,6	1,4
Becoña (2004)	1624 Galícia	NODS (llarg de la vida)	0,9	0,2
		NODS (últim any)	0,3	0,3
Departament de Salut	3000 Catalunya	NODS i CPGI	0,5	0,2

*Xifra que combina joc patològic (JP) i joc problemàtic

Respecte a les dades de prevalença del joc *online* a escala mundial, en població adulta i en els darrers 12 mesos, segons la revisió de diferents estudis realitzats entre el 2001 i el 2013, se situen entre el 0,4% a Nova Zelanda i el 14% a Anglaterra. En la revisió a escala mundial de Wood i Williams (2009) efectuat en 50 jurisdiccions, concretament en la mostra de jugadors per Internet canadencs el 82,4% són homes i el 17,6% dones. A l'Estat Espanyol, l'informe *Análisis del perfil del jugador online* (Dirección General de Ordenación del Juego, 2014) mostra que el nombre total

d'usuaris registrats en operadors de joc *online* ha passat de 2.285.452 a començaments de l'any 2014, a 3.940.232 a finals d'any, el que suposa un increment de 1.654.780 registres. Observant les diferències de gènere, suposa un increment mig diari de 1.937 jugadores i una mitjana de 58.930 jugadors al mes. Els homes suposen el 87% del nombre total de jugadors i la seva participació mitjana és de 8.165 euros. El nombre de dones és més baix i la seva participació mitjana de 5.128 euros. Les dues variables combinades determinen que la quota de participació total dels homes sigui del 91,4% i la de les dones del 8,6%.

1.3.4. Etiologia

Els estudis que han investigat l'etiologia del JP refereixen que no hi ha una causa concreta sinó que és multifactorial. Petry (2005), experta en JP, parla de l'existència d'aspectes biològics, neurològics, evolutius i de l'entorn per entendre les causes del trastorn.

L'estudi de Slutske, Elligson, Richmond-Rakerd, Zhu i Martin (2013), realitzat amb una mostra de 4.764 subjectes del registre australià de bessons (Australian Twin Registry; ATR), aporta dades rellevants sobre l'etiologia genètica del trastorn. S'observa una major correlació amb bessons monozigòtics en comparació als dizigòtics. Aquest estudi estableix per primera vegada que els gens són importants en l'etiologia del joc patològic tan en les dones com en els homes.

Hi ha múltiples sistemes neuroquímics implicats en el joc amb apostes i el JP. S'ha hipotetitzat que el sistema adrenèrgic contribueix a *l'arousal* i excitació, la serotonina intervé en el control dels impulsos, la dopamina en el reforç, els opioides en els circuits de el plaer i impuls, el cortisol amb la resposta a l'estrès, i el glutamat en el funcionament cognitiu (Potenza, 2013). Seguint amb els aspectes neuroquímics del joc patològic, Slutske, Zhu, Meier i Martin (2010) en el seu estudi troben moltes similituds entre el JP i les addiccions a substàncies. Ambdues, estan caracteritzades per anomalies en la resposta de l'eix Hipotàlamic-Pituitari-Adrenal (HPA). Així ho mostra el seu estudi analitzant la resposta del cortisol en saliva amb jugadors recreatius i jugadors patològics, després de veure un vídeo del seu joc preferit. En els jugadors patològics, a diferència dels jugadors recreatius, la resposta del cortisol no està incrementada, tal com ocorre amb les persones amb problemes crònics d'ús de substàncies.

En l'estudi de Black, et al., (2015) s'investiga la presència de trastorns de la personalitat, impulsivitat i cerca de sensacions en pacients diagnosticats de JP i en llurs familiars de primer grau. La mostra està composta per 91 pacients i 395 familiars i els resultats són que els pacients amb JP i trastorns de la personalitat, tenen més familiars amb malalties mentals. S'observa també, que els trastorns de la personalitat, la impulsivitat i la cerca de sensacions són més freqüents tant en pacients com en familiars en comparació al grup control. Aquests resultats suggereixen que la presència de trastorns de la personalitat i d'impulsivitat poden contribuir a la diàtesi familiar per al JP (Black, Shaw & Blum, 2010). L'estudi coincideix amb les dades obtingudes en la revisió realitzada per Verdura, Fernández-Navarro, Petry, Rubio i Blanco (2014) amb una mostra de l'estudi NESARC, respecte que l'edat precoç d'inici del trastorn de JP (menor dels 25 anys d'edat) correlaciona significativament amb el fet de tenir un trastorn de la personalitat clúster B però no amb trastorns de l'estat d'ànim.

Un altre factor que pot intervenir en la dinàmica del JP és la dificultat en la regulació de les emocions. Estévez, Herrero, Sarabia i Jáuregui (2014), en el seu estudi realitzat amb una mostra de 1.312 adolescents i joves entre 13 i 30 anys, obté que hi ha una relació significativa general entre la conducta impulsiva i la disregulació emocional en els subjectes que tenen problemes en el control de la conducta de joc.

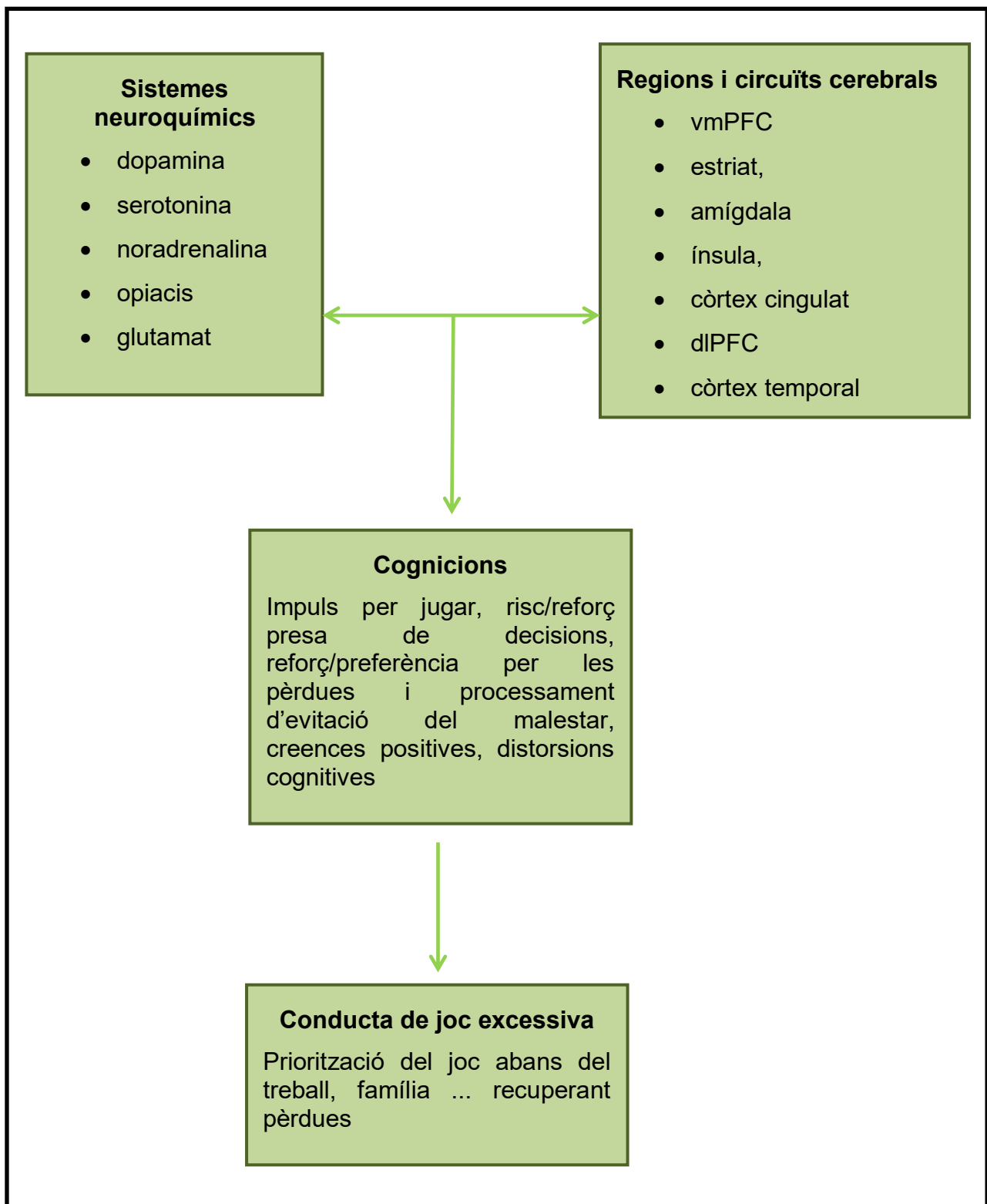


Figura 1. Correlats biològics implicats en els processos cognitius i conductuals en el joc amb apostes (Potenza, 2014)

1.3.5. Diferències de gènere en el trastorn de joc

La majoria d'estudis sobre JP s'han realitzat amb mostres d'homes, sense tenir en compte la perspectiva de gènere, excepte alguns estudis publicats els darrers anys. S'inclouran els resultats d'aquells estudis amb mostres d'homes, i d'altres comparant homes i dones amb problemes de joc, que han aportat informació sobre les característiques sociodemogràfiques, clíniques i de la conducta de joc associades al gènere.

1.3.5.1. Característiques sociodemogràfiques diferencials

S'observa una àmplia variabilitat de resultats en la literatura científica pel que fa a variables sociodemogràfiques, tenint en compte el gènere.

L'estudi de Desai i Potenza (2008) realitzat amb una mostra estreta de la gran base de dades NESARC (USA), amb una mostra de 43.093 persones, composta de 18.518 homes i 24.575 de dones, analitza l'associació de comorbiditat psiquiàtrica i problemes de joc en el darrer any i troba que, en comparació als homes, les dones són més grans, amb menys ingressos, amb més estudis primaris i menys secundaris, menys treball i més casades amb anterioritat a l'estudi, que els homes.

D'altres autors com Tavares, Zilberman, Beites i Gentil (2001), amb una mostra de 77 jugadors (38 homes i 39 dones), no troben diferències de gènere significatives respecte a l'edat, raça, religió, nombre de fills o àmbit educatiu. Resultats semblants ja havien obtingut Volberg i Steadman (1989) al no trobar diferències significatives entre jugadors patològics i població general en les variables: edat, nivell d'ingressos i àmbit educatiu. En canvi, Echeburúa et al., (2011), amb una mostra de 51 homes i 52 dones diagnosticats de jugadors/es patològics troben que les dones són més grans que els homes, amb més tendència a estar divorciades o vídues i amb uns ingressos anuals més baixos que els homes. Respecte a la situació laboral, l'estudi de De Corral, Echeburúa i Irureta (2005) sobre el perfil diferencial de la dona ludòpata, troba que els homes tendeixen a estar més actius laboralment en comparació a les dones. Una altra dada significativa és l'obtinguda en l'estudi d'Echeburúa et al., (2011) en què el 68,6% de les dones jugadores referien haver estat víctimes de violència contra la parella.

En relació als estudis sobre joc *online*, en el metanàlisi de Wood i Williams (2009), obtenen que el nivell d'instrucció dels jugadors per Internet és més elevat en comparació a la resta de població, havent completat el 41,2% els seus estudis universitaris.

1.3.5.2. Edat d'inici, curs i evolució de la conducta de joc

Hi ha diferents variables a tenir en compte en quant a l'edat en el JP. La primera és l'edat d'inici de la conducta de joc; la segona, l'edat en que ja es presenten problemes d'addicció i també es pot calcular, per tant, els anys que transcorren entre les dues; la tercera, són els anys que passen fins a acudir a tractament i la quarta, l'edat que inicien tractament pel joc. Algunes d'aquestes variables han estat analitzades en articles que estudien les diferències de gènere en el JP. Diversos articles publicats coincideixen en que les dones comencen a jugar a una edat més tardana que els homes, però desenvolupen problemes d'addicció al joc de forma més ràpida en comparació als homes, (González-Ortega, Echeburúa, Corral, Polo-López, & Alberich, 2013; Grant, Chamberlain, Schreiber, & Odlaug, 2012; Grant & Kim, 2002; Hakansson, 2015; Ibáñez, Blanco, Perez De Castro, Fernandez-Piqueras, & Sáiz-Ruiz, 2003; Nelson, LaPlante, LaBrie, & Shaffer, 2006; Tavares et al., 2001; Toneatto & Wang, 2009), és l'anomenat per Lisansky (1957) com a efecte Telescopi, observat també en l'addicció a opiacis per Anglin, Hser i Mc Glothlin (1987). S'han obtingut resultats diferents en els estudis realitzats comparant homes i dones respecte a les variables relacionades amb l'edat. Aquests són els resultats d'alguns dels estudis:

En l'estudi d'Ibáñez et al., (2003) amb una mostra clínica de pacients, l'edat d'inici de la conducta de joc, és semblant en els homes i les dones però un nombre significatiu d'homes ha jugat en la seva adolescència a diferència de les dones.

Seguint en la mateixa línia de resultats, en l'estudi de Nelson et al., (2006) amb una mostra de 2.252 participants, s'observa que l'edat d'inici del joc se situa als 22 anys pels homes i els 30 per les dones. També troben que els homes demanen ajuda terapèutica 3 anys més tard que les dones. En l'estudi de Granero et al., (2009), les dones comencen a jugar 7 anys més tard que els homes però desenvolupen problemes de joc més ràpidament.

En l'estudi d'Echeburúa et al., (2011) respecte a la variable edat d'inici del tractament, amb una mostra de 101 jugadors/es (51 homes i 52 dones), les dones són 4 anys més grans que els homes amb major percentatge de divorciades i vídues i amb menors ingressos que els homes.

Respecte al joc *online* en l'informe *Anàlisi del perfil del jugador online*, elaborat per la DGOJ (2014), analitzen conjuntament sexe i edat i obtenen que, el grup amb el volum més gran de participació és el d'homes de 26 a 35 anys, tant pel conjunt del mercat com per als segments d'apostes, casino i pòquer. En el bingo, el grup principal és el de dones de 36 a 45 anys.

Taula 5. *Estudis de dones amb JP amb les variables: edat inici conducta joc, edat inici problemes de joc, anys transcorreguts i edat d'inici del tractament pel JP*

	N	Edat inici conducta	SD	Edat inici problema	SD	Anys transcorreguts	SD	Edat inici tractament	SD
Tavares, Zilberma, Beites, & Gentil (2001)	39	34,2	13,1	40,9	9,6	6,7	10,9	44,7	9,5
Grant & Kim (2002)	78	33,4	12,2	39,1		5,7	8,4	48,4	9,6
Ladd & Petry (2002)	44	32		40,1		4,4		48,1	
Nelson, La Plante, Labrie, & Shaffer (2006)	921 935	30,04	13,01	40,90	10,86	10,86	11,4	44,45	10,55
(Toneatto & Wang, 2009)	16	33,33	17,7	43,67	14,04	10,34		45,37	12,72
Echeburúa, González-Ortega, De Corral, & Polo López (2011)	51	34,76	14,61	40,38	13,56	5,88	6,48	47,53	13,08
Grant, Chamberlain, Shreiber, & Odlang (2012)	274	31,61	12,86	40,19	11,56	8,68	9,67	48,7	11,2

Respecte al curs i l'evolució del JP s'ha de tenir en compte com en d'altres trastorns addictius, la tendència a la cronicitat si no es realitza el tractament adequat. Els percentatges de recaigudes estan situats entre un 15 i un 25% i les d'abandonament de tractament entre un 15 i un 30% degut a una sèries de variables com la motivació,

severitat i comorbiditat associada al trastorn (Jiménez-Murcia, Fernández-Aranda, Granero, & Menchón, 2014).

1.3.5.3. Tipus de jocs presencials

Segons dades de la DGOJ (2014) a l'Estat Espanyol es va gastar en joc presencial 30.052,59 milions de euros. Les comunitats que més juguen de forma presencial són Madrid, Andalusia i Catalunya suposant el 43.77% del total de les vendes.

Les diferències en l'elecció del tipus de joc entre els homes i les dones, solen tenir relació amb els tipus d'interessos i, per tant, amb aspectes culturals i és probable que canviïn en funció de l'àrea geogràfica.

Els estudis a l'Estat Espanyol i a Catalunya coincideixen que el tipus de joc més freqüent en ambdós sexes, són les màquines "escurabutxaques, de fet, és el tipus de joc que provoca més addicció degut a que hi ha més proximitat temporal entre l'aposta i el resultat (Llinares, Santos, Albiach, Camacho, & Palau, 2006) tot i que hi ha més dones jugadores de bingo, en comparació als homes. En l'estudi de Granero et al., (2009) es confirma que els homes juguen amb més freqüència a les màquines "escurabutxaques" i loteries, i gasten més diners que les dones.

No obstant això, el tipus de joc presencial que més ha incrementat l'any 2014, segons dades de la DGOJ (2014), són les apostes esportives, essent el creixement d'un 43,6%. S'observa una major afició del gènere masculí a jocs associats a estratègia i habilitats (incloses les apostes esportives) i a jocs "cara a cara" com els casinos (Hakansson, 2015). En l'estudi de Potenza et al., (2001), es confirma aquesta tendència a partir de 1.024 trucades sobre joc en una línia d'autoajuda, els homes tenen més preferència pel blackjack i per jocs estratègics en comparació a les dones i aquestes opten més pel bingo. Dades semblants s'han obtingut en l'estudi de Grant i Kim (2002) realitzat amb una mostra de 131 pacients amb diagnòstic de JP (60% dones i 40% homes) els homes prefereixen jugar al blackjack, cartes i esdeveniments esportius i les dones mostren més interès per les màquines "escurabutxaques" i el bingo.

1.3.5.4. Tipus de jocs online

Segons les dades de l'informe anomenat *Anàlisi del perfil del jugador online* (DGOJ, 2013/2014), els espanyols van jugar 5.500 milions d'euros en joc *online* en webs legals (amb llicència de la DGOJ). Les apostes esportives són la modalitat de joc *online* més demandada (41,3%), seguides del pòquer (34,7%) i els jocs al casino (20%). El seu consum a través del mòbil sembla que s'estendrà en els propers anys. Segons la mateixa font, els patrons del joc *online* són diferents als observats en el joc presencial o convencional tot i que els jocs són els mateixos. Les persones opten al joc per Internet perquè és més fàcil i accessible, encara que puguin mantenir el joc presencial. S'ha observat que, per Internet, incrementa el nombre de jocs als que juga cada jugador i s'ha observat, en els darrers anys, un increment del joc amb apostes passiu (loteries), sigui per comprar butlletes o per consultar els números premiats. Els homes juguen més que les dones en totes les franges d'edat, suposant el 87% del nombre total de jugadors i, si es té en compte la seva participació mitjana, que és més elevada, arriben a un 91,4% en front al 8,6% de les dones. En els jocs d'apostes, casino i pòquer, el nombre de jugadors és 8 vegades més que de jugadores i la participació mitjana és superior. En el cas del bingo, incrementa el percentatge de dones a un 34,8% i la seva participació mitjana (1.807) triplica a la dels homes. D'això se'n deriva que la quota de participació del homes es mantingui entorn al 90% en tots els jocs excepte en el bingo, que es redueix al 42%.(DGOJ, 2013/ 2014).

Resultats similars s'han trobat, en relació al tipus de joc per sexes, en l'estudi de Wood i Williams (2009), efectuat amb dades de 105 països, a partir d'entrevistes telefòniques a 12.521 adults, obtenen que els homes juguen més *online* a apostes esportives, d'animals (cavalls i gossos) i a jocs d'habilitats, en comparació a les dones que juguen, en proporció, més al bingo.

1.3.5.5. Comorbiditat psiquiàtrica

En el metanàlisi de Lorains, Cowlshaw i Thomas (2011), s'analitzen els resultats dels estudis realitzats sobre joc patològic i comorbiditat psiquiàtrica en mostres representatives de població amb jugadors problema i patològics, del gener del 1998 al setembre del 2010. La prevalença més alta s'obté en el trastorn per ús de substàncies

(TUS) en un 57,5%, seguit dels trastorns de l'estat d'ànim (37,9%) i els d'ansietat (37,4%), essent la dependència de nicotina d'un 60,1%.

Un altre estudi a tenir en compte és el de Desai i Potenza (2008), que analitza les dades de la gran base nacional de dades sobre alcoholisme i altres trastorns (NESARC) d'EEUU, amb una mostra de 43.093 subjectes, amb la finalitat d'investigar l'associació entre trastorns psiquiàtrics i la presència de problemes de joc en el darrer any i observar si és més prevalent en homes o en dones. Les dades indiquen una major prevalença de trastorns psiquiàtrics de l'Eix I en el darrer any, i al llarg de la vida en l'Eix II, sense diferències de gènere. No obstant això, les dones presenten una major associació de problemes de joc i depressió major, distímia, trastorn de pànic i dependència de nicotina en comparació amb els homes.

Altres estudis han tingut en compte les diferències de gènere, referint que, mentre que la dona amb JP presenta una major comorbiditat amb trastorns de l'estat d'ànim i/o d'ansietat, l'home amb JP té una major comorbiditat amb el trastorn per ús de substàncies i un nivell més alt d'impulsivitat (Blanco et al., 2006; Echeburúa et al., 2011).

Tot i que alguns factors de risc són comuns entre homes i dones, hi ha uns factors específics i aspectes diferencials significatius en el curs del trastorn deguts al gènere. Dos tipus principals de vulnerabilitat en la dependència del joc són el patró impulsiu/antisocial predominant en els homes i el patró emocional predominant en les dones (González-Ortega et al., 2013).

L'estudi d'Aymamí et al., (2015), amb una mostra de 354 pacients (89,5% homes i 10,5% dones) troba la mateixa presència de simptomatologia de TDAH per ambdós sexes en comorbiditat amb el trastorn de joc i com aquesta, pot ser un indicatiu de la gravetat del trastorn de joc així com de la psicopatologia general i de trets de personalitat disfuncionals.

En el cas invers, també podem observar la presència de problemes de joc en una mostra de 100 pacients psiquiàtrics. L'estudi d'Aragay et al., (2012) determina aquesta prevalença, comparant-la amb una mostra de 100 pacients no psiquiàtrics ingressats en el mateix hospital. Els resultats indiquen una prevalença d'un 3% (2% joc patològic i 1%

problemes de joc) en la mostra de pacients ingressats no psiquiàtrics, mentre que el percentatge augmenta al 9% (8% de joc patològic i 1% de problemes de joc) en la mostra de pacients psiquiàtrics. Els pacients diagnosticats de trastorn psicòtic tenen una prevalença més elevada de problemes de joc respecte a d'altres trastorns psiquiàtrics. Aquest percentatge més elevat de trastorns psicòtics queda explicat en l'article de Gómez (2015) que comenta que hi ha pocs estudis que investiguin la comorbiditat entre JP i esquizofrènia perquè sovint és un criteri d'exclusió bidireccional per ambdós àmbits d'estudi. La prevalença mitjana de JP en esquizofrènics és d'un 18%, de trastorns no psicòtics d'un 1% a un 7% i té el triple de probabilitats de patir esquizofrènia un jugador problemàtic o patològic que un subjecte no jugador (Gómez, 2015).

En relació a la patologia dual, cal destacar també la comorbiditat entre la dependència de l'alcohol i el JP tant en homes com en dones. Els resultats indiquen que, de la meitat a dos terços de l'associació és deguda a una vulnerabilitat genètica compartida. En l'estudi de Slutske et al., (2013), els individus amb una història de JP tenien vuit vegades més la probabilitat de tenir antecedents de dependència de l'alcohol.

Respecte als antecedents familiars, Black et al., (2015), investiga la presència de trastorns de personalitat, impulsivitat i cerca de sensacions en 93 subjectes amb JP i llurs 395 familiars de primer grau. Els familiars de primer grau tenen una prevalença significativament més alta que el grup control (41 % vs. 7 %), també nivells més elevats d'impulsivitat i cerca de sensacions. La presència de trastorns de la personalitat en els familiars de primer grau sembla que determinaria la gravetat del problema de joc, així com la precocitat del seu inici.

1.3.5.6. Tractament

Fins el moment actual, no hi ha estudis publicats sobre tractament pel trastorn de joc que tinguin en compte el gènere. Per tant s'exposaran les dades existents sobre tractament en general.

En el tractament del JP, com en el d'altres addiccions, s'inclouen una combinació d'intervencions de: psicoteràpia, psicofarmacologia, educació financera, educativa i d'auto-ajuda. Actualment, la teràpia cognitivoconductual és la que obté millors resultats

en els estudis i la que s'ha demostrat com a més efectiva en el tractament dels problemes de joc (Fong, 2005; Rizeanu, 2014).

Els tractaments de tipus conductual han variat des d'un enfoc que prioritzava el control d'estímuls i l'exposició amb prevenció de resposta (Echeburúa, Fernandez-Montalvo, & Baez, 2000) a una orientació més cognitiva, focalitzada en l'alteració de les distorsions cognitives i la il·lusió de control (Ladouceur et al., 2003). La teràpia cognitiva i la conductual tenen una forta evidència científica demostrada amb assajos clínics aleatoritzats, als 6 i 12 mesos de seguiment amb mesures apropiades i bon nombre de subjectes de la mostra. El metanàlisi de Pallesen, Mltsem, Kyale, Johnsen i Molde (2005) refereix taxes d'èxit mantingut en el temps, superiors al 50% dels casos tractats. L'estudi de Jiménez-Murcia et al., (2005) compara, amb una mostra de 194 subjectes diagnosticats de JP, l'eficàcia de dos tractaments cognitius conductuals de teràpia grupal arribant a la conclusió de la seva eficàcia en la majoria dels casos i obtenint que, factors tals com la severitat de la conducta, l'alta impulsivitat i cerca de sensacions i la severitat de la psicopatologia comòrbida són predictors de resposta pobra al tractament i que la persistència sembla actuar com a factor temperamental protector en la prevenció de recaigudes.

El treball d'Estévez et al.,(2014) realitzat amb una mostra de 1.312 adolescents i joves espanyols entre 12 i 30 anys d'edat, estudia la regulació emocional com a mediador entre el JP, l'abús d'Internet i videojocs i els símptomes psicològics. Els resultats de l'estudi, mostren una relació positiva i significativa entre aquestes variables. Tanmateix conclouen que la regulació emocional és medidora en l'aparició de simptomatologia disfuncional en els adolescents i joves i recomanen l'entrenament en habilitats de regulació emocional com a part del tractament.

El tractament psicològic és la primera opció en l'abordatge terapèutic del JP, tot i que també hi ha hagut un desenvolupament creixent de les teràpies farmacològiques. En pacients amb JP i estat d'ànim depressiu, l'ús de la Paroxetina o algun altre antidepressiu ISRS pot potenciar la teràpia psicològica (Grant et al., 2003).

La revisió de Fattore, Melis, Fadda i Fratta (2014), exposa en relació a la resposta al tractament per part de les dones, que hi ha estudis com el de Slutske,

Blaszczynski i Martin (2009) que han obtingut resultats que apunten a que les dones tenen més tendència a reconèixer quan tenen un problema de JP i demanen ajuda terapèutica abans, en comparació als homes. No obstant això, el mateix autor refereix que les dones tenen més dificultat per recuperar-se de forma natural sense ajuda, en comparació als homes.

També cal esmentar que, tot i que encara no hi han estudis clínics controlats pel tractament dels problemes de joc, es comença a investigar l'eficàcia de la teràpia cognitivoconductual incloent-hi algunes sessions d'intervenció en *mindfulness*. Concretament l'estudi pilot de Toneatto, Pillai i Courtice (2014) investiga l'efectivitat del tractament cognitivoconductual afegint 5 sessions d'intervenció en *mindfulness* i el compara amb el grup control de la llista d'espera obtenint una reducció de la severitat de l'impuls de jugar i la simptomatologia psiquiàtrica al final del tractament.

1.4. L'addicció a les Compres

1.4.1. Definició

Una de les definicions del trastorn de compra compulsiva (CC) més consensuades en la comunitat científica, és la de McElroy, Keck, Pope, Smith i Strakowsky (1994), que fan referència a aquell comportament desadaptatiu o preocupació per comprar o anar de compres com a resposta a un malestar, que interfereix en el funcionament diari i provoca problemes econòmics.

El trastorn de CC es caracteritza per la presència de preocupació, impulsos i/o comportaments desadaptatius de compra persistents, que s'experimenten com irresistibles i intrusius, ocasionant un perjudici a la persona i/o altres persones del seu entorn. Els episodis de compra són més freqüents i duren més temps del planificat i habitualment consisteixen en l'adquisició d'objectes que no es necessiten (Ros, 2012).

A principis del segle XX, Bleuer i Kraepelin van ser els autors pioners en descriure en la literatura psiquiàtrica la compra compulsiva, denominant amb el nom "d'oniomania" (manía de compra), a les conductes adquisitives desmesurades (Rodríguez Villarino, Otero-López, & Rodríguez Castro, 2001).

Actualment, tot i que no apareix com a categoria diagnòstica en el DSM 5 (APA, 2013) ni en la CIE (OMS, 1992) hi ha un ampli debat en la comunitat científica sobre la seva possible inclusió en futures edicions.

McElroy et al. (1994) van proposar la definició que ha estat més utilitzada adaptant els criteris diagnòstics del DSM-III-R pel TOC, el trastorn del control dels impulsos i el TUS i aplicant-los al trastorn de CC tenint en compte les similituds que tenen en comú (Aboujouade, 2014).

Taula 6. *Criteris Diagnòstics pel Trastorn de Compra Compulsiva (Adaptada de McElroy et. al., 1994)*

A. Preocupació, impuls o conducta desadaptatius per comprar i anar de compres, presentant com a mínim un del següents criteris:
1. Preocupació freqüent o impuls per comprar experimentat com irresistible, intrusiu i/o sense sentit.
2. Comprar amb freqüència per sobre del propi valor adquisitiu, coses que no es necessiten o amb molt més temps del previst.
B. La preocupació, impuls o conducta de comprar causen un elevat malestar, pèrdua de temps, interfereixen significativament en els àmbits social o laboral o provoquen problemes econòmics (ex. deutes, ruïna).
C. La conducta de compra no apareix en un episodi hipomaniac o maniac.

1.4.2. Prevalença

En relació a la població general, l'estudi de Mueller et al., (2011) a Alemanya situa la prevalença en un 7%. A Espanya, en l'estudi d'Otero-López i Villadefrancos (2014) realitzat a Galícia amb una mostra de 2.159 subjectes, s'obtenen xifres de prevalença d'un 7,1%. Les dades de l'estudi realitzat a USA per Koran, Faber, Aboujaoude, Large i Serpe (2006), utilitzant la *Compulsive Buying Scale* (CBS) en una mostra a l'atzar via telefònica de 2.513 subjectes adults, indiquen una prevalença d'un 5,8%. El percentatge obtingut d'homes amb CC és d'un 5,5% i de dones un 6%. En un altre estudi realitzat a Alemanya el 2007 a partir d'entrevistes presencials amb una mostra de 2.350 adults, la prevalença va ser d'un 6,9%, sense diferències significatives per gènere però sí respecte a l'edat, trobant major prevalença en individus més joves.

L'estudi de Maraz, van den Brink i Demetrovics (2015) amb una mostra de 2.710 subjectes en població general i 1.447 de clients d'un centre comercial, obté que la prevalença de CC és d'un 1,85% en població general però significativament més elevada en compradors/es de centres comercials, essent de 2,5% a 13,3% en funció del qüestionari utilitzat. L'autor conclou que la diferència de resultats indica que cada mesura identifica algun aspecte diferent del trastorn de CC.

En l'estudi de Mueller et al., (2010) s'obtenen percentatges més elevats de dones en població general que compleix criteris de CC, reclutada per anuncis amb la finalitat de realitzar l'estudi, el percentatge és del 86%. Resultats semblants als obtinguts per Dittmar i Drury (2000), que no consideren que els homes estiguin poc representats en població clínica perquè en el seu estudi efectuat amb una mostra de població anglesa, el 92% dels que es consideren compradors compulsius són dones.

Respecte a població clínica, els estudis realitzats amb mostres de subjectes en tractament, informen de percentatges de dones de més del 80% (Christenson et al., 1994; O'Guinn & Faber, 1989; Schlosser, Black, Repertinger, & Feet, 1994).

Respecte al tema de les CC *online*, degut a l'heterogeneïtat en els instruments de mesura i la manca de dades representatives, l'extensió del fenomen encara és relativament desconeguda, tot i que s'ha vist que afecta també majoritàriament a les dones.

1.4.3. Etiologia

Els estudis mostren que, tot i que la causa és desconeguda, hi ha factors psicològics, biològics i socials que contribueixen al seu desenvolupament i manteniment.

En relació als factors psicològics més rellevants, la majoria de teories coincideixen en la funció de la compra com a estratègia per a millorar l'estat d'ànim i la baixa autoestima (Aboujaoude, 2014). També s'ha vist que les persones amb CC utilitzen menys estratègies d'afrontament i resolució de problemes i més estratègies d'evitació de problemes (Otero-López & Villardefrancos, 2014).

Tanmateix hi ha evidència que el tret d'impulsivitat té un paper important en el desenvolupament i manteniment del trastorn, sobretot com a resposta a estats d'ànim, tant positius com negatius. L'estat d'ànim positiu, pot incrementar la "urgència" a realitzar l'acció, reduint l'atenció selectiva i el control inhibitori (Rose & Segrist, 2014). També s'ha demostrat que la severitat del trastorn correlaciona amb els símptomes depressius, la sensibilitat al reforç i el *hoarding* (Lawrence, Ciorciari, & Kyrios, 2014).

Entre els factors biològics, es planteja que el dèficit en el funcionament de determinats neurotransmissors en els sistemes dopaminèrgic, serotoninèrgic i opioide, explicaria l'existència i manteniment de la conducta de CC. La participació d'aquests sistemes també pot explicar la comorbiditat amb la malaltia de Parkinson (Black et al., 2010).

Diferents estudis també relacionen la conducta de CC amb aprenentatges de tipus familiar, les formes de criança disfuncionals, tals com l'excessiva autoritat parental o la manca d'afecte durant la infància, així com la pressió dels amics cap al consum. Alguns estudis familiars troben un *clustering* de compra compulsiva amb una prevalença d'un 9,5% entre familiars de primer grau tot i que també podria explicar-se per modelat de la conducta en l'àmbit familiar (Aboujaoude, 2014). Un exemple es troba en el treball de Cole (1995) que estudia el modelatge, els fills imiten els pares i aquests adopten el rol de models. Tal com refereix Rodríguez Villarino et al., (2001) en el seu llibre sobre l'addicció a la compra, l'estudi de Cole (1995) constata en una mostra de subjectes en població general, que la variable de modelatge familiar, exerceix una influència tant directa com indirecta en l'addicció a la compra.

S'ha observat que la CC es troba principalment en països "consumistes" i que, determinats factors socials i culturals poden causar i promoure el trastorn. Entre aquests, es troba la presència d'una economia de mercat amb una gran disponibilitat i quantitat de productes, la fàcil obtenció de crèdits i el temps lliure (Aboujaoude, 2014). Per tant, les actituds davant el tema econòmic s'han de tenir en compte, l'estudi de Spinella, Lester i Yang (2015), realitzat a New Jersey amb població no diagnosticada de CC amb una mostra composta de 225 persones (82 homes i 142 dones), confirma la hipòtesi que la CC estaria associada a determinades conductes en les finances (control dels impulsos, organització i planificació) i amb certes actituds vers els diners, tals com

l'ús dels diners per impressionar als altres, el desig de trobar els millors preus i l'ansietat en relació als diners. Els resultats també mostren una associació amb la manca de planificació, l'organització i la tendència a tenir deutes.

En el cas de la compra *online*, per les pròpies característiques d'Internet, la desinhibició que moltes persones experimenten, facilita el fet d'actuar de forma impulsiva amb menys control que en la compra presencial. A més, l'acte de comprar s'allunya de l'experiència d'entregar diners a algú així com de les conseqüències negatives.

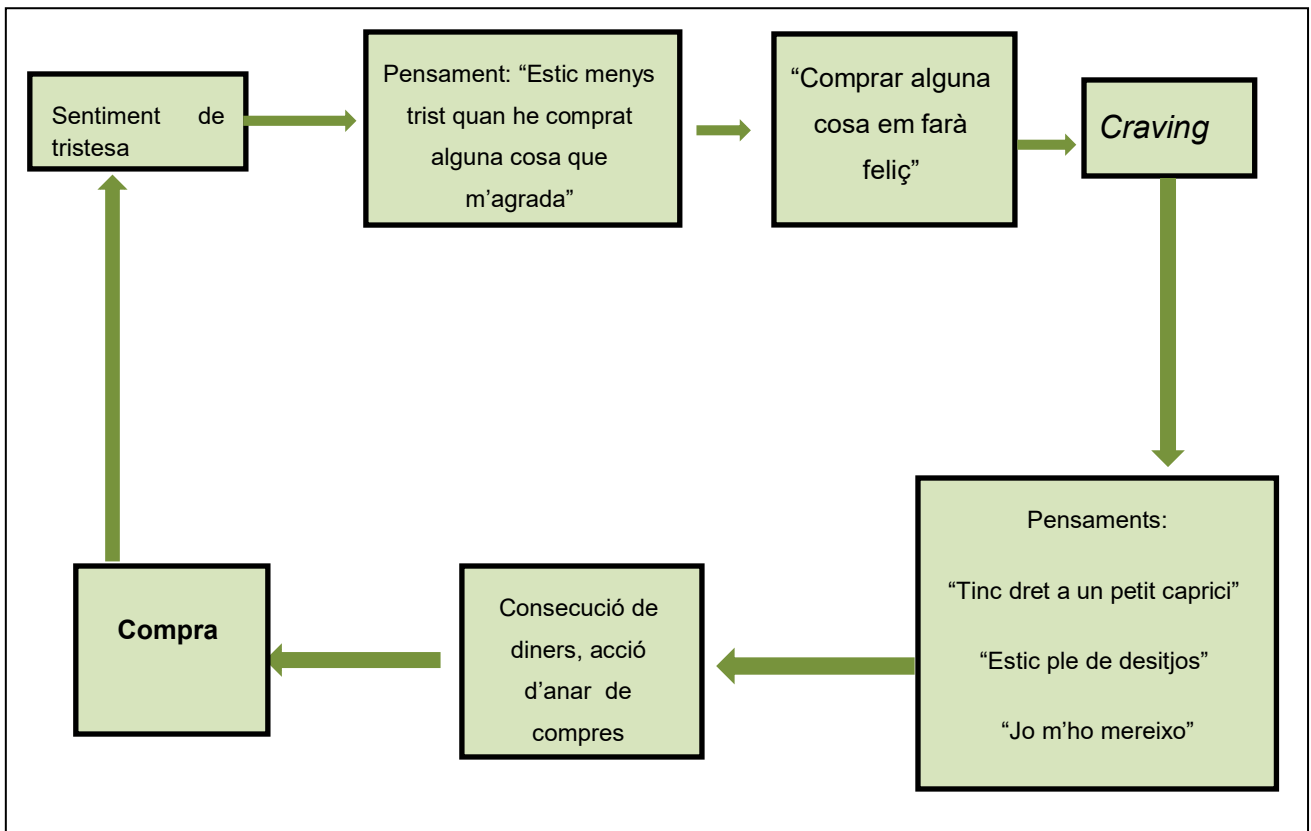


Figura 2. Esquema adaptat de Lejoyeux i Weinstein (2010) sobre els factors psicològics associats al procés de compra compulsiva

1.4.4. Diferències de gènere en l'addicció a les compres

Seguint el mateix esquema que en l'addicció al joc, s'intentarà aportar informació sobre aquells aspectes de la conducta de compra compulsiva més rellevants i, en la mesura que sigui possible, donats els pocs estudis sobre el tema, s'aportaran dades tenint en compte les diferències de gènere. S'han observat moltes limitacions en la

recollida d'informació per la manca de publicacions científiques que comparin homes i dones amb CC.

1.4.4.1. Edat d'inici, curs i evolució de la conducta de compres compulsives

L'edat mitjana d'inici del trastorn se situa entre els 18 i els 30 anys d'edat, no obstant això s'ha vist que els pacients tarden uns 10 anys a buscar tractament especialitzat (Black, 2007) i segons l'estudi de Christenson et al., (1994) uns 12 anys, fins que se n'adonen de les conseqüències negatives derivades de la conducta de compra i decideixen demanar ajuda terapèutica.

Respecte a l'edat d'inici de tractament, alguns estudis com el de Schlosser et al., (1994), situen la mitjana als 30,7 anys d'edat i McElroy et al., (1994) troben que l'edat mitjana és als 39 anys i 40 anys segons l'estudi de Black et al., (1998).

L'interval d'edat de les persones que demanen ajuda per un problema de CC obtingut en diferents estudis és dels 30 als 40 anys (Rodríguez Villarino et al., 2001). En relació als estudis sobre el procés de compra, s'ha pogut observar que la majoria dels episodis ocorren en grans magatzems i centres comercials i acostumen a realitzar-se a les tardes durant una o dues hores (Valdepérez, Aragay, & Díez, 2015). El curs del trastorn tendeix a la cronicitat amb episodis recurrents, Black (2007), en la seva revisió obté de mitjana que són de freqüència mensual.

Pel que fa a les diferències de gènere, encara hi ha pocs estudis sobre el tema i alguns han estat amb mostres d'estudiants com el de Mueller et al., (2011), realitzat amb una mostra de 410 estudiants de dues universitats a Alemanya i Bèlgica. El 70 % de la mostra està composta per noies i el 30 % per nois. La mitjana d'edat és de 22.9 anys ($SD = 3.7$, rang 18-42). Els resultats d'aquest estudi postulen que les dones tenen una major tendència, en comparació als homes, a comprar per impuls i que podrien utilitzar la conducta de comprar i anar de compres per a regular les seves emocions i alleugerir les emocions negatives com l'ansietat, a través de la cerca d'experiències positives.

En el moment actual, no hi ha gaires estudis que analitzin les principals característiques sociodemogràfiques de les persones amb possible addicció a les compres *online*. Alguns autors situen la prevalença entorn al 16% (Duroy, Gorse, & Lejoyeux, 2014) i relacionen el major descontrol en la conducta de comprar amb el fet que Internet permet comprar sense ser observat, evitant la interacció social i obtenint una ràpida gratificació i reforç (Kukar-Kinney, Ridgway, & Monroe, 2009). La conducta de comprar de forma compulsiva, habitualment, es realitza en solitari i té poca relació amb el poder adquisitiu de la persona, aquesta variable només establirà diferència amb el tipus de producte (Black, 2007).

1.4.4.2. Fases del procés i tipus d'objectes adquirits

Les persones amb CC estan preocupades en anar de compres i gastar diners i dediquen molt de temps a realitzar aquesta activitat. Tot i que podria ser possible que una persona tingués un problema de CC i no gastés, sinó que només mirés aparadors, aquest patró no és comú. En general, anar de compres i gastar, estan interconnectats. Les persones amb CC descriuen un impuls o ansietat que només cedeix quan es completa el procés de compra. Les persones amb CC, sovint però, estan més interessades en el procés de compra que en el producte mateix (Lejoyeux, Tassain, Salomon, & Adés, 1996). En general, el procés de compra es realitza en solitari però a més d'objectes per un mateix se'n compren també per a la parella, fills o amics tant a nivel presencial com en la compra per Internet (Tavares, Lobo, Fuentes, & Black, 2008). Els episodis de compra, són més freqüents i duren més temps del planificat i habitualment consisteix en comprar objectes que no es necessiten (Ros et al., 2012).

Els articles adquirits en ordre de preferència són: roba, sabates, música, joies, cosmètics i coses per la casa. No són generalment articles de molt valor però comprats en gran quantitat provoquen un descontrol en l'àmbit econòmic (Black, 2007). Per a molts individus els articles comprats no són utilitzats, són deixats en les mateixes bosses, molts són retornats, canviats o venuts. Les ocasions especials com els aniversaris o vacances poden produir un increment dels episodis de compra (Aboujaoude, 2014). La disponibilitat d'Internet pot promoure la CC en evitar el contacte social "cara a cara" i permetre que les transaccions es realitzin dins l'àmbit privat, amagades de la família i obtenint un feedback continu d'ofertes de productes i preus (Lejoyeux & Weinstein, 2010).

Respecte a la relació entre la classe social i l'addicció a les compres. Sembla que és inversa, és a dir que la classe social alta compra menys que la classe social baixa, una de les explicacions seria justament aquesta diferència entre el nivell adquisitiu i el benestar material, fet que podria produir insatisfacció i una tendència a desenvolupar la conducta de CC (Rodríguez et al., 2001).

Miltenberger et al., e (2003) troben en el seu estudi que les emocions negatives com la ràbia, ansietat, avorriment i pensaments autocrítics són els antecedents més comuns en els episodis de compra en un grup de persones amb CC, mentre que l'eufòria i l'alleugeriment dels pensaments negatius en són les conseqüències més comuns. Faber i O'Guinn (1992) conclouen que la conducta de compra esdevé problemàtica quan proporciona un sentit de reconeixement i acceptació per a les persones amb baixa autoestima permetent-los actuar sense ràbia o agressivitat alhora que promouen una manera d'escapar de la rutina diària.

1.4.4.3. Comorbiditat psiquiàtrica

Tal com ha ocorregut en el JP, alguns estudis han tractat d'incloure la CC en l'espectre dels TOC, la investigació d'aquesta hipòtesi com en el cas del JP s'ha vist refutada (Black et al., 2010).

Tot i que els resultats de la investigació sobre compres compulsives són variables, s'ha observat que les persones que tenen un trastorn de CC presenten una elevada comorbiditat amb trastorns psiquiàtrics. Els trastorns més freqüents són els trastorns d'ansietat (41-80%), els trastorns de l'estat d'ànim (21-100%), els trastorns per dependència de substàncies (21-46%) i altres trastorns del control dels impulsos (5-11%)(Aboujaoude, 2014; Black, 2007). El diagnòstic de trastorn de personalitat també és freqüent, especialment el tipus obsessivcompulsiu (22%), evitatiu (15%) i límit (15%). Hi ha evidència que tenen un major risc de desenvolupar un trastorn per compres compulsives les famílies amb antecedents de trastorns d'ansietat, trastorns de l'estat d'ànim i abús de substàncies (Black, 2007).

Lejoyeux i Weinstein (2010) en la seva revisió sobre CC, destaquen la comorbiditat amb trastorns de l'estat d'ànim: depressió i trastorn bipolar. Cita un estudi amb una mostra de 119 pacients que presenten criteris de depressió major i la

comorbiditat amb la CC és d'un 31,9%, la majoria són dones solteres i joves. Els autors refereixen que algunes pacients comenten que la conducta de CC incrementa durant els episodis depressius i que comprar les fa sentir millor. També troben en la dona una major tendència a tenir depressions recurrents i un risc relatiu a tenir trastorns del control dels impulsos com la cleptomania, la bulímia o l'abús i/o dependència de benzodiazepines.

Respecte als trastorns de l'alimentació, Fernández-Aranda et al., (2008), obtenen que el 20% dels pacients compradors compulsius presenten també un trastorn de l'alimentació. L'episodi de compra, com la bulímia, pot ser utilitzat com un mecanisme compensatori de sentiments depressius segons els autors.

Seguint en la mateixa línia, l'estudi de Claes et al, (2012) mostra una associació positiva entre la CC i un ús compulsiu d'Internet en pacients dones amb trastorns de la conducta alimentària.

Tanmateix, alguns estudis han demostrat la superposició entre la CC i un ús excessiu d'Internet. En una mostra *online* els consumidors amb CC referien un major ús excessiu d'Internet en comparació als que no tenien CC (Mueller et al., 2011). De la mateixa manera en una mostra d'estudiants diagnosticats de CC, aquests presentaven puntuacions més elevades en l'ús problemàtic d'Internet (Mazhari, 2012).

1.4.4.4. Tractament

La revisió de Leite, Pereira, Nardi i Silva, 2014, té com a objectiu identificar els principals abordatges terapèutics pel trastorn de CC. Els resultats dels estudis revisats indiquen que només ha demostrat la seva efectivitat el tractament d'abordatge cognitivoconductual.

Aboujaoude (2014) en la seva revisió sobre CC refereix que no hi ha estudis controlats de tractament individual aplicant la TCC, en canvi, comenta 3 estudis aplicant la TCC en format grupal. El primer estudi realitzat amb una mostra de 28 pacients aplicant la TCC i 11 pacients en llista d'espera. El tractament consisteix en 12 sessions d'una hora i mitja de durada administrades al llarg de 10 setmanes. El 57% dels subjectes refereixen una remissió dels símptomes en comparació a cap dels de la llista

d'espera. El segon estudi, realitzat amb una mostra de 60 pacients durant 12 setmanes va reportar resultats similars. Els objectius de la teràpia en ambdós estudis van dirigits a interrompre i controlar la conducta de compra problemàtica, establir patrons de compra saludables, reestructurar pensaments irracionals i emocions negatives associades i desenvolupar estratègies d'afrontament adequades. Aquests resultats es mantenen als 6 mesos de finalitzar el tractament. El tercer estudi consisteix en comparar 3 intervencions en 56 subjectes: grup de TCC (12 sessions); línia telefònica d'autoajuda (una guia d'autoajuda i 20 minuts de sessions telefòniques) i un grup control en llista d'espera. Els subjectes que reben tractament obtenen millor resultats en comparació als de la llista d'espera i els que realitzen TCC de forma presencial presenten una milloria estadísticament significativa. Els resultats en ambdós grups també es mantenen al cap de 6 mesos (Aboujaoude, 2014).

Segons Lejoyeux i Weinstein (2010) la psicoteràpia cognitivoconductual és el tipus d'abordatge que ha demostrat més eficàcia. Ho atribueixen a les cognicions distorsionades associades a la CC, tals com la por de perdre una oportunitat excepcional de compra i la tendència a sobrevalorar el poder i valor dels articles adquirits. Els autors també consideren important avaluar la comorbiditat psiquiàtrica per tal de tractar-la també amb la medicació corresponent. El seu estudi compara l'evolució dels pacients després de 12 sessions de TCC a les 10 setmanes, amb els pacients en llista d'espera, obtenint resultats significatius en els pacients que es va aplicar el programa de TCC.

Les tècniques en el marc de la TCC que han demostrat una major eficàcia han estat les següents: l'exposició amb prevenció de resposta (Black, 1996), l'entrenament en afrontament d'emocions negatives (Miltnerberger et al., 2003), les tècniques de control d'estímuls, l'exposició programada en situacions de risc, la solució de problemes específics, la prevenció de recaigudes i la reestructuració cognitiva (Mitchell, Burgard, Faber, Crosby, & de Zwaan, 2006).

Cada vegada però, hi ha més tendència a integrar teràpies de tercera generació en els tractaments psicològics, tant a nivell individual com grupal i van sorgint estudis que en demostren la seva eficàcia. Tot i que encara les mostres utilitzades són poc representatives, l'estudi de Benson, Eisenach i Abrams (2014) n'és un exemple. En

aquest estudi demostren l'eficàcia d'un model de teràpia de grup per a la CC que integra, en 12 sessions, aspectes de teràpia cognitivoconductual, teràpia dialèctica conductual, teràpia psicodinàmica, psicoeducació, entrevista motivacional, teràpia d'acceptació i compromís i *mindfulness*. S'obtenen, en el grup que ha realitzat el tractament, en comparació a un grup control de la llista d'espera, millories significatives en totes les mesures de CC, així com en els diners gastats i el nombre d'episodis de CC que es mantenen al cap de 6 mesos de seguiment.

Segon apartat:

OBJECTIUS I HIPÒTESIS

BJECTIUS

Aquestes són els objectius i les hipòtesis que plantegem en el nostre treball:

2.1. Objectius

A) Estudiar similituds i diferències entre el joc patològic i les compres compulsives.

B) Explorar les diferències de gènere en el joc patològic.

B.1. Comparar les variables sociodemogràfiques, clíniques i de la conducta de joc entre homes i dones amb joc patològic.

C) Explorar les diferències entre dones compradores compulsives i dones jugadores patològiques.

C.1. Comparar les variables sociodemogràfiques, clíniques i de la conducta entre ambdues addiccions conductuals.

H IPÒTESIS

2.2. Hipòtesis joc patològic

A) Les dones amb problemes de joc presentaran un perfil clínic diferent als homes amb problemes de joc.

A.1. Les dones presentaran una major comorbiditat psiquiàtrica que els homes.

A.2. Les dones tendiran a iniciar la conducta de joc més tard que els homes i desenvoluparan problemes d'addicció en un període més curt de temps (efecte Telescopi).

2.3. Hipòtesis compres compulsives

B) Les dones i els homes amb problemes de compra compulsiva presentaran perfils diferents.

C) Les dones compradores compulsives presentaran un perfil clínic similar a les jugadores patològiques

TERCER apartat:

El **tercer** apartat consta de quatre capítols:

Capítol I: es presenta l'estudi sobre les diferències i similituds entre els homes i les dones amb problemes de joc patològic atesos en 3 unitats de joc patològic i altres addiccions no tòxiques publicat amb el nom: Men and Female Pathological Gamblers: "Bet in a Different Way and Show Different Mental Disorders" a *Spanish Journal of Psychology* (2014), 17, 1–7.

Capítol II: es presenta una revisió descriptiva sobre compres compulsives titulat: "El Trastorno por Compra Compulsiva" publicada a *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, Revista Iberoamericana de Psicosomática* (2016), 117, 11-16.

Capítol III: "Todo al alcance de una tecla" capítol del llibre titulat: Adicción a las Nuevas Tecnologías, ¿La epidèmia del siglo XXI? De Susana Jiménez i J. M^a. Farré Martí, editorial Siglantana.

Capítol IV: es presenta un estudi empíric sobre compres compulsives i joc patològic en una mostra de pacients dones ateses ambulatoriament a les mateixes unitats especialitzades en joc patològic i altres addiccions no tòxiques, titulat: "La dona amb compres compulsives o joc patològic: perfils similars per addiccions conductuals diferents".

CAPÍTOL I:

Male and Female Pathological Gamblers: Bet in a Different Way and Show Different Mental Disorders



CAPÍTOL I: Male and Female Pathological Gamblers: Bet in a Different Way and Show Different Mental Disorders

Dominica Díez, Núria Aragay, Mercè Soms, Gemma Prat, Miquel Casas

Spanish Journal of Psychology, 2014, 17, 1-7

Spanish Journal of Psychology (2014), 17, e101, 1-7.
© Universidad Complutense de Madrid and Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
doi:10.1017/sjp.2014.88



Male and Female Pathological Gamblers: Bet in a Different Way and Show Different Mental Disorders

Dominica Díez¹, Núria Aragay², Mercè Soms³, Gemma Prat⁴ and Miquel Casas¹

¹ *Universitat Autònoma de Barcelona (Spain)*

² *Consorci Sanitari de Terrassa (Spain)*

³ *XSM-Institut d'Assistència Sanitària de Girona (Spain)*

⁴ *Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa (Spain)*

Abstract. Although in the last years several studies comparing male and female pathological gamblers have been published, most of them have been carried out using only samples of males. The aim of this study was to investigate gender differences in a sample of subjects diagnosed with pathological gambling (PG) attending three specialized outpatient units. Retrospective study was carried out of 96 patients (49% female and 51% male), comparing the main socio-demographic, clinical, and behavioral data. Most subjects (94%) met the criteria for pathological gambling. No significant differences between sexes were found in the severity of gambling behavior or the socio-demographic variables studied. Whereas slot machines were the main type of game for most subjects, a higher percentage of women were addicted to bingo ($\chi^2_{(1,4)} = 5.19, p = .029$; Cohen's $d = 0.48$) and had more than one type of game as a secondary addiction ($\chi^2_{(1,4)} = 7.63, p = .006$; Cohen's $d = 0.59$). Women started gambling at a later age than men ($t_{94} = 2.95, p = .004$; Cohen's $d = 0.60$), but developed a pattern of addiction faster ($t_{94} = 2.95, p = .004$; Cohen's $d = -0.61$). Women also had higher comorbidity with other psychiatric disorders ($\chi^2_{(1)} = 7.28, p = .007$; Cohen's $d = 0.57$), specifically with affective ($\chi^2_{(1)} = 11.31, p = .001$; Cohen's $d = 0.73$) and personality disorders ($\chi^2_{(1)} = 4.71, p = .030$; Cohen's $d = 0.45$). Our results indicate the existence of differences between women and men in the pattern of gambling behavior and in psychiatric comorbidity. These aspects should be considered in the design of treatment programs for pathological gamblers.

Received 28 November 2012; Revised 3 March 2014; Accepted 20 May 2014

Keywords: pathological gambling, gender, psychiatric comorbidity, gambling behavior, retrospective study.

3.1. Male and Female Pathological Gamblers: Bet in a Different Way and Show Different Mental Disorders

Dominica Díez, Núria Aragay, Mercè Soms, Gemma Prat, Miquel Casas

Spanish Journal of Psychology, 2014, 17, 1-7

RESUM

3.1.1. Objectius

Investigar les diferències de gènere en una mostra de pacients diagnosticats de Joc Patològic (JP) atesos ambulatoriament en tres unitats de joc patològic i altres addiccions no tòxiques de Catalunya.

3.1.2. Mètode

Aquest és un estudi experimental de tipus retrospectiu. Es revisen les històries clíniques de 96 pacients (49 homes i 47 dones) amb problemes de joc que acudeixen a les unitats de joc patològic i altres addiccions no tòxiques de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia de Manresa, del Consorci Sanitari de Terrassa i de l'Institut d'Assistència Sanitària de Girona-XSM a rebre tractament ambulatori del gener del 2004 al desembre del 2008.

S'analitzen les variables sociodemogràfiques, clíniques i de la conducta de joc. La recollida de dades es realitza mitjançant una entrevista presencial semi-estructurada a la primera visita. Les variables es categoritzen en tres apartats: sociodemogràfic, conducta de joc i clínic. Les dades sociodemogràfiques són: edat, estat civil, escolaritat i situació laboral. Les dades de la conducta de joc són les següents: criteris DSM-IV-TR, joc principal i secundari, inici de la conducta de joc, inici dels problemes de joc, anys fins a desenvolupar l'addicció, freqüència de joc, despesa setmanal, autoprohibició en sales de joc, bingos i/o casinos, abstinència o no de joc en iniciar el tractament (considerant

abstinència si porta més d'un mes sense jugar) i temps d'abstinència. El diagnòstic de JP va establir-se segons els criteris DSM-IV-TR seguint el continuus proposat per Toce-Gerstein (Toce-Gerstein, Gerstein, & Volberg, 2003). Aquesta classificació distingeix entre jugadors de risc (compleixen 1 ò 2 criteris), jugadors problemàtics (3 ò 4 criteris), i jugadors patològics (més de 5 criteris). Les dades clíniques, inclosa la comorbiditat psiquiàtrica i els antecedents psiquiàtrics en familiars de primer grau, van ser recollides durant l'entrevista semi-estructurada a la primera visita seguint el manual DSM-IV-TR i confirmada pels familiars.

3.1.3. Resultats

Es van incloure un total de 49 dones i 47 homes aparellats per edat. La mitjana d'edat de les dones va ser de 44,49 (*SD* 13,23) i la dels homes 44,59 (*SD* 12,68). No es van trobar diferències significatives respecte a l'anàlisi de les dades sociodemogràfiques ni en la severitat de la conducta de joc. Del total de la mostra, el 94% presentava criteris de joc patològic i el 6% de joc problema. Respecte al tipus de joc, tot i que les màquines "escurabutxaques" era el joc més comú en homes i dones, les dones en comparació als homes jugaven més al bingo i tenien més d'un tipus de joc com a addicció secundària. Respecte a l'edat d'inici de la conducta de joc, es van trobar diferències significatives tant en l'edat d'inici de la conducta de joc, com en els anys transcorreguts en desenvolupar problemes d'addicció. Mentre que els homes començaven a jugar de mitjana als 25,69 (\pm 9,8) anys, les dones iniciaven la conducta als 32,21 (\pm 11,9) anys. En relació a l'edat mitjana de desenvolupament de problemes de joc, els homes era als 9,6 (\pm 7,8) anys i les dones als 5,5 (\pm 5,6) anys. També es van trobar diferències significatives en la freqüència de joc, mentre que les dones jugaven diàriament, els homes de 2 a 4 vegades a la setmana. No es van trobar diferències entre sexes respecte a la quantitat de diners gastats, ni en els deutes. S'observaren diferències de gènere en la comorbiditat psiquiàtrica, les dones en presentaven en major proporció ($\chi^2_{(1,2)} = 7.275, p = .007$) així com un percentatge més elevat de dos diagnòstics comòrbids ($\chi^2_{(1)} = 9.792, p = .002$). Es van trobar diferències significatives, concretament en trastorns afectius ($p = .001$) i trastorns de la personalitat ($p = .030$) en major proporció en les dones. També es trobaren resultats significatius en els homes en relació als Trastorns per ús de substàncies, presentant una major freqüència en

dependència/abús d'alcohol ($\chi^2_{(1,5)} = 7.859$, $p = .005$). No es van trobar diferències a nivell d'antecedents psiquiàtrics familiars i/o de JP entre els homes i les dones.

3.1.4. Conclusions

1. No es troben diferències a nivell sociodemogràfic entre els homes i les dones.
2. En relació a la conducta de joc s'observa un perfil diferencial entre homes i dones:
 - Major proporció de dones jugadores de bingo en comparació als homes.
 - Major nombre de dones presenten un tipus de joc secundari.
 - Dones inicien la conducta de joc més tard que els homes.
 - Progressió més ràpida de l'addicció per part de les dones.
 - Dones inicien tractament especialitzat més tard que els homes.
 - Major freqüència de joc en les dones en comparació als homes però mateixa quantitat gastada.
3. Les dones presenten una major comorbiditat psiquiàtrica que els homes:
 - Les dones presenten més trastorns afectius i trastorns de la personalitat.
 - Els homes presenten nivells més elevats de dependència/abús d'alcohol i altres substàncies.
 - No s'observen diferències a nivell d'antecedents psiquiàtrics familiars entre els homes i les dones.

Spanish Journal of Psychology (2014), 17, e101, 1–7.
© Universidad Complutense de Madrid and Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
doi:10.1017/sjp.2014.88



Male and Female Pathological Gamblers: Bet in a Different Way and Show Different Mental Disorders

Dominica Díez¹, Núria Aragay², Mercè Soms³, Gemma Prat⁴ and Miquel Casas¹

¹ *Universitat Autònoma de Barcelona (Spain)*

² *Consorci Sanitari de Terrassa (Spain)*

³ *XSM-Institut d'Assistència Sanitària de Girona (Spain)*

⁴ *Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa (Spain)*

Abstract. Although in the last years several studies comparing male and female pathological gamblers have been published, most of them have been carried out using only samples of males. The aim of this study was to investigate gender differences in a sample of subjects diagnosed with pathological gambling (PG) attending three specialized outpatient units. Retrospective study was carried out of 96 patients (49% female and 51% male), comparing the main socio-demographic, clinical, and behavioral data. Most subjects (94%) met the criteria for pathological gambling. No significant differences between sexes were found in the severity of gambling behavior or the socio-demographic variables studied. Whereas slot machines were the main type of game for most subjects, a higher percentage of women were addicted to bingo ($\chi^2(1,4) = 5.19, p = .029$ Cohen's $d = 0.48$) and had more than one type of game as a secondary addiction ($\chi^2(1,4) = 7.63, p = .006$; Cohen's $d = 0.59$). Women started gambling at a later age than men ($t(94) = 2.95, p = .004$; Cohen's $d = 0.60$), but developed a pattern of addiction faster ($t(94) = 2.95, p = .004$; Cohen's $d = -0.61$). Women also had higher comorbidity with other psychiatric disorders ($\chi^2(1) = 7.28, p = .007$; Cohen's $d = 0.57$), specifically with affective ($\chi^2(1) = 11.31, p = .001$; Cohen's $d = 0.73$) and personality disorders ($\chi^2(1) = 4.71, p = .030$; Cohen's $d = 0.45$). Our results indicate the existence of differences between women and men in the pattern of gambling behavior and in psychiatric comorbidity. These aspects should be considered in the design of treatment programs for pathological gamblers.

Received 28 November 2012; Revised 3 March 2014; Accepted 20 May 2014

Keywords: pathological gambling, gender, psychiatric comorbidity, gambling behavior, retrospective study.

Male and Female Pathological Gamblers: Bet in a Different Way and Show Different Mental Disorders

Pathological gambling (PG) is a disorder characterized by a loss of control over gambling behaviour that persists despite its severe impact on the affected individuals, their families, and society at large. The disorder was included in the American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-IV-TR], (2000) and in the World Health Organization's (1992) *International Classification of Diseases* [ICD-10] as an impulse control disorder not elsewhere classified. Recently, has been included disordered gambling as a behavioural addiction under the Addictive Disorders section (APA, 2013).

In Spain, the ratification of the 1977 Gaming Act (i.e. *Real Decreto, de 7 de marzo, por el que se regulan los aspectos penales, administrativos y fiscales de los juegos de suerte, envite o azar y apuestas*), legalized gambling in this country and authorized the opening of casinos and bingo halls. Slot machines were made legal in 1981 and soon appeared in bars and restaurants. These changes in legislation promoted general social acceptance of the practice and led to an increase in gambling. Nonetheless, although few epidemiological studies have focused on the prevalence of pathological gambling in Spain since its legalization, the prevalence rates obtained range from 0.2% to 3.3% (Becoña, 2004). Results between prevalence studies are difficult to be compared due to methodological differences. A recent meta-analysis conducted by Williams, Volberg, & Stevens (2012) standardize worldwide trends problem gambling prevalence rates and obtain ranges from 0.5% to 7.6%.

The prevalence of pathological gambling in men is described approximately; double the rate than in women (Blanco, Hasin, Petry, Stinson, & Grant, 2006). In Spain, few studies have focused on female pathological gamblers compared to male pathological gamblers, and only a small number have compared samples of women and men help-seeking populations (Echeburúa, González, De Corral, & Polo, 2011; González-Ortega et al., 2013; Granero et al., 2009).

Previous studies have shown that there are differences in the socio-demographic profiles between sexes: male pathological gamblers are more likely to be single, tend to be younger, and have higher incomes and gambling-related debts than female pathological gamblers (Desai & Potenza, 2008; Grant, Kim, Odlaug, Buchanan, & Potenza, 2009).

As to the reasons for gambling, men do so more to seek excitement and women more to escape from negative emotional states (De Corral, Echeburúa, & Irureta, 2005; Granero et al., 2009; Lesieur & Blume, 1991; Potenza et al., 2001). In fact, studies focusing on pathological gambling and comorbidity have reported associations with affective or anxiety disorders in women and associations with substance use disorders and a higher level of impulsivity and sensation seeking in men (Blanco et al., 2006; Echeburúa et al., 2011; Ibáñez et al., 2001).

Another distinctive feature of female pathological gamblers is that they start to gamble at a later age than males, but develop a pattern of dependency in a shorter time (Echeburúa et al., 2011; Ladd & Petry, 2002; Potenza et al., 2001; Tavares, Zilberman, Beites, & Gentil, 2001). This tendency, which was initially described in alcohol addiction and referred to as a telescoping effect (Lisansky, 1957) has also been identified in pathological gambling (Grant et al., 2009; Tavares et al., 2003).

Given that few studies have focused on the characteristics of pathological gambling in women, the objective of the present study is to provide more data examining and comparing the socio-demographic and clinical variables in male and female pathological gamblers. These gender differences would have implications for the development and implementation of specific treatment programs for pathological gamblers help-seeking populations.

Method

Subjects

A retrospective study of the medical records of males and females help-seeking pathological gamblers admitted during January 2004 and December 2008 was performed. A total of 869 patients were attended at 3 Pathological Gambling Units of

Spain. The female sample included all the females seeking treatment during the studied period, while the male sample was selected from 869 medical records, based on an age-matched criteria corresponding to the female sample. The study was carried out following the ethical standards of the Declaration of Helsinki.

Procedures

Data was collected from a semistructured interview face to face (first session treatment) applied by three clinical psychologists with a Master's degree and more than 10 years' experience in the diagnosis and treatment of PG.

These data was categorized in three blocks; socio-demographic, gambling behaviour and clinical data. The socio-demographic data included age, marital, schooling, and employment status. The following data were compiled on gambling behaviour: PG DSM-IV-TR criteria, main and secondary game of choice, age gambling onset, age gambling disorder onset, years taken to develop addiction, gambling frequency, weekly amount spent and financial debts in absolute values, legal problems, self-exclusion from bingo halls, whether subjects gambled at the start of treatment (we considered that abstinence is more than a month without gambling) and, time of abstinence. The diagnosis of pathological gambling was established based on DSM-IV-TR criteria, according to the classification of gambling behaviour along a continuum proposed by Toce-Gerstein, Gerstein, & Volberg (2003). This classification distinguished between at-risk gamblers (those meeting 1 or 2 DSM-IV-TR criteria), problem gamblers (3-4 criteria), and pathological gamblers (more than 5 criteria). Finally, clinical data included psychiatric comorbidity and previous history in first degree relatives were also assessed during the semistructured interview, according to the DSM-IV-TR criteria, and confirmed by the relatives.

Statistical analysis

Statistical analyses were carried out with SPSS 20 for Windows. For quantitative variables, data are given as the mean \pm SD, and for qualitative variables, as the absolute value or percentage. The chi-square test was used to evaluate the relationships between categorical variables and, when not applicable, Fisher's exact test was used. The Bonferroni test was applied when multiple comparisons were done (as 5 per groups

of variables). 95% confidence intervals (CI) for mean differences were obtained for chi-square test (only calculated for 2x2 tables). The Student *t* test was used to analyze continuous variables. 95% confidence intervals (CI) were also obtained for quantitative variables. When significant differences were obtained, the effect size estimations of pairwise comparisons were calculated using Cohen's *d*. Statistical significance was set at a *p* value of <0.05, except when Bonferroni correction was applied, considering in these cases *p* value of <0.01.

Results

A total of 47 female and 49 age-matched male pathological gamblers were included. The mean age of men was 44.59 (*SD* 12.69) years, and the mean age of women was 44.49 (*SD* 13.23). The socio-demographic data for male and female are shown in table 1. No statistically significant differences were found for any of the analyzed variables.

Of the total sample, 94% met the diagnostic criteria for pathological gambling and 6% for problem gambling. Data on gambling behaviour are shown in table 2. In relation to the primary game of choice, slot machines were the more preferred type of gambling (84%), although gender differences were found: men showed higher proportion of problems with slot machines than women (*p* <.009). There were also gender differences regarding the presence of a secondary game of choice (*p* = .006).

Significant differences were found for age of gambling onset (*p* = .004) and years taken to develop addiction (*p* = .004). Women in the studied sample began gambling at a later age than men (women 32.21 (\pm 11.9) years vs men 25.69 (\pm 9.8) years, $t_{(94)}= 2.95$, *p* = .004; Cohen's *d* = 0.60, but developed problems faster (women mean of 5.5 (\pm 5.6) vs men mean of 9.6 (\pm 7.8) years to develop gambling addiction; $t_{(94)} = 2.95$ *p* = .004; Cohen's *d* = 0.61). There were also significant differences for gambling frequency ($\chi^2_{(1,2)}= 7.228$, *p* = -.007): women were more likely to gamble daily, whereas men gambled less frequency. No significant differences were found between sexes in money spent on gambling or gambling-related debt.

The clinical variables analysed are summarized in Table 3. At the psychopathological level, women had greater overall psychiatric comorbidity than men

($\chi^2_{(1,2)} = 7.275$, $p = .007$) and a higher percentage of two comorbid diagnoses ($\chi^2_{(1)} = 9.792$, $p = .002$). Differences in affective disorders ($p = .001$) and in personality disorders ($p = .030$) were significant between sexes. Significant differences were also found for substance-related disorders with men presenting a higher frequency of alcohol abuse and/or dependence ($\chi^2_{(1,5)} = 7.859$, $p = .005$). Differences regarding family psychiatric history or family history of pathological gambling were not significant.

Discussion

The results of this study clearly show that there are gender differences in pathological gambling in help-seeking populations, particularly in the age of gambling onset, years taken to develop pathological gambling, frequency of gambling and psychiatric comorbidity.

Previous studies have indicated differences in the socio-demographic profile of men and women with pathological gambling problems, particularly in marital status, employment, and economic level. Men were found to have more gambling debts and were more likely to be single and employed (Desai & Potenza, 2008; Grant et al., 2009). In our study, however, we found no significant differences in any of the socio-demographic variables examined. This discrepancy may be due to methodological differences between studies, since in our study we have recorded data in an age-matched sample. Several authors have highlighted the need to carry out comparisons controlling for age because of the potential influence of this variable not just on socio-demographic data but on characteristics of the disorder as well (Fong, 2005).

We found several differences associated with gambling patterns between sexes, such as gambling behaviour at baseline and gambling type and frequency. Women were more likely than men to maintain their gambling behaviour at the time treatment was started. Although there is no clear explanation for this finding, social factors may well be involved. In general, gambling behaviour is less obtrusive in women than in men: men have more legal and financial problems, and therefore their families tend to control their gambling behaviour more at the time treatment is initiated (Echeburúa et al., 2011; Ladd & Petry, 2002; Potenza et al., 2001).

Table 1. *Socio-Demographic Data*

	Men (n = 49)		Women (n = 47)		X^2 (df)	p
	N	%	N	%		
Marital status						
Stable partner	31	63	24	51	1.460(1)	.227
Schooling						
Primary	36	73	34	72	0.015(1)	.901
Secondary	13	27	13	28		
Employment status						
Employed	29	59	21	44	2.364(2)	.307
Unemployed	13	27	19	40		
Retired	7	14	7	15		

Note: df = degrees of freedom.

Table 2. Data on Gambling Behaviour

Variables	Men (n=49)		Women (n=47)		Effect size	X ² (df)	p
	N	%	N	%			
PG DSM-IV criteria							
Pathological gambler (5 or more)	46	94	44	94		0.003 (1)	.958
Problem gambler (< 5)	3	6	3	6			
Primary game of choice							
Slot machines	46	94	35	75	0.555	6.855 (1)	.009
Bingo	1	2	7	15	0.478	5.188 (1)	.029
Casino	2	4	0				
Lotteries	0		1	2.1			
Internet gambling	0		1	2.1			
TV contests	0		3	6.4			
Secondary game of choice							
Slot machines	15	31	26	59	0.588	7.628 (1)	.006
Bingo	1	2	4	8.5		2.034 (1)	.199
Casino	8	16	9	19.1		0.131 (1)	.717
Lotteries	0		2	4.3		2.129 (1)	.237
	6	14	12	25.5	0.442	4.476 (1)	.034
Frequency							
Daily	12	25	24	51	0.571	7.228 (1)	.007
Less than daily	37	75	23	49			
Weekly amount spent							
< 20€	0		1	2		1.335 (4)	.248
20-60€	11	22	14	30			
60-100€	18	38	15	32			
100-500€	18	38	16	34			
> 500€	2	4	1	2			
Self exclusion from bingo halls	2	4	10	21	0.538	6.485 (1)	.011
Gambling at start of treatment	17	35	26	55	0.424	4.127 (1)	.042
Time of abstinence from gambling							
< 1 month	16	33	26	56		0.041 (1)	1.000
1-6 months	31	63	20	43			
> 6 months	2	4	1	1			
Debts	30	63	30	64		0.018 (1)	.893
Legal problems	1	2	4	9		2.032 (1)	.199

Note: df = degrees of freedom.

Women in the studied sample were more likely to gamble every day, whereas men tended to gamble two to four times a week. Despite we did not analyse frequency in relation to the type of gambling in our study, the fact that women gambled more often may be related to the finding that they are more likely to have a secondary game of choice. This feature must be tested in future research, but it may turn out to be a significant factor in the functional analysis and treatment of gambling disorder.

Although gaming machines are the most popular type of gambling in Spain for men and women (Echeburúa, 2005), women in our sample maintained their preference for bingo in comparison with men, as has been widely reported in the literature. Previous studies have found that bingo provides women with a more relaxing atmosphere for isolating and escaping from problems (LaPlante, Nelson, LaBrie, & Shaffer, 2006; Potenza et al., 2001; Tavares et al., 2001). Several authors have linked the higher percentages of female bingo players with the main reasons that men and women cite for their gambling: for example, it is known that women gamble mainly to avoid negative emotional states while men gamble more competitively (Echeburúa et al., 2011; Granero et al., 2009; Grant & Kim, 2002). These behaviors may be related with a higher percentage of affective disorders in women, particularly depression, which was described in a previous study (Echeburúa et al., 2011; Granero et al., 2009) and is corroborated in the present research.

Our data indicated that pathological gamblers presented a higher prevalence of psychiatric disorders compared with Spanish and Occidental countries general population data (Alonso et al., 2004; Haro et al., 2006).

Table 3. Clinical Data.

	Men (n = 49)		Women (n = 47)		<i>Effect size</i>	X^2 (df)	p
	N	%	N	%			
Total comorbidity	27	55	38	81	0.573	7.275(1)	.007
Two diagnosis	8	16	19	40	0.674	9.792(1)	.002
Affective disorders	1	2	12	26	0.731	11.307(1)	.001
Adjustment disorder	7	14	5	11		.292(1)	.589
Anxiety disorder	5	10	5	11		.005(1)	1.00
Psychotic disorder	2	4	3	7		.257(1)	.674
Personality disorders	3	6	10	21	0.454	4.706(1)	.030
Substance-related disorders	43	88	35	75		2.780(1)	.095
Alcohol abuse/dependence	17	35	5	11	0.597	7.859(1)	.005
Tobacco dependence	41	84	35	75		1.233(1)	.267
Cannabis abuse/dependence	6	12	1	2		3.632(1)	.112
Cocaine abuse/dependence	5	10	1	2		2.671(1)	.204
Behavioural addictions	2	4	3	6		.257(1)	.674
History of first degree relatives							
Psychiatric history	28	57	28	60		.058(1)	.809
PG history	9	18	11	23		.369(1)	.544

Note: df = degrees of freedom.

This finding is in agreement with other studies realized with pathological gamblers (Kessler et al., 2008; Petry, Stinson, & Grant, 2005). The studied sample also confirms a higher overall comorbidity with other psychiatric disorders in women than in men (Desai & Potenza, 2008) moreover we found a higher presence of two comorbid diagnoses. The finding regarding that affective disorders are more frequent in women than in men is consistent with results from other studies with pathological gamblers (Echeburúa et al., 2011; Granero et al., 2009) and with the studies of epidemiological data in general population (Alonso et al., 2004; Haro et al., 2006), whereas studies focusing on personality disorders are difficult to compare because of the use of different measuring instruments and classifications (Granero et al., 2009). The small number of available studies mainly analyse personality traits, and suggest that male gamblers are more impulsive and sensation seeking, whereas female gamblers show low self-esteem and anxiety traits (Echeburúa et al., 2011).

Some authors have reported a higher rate of substance-related disorders in men than in women (Echeburúa et al., 2011). In our study, this was true only in the case of alcohol use disorders. No gender differences were found on consumption of other substances, in keeping with the findings of Granero (2009) and others (Martins, Tavares, da Silva Lobo, Galetti, & Gentil, 2004). Our data also support the results obtained by Echeburúa (2011) and Granero (2009), who reported high variability in terms of comorbidity between pathological gambling and other psychopathological disorders and substance-related disorders.

With regard to age at onset of gambling behaviour, women in our sample began to gamble at a later age than men, but developed problems with gambling in a shorter time, showing a more rapid progression. This result, known as the telescoping effect, is in agreement with most published studies on gender differences between male and female pathological gamblers (Echeburúa et al., 2011; Ladd & Petry, 2002; Potenza et al., 2001; Tavares et al., 2001) and studies investigating chemical addictions, such as alcohol, cannabis or opiates (Greenfield, Back, Lawson, & Brady, 2010). In the case of pathological gambling, this effect has been attributed to a series of variables that are found mainly in women such as a higher level of stigma, lower economic status, preferences for continuous forms of gambling, greater difficulty hiding debts and gambling behaviour from relatives, and greater exposure or difficulty coping with psychosocial stressors (Boughton & Falenchuk, 2007).

The main limitation of our study is that the variables were recorded retrospectively and we couldn't design a standard protocol for data collection including clinical questionnaires.

Therefore, the results must be confirmed in larger samples in future prospective studies that also control for confounding variables such as age. In our study we did not control age for the all variables, and in some cases it could be very relevant, such as the case of patterns of gambling. Moreover, we have not analyzed the results of the types of gambling in a risk model. Future works may address these issues in order to increase knowledge about gambling features in men and women. Despite these limitations, this study has shown that the role of emotional variables and gambling patterns should be considered in the design and implementation of treatments for pathological gambling.

These findings support the notion that the characteristics of gambling behaviour in women differ from those in men and are linked to factors that justify different treatment and prevention measures.

References

- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Volleberg, W.A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 420, 21-7.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th text revision ed., p.671-674). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*(5th text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones*, 16(3), 173-184.
- Blanco, C., Hasin, D.S., Petry, N., Stinson, F.S., & Grant, B. F. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine*, 36, 943-953. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706007410>
- Boletín Oficial del Estado, núm. 56 de 7 de marzo de 1977, páginas 5302 a 5304 [State Official Bulletin, number 56, March 7th. 1977; pag. 5302-5304]; Ref. BOE-A-1977-5883.
- Boughton, R., & Falenchuk, O., (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23, 323-334. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-007-9056-6>
- De Corral, P., Echeburúa, E., & Irureta, M. (2005). Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento. [Differential

- Psychopathological profile of women gamblers: implications for the treatment]. *Análisis y modificación de Conducta*, 31, 139, 539-556.
- Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 173–183. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-007-0283-z>
- Echeburúa, E., (2005) Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17 (1),11-16.
- Echeburúa, E., González, I., De Corral, P., & Polo, R. (2011). Clinical Gender Differences Among Adult Pathological Gamblers Seeking Treatment. *Journal of Gambling Studies*, 27, 215–227. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-010-9205-1>
- Fong, T.E. (2005). The vulnerable faces of pathological gambling. *Psychiatry*, 2, 34-42.
- González-Ortega, I., Echeburúa, E., Corral, P., Polo-López, R., & Alberich, S. (2013). Predictors of pathological gambling severity taking gender differences into account. *European Addiction Research*, 19, 146-154. <http://dx.doi.org/10.1159/000342311>
- Granero, R., Penelo, E., Martínez-Giménez, R., Alvarez-Moya, E. M., Aymamí, N., Bueno, B. et al., (2009). Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 173–180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.07.005>
- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 56–62. <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2002.29857>
- Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L., Buchanan, S. N., & Potenza, M. N. (2009). Late-onset pathological gambling: clinical correlates and gender differences. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 380–387. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.04.005>
- Greenfield, S. K., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T., (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 339-355. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.004>

- Haro, J. M., et al., (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
<http://dx.doi.org/10.1157/13086324>
- Ibáñez, A., Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H., Pérez de Castro, I., Fernández-Piqueras, J., & Saiz, J. (2001). Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1733-1735.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1733>
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). The prevalence and correlates of DSM-IV pathological gambling in the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351-1360.
<https://xpv.uab.cat/10.1017/DanaInfo=.adyBgsnFvzp+S0033291708002900>
- Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 10, 302–30
<http://dx.doi.org/10.1037/1064-129.10.3.302>
- LaPlante, D. A., Nelson, S. E., LaBrie, R. A., & Shaffer, H. J. (2006). Men & Women gambling games: Gender and the gambling preferences of Iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies*, 22, 65–80.
http://dx.doi.org/10.1007_s10899-005-9003-3
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1991). When lady luck loses: Women and compulsive gambling. In N. Van Den Bergh (Ed.) *Feminist perspectives on addictions*. New York: Springer.
- Lisansky, E.S. (1957). Alcoholism in women: social and psychological concomitants. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 18, 588-623.
- Martins, S.S., Tavares, H., da Silva Lobo, D. S., Galetti, A. M., & Gentil, V. (2004). Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviours. *Addictive Behaviours*, 29, 1231-1235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.03.023>
- Petry, N., Stinson, F., & Grant, B. (2005). Pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 564-574.

- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1500–1505. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1500>
- Tavares, H., Martins, S. S., Lobo, D. S. S., Silveira, C. M., Gentil, V., & Hodgins, D. C. (2003). Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: An exploratory analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 433-438. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v64n0413>
- Tavares, H., Zilberman, M. L., Beites, F. J., & Gentil, V. (2001). Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies*, *17*, 151–159. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1016620513381>
- Toce-Gerstein, M., Gerstein, D. R., & Volberg, R. A. (2003). A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction*, *98*, 1661-1672. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00545.x>
- World Health Organization (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10* (10th revision, vol.1, p. 364) Geneva: World Health Organization.
- Williams, R.J., Volberg, R.A. & Stevens, R.M.G. (2012). *The Population Prevalence of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. May 8, 2012. <http://hdl.handle.net/10133/3068>

CAPÍTOL II:

Monogràfic: “El Trastorno de Compra Compulsiva” *Compulsive Buying Disorder*



C APÍTOL II: Monogràfic: “El Trastorno de Compra Compulsiva” *Compulsive Buying Disorder*

Dominica Díez Marcet, Ana Valdepérez Toledo, Núria Aragay Vicente, Mercè Soms Casals

Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática, 2016, 117, 11-16

ARTÍCULO

CUADERNOS DE

MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE
REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

El trastorno de Compra Compulsiva

Compulsive buying disorder

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

Recibido: 01/09/2015

Aceptado: 30/11/2015

Resumen

El Trastorno de Compra Compulsiva (CC) se caracteriza por un comportamiento desadaptativo de compra persistente e irresistible, que ocasiona graves consecuencias negativas al individuo y a su entorno (conflictividad familiar y de pareja, disminución del rendimiento a nivel laboral o escolar y problemas financieros). La edad media de inicio del trastorno se sitúa entre los 18-30 años de edad y el curso tiende a ser crónico. Presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, sobre todo trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por dependencia de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos del control de impulsos. En la población general la prevalencia se sitúa entre un 1 % y un 11,3 % y se observa que es más frecuente en mujeres que en hombres. En cuanto a los objetos adquiridos, mientras los hombres tienden a comprar objetos instrumentales y de ocio relacionados con la independencia y la actividad, las mujeres suelen comprar más objetos asociados con la apariencia y el bienestar emocional. Las nuevas tecnologías han contribuido a exacerbar este trastorno, encontrándose cifras de CC online en torno al 16 %. Algunos autores destacan el hecho de que internet permite comprar sin ser observado, evitando la interacción social y obteniendo una gratificación rápida, elementos que facilitan el descontrol de la conducta. No disponemos de tratamientos validados para los pacientes con CC. Sin embargo, los estudios realizados con terapia cognitivo-conductual y con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina han demostrado ser efectivos.

¹Universitat Autònoma de Barcelona.

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

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

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

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

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

3.2.Monogràfic: “El Trastorno de Compra Compulsiva” *Compulsive Buying Disorder*

Dominica Díez Marcet, Ana Valdepérez Toledo, Núria Aragay Vicente, Mercè Soms Casals

Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática, 2016, 117, 11-16

Resum

3.2.1. Objectius

L'objectiu és realitzar una revisió bibliogràfica sobre el trastorn de compra compulsiva per tal de recopilar la informació més rellevant i posar-la en perspectiva. La finalitat principal és que els professionals puguin actualitzar els seus coneixements sobre el tema de forma ràpida i eficaç.

3.2.2.Resum

El trastorn de Compra Compulsiva (CC) es caracteritza per un comportament desadaptatiu de compra persistent i irresistible, que ocasiona greus conseqüències a l'individu i al seu entorn (conflictivitat familiar i de parella, disminució del rendiment a nivell laboral o escolar i problemes financers). L'edat mitjana d'inici del trastorn se situa entre els 18-30 anys d'edat i el curs tendeix a ser crònic. Presenta una elevada comorbiditat amb altres trastorns psiquiàtrics, sobretot amb trastorns d'ansietat, trastorns de l'estat d'ànim, trastorn per dependència de substàncies, trastorns de la conducta alimentària i altres trastorns del control dels impulsos. En la població general la prevalença se situa entre un 1% i un 11,3% i s'observa que és més freqüent en les dones que en els homes. En relació als objectes adquirits, mentre que els homes tendeixen a comprar objectes instrumentals i d'oci relacionats amb la independència i activitat, les dones acostumen a comprar més objectes associats a l'aparença i el benestar emocional. La causa de la CC és desconeguda però es planteja que factors psicològics, biològics i socials contribueixen al seu desenvolupament i manteniment.

Disposem d'alguns instruments validats i alguns elaborats al nostre país per avaluar el trastorn de CC.

Les noves tecnologies han contribuït a exacerbar aquest trastorn, obtenint-se xifres de prevalença de CC *online* entorn al 16%. Alguns autors destaquen el fet que Internet permet comprar sense ser observat, evitant la interacció social i aconseguint una gratificació ràpida, elements que faciliten el descontrol de la conducta. No disposem de tractaments validats pels pacients amb CC. No obstant això, els estudis realitzats amb teràpia cognitivoconductual i amb Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina (ISRS) han demostrat la seva efectivitat.

3.2.3.Métode

Es va procedir a realitzar una revisió descriptiva segons la classificació de Day (2005) del tema de les compres compulsives. S'ha utilitzat la base de dades Medline amb les paraules clau en anglès i espanyol següents: "compra compulsiva" i "addicció". En aquesta cerca han sortit un total de 69 articles. El criteri escollit per tal de seleccionar els articles, ha estat que donés resposta a les següents preguntes: - Què se sap sobre el tema de les CC? - Quines característiques presenten els subjectes afectats?. Es va prioritzar la inclusió dels articles de revisió publicats sobre CC fins l'agost del 2014 i es van incloure aquells articles o llibres que responien millor a les nostres preguntes acceptant els que presentaven una major qualitat científica. Només 32 dels 69 han donat resposta a aquestes preguntes i comprenen els articles i llibres emprats en la present revisió.

3.2.3.Estructuració del monogràfic

El monogràfic sobre compra compulsiva comença amb un resum del tema seguit dels següents apartats: definició, epidemiologia, comorbiditat, etiologia, avaluació, tractament psicològic i farmacològic i bibliografia.

El trastorno de Compra Compulsiva

Compulsive buying disorder

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

Recibido: 01/09/2015

Aceptado: 30/11/2015

Resumen

El Trastorno de Compra Compulsiva (CC) se caracteriza por un comportamiento desadaptativo de compra persistente e irresistible, que ocasiona graves consecuencias negativas al individuo y a su entorno (conflictividad familiar y de pareja, disminución del rendimiento a nivel laboral o escolar y problemas financieros). La edad media de inicio del trastorno se sitúa entre los 18-30 años de edad y el curso tiende a ser crónico. Presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, sobre todo trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por dependencia de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos del control de impulsos. En la población general la prevalencia se sitúa entre un 1 % y un 11,3 % y se observa que es más frecuente en mujeres que en hombres. En cuanto a los objetos adquiridos, mientras los hombres tienden a comprar objetos instrumentales y de ocio relacionados con la independencia y la actividad, las mujeres suelen comprar más objetos asociados con la apariencia y el bienestar emocional. Las nuevas tecnologías han contribuido a exacerbar este trastorno, encontrándose cifras de CC online en torno al 16 %. Algunos autores destacan el hecho de que internet permite comprar sin ser observado, evitando la interacción social y obteniendo una gratificación rápida, elementos que facilitan el descontrol de la conducta. No disponemos de tratamientos validados para los pacientes con CC. Sin embargo, los estudios realizados con terapia cognitivo-conductual y con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina han demostrado ser efectivos.

Palabras clave: Compras compulsivas, comorbilidad, adicción.

¹Universitat Autònoma de Barcelona.

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

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

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

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

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

El trastorno de compra compulsiva

DEFINICIÓN

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

La edad media de inicio del trastorno se sitúa entre los 18-30 años de edad, sin embargo se ha visto que los pacientes tardan una media de diez años en buscar tratamiento especializado (Black, 2010). Frecuentemente es una conducta que se realiza en solitario, comprando en cualquier establecimiento y tiene poca relación con el poder adquisitivo de la persona; esta variable únicamente establecerá diferencia en el tipo de producto o establecimiento de compra (Black, 2007). El curso del trastorno tiende a ser crónico, con episodios recurrentes de frecuencia mensual.

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

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

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

EPIDEMIOLOGÍA

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

COMORBILIDAD

La ratio de comorbilidad en pacientes diagnosticados con CC todavía no está clarificada dado que los resultados que ofrece la investigación son variables. Sin embargo, los estudios muestran que es frecuente que vaya acompañado de otros trastornos psiquiátricos. Los más comunes son los trastornos de ansiedad (41-80%), los trastornos del estado de ánimo (21-100%), los trastornos por dependencia de sustancias (21-46%), los trastornos de la conducta alimentaria (8-35%) y otros trastornos del control de impulsos (5-11%) (Black, 2007; Aboujaoude, 2014). El diagnóstico de trastorno de personalidad también es frecuente, principalmente el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (22%), evitativo (15%) y límite (15%). Además, hay evidencias de que hay mayor riesgo de desarrollar adicción a las compras en familias con antecedentes de trastornos de ansiedad, trastorno del estado de ánimo y con abuso de sustancias (Black, 2007).

ETIOLOGÍA

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

En referencia a los factores psicológicos que más sobresalen, la mayoría de teorías coinciden en la función de la compra como estrategia para mejorar el estado de ánimo y la baja autoestima (Aboujaoude, 2014). También se ha visto que influye la utilización de estrategias de evitación de los problemas (Otero-López & Villardefrancos, 2014). Además, en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, hay evidencia del papel del rasgo de Impulsividad, sobretodo como respuesta a estados de ánimo, tanto positivos como negativos. El estado de ánimo positivo puede incrementar la “urgencia” a realizar la acción, reduciendo la atención selectiva y el control inhibitorio (Rose & Segrist, 2014). Así mismo, también se ha demostrado que la severidad del trastorno correlaciona con los síntomas depresivos, la sensibilidad al refuerzo y el *hoarding* (Lawrence, Ciorciari, & Kyrios, 2014).

A nivel biológico, se plantea que el déficit en el funcionamiento de determinados neurotransmisores (sistema dopaminérgico, serotoninérgico y opioide) explicaría la existencia y mantenimiento de dicha conducta adictiva. Así lo demuestran también las

elevadas tasas de comorbilidad en los enfermos de Parkinson (Black, 2010; Weintraub et al., 2006) y la respuesta de determinados individuos ante intervenciones psicofarmacológicas.

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

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

EVALUACIÓN

Disponemos de algunos instrumentos validados para identificar el trastorno de CC y valorar su gravedad: el *Compulsive Buying Scale* (CBS) (Faber & O’Guinn, 1992), cuestionario de 7 ítems que permite diferenciar entre compradores normales y compradores compulsivos. El *Edwards Compulsive Buying Scale* (ECBS)(Edwards, 1993), cuestionario de 13 ítems que analiza experiencias importantes y sentimientos sobre la compra y el gasto. Y el *Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale* (YBOCS-shopping versión) (Monahan, Black, & Gabel, 1995), de 10 ítems que sirve principalmente para valorar la gravedad de la CC, así como los cambios durante el tratamiento. En nuestro país se han elaborado algunas escalas específicas: el

Cuestionario de Compra Compulsiva (Gándara, 1996), de 8 ítems con respuesta tipo likert de 5 puntos, que permite detectar diferencias entre compradores compulsivos y no compulsivos. Y el *Test de Adicción a las Compras* (Echeburúa, 1999) que consta de 5 ítems que analizan la percepción de control, el sentimiento de culpa después de la compra, la dificultad para detener la conducta de compra, el endeudamiento y la ocultación de los artículos adquiridos para evitar el conflicto familiar.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y FARMACOLÓGICO

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

En relación al tratamiento psicológico, una reciente revisión de Leite et al. (2014) concluye que el tratamiento más eficaz para el Trastorno de CC es la terapia cognitivo-conductual, tanto en formato individual como grupal. Los objetivos de la terapia se centran en interrumpir y controlar la conducta de compra problemática, establecer patrones de compra sanos, reestructurar pensamientos irracionales y emociones negativas asociadas con la compra y desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas. La mayoría de estudios han demostrado reducción significativa tanto, del número de episodios de compra compulsiva, como del tiempo invertido en esta conducta, y esos resultados se mantenían a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento (Aboujaoude, Gamel, & Koran, 2003; Müller, Arikian, Zwaan et al, 2013). Las técnicas más utilizadas, en el marco de la intervención cognitivo-conductual, que han demostrado mayor eficacia han sido: la exposición con prevención de respuesta (Black, 1996), el entrenamiento en afrontamiento de emociones negativas (Miltenberger et al., 2003), las técnicas de control de estímulos, la exposición programada a situaciones de riesgo, la solución de problemas específicos, la creación de un nuevo estilo de vida, la prevención de recaídas, así como la reestructuración cognitiva (Echeburúa, 1999; Gómez-Peña, Sans, Álvarez-Moya, Aymamí & Jiménez-Murcia, 2005).

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

Aboujaoude, E., Gamel, N., & Koran, M. (2003). A 1-year naturalistic follow-up of patients with compulsive shopping disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 946-50.

Aboujaoude, E. (2014) Compulsive Buying Disorder: A Review and Update. *Current Pharmaceutical Design*, 20, 4021-4025.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*. Washington DC, American Psychiatric Publishing.

Black DW. (1996). Compulsive buying: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 50-4. .

Black, D.W. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 6, 14-8.

Black, D.W. (2010). Compulsive Buying: Clinical aspects. Aboujaoude, L.M. Koran (Eds.), (*Impulse Control Disorders*), chapter 1 p. 5-22. New York, Cambridge University Press.

Duroy, D., Gorse, P., & Lejoyeux, M., (2014). Characteristics of online compulsive buying in Parisian students. *Addictive behaviors*, 39, 1827-1830.

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones...sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Edwards, E.A. (1993). Development of a new scale for measuring compulsive buying behaviour. *Financial Counselling and Planning*, 4, 67-85.

Faber, R.J., & O'Guinn, T.C. (1992). A clinical screener for compulsive buying. *Journal of Consumer Research*, 19, 459-469.

Gándara, J.J. (1996). *Comprar por comprar*. Madrid, Cauce editorial.

Grant, JE. (2003). Three cases of compulsive buying treated with naltrexone. *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice*, 7, 223.

Grant, J.E., Odlaug, B.L., Mooney, M., O'Brien, R., & Kim, S.W. (2012). Open-label pilot study of memantine in the treatment of compulsive buying. *Annals of Clinical Psychiatry*, 24, 119-26.

Gómez-Peña, M., Sans, B., Álvarez-Moya, E., Aymamí, M.N., & Jiménez-Murcia, S. (2005). TRatamiento cognitivo-conductual de la compra compulsiva, un caso clínico. *Análisis y modificación de conducta*, 31, 25-55.

Koran, L.M., Bullock, K.D., Hartston, H. J., Elliot, M.A., & D'Andrea, V: (2002). Citalopram treatment of compulsive shopping: an open-label study. *Journal of clinical psychiatry*, 63, 704-708.

Koran, L.M., Chuong, H.W., Bullock, K.D., & Smith, S.C. (2003). Citalopram for compulsive shopping disorder: an open-label study followed by double-blind discontinuation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 793-8.

Koran, L.M., Faber, R.J., Aboujaoude, E., Large, M.D., & Serpe, R.T. (2006). Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1806-12.

Kukar-Kinney, M., Ridgway, N.M., & Monroe, K.B. (2009). The relationship between consumer's tendencies to buy compulsively and their motivations to shop and buy on the internet. *Journal of Retailing*, 85, 298-307.

Lawrence, L M., Ciorciari, J., & Kyrios, M. (2014). Relationships that compulsive buying has with addiction, obsessive-compulsiveness, hoarding, and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55: 1137-1145.

Leite, L.P., Pereira, V.M., Nardi, A.E., & Silva, A.C. (2014). Psychotherapy for compulsive buying disorder: a systematic review. *Psychiatry Research*, 219, 411-9.

Lejoyeux, M., Tassian, V., Solomon, J., Ades, J. (1997). Study of compulsive buying in depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*; 58: 169-73.

Maraz, A., Eisinger, A., Hende, B., Urbán, R., Paksi, B., Kun, B., Kökönyei, G., Griffiths, M.D., & Demetrovics, Z. (2015). Measuring compulsive buying behaviour: psychometric validity of three different scales and prevalence in the general population and in shopping centres. *Psychiatry Research*, 225, 326-334.

Miltenberger, R.G., Redlin, J., Crosby, R., Stickney, M., Mitchell, J., Wonderlich, S., Faber, R., & Smyth, J. (2003). Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 1-9.

Monahan, P., Black, D.W., & Gabel, J. (1995). Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Psychiatry Research*, 64, 59-67.

Mueller, A., Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Gefeller, O., Faber, R.J., Martin, A., Bleich, S., Glaesmer, H., Exner, C., & de Zwaan, M. (2010). Estimated prevalence of compulsive buying in Germany and its association with sociodemographic characteristics and depressive symptoms. *Psychiatry Research*, 180, 137-42.

Müller, A; Smits, D., Claes, L., Gefeller, O., Hinz, A., & de Zwaan, M. (2011). Does compulsive buying differ between male and female students? *Personality and Individual Differences*; 50(8):1309-1312

Müller, A., Arikian, A., de Zwaan, M., Mitchell, J.E. (2013). Cognitive-behavioural group therapy versus guided self-help for compulsive buying disorder: a preliminary study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(1), 28-35.

Otero-López, J.M., & Villardefrancos, E. (2014). Prevalence, sociodemographic factors, psychological distress, and coping strategies related to compulsive buying: a cross sectional study in Galicia, Spain. *BMC Psychiatry*, 14: 101.

Rose, P., & Segrist, D.J. (2014). Negative and positive urgency may both be risk factors for compulsive buying. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2): 128-132.

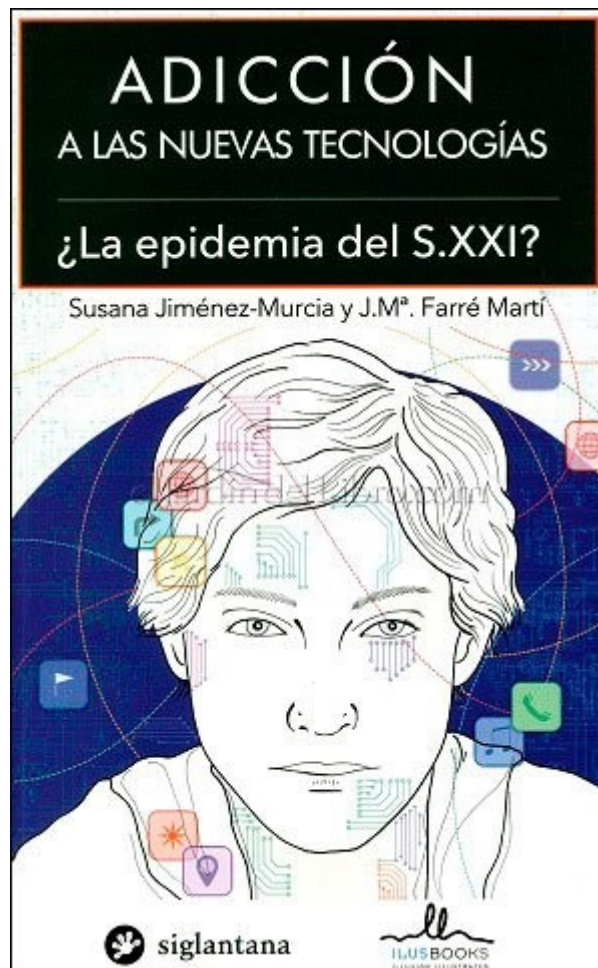
Ros, S. (Coord.). (2012). Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. Soler, P.A., & Gascón, J. (Eds.), (*Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*, 4ª edición), capítulo 11 p. 329-332. Majadahonda: Comunicación y Ediciones Sanitarias S.L.

Weintraub, D., Siderowf, A.D., Potenza, M.N., Goveas, J., Morales, K.H., Duda, J.E., Moberg, P.J., & Stern, M.B. (2006). Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease. *Archives of Neurology*, 63, 69-73.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Volume 1, 10th edition. World Health Organization: Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.

CAPÍTOL III:

Capítol del llibre: **ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS ¿La epidemia del s. XXI?**



CAPÍTOL III: Capítol del llibre: **ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS ¿La epidèmia del s. XXI?**

Susana Jiménez-Murcia y J. M^a Farré Martí

“Todo al Alcance de una Tecla. Adicción a las compras: ¿qué sucede con las nuevas tecnologías?”

Ana Valdepérez Toledo, Núria Aragay Vicente y Dominica Díez Marcet

SUMARIO	
Prólogo	9
José Manuel Menchón	
Tecnologías «buenas» y «malas»	13
Cristina Botella, Rosa Baños y Verónica Guillén	
¿Demasiados amigos?	43
Xavier Carbonell y Ursula Oberst	
Juego y nuevas tecnologías	61
Susana Jiménez-Murcia, Fernando Fernández Aranda, Roser Granero, Neus Aymamí, Laura Moragas, Amparo del Pino Gutiérrez, Marta Baño, Mónica Gómez Peña y José Manuel Menchón	
Historias de pacientes, reflexiones de terapeutas	87
Sophia Achab, Ana María Díez y Daniele Zullino	
La nueva «cultura de dormitorio»	95
Rosa M ^a Díaz Hurtado y Santiago Bertomeu Ruiz	
Todo al alcance de una tecla	121
Ana Valdepérez Toledo, Núria Aragay Vicente y Dominica Díez Marcet	
Más allá de las llamadas	137
Clara Marco y Mariano Chóliz	
	7

3.3. Capítol del llibre: ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS ¿La epidemia del s. XXI?

Aquest capítol està emmarcat en un llibre de divulgació sobre addiccions a les noves tecnologies, dirigit tant a població general com a professionals interessats en el tema.

3.3.1. Objectiu

El capítol pretén oferir informació sobre el trastorn de Compra Compulsiva (CC) presencial i *online* per ajudar a possibles persones i familiars en la detecció i tractament del problema. També pretén esdevenir una eina de treball pel tractament de la CC per part dels professionals de la salut mental.

3.3.2. Resum

El capítol comença amb l'exemple d'una pacient de 38 anys, mestra, que acudeix a la consulta d'un professional especialitzat al no que poder afrontar els seus deutes degut a un problema de compra compulsiva *online* i va desplegant una part teòrica explicativa sobre la CC presencial i la CC *online*. S'hi inclouen els següents apartats: en què consisteix l'addicció a les compres; per què és una addicció; quines són les característiques principals; a qui afecta; quines són les causes; compra compulsiva i noves tecnologies; factors que influeixen en el desenvolupament de la CC *online*; característiques de la CC *online*, i recomanacions. El capítol continua amb el mateix exemple i l'exposició de les pautes indicades per part del professional a la pacient i al seu familiar de referència, en aquest cas, el seu marit, per tal de controlar la conducta i de prevenir possibles recaigudes. Al final del capítol hi ha una conclusió sobre la introducció d'Internet com a canal de vendes i el canvi que ha suposat pel que fa a l'accessibilitat i disponibilitat de productes de tot tipus al mateix temps que l'increment del risc per a les persones més vulnerables.

TODO AL ALCANCE DE UNA TECLA

Adicción a las compras:
¿qué sucede con las nuevas tecnologías?

Ana Valdepérez Toledo, Núria Aragay Vicente
y Dominica Díez Marcet

*M*aría es una profesora de 38 años que acude a la consulta porque no puede hacer frente a las deudas. En el último año se ha visto envuelta en un círculo vicioso de préstamos y créditos con el objetivo de cubrir todos sus gastos. Compra principalmente objetos relacionados con la moda a través de páginas web, siempre a escondidas de su marido y en momentos en los que se siente sola...

Este caso es cada vez más común en las consultas de psicología. Se trata de una modalidad de descontrol en las compras que se realizan principalmente *online*, gracias al anonimato y la accesibilidad que comporta.

¿QUÉ ES LA ADICCIÓN A LAS COMPRAS?

La adicción a las compras, también llamada trastorno de compra compulsiva, se caracteriza por la presencia de preocupación, impulsos y/o comportamientos inadaptados de compra persistentes, que se experimentan como irresistibles. Es decir, el objeto que se fantasea comprar se convierte en una obsesión muy presente en la vida de la persona, quien siente que no puede evitar adquirirlo en el momento en que este pensamiento u obsesión aparece. Así, las personas adictas a las compras se muestran incapaces de controlar

123

Adicción a las compras:
¿qué sucede con las nuevas tecnologías?

Ana Valdepérez Toledo, Núria Aragay Vicente
y Dominica Díez Marcet

María es una profesora de 38 años que acude a la consulta porque no puede hacer frente a las deudas. En el último año se ha visto envuelta en un círculo vicioso de préstamos y créditos con el objetivo de cubrir todos sus gastos. Principalmente compra objetos relacionados con la moda a través de páginas web, siempre a escondidas de su marido y en momentos en los que se siente sola...

Este caso es cada vez más común en las consultas de psicología. Se trata de una modalidad de descontrol en las compras que se realiza principalmente online, ayudándose del anonimato y la accesibilidad que esto comporta.

¿QUÉ ES LA ADDICCIÓN A LAS COMPRAS?

La adicción a las compras, también llamada Trastorno de compra compulsiva, se caracteriza por la presencia de preocupación, impulsos y/o comportamientos inadaptados de compra persistentes, que se experimentan como irresistibles. Es decir, el objeto que se fantasea comprar se convierte en una obsesión muy presente en la vida de la persona, quien siente que no puede evitar adquirirlo en el momento en que este pensamiento u obsesión aparece. Así, las personas adictas a las compras se muestran incapaces de controlar el fuerte impulso al consumo y esta conducta persiste a pesar de las consecuencias negativas que esto conlleva, tanto a nivel personal (gastos excesivos que pueden llevar a importantes deudas, malestar emocional...), como familiar (engaños y ocultaciones a los seres más próximos, discusiones si la persona es descubierta...) y social (pérdida de nivel adquisitivo, aislamiento social, abandono de intereses...).

La primera vez que se habló de compra compulsiva fue a principios del siglo XX, cuando los psiquiatras, Bleuler y Kraepelin, describieron este trastorno y lo llamaron “oniomanía”. A pesar de la antigüedad, la definición usada por Kraepelin en 1909 podría ser de vigente actualidad: “la compra es compulsiva y lleva sin sentido a contraer deudas y retrasos en los pagos hasta que la catástrofe aclara la situación y admiten realmente sus deudas”.

¿POR QUÉ ES UNA ADICCIÓN?

Una conducta se considera adicción cuando la persona pierde el control sobre la misma, siente la necesidad de realizarla cada vez más para lograr la misma emoción (tolerancia); sufre malestar cuando no se puede realizar tal conducta (síndrome de abstinencia) y ésta persiste a pesar de las consecuencias negativas a nivel personal, familiar y social.

La compra compulsiva reúne pues, todas estas características. Por un lado, la voluntad del afectado es casi nula, sintiendo un elevado grado de descontrol (cuando la persona tiene la idea o el deseo de comprar, le resulta muy difícil no llevarlo a cabo). Además, la persona cada vez necesita comprar más objetos y durante más tiempo para conseguir el mismo grado de satisfacción. Por último, siente malestar si no puede realizar la compra. Así, en la persona que padece esta adicción, la compra le provoca un sentimiento de satisfacción inmediata y cada vez necesita adquirir más objetos para aumentar ese sentimiento. A pesar de ello, esta satisfacción no es real, porque únicamente se experimenta en el momento durante el cual está comprando. Inmediatamente después la persona se siente vacía y culpable por lo que ha hecho, por lo que la satisfacción dura un breve espacio de tiempo.

Como ocurre en el resto de conductas adictivas, las consecuencias negativas son importantes (sobre todo las económicas y familiares), pero no impiden que se continúe con esta dinámica. Además, generalmente a la persona le cuesta reconocer que tiene un problema y ve normal su comportamiento. De esta forma, se entra en una espiral de la que difícilmente se puede salir sin la ayuda de un especialista.

Por todo lo que hemos explicado, la compra compulsiva es considerada por los especialistas como un trastorno adictivo a pesar de que oficialmente no está reconocido

como tal y todavía no está incluido en los manuales de psiquiatría. Se espera que esto ocurra en un futuro próximo.

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES?

La compra compulsiva funciona como un hábito inadecuado adquirido a fuerza de repetir una conducta que en un principio resultaba agradable o bien como una estrategia de afrontamiento inadecuada para hacer frente a los problemas personales.

Habitualmente se repite siempre el mismo ciclo: una emoción negativa (tristeza, ira, nerviosismo...) suele ser el desencadenante del episodio de compra. La expectativa de comprar, así como la propia adquisición del artículo generan una excitación que permite aliviar ese malestar inicial, pero la pérdida de control y el dinero gastado causan arrepentimiento y autorreproches. Finalmente, se suele repetir el ciclo para superar este malestar.

Generalmente, los episodios de compra consisten en la adquisición de objetos (en general de poco valor) que no se necesitan, son más frecuentes de lo que la persona se puede permitir en términos económicos y duran más tiempo del planificado, ocasionando consecuencias negativas para la propia persona y los de su entorno. Así, son frecuentes el elevado endeudamiento, la realización de delitos financieros para poder pagar las deudas y la acumulación y ocultación de los productos comprados. Todo este comportamiento ocasiona problemas de relación con la familia y los amigos, siendo frecuentes las ocultaciones, mentiras y discusiones relacionadas. Además, en la mayoría de ocasiones las personas con este problema no llegan a estrenar lo que han comprado y tienden a acumular todos los artículos en casa. Todo lo anterior produce en estas personas un intenso sentimiento de culpa y malestar que, en muchas ocasiones, les lleva a aumentar las ganas de volver a comprar para sentirse aliviados, perpetuándose así el círculo vicioso.

En relación a los estudios sobre el proceso de compra, se ha podido observar que la mayoría de los episodios tienen lugar en grandes almacenes y centros comerciales, se suelen desarrollar por las tardes durando entre 1 y 2 horas, produciéndose una media de entre 13 y 17 episodios al mes, realizando un tipo de compra que suele reproducir los roles tradicionales de ambos sexos (ropa, zapatos,

maquillajes y artículos para el hogar en el caso de las mujeres; artículos de deporte y productos electrónicos en los hombres). Por último, es importante señalar que los compradores compulsivos se focalizan en el proceso de compra, es decir, están más interesados en la adquisición que en la posesión o uso del producto adquirido.

¿A QUIÉN AFECTA?

Se calcula que la compra compulsiva afecta entre el 1% y el 8% de la población y es probablemente más común en las mujeres (80%) que en los hombres. El inicio del trastorno suele tener lugar entre los 18-30 años de edad, sin embargo se ha visto que los pacientes que acuden a tratamiento no lo hacen hasta los 30 o 40 años. Esto es debido a que, como en el resto de adicciones, generalmente las personas que lo padecen no piden ayuda hasta que las consecuencias ya son graves, por ejemplo tienen importantes problemas financieros y conflictos familiares intensos.

En diversos estudios se ha visto que suelen ser personas con baja autoestima, falta de control de sus impulsos, que tienen pensamientos distorsionados sobre la necesidad de comprar y dificultad para afrontar las emociones negativas. Esta tendencia a la impulsividad ayuda también a distinguir a los compradores compulsivos de los pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo, quienes tienden a coleccionar objetos más a menudo y únicamente compran tras un largo periodo de duda.

También es frecuente que el trastorno de compra compulsiva vaya acompañado de otros trastornos psiquiátricos. Los más comunes son los trastornos de ansiedad (41-80%), del estado de ánimo (21-60%), los trastornos por dependencia de sustancias (21-46%), los relacionados con la conducta alimentaria (8-35%) y otros trastornos del control de impulsos como el juego patológico o ludopatía (5-11%). El diagnóstico de trastorno de personalidad también es frecuente. Además, hay evidencias de que la adicción a la compra tiende a desarrollarse en familias con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y con abuso de sustancias.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS?

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

En referencia a los factores psicológicos que más sobresalen se encuentran el malestar emocional y la posesión de valores materialistas. También se ha visto que influye la frecuente utilización de estrategias de evitación de los problemas, la baja autoestima, las expectativas de indefensión personal, la baja responsabilidad y la búsqueda de sensaciones.

A nivel biológico, se plantea que el déficit en el funcionamiento de determinados neurotransmisores (particularmente en los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y opioide) explicaría la existencia y mantenimiento de las conductas adictivas.

Por último, debido a que la compra compulsiva ocurre principalmente en países “consumistas”, se ha propuesto que determinados factores sociales y culturales pueden causar y promover el trastorno. Entre ellos se encuentran la presencia de una economía de mercado, la gran cantidad de productos disponibles, el crédito fácilmente obtenible y el tiempo libre. También existen pruebas de que la adicción a la compra se relaciona con los aprendizajes de este tipo de conducta en el ambiente familiar, las formas de crianza disfuncionales (excesiva autoridad por parte los padres, falta de afecto durante la infancia...) y la presión de los amigos hacia el consumo.

COMPRA COMPULSIVA Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Hasta la actualidad, existen pocos estudios que analicen las principales características sociodemográficas de las personas con posible adicción a las compras *online*. Algunos sitúan la prevalencia en torno al 16%. Igual que en el caso de la adicción a las compras presenciales (las que se realizan en tiendas o grandes almacenes), la adicción a la compra *online* también se ha visto que afecta mayoritariamente a mujeres.

La emergencia de multitud de canales de televisión de ventas, así como el crecimiento y la accesibilidad de internet ha hecho que los productos y servicios estén más disponibles para la población en general y para los compradores compulsivos en particular. Además, el anonimato que estos canales proporcionan, favorece la desinhibición y la falta de freno a la hora de realizar la compra.

La cultura de consumo actual se caracteriza por un creciente valor hacia los bienes materiales, que se tienden a considerar factores prioritarios para mejorar la autoimagen, ganar estatus y felicidad. Tanto la adquisición de objetos para mejorar la autoimagen, como el uso de las compras para regular y/o mejorar el estado emocional son motivos expresados por las personas que presentan adicción a las compras *online*. Así, internet se ha convertido ahora en un entorno de compras donde las personas buscarían satisfacer necesidades emocionales y relacionadas con su autoimagen e identidad de igual manera que ocurría en los entornos de compra convencionales (tiendas y centros comerciales).

¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA COMPRA COMPULSIVA ONLINE?

Existen dos grandes grupos de factores implicados en el desarrollo de las compras compulsivas *online*. Por un lado, estarían los factores relacionados con el individuo (autoestima, regulación emocional, impulsividad, búsqueda de diversión), y por otro, los factores relacionados con el entorno donde se realiza la compra (anonimato, accesibilidad, diversidad de productos, etc). Mientras que los primeros serían comunes tanto para las compras presenciales como *online*, en los segundos hay diferencias sustanciales. Así, en relación con los factores relacionados con el entorno de las compras, se ha visto que internet potencia al máximo la disponibilidad, diversidad, accesibilidad y anonimato de la conducta de compra, favoreciendo así el descontrol de tal conducta.

Factores relacionados con el individuo

En primer lugar, los sentimientos de malestar emocional y el tener una baja autoestima son factores que se han visto implicados en el desarrollo de la compra compulsiva *online*, al igual que ocurre en otros tipos de adicciones. Así, en las personas afectadas por este problema, la conducta de compra suele ir a menudo dirigida a aliviar sentimientos negativos, no tanto por los objetos adquiridos, sino por el propio proceso de compra que sirve para paliar la ansiedad y el malestar. Así, se usaría la conducta de compra como un intento de “automedicación” contra dichas sensaciones de displacer. El problema es que cuando se utiliza la compra como “vía de escape”, esta mejora es muy

fugaz y no se mantiene a lo largo del tiempo. Además, la inmediatez y el fácil acceso a la gran variedad de productos que proporciona internet, favorece el uso de las compras para regular el malestar.

En segundo lugar, la impulsividad es otro de los factores que se ha visto implicado en la adicción a la compra *online*. Las personas impulsivas, que toman decisiones sin reflexionar previamente, son más vulnerables a experimentar descontrol en relación al proceso de toma de decisiones entorno a las compras. Además, mientras que existen algunas webs que fomentan el autocontrol (utilizan “carros de compra *online*” que obligan a confirmar posteriormente la compra y por lo tanto la persona tiene un tiempo para decidir si comprar o no; usan recordatorios de listas de compras antiguas, etc), hay otras webs que se ha observado que favorecen el descontrol (por ejemplo aquellas en las que las compras son de “un click” o inmediatas, las que usan pop-ups de publicidad o anuncios de productos con imágenes llamativas e interactivas o las que utilizan ofertas de tiempo limitado).

Un tercer factor que puede influir en el desarrollo y el mantenimiento de la adicción a la compra *online* es la búsqueda de diversión. Se trata de una emoción placentera que motiva positivamente por ejemplo a la actividad física y en el caso que nos atañe a la navegación por internet debido a la diversidad de contenidos que ofrece. Es decir, la conducta de compra proporciona una emoción de placer y excitación que fomentaría la repetición de la misma.

Finalmente, algunos autores destacan el papel del género como factor que predispone a la adicción a la compra. Igual que en las compras compulsivas presenciales, se ha visto que la compra *online* afecta más a mujeres que a hombres. Este hecho se ha relacionado con el tradicional rol de la mujer en las sociedades occidentales, donde históricamente se les ha atribuido el papel de abastecer los hogares. Además, se ha observado que en las sociedades capitalistas y consumistas, en las que prima la imagen y el materialismo como valores importantes, se aprende y favorece que las mujeres jóvenes, desde edades tempranas, puedan utilizar el ir a comprar como una forma de combatir los estados emocionales negativos.

Factores relacionados con el entorno de las compras

La compra ha sido tradicionalmente una actividad social que conlleva la interacción y el contacto con otras personas y favorece la socialización. Sin embargo, la compra *online* es una actividad solitaria. El anonimato que proporciona el poder comprar desde tu propia casa permite al comprador compulsivo mantener la privacidad de la conducta. Ésto además evita posibles sentimientos de vergüenza delante de los demás (derivados por ejemplo de las compras “excesivas”) y puede contribuir a que esta conducta se mantenga de forma oculta frente familiares y amigos. También se ha observado que el anonimato puede favorecer el descontrol en la compra, debido a que, al contrario de lo que ocurre con la compra presencial, en este caso la persona no ha de preocuparse por la imagen que da a los demás ni se siente juzgada (por ejemplo por dependientes de la propia tienda u otros compradores) por su descontrol.

Las compras siempre se han relacionado con un cierto nivel de activación (también llamada “arousal”) que es gratificante para la persona. Las páginas webs de ventas intentan satisfacer esta activación a través de la naturaleza dinámica de la web. Las páginas web están diseñadas de forma que incluyen pantallas gráficas, diálogo interactivo y pop-ups que ofrecen información sobre el producto o notifican sobre ofertas especiales, siempre de forma atractiva para la persona. Estos estímulos tan frecuentes y que cambian constantemente producen una estimulación repetida e intensa y hacen que aumente la tentación de comprar provocando en la persona una “sobrecarga cognitiva” (o sobreestimulación). Se sabe que dicha sobrecarga puede favorecer la pérdida de control sobre la conducta de compra. De esta forma, los inputs visuales y auditivos característicos de las páginas web, producen una sobreestimulación de la actividad cerebral, disminuyendo el autocontrol a la hora de resistir la tentación y tomar decisiones racionales acerca de la compra.

Otras características de las webs, que potenciarían el descontrol en la conducta de compra, serían la inmediatez a la que se accede a cualquier tipo de producto, sin la necesidad de desplazarnos ni tener que esperar a horarios de apertura determinados. Es decir, se puede comprar a todas horas y sin movernos de casa, cosa que no ocurre con las compras presenciales. Además, podemos comprar muy fácilmente desde cualquier dispositivo que tenga acceso a internet (ordenador, móvil, tablet...) lo que nos

da entrada a una inmensa variedad de productos al mismo tiempo, mientras que en la compra presencial tenemos que cambiar de tienda. Al mismo tiempo, en el entorno de Internet hay muchas más posibilidades de acceder a multitud de ofertas y de disponer de créditos *online* que nos permiten realizar la compra aunque la persona no cuente con medios económicos para ello.

En resumen, todas estas características hacen que el entorno de internet facilite el descontrol de la conducta, aumentado así la probabilidad de desarrollar un problema de adicción a las compras en individuos vulnerables.

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE LA COMPRA COMPULSIVA ONLINE?

En los estudios sobre compras compulsivas se han identificado 4 fases durante el episodio de compra compulsiva: una *fase de anticipación* (pensamientos, impulsos o preocupaciones sobre la necesidad de poseer un artículo determinado o sobre la acción de comprar), *fase de preparación* (proceso en torno a cuándo ir, dónde comprar y la modalidad de pago), *fase de compra* (realización de la compra "in situ", descrita por muchos individuos como excitante e incluso comparable a la excitación de tipo sexual) y finalmente la *fase de gasto* (pagar al adquirir el artículo, que suele desencadenar una sensación de arrepentimiento posterior debido al dinero gastado). En el caso de la compra *online* las cuatro fases suelen suceder de un modo más rápido y la persona muchas veces se encuentra ya realizando la acción de comprar (mirando páginas de compras, comparando precios etc.) sin haberlo planificado con antelación. Así, en las compras *online*, la fase de anticipación y de preparación se fusionan en una sola, ya que no existe la necesidad de desplazarnos hasta el centro comercial y tampoco existen horarios que respetar. Además, debido a la facilidad con la que accedemos a multitud de productos, las ventajas que ofrecen algunas webs (gratuidad de los gastos de envío, envío gratis si se llega a un determinado número de compradores...) y la posibilidad de acceder a créditos inmediatos durante la fase de compra pueden provocar un mayor descontrol. En consecuencia, el malestar y las consecuencias posteriores pueden ser mucho más graves.

Los pensamientos distorsionados o erróneos, típicos de la adicción a las compras, son frecuentes también en su versión *online*. Por ejemplo, la persona puede

vivir con excesiva preocupación la posibilidad de perder la oportunidad de comprar el objeto deseado (por ejemplo, si se terminara el descuento o el stock) o puede tener creencias sobredimensionadas sobre la utilidad del mismo (hecho que acabará siendo falso porque realmente no lo necesita). Otras creencias irracionales pueden tener que ver con cómo puede mejorar la autoimagen al adquirir el objeto. Con todo esto, se está observando que la compra *online* aumenta de forma exponencial estos pensamientos distorsionados o erróneos ya que permite personalizar la publicidad que cada persona recibe.

¿CÓMO DETECTAR LA ADICCIÓN A LA COMPRA ONLINE?

El marido de María no puede más y le ha puesto un ultimátum: o acude a terapia o se replantea la relación. Ha descubierto que María ha ocultado en una habitación decenas de artículos de ropa y complementos y una carta del banco en el que solicita la devolución de un préstamo. También se ha enterado que María guarda en un armario de casa de su madre multitud de bolsos y zapatos sin estrenar. María, por su parte, en los últimos meses va notando que algo va mal: pasa cada vez más tiempo en el ordenador en páginas de moda y compras y ha dejado de quedar con sus amigas; siente cada vez más la necesidad de comprar cosas que luego no necesita y por lo que se arrepiente inmediatamente después. Todo esto le produce mucha angustia, así que cuando su marido le comenta lo que ha descubierto se siente en cierto modo aliviada y decide acudir a tratamiento.

Tal y como hemos comentado previamente, la adicción a las compras se suele considerar como una “adicción encubierta” porque la persona tiende a no reconocer que tiene un problema y ve normal su comportamiento. Esto sucede en la mayoría de conductas adictivas y se ve aumentado por el hecho de que vivimos en una sociedad consumista que en muchas ocasiones alienta este tipo de conductas.

Algunas pistas que pueden ayudarnos a detectar si nosotros mismos o alguna persona cercana padece de compra compulsiva *online* son:

- Compramos con frecuencia cosas poco útiles, y enseguida nos arrepentimos de haberlas adquirido.

- Solemos acumular en casa objetos que no hemos usado y que nos resultan inservibles.
- Nos precipitamos a la hora de comprar, porque no podemos controlar nuestros impulsos.
- Engañamos a familiares o amigos acerca de las compras realizadas.
- La familia o amigos nos transmiten mensajes críticos sobre nuestra desmedida afición a comprar.
- Aun a pesar de haber comprado muchas cosas o de haber realizado un gran gasto, nos sentimos insatisfechos cuando reflexionamos en casa sobre los objetos adquiridos.
- Vemos que se nos va el dinero sin darnos cuenta, y a menudo estamos irritados por haber gastado el dinero tontamente.
- Cuando vemos algo que nos gusta, no paramos hasta comprarlo.
- Adquirimos productos “milagro” que intuimos o sabemos inútiles.
- Cuando nos sentimos tristes, deprimidos o enfadados, lo único que nos calma es ir de compras.
- Cuando recibimos el extracto de la tarjeta de crédito, nos sorprende sobremanera la cantidad e importe de las compras que hemos hecho.
- Nuestro tiempo libre lo dedicamos preferentemente a surfear en la red páginas relacionadas con compra.

¿QUÉ SE RECOMIENDA HACER SI DETECTAMOS SIGNOS DE ADICCIÓN?

Debido a que a través de internet se accede a más diversidad de productos y los mensajes publicitarios pueden ir dirigidos y personalizados a cada consumidor, existe mayor riesgo de favorecer el descontrol en las compras. Por este motivo, es importante prevenir potenciando en las personas (sobre todo entre los más jóvenes, que son los más vulnerables) un sentido crítico frente a los valores materialistas y frente al marketing y los mensajes relacionados con los potenciales beneficios de las compras en relación al bienestar emocional y de la autoimagen.

Para los casos en los que se detecta que la conducta de compra *online* está comenzando a descontrolarse, algunos consejos serían los siguientes:

- Poner un filtro en el ordenador que bloquee páginas relacionadas con las compras (especialmente aquellas en las que la persona suele gastar más dinero y son las preferidas).
- Colocar el ordenador en un lugar público de la casa (por ejemplo, salón o sala de estudio) para que en todo momento los familiares puedan estar pendientes.
- Planear un límite de tiempo para utilizar el ordenador (por ejemplo, poner una alarma en el móvil cuando pase media hora).
- No tener acceso a tarjetas de crédito, ya que es la forma con la que se paga las compras *online*. Pedir a un familiar o amigo que ayude a supervisarlas.
- Llevar una lista de gastos diarios y no salirse de ella.
- Pedir ayuda a un familiar o amigo para poder llamar cuando te sientas tentado a comprar.
- Intentar identificar qué pensamientos, emociones o conductas preceden al episodio de compra compulsiva *online* (*¿Es un hábito, aburrimiento, ansiedad...?*).
- Realizar actividades en el tiempo libre que no requieran el uso del ordenador.

En los casos más graves de adicción a la compra *online* se recomienda que se haga un diagnóstico profesional y se realice un tratamiento efectivo que resuelva la situación. Los estudios realizados con terapia cognitivo-conductual grupal y con un tipo de antidepressivos llamado Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han mostrado ser efectivos. Los objetivos de este tipo de terapia se centran en interrumpir y controlar la conducta de compra problemática, establecer patrones de compra sanos, reestructurar o “cambiar” los pensamientos irracionales antes comentados y desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas en los momentos de malestar.

Maria ha recibido ayuda especializada y ha podido controlar el tema de las compras compulsivas siguiendo las pautas siguientes:

1. *Ha aceptado la ayuda de su marido como coterapeuta en la gestión del tema económico.*

2. *Las primeras semanas de tratamiento utiliza el ordenador únicamente en presencia de su marido con la finalidad de ir recuperando su confianza e irse deshabitando de la conducta.*
3. *Durante los 3 primeros meses de tratamiento no dispone de tarjeta de crédito ni tiene acceso a su cuenta corriente. No obstante cada semana supervisan juntos los movimientos bancarios, estando al caso de su economía.*
4. *Han instalado un filtro en el ordenador para evitar entrar en las páginas web de compra que más solía utilizar.*
5. *Ha comenzado a planificar su tiempo libre incorporando actividades que había dejado de hacer (ahora vuelve a quedar a sus amigas, les ha podido explicar lo que ha pasado).*
6. *Ha aprendido a detectar que hay determinadas situaciones de riesgo (sobre todo cuando se siente triste y sola) que hacen que sea probable que le entren ganas de comprar. Cuando esto le sucede ha adquirido estrategias para afrontar dichas emociones (ejercicios de respiración, llamada telefónica a su marido...) sin tener la necesidad de recurrir a las compras.*

Para concluir, la introducción de internet como canal de ventas ha supuesto un cambio en los patrones de compra de los consumidores, generando una gran accesibilidad y la fácil disponibilidad a un amplio abanico de productos. Este cambio puede suponer un mayor riesgo para aquellas personas con predisposición a descontrolarse durante el proceso de compra. Es importante saber identificar a tiempo los signos de una posible adicción para poder poner en marcha las medidas necesarias para frenarla. El apoyo familiar y social, así como la motivación de la propia persona para el cambio serían factores determinantes para su recuperación.

BIBLIOGRAFÍA:

Adès, J., Lejoyeux, M. Las nuevas adicciones. 2003. Barcelona: Edición Kairós

Dittmar, H. Compulsive buying, a growing concern? An examination of gender, age and endorsement of materialistic values as predictors. *British Journal of Psychology*, 2005, vol. 96, 467-491

Dittmar, H., Long, K., Bond, R. When a better self is only a button click away: associations between materialistic values, emotional and identity-related buying motives, and compulsive buying tendency online. *Journal of social and Clinical Psychology*, 2007, vol. 26, 3:334-361

Duroy, D., Gorse, P., Lejoyeux, M. Characteristics of online compulsive buying in Parisian students. *Addictive behaviors*, 2014; vol. 39, 1827-1830

García-Rodríguez, J.F., Caballero, L. Viejas y nuevas adicciones. 2005. Madrid: Editorial Semergen

Harvanko, A., Lust, K., Odlaug, B.L., Schreiber, L.R.N., Derbyshire, K., Christenson, G., Grant, J.E. Prevalence and characteristics of compulsive buying in college students. *Psychiatry Research*, 2013, vol 210, 1079-1085

Kellett, S., and Bolton, J.V. Compulsive Buying: A Cognitive-Behavioural Model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2009; vol. 16, 83-99

LaRose, R., Eastin, M.S. Is online buying out of control? Electronic commerce and consumer self-regulation. *Journal of broadcasting & Electronic Media*, 2002, vol 46, 4: 549-564

Leite, P.L., Pereira, V.M., Nardi, A.E., Silva, A.C. Psychotherapy for compulsive buying disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 2014, vol. 219; 411-419

Lejoyeux, M., Mathieu, K., Embouazza, H., Huet, F., Lequen, V. Prevalence of compulsive buying among customers of a Parisian general store. *Comprehensive Psychiatry*, 2007; vol. 48, 42-46

Mitchell, J.E., Bugard, M., Faber, R., Crosby, R.D., de Zwaan, M. Shorter communication. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behavior Research and Therapy*, 2006; vol 44; 1859-1865

Mueller, A., Mitchell, J.E., Peterson, L.A., Faber, R.J., Steffen, K.J., Crosby, R.D., Claes, L. Depression, materialism, and excessive Internet use in relation to compulsive buying. *Comprehensive psychiatry*, 2011; vol 52, 420-424

Rose, S., Dhandayudham, A. Towards an understanding of Internet-based problem shopping behavior: The concept of online shopping addiction and its proposed predictors. *Journal of Behavioral Addictions*, 2014; vol 3, 2: 83-89

Wang, C. C., Yang, H. W., Rapid Communication. Passion and Dependency in Online Shopping Activities. *CiberPsychology & Behavior*, 2007; vol. 10, 296-298

Wang, C. C., Yang, H.W. Passion for online shopping: the influence of personality and compulsive buying. *Social behavior and Personality*, 2008; vol 36, 5: 693-706

Yang, B., and Lester, D. Attitudes toward Buying Online. *CyberPsychology and Behavior*, 2004; vol. 7, 1: 85-91.

CAPÍTOL IV:

La dona amb compres compulsives o joc patològic: perfils similars per addiccions conductuals diferents



CAPÍTOL IV: La dona amb compres compulsives o joc patològic: perfils similars per addiccions conductuals diferents

3.4.La dona amb compres compulsives o joc patològic: perfils similars per addiccions conductuals diferents

Dominica Díez, Núria Aragay, Mercè Soms, Gemma Prat, Pere Bonet, Miquel Casas

Pendent d'enviament al Journal of Gambling Studies

3.4.1.Objectius

L'objectiu d'aquest estudi és comparar les variables sociodemogràfiques, conductuals i clíniques entre les pacients amb diagnòstic de Compra Compulsiva (CC) i les pacients amb diagnòstic de Joc Patològic (JP), amb la finalitat d'afinar en el seu perfil i poder donar eines als clínics per a la seva detecció i l'optimització del tractament psicològic i /o psiquiàtric pertinents.

3.4.2.Mètode

Es tracta d'un estudi retrospectiu, en el qual es revisen les històries clíniques de les pacients que han rebut un diagnòstic de CC (n = 55) segons els criteris de McElroy i de les pacients que han rebut un diagnòstic de JP (n = 49) segons criteris DSM-IV-TR en 3 unitats de joc patològic i altres addiccions no tòxiques de Catalunya: Manresa, Terrassa i Girona del 2004 al 2015. Es registren les següents variables: dades sociodemogràfiques (edat, gènere, estat civil, nivell d'estudis, situació laboral), dades sobre la conducta de compra compulsiva (tipus d'articles, edat d'inici de la conducta, anys fins a desenvolupar problemes d'addicció i edat en acudir a tractament, freqüència de la conducta, diners setmanals invertits), la comorbiditat amb consum de substàncies, i la presència de comorbiditat psiquiàtrica segons criteris DSM-IV-TR. En el cas de les pacients diagnosticades de JP s'han recollit les mateixes variables sociodemogràfiques i clíniques que en les pacients amb CC i s'han registrat les següents variables

específiques de la conducta de joc: tipus de joc, edat d'inici de la conducta de joc, anys fins a desenvolupar problemes d'addicció, edat d'inici del tractament i diners setmanals.

3.4.3. Resultats

S'han analitzat les dades de les històries clíniques d'un total de 104 pacients dones diagnosticades de trastorn de compra compulsiva ($n = 55$) o de joc patològic ($n = 49$). La mitjana d'edat de tota la mostra en acudir a tractament era de 44,7 anys (SD 12,34) anys. De les variables sociodemogràfiques analitzades, s'han trobat diferències significatives entre els dos grups en el cas de l'estat civil i els estudis; les dones amb joc patològic estan amb major proporció casades o amb parella en comparació a les dones amb compra compulsiva ($\chi^2(1)$, $p = .029$) i aquestes, tenen un major nivell d'estudis en comparació a les dones amb joc patològic ($\chi^2_{(1)} = 7.4$, $p = .007$). Respecte a l'edat mitjana del total de la mostra d'inici de la conducta problema era als 32,2 anys (SD 12,6) essent per la dona amb CC als 31,8 anys (SD 13,3) i per la dona amb JP als 32,6 anys (SD 11,8). Els anys fins a presentar problemes d'addicció eren 6.13 anys (SD = 5,2) per ambdós grups, essent per la dona amb CC 6,7 anys ($\pm 4,9$) i per la dona amb JP 5,4 anys ($\pm 5,5$). En relació a les variables de la conducta problema es van trobar diferències significatives a nivell dels diners gastats setmanalment ($F = 4.979$, $p = .028$) mentre que les dones amb CC gastaven de mitjana 289.4 euros setmanals ($\pm 412,4$), les dones amb JP gastaven 151 euros ($\pm 141,23$). Tot i que no s'observen diferències en la comorbiditat psiquiàtrica global entre ambdós grups, les dones amb CC presentaven significativament més trastorns de l'estat d'ànim ($\chi^2_{(1)} = 5.4$, $p = .020$) i una tendència a presentar trastorns d'ansietat i trastorns adaptatius ($\chi^2_{(1)} = 3.6$, $p = .056$) en comparació a les dones amb JP, així com també una tendència a la significació respecte al consum d'OH ($\chi^2_{(1)} = 5.4$, $p = .092$). També es va trobar una tendència a presentar trastorns de la personalitat per part de les dones amb JP ($\chi^2_{(1)} = 2.813(b)$, $p = .094$) i diferències significatives en el consum de tabac, en comparació a les dones amb CC ($\chi^2_{(1)} = 19.1$, $p = .000$).

3.4.4. Conclusions

1. No s'observen diferències en les variables sociodemogràfiques entre les dones amb CC i les dones amb JP excepte en l'estat civil i els estudis:
2. Major proporció de dones casades o amb parella entre les dones amb JP
3. Major nivell d'estudis en les dones amb CC.
4. No s'observen diferències en l'edat d'inici de tractament, l'edat d'inici de la conducta de CC o JP i els anys a desenvolupar l'addicció.
5. Les dones amb CC gasten més diners setmanalment que les dones amb JP.
6. No es troben diferències en la comorbiditat psiquiàtrica global però les dones amb CC presenten més trastorns de l'estat d'ànim, trastorns d'ansietat i trastorns adaptatius en comparació a les dones amb JP.
7. Les dones amb CC presenten més problemes de consum d'OH que les dones amb JP.
8. Les dones amb JP presenten més consum de tabac que les dones amb CC.

La dona amb compres compulsives o amb joc patològic: perfils similars per a addiccions conductuals diferents

Dominica Díez^{1,2}; Núria Aragay³, Mercè Soms⁴, Gemma Prat², Pere Bonet², Miquel Casas^{1,5,6}

¹*Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona*

²*Divisió de Salut Mental. Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa*

³*ConSORCI Sanitari de Terrassa*

⁴*XSM-Institut d'Assistència Sanitària de Girona*

⁵*Departament de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona*

⁶*CIBER Salud Mental (CIBERSAM), Instituto Salud Carlos III, Barcelona*

INTRODUCCIÓ

En general, es considera que, tant la Compra Compulsiva (CC) com el Joc Patològic (JP) compleixen criteris per a ser considerades addiccions conductuals, no obstant això, la CC ha generat controvèrsia d'opinions en la comunitat científica i no consta actualment en les classificacions vigents de les malalties mentals. Una de les definicions de CC més consensuades és la de McElroy, Keck, Pope, Smith i Strakowsky, (1994), que fan referència a aquell comportament desadaptatiu o preocupació per comprar o anar de compres com a resposta a un malestar, que interfereix en el funcionament diari i provoca problemes econòmics. Per la seva banda, el JP, definit com a trastorn caracteritzat per una pèrdua de control sobre la conducta de joc que persisteix, malgrat la greu afectació a nivell individual, familiar i /o social, sí que disposa de criteris consensuats i està classificat en el manual DSM-5 (APA, 2013), dins els trastorns relacionats amb substàncies i trastorns addictius.

En relació a la conducta de CC, s'ha produït en els darrers anys un increment de publicacions sobre el tema amb una gran variabilitat de resultats respecte a la seva prevalença. Segons el metanàlisi de Maraz, Griffiths i Demetroviks (2016), realitzat a partir de 40 estudis de 16 països, situa la mitjana de prevalença en un 4,9% (3,4-6,9%). A Espanya, s'obtenen xifres d'un 7,1% (Otero-López & Villardefrancos, 2014). En relació al JP, a l'Estat Espanyol diversos estudis han establert dades de prevalença entre el 0,3 i el 1,7% (Becoña, 2004; Jiménez-Murcia et al., 2013).

Està àmpliament demostrat que existeixen diferències de gènere tant en l'expressió qualitativa com quantitativa en les diverses patologies psiquiàtriques (Alonso et al., 2004; Arenas & Puigcerver, 2009; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010). L'estudi sobre les diferències de sexe en les addiccions conductuals realitzat per Fattore, Melis, Fadda i Fratta, (2014) mostra un perfil clínic propi de la dona, definit per uns resultats determinats en les variables: risc, prevalença, edat d'inici i freqüència de la conducta addictiva..

S'han observat similituds entre el trastorn de JP i el de CC (Granero et al., 2016). Ambdós trastorns suposen una pèrdua del control sobre la conducta problemàtica i una realització d'aquesta, malgrat els perjudicis provocats a nivell personal, familiar i/o social. S'han descrit però algunes diferències, per exemple, en referència a la distribució per sexes, la CC i el JP corresponen al sexe contrari, així com la CC la presenten majoritàriament les dones (entre 80 i 95%), el JP és més prevalent en els homes (75%) (Granero et al., 2016; Lawrence, Ciorciari, & Kyrios, 2014).

Una de les principals semblances entre ambdós trastorns es troba en relació a la comorbiditat psiquiàtrica. En les dones amb CC o JP els estudis mostren una prevalença dels trastorns de l'estat d'ànim i d'ansietat en ambdós tipus d'addicció conductual. En el cas de la CC, els diagnòstics més freqüents són els trastorns d'ansietat (41-80%), els trastorns de l'estat d'ànim (21-100%), els trastorns per dependència de substàncies (21-46%) i altres trastorns del control dels impulsos (5-11%) (Aboujaoude, 2014; Black, 2007). També cal tenir en compte però, que disposem de pocs estudis publicats que hagin comparat mostres de dones amb JP o amb CC entre si i que, la majoria d'estudis, s'han realitzat amb mostres d'homes jugadors,

malgrat alguns estudis indiquen que un terç dels jugadors patològics són dones (Martins, Lobo, Tavares, & Gentil, 2002).

Aquestes diferències de gènere, més estudiades en el joc patològic, no han estat tan investigades en la compra compulsiva, probablement degut a la dificultat per trobar mostres clíniques de compradores compulsives i al fet que, encara no apareix en les classificacions diagnòstiques homologades. La simptomatologia psiquiàtrica pot ser causa o conseqüència tant del trastorn de CC com del JP, que, si no es pregunten de forma específica, poden passar desapercebuts i per tant, romandre sense tractament. Disposar d'un perfil de la dona amb CC o JP pot ajudar als clínics a la seva detecció i, per tant, a oferir el tractament psicològic i/o psiquiàtric pertinent.

L'objectiu d'aquest estudi és comparar les variables sociodemogràfiques, conductuals i clíniques entre les pacients amb diagnòstic de Compra Compulsiva (CC) i les pacients amb diagnòstic de Joc Patològic (JP) amb la finalitat d'afinar el seu perfil i poder donar eines als clínics per a la detecció i optimització el tractament psicològic i /o psiquiàtric pertinents.

MÈTODE

Participants

Es tracta d'un estudi retrospectiu, en el qual es revisen les històries clíniques de 104 pacients dones que han rebut tractament ambulatori en tres unitats de joc patològic i addiccions no tòxiques de Catalunya: Manresa, Terrassa i Girona, del gener del 2004 al desembre del 2015. Els pacients vénen derivats pel seu metge de capçalera o per altres especialistes de la xarxa pública. S'inclou en l'estudi a les pacients que han rebut un diagnòstic de CC (n = 55) segons els criteris de McElroy et al., (1994) i a les pacients que han rebut un diagnòstic JP (n = 49) segons criteris DSM-IV-TR (APA, 2000). L'estudi segueix les directrius ètiques de la Declaració de Hèlsinki i està aprovat pel Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica adscrit a la Fundació Althaia.

Procediment

Les dades van ser recollides a partir de les dades obtingudes en la primera visita amb les pacients, a partir d'una entrevista semi-estructurada realitzada per tres psicòlogues clíniques especialitzades en addiccions conductuals amb més de 10 anys de trajectòria professional en aquest àmbit. Les dades es van categoritzar en tres apartats: sociodemogràfic, de la conducta addictiva i clínic.

Es van registrar les següents variables:

Sociodemogràfiques: edat, gènere, estat civil, nivell d'estudis, situació laboral.

Sobre la conducta addictiva: el diagnòstic de CC es va realitzar seguint els criteris de Mc Elroy et al., (1994). Aquests criteris han rebut una àmplia acceptació en la comunitat científica tot i que encara no han estat validats i consensuats. De moment es recomana que es determini el problema de CC amb entrevistes semi-estructurades amb el pacient de forma presencial (Granero et al., 2016). El diagnòstic de JP es va establir en base als criteris del DSM-IV-TR amb el continu proposat per Toce Gerstein, Gerstein i Vorberg (2003). Aquesta classificació diferencia entre jugador de risc (compleix 1-2 criteris), jugador problema (compleix 3-4 criteris) i jugadors patològics (5 o més criteris).

Es van recollir les següents dades de la conducta de CC i de JP: edat d'inici de la conducta, anys fins a desenvolupar problemes d'addicció i edat en acudir a tractament, tipus d'articles/ tipus de joc i diners setmanals gastats.

Clíniques: dades de comorbiditat psiquiàtrica segons criteris DSM-IV-TR: trastorns depressius, trastorns d'ansietat, trastorns adaptatius i de personalitat i respecte al consum de tòxics: consum de tabac, THC i cocaïna.

Les dades de comorbiditat psiquiàtrica es van recollir durant l'entrevista semi-estructurada seguint els criteris del DSM-IV-TR i contrastant la informació del pacient amb l'aportada pels familiars.

Anàlisi estadística

L'anàlisi estadística s'ha portat a terme mitjançant el programa estadístic SPSS 20 per a Windows. Per les variables quantitatives, les dades es presenten amb la mitjana \pm SD, i per les variables qualitatives, com valors absoluts o percentatges. S'ha utilitzat la Khi-quadrat per avaluar les relacions entre variables categòriques i, la prova de F-de Snedecor per analitzar les variables contínues. Els intervals de confiança pel 95% de les diferències de mitjanes s'han obtingut tant per les variables categòriques com per les contínues. Quan les diferències han estat significatives, s'ha calculat la mida de l'efecte mitjançant la V de Cramer. La significació estadística s'ha establert per un valor de $p < 0.05$ i la tendència a la significació s'ha establert per un valor de $p < 0.01$.

RESULTATS

S'han analitzat les dades de les històries clíniques 104 casos de dones diagnosticades de trastorn de CC ($n = 55$) o de JP ($n = 49$).

Variables sociodemogràfiques: s'han trobat diferències significatives entre els dos grups en el cas de l'estat civil i els estudis; les dones amb JP estan amb major proporció casades o amb parella en comparació a les dones amb CC ($\chi^2_{(1)}$, $p = .029$), mentre que les dones amb CC tenen un major nivell d'estudis en comparació a les dones amb JP ($\chi^2_{(1)} = 7.4$, $p = .007$).

Variables referents a conducta addictiva (CC o JP): la mitjana d'edat de la mostra en acudir a tractament era de 44,7 anys (SD 12,34) anys. En el cas de les dones amb CC de 44,58 ($\pm 11,69$) i en el cas de les dones amb JP de 44,81 anys ($\pm 13,13$).

Respecte a l'edat mitjana d'inici de la conducta problema del total de la mostra era als 32,2 anys (SD 12,6) essent per la dona amb CC als 31,8 anys (SD 13,3) i per la dona amb JP als 32,6 anys (SD 11,8).

Els anys fins a presentar problemes d'addicció eren 6,13 anys ($SD = 5,2$) per ambdós grups, essent per la dona amb CC 6,7 anys ($\pm 4,9$) i per la dona amb JP 5,4 anys ($\pm 5,5$). No s'observen diferències significatives ni en l'edat d'iniciar tractament, ni

en l'edat de l'inici de la conducta problema, ni en els anys fins a presentar problemes d'addicció.

Es troben diferències significatives a nivell dels diners gastats setmanalment ($F_{(1,100)} = 4.9, p = .028$) mentre que les dones amb CC gasten de mitjana 289.4 euros setmanals ($\pm 412,4$), les dones amb JP gasten 151 euros ($\pm 141,23$).

Variables clíniques: tot i que no s'observen diferències en la comorbiditat psiquiàtrica global entre ambdós grups, sí que les dones amb CC presenten significativament més trastorns depressius en comparació a les dones amb JP ($\chi^2_{(1)} = 5.4, p = .020$) i una tendència a la significació a presentar més trastorns d'ansietat i trastorns adaptatius ($\chi^2_{(1)} = 3.6, p = .056$, en ambdós casos) així com una tendència a la significació respecte al consum d'OH ($\chi^2_{(1)} = 5.4, p = .092$). En canvi, en les dones amb JP s'observa una tendència a la significació respecte als trastorns de la personalitat ($\chi^2_{(1)} = 2.813(b), p = .094$) així com en el consum de tabac ($\chi^2_{(1)} = 19.1, p = .000$).

DISCUSSIÓ

Els resultats d'aquest estudi mostren que les dones amb CC presenten moltes similituds amb les dones amb JP sobretot respecte a les característiques de la conducta addictiva i a les dades clíniques. En l'actualitat, hi ha pocs estudis que hagin comparat mostres de dones compradores i dones jugadores.

Variables sociodemogràfiques: respecte al perfil sociodemogràfic, s'observa que, únicament existeixen diferències en l'estat civil i el nivell d'estudis. En aquest cas, s'observa que, una major proporció de dones CC no tenen parella, resultats que estan en concordança amb estudis com el de Granero (2016), en el què observa una menor proporció de persones solteres entre les que presenten CC com a comorbiditat al JP.

En el present treball també s'ha obtingut que les dones amb CC tenen un nivell educatiu més alt que les dones amb JP, coincidint amb l'estudi de Granero et al., 2016 en el què s'observa un major nivell educatiu en la CC (majoria de la mostra formada per dones) en comparació al JP (majoria homes). Aquestes darreres dades indicarien la

possibilitat que el nivell d'estudis estaria més relacionat amb el tipus d'addicció conductual amb el gènere.

Variables de l'addicció conductual: no s'observen diferències significatives en l'edat mitjana d'acudir a tractament entre les pacients amb CC o JP així com en l'edat d'inici de la conducta problema ni en els anys transcorreguts fins a presentar problemes d'addicció. Els resultats obtinguts en aquest estudi són similars als de la literatura revisada, tant en el tema de les CC (Ladd & Petry, 2002) com en el JP (Potenza et al., 2001).

Alguns estudis refereixen que l'edat d'inici de la CC està situada entre els 18 i 30 anys, a la darrera etapa de l'adolescència o principis de l'edat adulta (Maraz, Griffiths, & Demetrovics, 2016) sembla que podria coincidir amb l'edat d'emancipació de casa i quan es produeix la independència econòmica (Black, 2007). En consonància amb aquesta hipòtesi, d'altres autors, consideren que és quan la impulsivitat i les conductes de risc estan socialment més acceptades o bé promogudes pels amics, essent un factor de risc potencial per a desenvolupar una addicció, pels adolescents un excés d'activitat no és més arriscat que un excés de passivitat (Dayan, Bernard, Olliac, Mailhes, & Kermarrec (2010).

Respecte als anys transcorreguts fins a presentar problemes d'addicció, s'observa que les dones amb CC no difereixen de les dones JP. En aquest cas, en les dones amb JP s'ha confirmat l'anomenat efecte Telescopi (Díez, Aragay, Soms, Prat, & Casas, 2014), descrit en l'enolisme per Lisansky, (1956) i observat també en l'addicció a opiacis (Anglin, et al., 1987). D'altres autors també han descrit un inici més tardà de la conducta de joc amb apostes per part de les dones en relació als homes i una progressió més ràpida de l'addicció (Grant & Kim, 2002; Ibáñez, Blanco, Perez De Castro, Fernandez-Piqueras, & Sáiz-Ruiz, 2003; Tavares, Zilberman, Beites, & Gentil, 2001; Nelson, LaPlante, LaBrie, & Shaffer, 2006; Toneatto & Wang, 2009; Grant, Chamberlain, Schreiber, & Odlaug, 2012; González-Ortega, Echeburúa, Corral, Polo-López, & Alberich, 2013; Díez et al., 2014; Hakansson, 2015). En el present treball no es pot determinar aquest efecte, ja que no es va comparar la mostra de dones amb CC amb mostra masculina. No obstant això, tot i el fet que les dones amb CC no difereixin de les dones amb JP, podria indicar que, en aquesta addicció conductual podria

reproduir-se aquest efecte. En aquest cas, caldrien estudis posteriors per tal de comprovar la validesa d'aquesta hipòtesi. De fet, hi ha pocs estudis d'addiccions conductuals que comparin els resultats obtinguts tenint en compte les diferències de gènere (Fattore et al., 2014).

D'altra banda, s'han trobat diferències significatives en els diners gastats setmanalment, entre les dones CC i les dones JP, de manera que les dones amb CC gasten més diners. Aquesta variable no acostuma a estar explorada en els estudis, però que sí que podria estar relacionada amb la gratificació durant l'episodi de compra o de joc i, mediatitzada per possibles característiques de personalitat a valorar en estudis posteriors.

Variables clíniques: respecte a la comorbiditat psiquiàtrica global en el nostre estudi, no observem diferències entre les pacients amb CC i JP. En general, els estudis refereixen més comorbiditat psiquiàtrica en les dones que en els homes amb JP (González-Ortega et al., 2013). Segons Desai i Potenza (2008), és possible que les dones tinguin més tendència a jugar en comparació als homes per alleugerir sentiments de depressió o ansietat o que els problemes de joc puguin exacerbar la simptomatologia depressiva, més en les dones que en els homes. Tot i que els resultats de la investigació sobre compres compulsives són variables, s'ha observat que les persones que tenen un trastorn de CC presenten també una elevada comorbiditat amb trastorns psiquiàtrics (Díez, Valdepérez, Aragay, & Soms, 2016). En el nostre estudi trobem resultats similars als descrits en la literatura, en quant a la presència de trastorns de l'estat d'ànim, d'ansietat i de la personalitat, així com de consum d'alcohol i de tabac. Els trastorns més freqüentment detectats en aquests pacients són els trastorns d'ansietat (41-80%), els trastorns de l'estat d'ànim (21-100%) i els trastorns per dependència de substàncies (21-46%) seguits dels trastorns del control dels impulsos (5-11%) (Aboujaoude, 2013; Black, 2007). El diagnòstic de trastorn de personalitat també és freqüent i existeix evidència que tenen un major risc de desenvolupar un trastorn per compres compulsives les famílies amb antecedents de trastorns d'ansietat, trastorns de l'estat d'ànim i abús de substàncies (Black, 2007).

En relació al tipus de diagnòstic comòrbid, sí que s'observen diferències entre JP i CC. Així, les dones amb CC mostren més trastorns de l'estat d'ànim i una tendència a

la significació respecte als trastorns d'ansietat i als trastorns adaptatius així com al consum d'OH en comparació a les dones amb JP. De fet, aquestes dues troballes podrien estar en relació, ja que s'ha vist que l'ús de l'OH en la dona pot actuar com a estratègia per alleugerir o evitar el malestar psicològic, mecanisme subjacent també en la realització de la conducta de CC. En aquest sentit, s'ha trobat comorbiditat entre CC i TUS, amb una prevalença entre el 21% i el 46% (Aboujaoude, 2014) així com correlacions moderades entre CC i símptomes de depressió dades totes elles consistents amb el model que postula que la CC s'utilitza per alleugerir els estats d'ànim negatius, o millorar l'autoconcepte (Kyrios, Mc Queen, & Moulding, 2013). Cal tenir en compte la variable despesa econòmica que és significativament superior en les pacients amb CC, gasten més i se senten més malament, això podria produir més estrès i major increment de la conducta problema i per tant de la despesa. S'ha obtingut una tendència a tenir més trastorns de la personalitat en la mostra de dones amb JP i un consum significativament superior de tabac. La troballa d'una associació significativa entre la nicotina i el joc amb apostes en la dona, suggereix diferències rellevants a nivell clínic tot i que encara no s'ha trobat de quina manera el joc i la nicotina es reforcen mútuament (Desai & Potenza, 2008). Seria interessant en futures investigacions aprofundir en el perfil clínic de la dona amb CC i JP tenint en compte més dades respecte a la personalitat.

Conclusions

Les pacients amb CC o JP presenten moltes similituds i algunes diferències. Coincideixen en l'edat d'inici de la conducta; els anys transcorreguts fins a presentar problemes d'addicció i l'edat en que demanen ajuda especialitzada. Presenten diferències en l'estat civil i el nivell d'estudis; el mateix grau de comorbiditat psiquiàtrica però diferents tipus de trastorns. A més a més, la dona amb CC gasta significativament més diners que la dona amb JP.

El perfil de la dona amb CC és el d'una dona de 44 anys, soltera, amb nivell educatiu mig o superior, amb una elevada comorbiditat psiquiàtrica i específicament amb problemes de depressió, ansietat o trastorns adaptatius i amb tendència a presentar un elevat consum d'alcohol.

El perfil de la dona amb JP és el d'una dona de 44 anys, casada, amb nivell educatiu baix o mig, amb una elevada comorbiditat psiquiàtrica i amb una tendència a tenir algun trastorn de la personalitat i amb un consum més elevat de tabac.

Tenir en compte aquests perfils en l'àmbit clínic, podria ajudar en la detecció de pacients que passarien desapercebudes, si es considera només el diagnòstic psiquiàtric, amb la qual cosa no rebrien el tractament pertinent per l'addicció conductual.

Limitacions

Aquest estudi presenta una limitació important, i és que al tractar-se d'un estudi retrospectiu, no s'han pogut incloure qüestionaris de personalitat.

Malgrat aquesta limitació, es considera que aquest estudi aporta informació rellevant sobre el perfil de la dona amb CC i amb JP a utilitzar en l'àmbit clínic per a la detecció i tractament d'aquestes pacients.

Taula 1. Variables sociodemogràfiques.

Variables sociodemogràfiques	CC (n=55)		JP (n= 49)		X ² (df)	p
	N	%	N	%		
Estat civil					4.757(1)	.029
Solteres/separades	26	47.3	13	26.5		
Parella	29	52.7	36	73.5		
Estudis					7.387(1)	.007
Primaris	26	47.3	36	73.5		
Secundaris/Universitaris	29	52.7	13	26.5		
Situació laboral					3.314(5)	.652
Treball	25	45.5	21	42.9		
Atur	14	18.2	10	20.4		
Baixa	4	7.3	4	10.2		
Jubilació o pensió	16	29.1	13	22.1		

Taula 2. *Variables conducta addictiva*

Variables conducta addictiva	CC (n = 55)		JP (n = 49)		F (df)	p
	X	SD	X	SD		
Edat inici tractament	44.58	11.69	44.81	13.13	.009 (1)	.923
Edat inici conducta	31.8	13.3	32.6	11.8	.108 (1)	.743
Anys addicció	6.7	4.9	5.4	5.5	1.746 (1)	.189
Diners setmanals	289.47	412.43	151	141.2	4.979 (1)	.028

Taula 3. *Variables clíniques.*

Variables clíniques	CC (n = 55)		JP (n = 49)		X ² (df)	p
	N	%	N	%		
Presència comorbiditat	46	82.1	39	79.6	.110 (1)	.749
Tr. estat d'ànim	26	46.4	12	24.5	5.447 (1)	.020
Tr. d'ansietat	4	7,1%	0	0	3.639	.056
Tr. Adaptatiu	4	7,1%	0	0	3.639	.056
Tr. personalitat	5	8.9	10	20.4	2.813 (1)	.094
Tabac	16	30.2	36	73.5	19.085 (1)	.000
Alcohol	12	22.6	5	10.2	2.836 (1)	.092
THC	1	1.9	1	2.0	.003 (1)	.955

Referències

- Aboujaoude, E. (2014). Compulsive buying disorder: a review and update. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4021–5. <http://doi.org/10.2174/13816128113199990618>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5thText Rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4thRev. Ed.pp.671-674). Washington, DC: American

Psychiatric Association.

Anglin, M. D., Hser, Y. & Mc Glothlin, W. H. (1987). Sex differences in addict careers,II. Becoming addicted. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 13, 59-71.

Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad : una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3, 20–29.

Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones*, 16(3), 173–184.

Black, D. W. (2007). Compulsive buying disorder: a review of the evidence. *CNS Spectrums*, 12(2), 124–132.

Dayan, J., Bernard, A., Olliac, B., Mailhes, A. S., & Kermarrec, S. (2010). Adolescent brain development, risk-taking and vulnerability to addiction. *Journal of Physiology Paris*, 104(5-6), 279–286. <http://doi.org/10.1016/j.jphysparis.2010.08.007>

Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 173–183. <http://doi.org/10.1007/s00127-007-0283-z>

Díez, D., Aragay, N., Soms, M., Prat, G., & Casas, M. (2014). Male and Female Pathological Gamblers: Bet in a Different Way and Show Different Mental Disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, 1-7. <http://doi.org/10.1017/sjp.2014.88>

Díez, D., Valdepérez , A., Aragay, Soms, M. (2016). El trastorno de Compra Compulsiva Compulsive buying disorder. *Cuadernos de Psicopatología Y Medicina de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicopatología*, 117, 11–16.

Echeburúa, E., González-Ortega, I., de Corral, P., & Polo-López, R. (2011). Clinical Gender Differences Among Adult Pathological Gamblers Seeking Treatment. *Journal of Gambling Studies*, 27(2), 215–227. <http://doi.org/10.1007/s10899-010-9205-1>

ESEMeD/ MHEDEA 2000 investigators. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: : Results from the European Study of the Epidemiology of Mental

-
- Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 21–27. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., & Fratta, W. (2014). Sex differences in addictive disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 272–284. <http://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.04.003>
- Granero, R., Fernández-Aranda, F., Steward, T., Mestre-Bach, G., Baño, M., del Pino-Gutiérrez, A., ... Jiménez-Murcia, S. (2016). Compulsive Buying Behavior: Characteristics of Comorbidity with Gambling Disorder. *Frontiers in Psychology*, 7(April), 1–10. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00625>
- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1), 56–62. <http://doi.org/10.1053/comp.2002.29857>
- Grant, J. E., Chamberlain, S. R., Schreiber, L. R. N., & Odlaug, B. L. (2012). Gender-related clinical and neurocognitive differences in individuals seeking treatment for pathological gambling. *Journal of Psychiatric Research*, 46(9), 1206–1211. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.013>
- Hakansson, A. (2015). Diferencias de género en el Trastorno de Juego: Desde los aspectos clínicos hasta la respuesta al tratamiento. *Cuadernos de Psicología Y Medicina de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología Y Medicina de Enlace*, 31–38.
- Ibáñez, A., Blanco, C., Perez De Castro, I., Fernandez-Piqueras, J., & Sáiz-Ruiz, J. (2003). Genetics of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 11–22. <http://doi.org/10.1023/A:1021271029163>
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Penelo, E., Savvidou, L. G., ... Menchón, J. M. (2013). Typologies of young pathological gamblers based on sociodemographic and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1153–1160. <http://doi.org/10.1016/j.comppsyg.2013.05.017>
- Kyrios, M., McQueen, P., & Moulding, R. (2013). Experimental analysis of the relationship between depressed mood and compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 194–200. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.10.004>
- Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2002). Gender differences among pathological gamblers
-

- seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 302–309. <http://doi.org/10.1037/1064-1297.10.3.302>
- Lawrence, L. M., Ciorciari, J., & Kyrios, M. (2014). Relationships that compulsive buying has with addiction, obsessive-compulsiveness, hoarding, and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1137–1145. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.005>
- Lejoyeux, M., & Weinstein, A. (2010). Compulsive buying. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 248–253. <http://doi.org/10.3109/00952990.2010.493590>
- Lisansky, E. S. (1957). Alcoholism in women: social and psychological concomitants. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 18, 588-623.
- Martins, S. S., Lobo, D. S. S., Tavares, H., & Gentil, V. (2002). Pathological gambling in women: a review. *Revista Do Hospital Das Clínicas*, 57(5), 235–242. <http://doi.org/10.1590/S0041-87812002000500008>
- Maraz, A., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2016). The prevalence of compulsive buying: A meta-analysis. *Addiction*, 111(3), 408–419. <http://doi.org/10.1111/add.13223>
- McElroy, S. L., Keck, P. E., Jr., Pope, H. G. Jr, Smith, J. M., & Stakowski, S. M. (1994). Compulsive buying: A report of 20 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 242-248.
- Nelson, S. E., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., & Shaffer, H. J. (2006). The proxy effect: Gender and gambling problem trajectories of iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies*, 22(2), 221–240. <http://doi.org/10.1007/s10899-006-9012-x>
- Otero-López, J. M., & Villardefrancos, E. (2014). Prevalence, sociodemographic factors, psychological distress, and coping strategies related to compulsive buying: a cross sectional study in Galicia, Spain. *BMC Psychiatry*, 14(1), 101. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-101>
- Potenza, M. N., Steinberg, M. a., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500–

1505. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1500>

Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de. *Psicothema*, 22(3), 389–395. Retrieved from <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/886>

Tavares, H., Zilberman, M. L., Beites, F. J., & Gentil, V. (2001). Gender Differences in Gambling Progression. *Journal of Gambling Studies*, 17(2), 151–159. <http://doi.org/10.1023/A:1016620513381>

Toce-Gerstein, M., Gerstein, D. R., & Volberg, R. A. (2003). A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction*, 98(12), 1661–1672. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00545.x>

Toneatto, T. & Wang, J .J. (2009). Community Treatment for Problem Gambling: Sex differences in Outcome and Process. *Community Mental Health Journal*, 45, 468-475. <http://doi.org/10.1007/s10597-009-9244-1>

Quart apartat:

DISCUSSIÓ

DISSCUSSIÓ

En el present apartat es presenta, en primer lloc, un resum de la discussió de cada estudi d'investigació i en segon lloc, una discussió general dels resultats obtinguts en els dos treballs i la informació aportada en capítols anteriors. Els estudis que es comenten seguidament, han permès aprofundir en el coneixement de la dona amb CC o amb JP. Els resultats obtinguts podrien utilitzar-se en un futur per a la detecció d'ambdues addiccions conductuals, així com ajudar en el disseny de tractaments psicològics específics per ambdós trastorns.

4.1. Homes i dones jugadors patològics: aposten de forma diferent i presenten diferents trastorns mentals

Els resultats d'aquest estudi mostren clarament que hi ha diferències de gènere en el joc patològic en població clínica, específicament en l'edat d'inici del trastorn de joc, els anys que es tarda a desenvolupar l'addicció, la freqüència de joc i la comorbiditat psiquiàtrica.

4.1.1 Dades sociodemogràfiques

Alguns estudis anteriors han trobat diferències a nivell sociodemogràfic entre els homes i les dones amb problemes de joc patològic, concretament en l'estat civil, situació laboral i nivell econòmic. S'ha trobat que els homes tenen més deutes deguts al joc i que les dones tendeixen a estar solteres i amb tendència a estar desocupades a nivell laboral (Desai & Potenza, 2008; Grant, Kim, Odlaug, Buchanan, & Potenza, 2009). En el present estudi no es van trobar diferències en les variables sociodemogràfiques analitzades. Aquestes discrepàncies podrien ser degudes a variacions metodològiques entre els estudis, tenint en compte que en l'estudi presentat s'han aparellat els subjectes per edat. Alguns autors han apuntat la necessitat de portar a terme les comparacions controlant la variable edat perquè pot estar influïnt també, no només en les variables sociodemogràfiques, sinó també en les característiques del trastorn (Fong, 2005).

4.1.2. Dades de la conducta de joc

Es van trobar diferències associades al patró de joc en ambdós sexes tals com, el manteniment de la conducta en iniciar tractament, el tipus de joc i la freqüència. Les dones mantenen més la conducta de joc en iniciar el tractament en comparació als homes. Encara que no hi ha una explicació clara per aquest resultat, tot i la possible intervenció de factors socials. En general, la conducta de joc és menys interferidora en les dones que en els homes: els homes tenen més problemes financers i legals i per aquest motiu, les seves famílies ja han iniciat el control de la conducta de joc quan acudeixen a tractament (Echeburúa et al., 2011; Kellett & Bolton, 2009; Ladd & Petry, 2002; Potenza et al., 2001).

Respecte a la freqüència de joc, les dones de la mostra estudiada tenien tendència a jugar cada dia mentre que els homes de dues a quatre vegades a la setmana. Malgrat que no es va analitzar la variable freqüència en relació al tipus de joc, el fet que les dones juguessin més podria estar relacionat amb la presència d'un tipus de joc secundari. Aquest tret hauria de ser comprovat en investigacions futures però podria ser un factor significatiu en l'anàlisi funcional pel tractament del trastorn de joc. Tot i que les màquines "escurabutxaques" és el tipus de joc més popular a Espanya tant en homes com en dones (Echeburúa, 2005), les dones de la mostra estudiada, mantenen la seva preferència pel bingo en comparació als homes, tal com ha estat àmpliament referit a la literatura. Estudis anteriors han trobat que el bingo proporciona una atmosfera relaxada per aïllar-se i evadir-se dels problemes (LaPlante, Nelson, LaBrie, & Shaffer, 2006; Potenza et al., 2001; Tavares et al., 2001). Alguns autors han relacionat l'elevada prevalença de dones jugadores de bingo amb els motius principals que les dones diuen que tenen per jugar, una troballa que es repeteix és que les dones juguen per evitar estats emocionals negatius mentre que els homes juguen més per competitivitat (Echeburúa et al., 2011; Granero et al., 2009; Grant & Kim, 2002). Aquestes conductes podrien relacionar-se amb un percentatge més gran de trastorns de l'estat d'ànim en les dones, concretament de depressió, ja descrit en estudis previs (Echeburúa et al., 2011; Granero et al., 2009) i corroborat en aquesta investigació.

4.1.3.Dades clíniques

El present estudi també confirma una major comorbiditat psiquiàtrica en les dones en comparació als homes (Desai & Potenza, 2008), tal com es plantejava en les hipòtesis sobre el JP, a més d'una presència més alta de dos diagnòstics comòrbids. Aquest resultat, tenint en compte que els trastorns de l'estat d'ànim, són més freqüents en les dones que en els homes, és consistent amb resultats d'altres estudis realitzats amb jugadors patològics (Echeburúa et al., 2011; Granero et al., 2009) i amb estudis de tipus epidemiològic realitzats en població general (ESEMED, 2004; Haro et al., 2006), mentre que els estudis sobre trastorns de la personalitat són difícils de comparar per la variabilitat de classificacions i dels instruments de mesura utilitzats (Granero et al., 2009). Els pocs estudis realitzats analitzen principalment trets de personalitat i plantegen que els homes jugadors són més impulsius i buscadors de sensacions mentre que les dones jugadores tindrien l'autoestima baixa i trets d'ansietat (Echeburúa et al., 2011). En el present estudi, només es van trobar diferències de gènere respecte al TUS en el consum d'OH en els homes, no en altres substàncies, resultats similars a l'estudi de Granero et al. (2009) i altres (Martins, Tavares, Lobo, Galetti, & Gentil, 2004). Respecte a l'edat d'inici de la conducta de joc, les dones de la mostra estudiada, comencen a jugar més tard que els homes però desenvolupen problemes de joc en un temps més curt, mostrant una progressió més ràpida que els homes. Aquest resultat, conegut com efecte Telescopi, està en consonància amb la majoria d'estudis publicats sobre diferències entre homes i dones amb JP (Echeburúa et al., 2011; Ladd & Petry, 2002; Potenza et al., 2001; Tavares et al., 2001) i amb estudis que investiguen addiccions químiques com l'alcohol, el cànnabis o opiàcis (Greenfield et al., 2010). Per tant, es confirma la hipòtesi de l'efecte Telescopi en l'estudi presentat. En el cas del joc patològic, aquest efecte ha estat atribuït a una sèrie de variables que s'han trobat principalment en dones, tals com un nivell d'estigmatització més alt, estat econòmic més baix, preferència per formes de joc continuades, major dificultat per amagar deutes i la conducta de joc cap als familiars, i major exposició o dificultat per afrontar estressors psicosocials (Boughton & Falenchuk, 2007).

4.2. La dona amb compres compulsives o amb joc patològic: perfils similars per addiccions conductuals diferents

Els resultats d'aquest estudi mostren que les dones amb CC presenten moltes similituds amb les dones amb JP sobretot respecte a les característiques de la conducta addictiva i a les dades clíniques. En l'actualitat, hi ha pocs estudis que hagin comparat mostres de dones compradores i dones jugadores.

4.2.1. Dades sociodemogràfiques

Respecte al perfil sociodemogràfic, s'observa que, només existeixen diferències en l'estat civil i el nivell d'estudis. En aquest cas, s'observa que, una major proporció de dones amb CC no tenen parella, resultats que estan en concordança amb estudis com el de Granero et al., (2016), en el qual observa una menor proporció de persones solteres entre les que presenten CC i JP.

En el present treball també s'ha obtingut que les dones CC tenen un nivell educatiu més alt que les dones amb JP, coincidint amb l'estudi de Granero et al., (2016b), en el què s'observa un major nivell educatiu en la CC (majoria de la mostra formada per dones) en comparació al JP (majoria homes). Aquestes darreres dades indicarien la possibilitat que el nivell d'estudis estaria més relacionat amb el tipus d'addicció conductual que no pas amb el gènere.

4.2.2. Dades de la conducta addictiva

No s'observen diferències significatives en l'edat mitjana d'acudir a tractament entre les pacients amb CC o JP així com en l'edat d'inici de la conducta problema i els anys transcorreguts fins a presentar problemes d'addició. Els resultats obtinguts en relació a la variable edat en aquest estudi, estan en concordança amb la literatura revisada, tant en el tema de les CC (Ladd & Petry, 2002) com en el JP (Potenza et al., 2001).

Alguns estudis refereixen que l'edat d'inici de la CC està situada entre els 18 i 30 anys, a la darrera etapa de l'adolescència o principis de l'edat adulta (Maraz, Griffiths, & Demetrovics, 2016) sembla que podria coincidir amb l'edat d'emancipació de casa i quan es produeix la independència econòmica (Black, 2007). En consonància amb

aquesta hipòtesi, d'altres autors, consideren que és quan la impulsivitat i les conductes de risc estan socialment més acceptades o bé promogudes pels amics, essent un factor de risc potencial per a desenvolupar una addicció, pels adolescents un excés d'activitat no és més arriscat que un excés de passivitat (Dayan, Bernard, Olliac, Mailhes, & Kermarrec (2010).

Respecte als anys transcorreguts fins a presentar problemes d'addicció, s'observa que les dones amb CC no difereixen de les dones JP. En aquest cas, en les dones JP s'ha confirmat l'anomenat efecte Telescopi (Díez, Aragay, Soms, Prat, & Casas, 2014), descrit en l'enolisme per Lisansky, (1956) i observat també en l'addicció a opiacis (Anglin et al., 1987).

D'altres autors també han descrit un inici més tardà de la conducta de joc amb apostes per part de les dones en relació als homes i una progressió més ràpida de l'addicció (Grant & Kim, 2002; Ibáñez et al., 2003; Tavares, 2001; Nelson et al., 2006; Toneatto, & Wang, 2009; Grant et al., 2012; González-Ortega et al., 2013; Díez et al., 2014; Hakansson, 2015). En el present treball no es pot determinar aquest efecte, ja que no es va comparar la mostra de dones amb CC amb mostra masculina. No obstant això, tot i el fet que les dones amb CC no difereixin de les dones amb JP, podria indicar que, en aquesta addicció conductual podria reproduir-se aquest efecte. En aquest cas, caldrien estudis posteriors per tal de comprovar la validesa d'aquesta hipòtesi. De fet, hi ha pocs estudis d'addiccions conductuals que comparin els resultats obtinguts tenint en compte les diferències de gènere (Fattore et al., 2014).

D'altra banda, s'han trobat diferències significatives en els diners gastats setmanalment, entre les dones CC i les dones JP, de manera que les dones amb CC gasten més diners. Aquesta variable podria estar influïda per factors socials, ja que alguns estudis han observat que els homes amb JP tenen més problemes legals i financers que les dones, i les seves famílies, tendeixen a controlar la conducta abans d'iniciar tractament (Díez et al., 2014 ; Echeburúa et al., 2011; Ladd & Petry, 2002; Lejoyeux & Weinstein, 2010; Potenza et al., 2001). Aquesta variable no acostuma a estar explorada en els estudis, però que sí que podria estar relacionada amb la gratificació durant l'episodi de compra o de joc i, mediatitzada per possibles característiques de personalitat a valorar en estudis posteriors.

4.2.3. Dades clíniques

Respecte a la comorbiditat psiquiàtrica global, no s'observen diferències entre les pacients amb CC i JP. En general, els estudis refereixen més comorbiditat psiquiàtrica en les dones que en els homes amb JP (González-Ortega et al., 2013). Segons Desai i Potenza (2008), és possible que les dones tinguin més tendència a jugar en comparació als homes per alleugerir sentiments de depressió o ansietat o que els problemes de joc puguin exacerbar la simptomatologia depressiva, més en les dones que en els homes. Tot i que els resultats de la investigació sobre compres compulsives són variables, s'ha observat que les persones que tenen un trastorn de CC presenten també una elevada comorbiditat amb altres trastorns psiquiàtrics (Díez, Valdepérez, Aragay, & Soms, 2016). Els trastorns més freqüents són els trastorns d'ansietat (41-80%), els trastorns de l'estat d'ànim (21-100%), els trastorns per dependència de substàncies (21-46%) i altres trastorns del control dels impulsos (5-11%) (Aboujaoude, 2013; Black, 2007). El diagnòstic de trastorn de personalitat també és freqüent, especialment el tipus obsessiu-compulsiu (22%), evitatiu (15%) i límit (15%). Hi ha evidència que tenen un major risc de desenvolupar un trastorn per compres compulsives les famílies amb antecedents de trastorns d'ansietat, trastorns de l'estat d'ànim i abús de substàncies (Black, 2007).

En relació al tipus de comorbiditat, sí que s'observen diferències entre les pacients amb JP i les que presenten CC.

Així, les dones amb CC mostren més trastorns de l'estat d'ànim i una tendència a la significació respecte als trastorns d'ansietat i als trastorns adaptatius, així com al consum d'OH en comparació a les dones amb JP. De fet, aquestes dues troballes podrien estar en relació, s'ha estudiat l'ús de l'OH en la dona com a estratègia per alleugerir o evitar el malestar psicològic, mecanisme subjacent també en la realització de la conducta de CC. En aquest sentit, s'ha trobat comorbiditat entre CC i TUS, amb una prevalença entre el 21% i el 46% (Aboujaoude, 2014) així com correlacions moderades entre CC i símptomes de depressió, dades totes elles consistents amb el model que postula que la CC s'utilitza per alleugerir els estats d'ànim negatius, o millorar l'autoconcepte (Kyrios, Mc Queen, & Moulding, 2013). Cal tenir en compte la variable despesa econòmica que és significativament superior en les pacients amb CC, gasten més i se senten més malament, això podria produir més estrès i major increment de la conducta problema i per tant de la despesa. S'ha obtingut una tendència a tenir

més trastorns de la personalitat en la mostra de dones amb JP i un consum significativament superior de tabac. La troballa d'una associació significativa entre la nicotina i el joc amb apostes en la dona, suggereix diferències rellevants a nivell clínic tot i que encara no s'ha trobat de quina manera el joc i la nicotina es reforcen mútuament (Desai & Potenza, 2008). Seria interessant en futures investigacions afinar en el perfil clínic de la dona amb CC o amb JP tenint en compte més dades en relació a la personalitat.

4.3. Discussió general

El propòsit d'aquesta tesi ha estat la investigació de les similituds i diferències, tenint en compte les diferències de gènere, entre els pacients que presentaven joc patològic i els que presentaven compra compulsiva. Cal dir que no s'ha pogut comparar el trastorn de CC entre homes i dones en no tenir una mostra suficient d'homes amb CC, fet que també es reflecteix en els pocs estudis publicats sobre el tema que comparin mostres clíniques de dones i homes amb CC.

D'acord amb la literatura revisada, els resultats dels estudis indiquen que la majoria de persones jugadores són del gènere masculí (Salut, 2008), mentre que les compradores són del gènere femení, tant en població general com en mostres clíniques. Els percentatges són d'un 75% el JP en els homes i entre el 80 i el 95% les CC en les dones (Granero et al., 2016; Lawrence et al., 2014). L'estudi de De Corral et al., (2005) ja ens indica que les dones constitueixen un 30% del total de jugadors detectats en població general; no obstant això, en població clínica només acudeixen a tractament un 10-15 % del total. L'autora explica que hi ha un volum de dones afectades de ludopatia que es mantenen sense consultar i que, quan ho fan, la seva situació ja és molt greu i el seu pronòstic empitjora. En el cas de les pacients ateses a les 3 unitats de tractament especialitzat, s'observa que el percentatge de dones que arriben a tractament, és similar a l'obtingut en d'altres treballs i els resultats de l'estudi confirmen que, a nivell psicopatològic presenten un major percentatge de trastorns afectius i de la personalitat, mentre que els homes tenen nivells més elevats de trastorns per ús d'alcohol i altres substàncies coincidint amb la literatura publicada (Blanco et al., 2006; Echeburúa et al., 2011).

Respecte al segon estudi, es va observar l'existència de certes similituds, independents del tipus d'addicció (JP o CC), com era el nivell de comorbiditat psiquiàtrica global i característiques pròpies de la conducta problema (edat, edat d'inici i temps per a desenvolupar l'addicció), troballes que suggereixen que aquests factors podrien dependre més de qüestions de gènere que no pas del tipus d'addicció comportamental en concret. No obstant això, caldrien més estudis, principalment comparant homes i dones amb CC amb la finalitat de poder confirmar aquests resultats.

Es va trobar en el primer treball que les dones presentaven una major comorbiditat psiquiàtrica en comparació als homes, concretament en trastorns afectius i de personalitat, i que aquesta troballa es mantenia en el segon estudi, en presentar ambdós mostres de dones (amb JP i CC) el mateix nivell de comorbiditat psiquiàtrica. Aquests resultats ens indicarien que, la comorbiditat psiquiàtrica global està més en relació al gènere que al tipus de conducta addictiva, tal com queda demostrat en diversos estudis entorn a diferències de gènere en salut mental (Alonso et al., 2009). No obstant això, sí que es van observar algunes diferències i és que les dones amb JP, en comparació a les dones amb CC presentaven una tendència a tenir més trastorns de la personalitat i un consum de tabac significativament més elevat i les dones amb CC presentaven significativament més trastorns de l'estat d'ànim, així com una tendència als trastorns d'ansietat, trastorns adaptatius i al consum d'alcohol, coincidint amb la literatura publicada sobre el tema (Dittmar, 2005; Jiménez-Murcia et al., 2015; Koran et al., 2006; Maraz et al., 2016).

Els resultats de l'estudi configuren un perfil de la dona jugadora patològica amb més presència de trastorns de la personalitat, que són patrons de conducta estables al llarg del anys (Beck, Davis, & Freeman, 1995) en comparació als trastorns depressius, d'ansietat i adaptatius de la dona amb trastorn de CC.

Donada la baixa prevalença de dones amb CC o amb JP que arriben a realitzar tractament, en proporció al percentatge estimat en la població general, considerem útils aquests dos estudis per tal d'afinar en el perfil de la dona que presenta aquests dos tipus d'addiccions conductuals i que no quedi emmascarat el trastorn conductual sota la psicopatologia psiquiàtrica que pugui presentar. Mark i Lesieur (1992), descriuen que les dones que busquen tractament per problemes emocionals o de parella, rarament

són preguntades sobre els seus hàbits de joc i, en conseqüència, no reben el tractament adequat.

Les pacients amb diagnòstic de CC i JP presenten unes característiques diferencials que configuren uns perfils específics. Per tant, un major coneixement de les característiques clíniques de les pacients amb diagnòstic de CC o JP ens permetria afinar en la seva detecció, quan acudeixen a rebre tractament psicològic o psiquiàtric, sigui per depressió, ansietat, trastorns adaptatius, de la personalitat o TUS així com desenvolupar programes de tractament més específics i adaptats a les seves característiques que podrien incrementar l'èxit terapèutic.

Cinquè apartat:

CONCLUSIONS



CONCLUSIONS

Aquestes són les conclusions finals de la tesi presentada que responen als objectius plantejats en el segon apartat.

A) Estudiar similituds i diferències entre el joc patològic i les compres compulsives.

1. El joc patològic i les compres compulsives presenten els mateixos criteris per a ser considerats com addiccions comportamentals.
2. Els correlats a nivell fisiològic són molt similars.
3. En relació a la comorbiditat psiquiàtrica presenten els mateixos trastorns prevalents tals com els trastorns de l'estat d'ànim, els trastorns d'ansietat, els trastorns adaptatius i de la personalitat.
4. Ambdós tipus d'addicció conductual poden també realitzar-se per Internet.
5. La teràpia cognitivoconductual és el tipus de tractament psicològic d'elecció per ambdós trastorns tant en la modalitat presencial com *online*.

B) Explorar les diferències de gènere en el joc patològic.

B.1. Comparar les variables sociodemogràfiques, de la conducta de joc i clíniques entre homes i dones amb joc patològic.

1. No s'observen diferències a nivell sociodemogràfic entre els homes i les dones amb JP.
2. Tant homes com dones juguen majoritàriament a les màquines "escurabutxaques".
3. En proporció hi ha més dones jugadores de bingo que homes.
4. Hi ha més proporció de dones amb una addicció a un segon tipus de joc en comparació als homes.

5. Els homes inicien la conducta de joc abans que les dones i tarden més temps a desenvolupar problemes.
6. Les dones inicien la conducta de joc més tard que els homes però presenten una progressió més ràpida de l'addicció.
7. Les dones juguen amb més freqüència que els homes però no hi ha diferències en la quantitat de diners gastada.
8. Les dones presenten major comorbiditat psiquiàtrica que els homes.

C) Explorar les diferències entre dones compradores compulsives i dones jugadores patològiques.

C.1. Comparar les variables sociodemogràfiques, de la conducta problema i clíniques entre ambdues addiccions conductuals.

1. La dona amb CC té més tendència a estar soltera o sense parella i la dona amb JP casada o amb parella.
2. La dona amb CC presenta un major nivell d'instrucció en comparació a la dona amb JP.
3. La dona amb CC i la dona amb JP tenen la mateixa edat de mitjana quan inicien tractament per l'addicció corresponent.
4. La dona amb CC o amb JP inicien la conducta problema en edats similars.
5. En ambdós casos els anys de trajectòria fins a desenvolupar problemes són similars.
6. La dona amb CC gasta significativament més diners setmanals en la conducta addictiva que la dona amb JP.
7. La dona amb CC i la dona amb JP presenten nivells de comorbiditat psiquiàtrica global similars.
8. La dona amb CC presenta més trastorns de l'estat d'ànim, i un major consum d'OH i una tendència a tenir més trastorns d'ansietat i adaptatius en comparació a la dona amb JP.
9. La dona amb JP presenta la tendència a tenir més trastorns de la personalitat i un major consum de tabac.

Sisè apartat:

REFERÈNCIES

R REFERÈNCIES

Aquestes són les referències utilitzades en la introducció i en la discussió del projecte de tesi. Cada treball presentat té les seves pròpies referències al final del tema.

Aboujaoude, E. (2014). Compulsive buying disorder: a review and update. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4021–5. <http://doi.org/10.2174/13816128113199990618>

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. a M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 109(420), 21–27. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>

Álvarez-Moya, E. M., Jiménez-Murcia, S., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Granero, R., Santamaría, J.,... Fernández-Aranda, F. (2010). Subtyping Study of a Pathological Gamblers Sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(8), 498-506.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edn*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edn, rev.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edn*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed – TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. (2013). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anglin, M. D., Hser, Y. & Mc Glothlin, W. H. (1987). Sex differences in addict careers,II. Becoming addicted. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 13, 59-71.

Aragay, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Ramos-Grille, I., Cardona, S.,...Vallès, V.(2015). Pathological gambling: understanding relapses and dropouts. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 58-64. Recuperat de <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.10.009>

Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad : una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3, 20–29.

Aymamí, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Ramos-Quiroga, J. A., Fernández-Aranda, F. Claes, L,...Menchón, J. M. (2015). Clinical, psychopathological, and personality characteristics associated with ADHD among individuals seeking treatment for gambling disorder. *BioMed Research International*. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/965303>

Beck, A., T, Davis, D. D., & Freeman (Eds). Third edition (2015). *A. Cognitive therapy of personality disorders*. N. York: The Guildford Press.

Becoña, E. (1993). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Journal of Gambling Studies*, 8, 353-369.

Becoña, E. y Fuentes, M. J. (1995). El juego patológico en Galicia evaluado por el South Oaks Gambling Screen. *Adicciones*, 7(4), 423-440.

Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones*, 16(3), 173–184.

Benson, A. L., Eisenach, D., & Abrams, L. (2014). Stopping overshopping: A preliminary randomized controlled trial of group therapy for compulsive buying disorder. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 9(2), 97-125. <http://doi.org/10.1080/1556035X.2014.868725>

Black, D. W. (1996). Compulsive buying: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 50-54.

Black, D. W., Repertinger, S., Gaffney, G. R., & Gabel, J. (1998). Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 960–963

Black, D. W. (2007). Compulsive buying disorder: a review of the evidence. *CNS Spectrums*, 12(2), 124–132.

Black, M., Shaw, M. & Blum, N. (2010). Clinical research. *Lancet*, 337(8740), 175. [http://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)92214-M](http://doi.org/10.1016/0140-6736(91)92214-M)

Black, D. W., Coryell, W. H., Crowe, R. R., Shaw, M., McCornick, B., & Allen, J. (2015). Personality disorders, impulsiveness, and novelty seeking in persons with DSM-IV pathological gambling and their first degree relatives. *Journal of Gambling Studies*, 31, 1201-12014. <http://doi.org/10.1007/s10899-014-9505-y>

Blanco, C., Hasin, D. S., Petry, N., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 36(7), 943–953. <http://doi.org/10.1017/S0033291706007410>

Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 7, 487–499.

Blum, K., Chen, A. L. C., Oscar-Berman, M., Chen, T. J. H., Lubar, J., White, N., ... Bailey, J. A. (2011). Generational association studies of dopaminergic genes in reward deficiency syndrome (RDS) subjects: Selecting appropriate phenotypes for reward dependence behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(12), 4425–4459. <http://doi.org/10.3390/ijerph8124425>

Boughton, R., & Falenchuk, O. (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 323–334. <http://doi.org/10.1007/s10899-007-9056-6>

Cía H. A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5 , APA , 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes . *Revista Neuropsiquiatria*, 76(4), 210 – 218.

Christenson, G. A., Faber, R. J., De Zwan, M., Raymond, N. C., Specker, S. M., Ekern, M. D.,... Mitchell, J. E.(1994). Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(1), 5-11.

Claes, L., Müller, A., Norré, J., Van Assche, L., Wonderlich, S., & Mitchell, J. E. (2012). The relationship among compulsive buying, compulsive internet use and temperament in a sample of female patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(2), 126–131. <http://doi.org/10.1002/erv.1136>

Cole, L. K. (1995). *Modeling the antecedents of compulsive buying*. Tesis doctoral. Louisiana State University.

Day, R. A. (2005). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos* (3ª ed.). Washington, DC: Organización Panamericana de Salud.

Dayan, J., Bernard, A., Olliac, B., Mailhes, A. S., & Kermarrec, S. (2010). Adolescent brain development, risk-taking and vulnerability to addiction. *Journal of Physiology Paris*, 104(5-6), 279–286. <http://doi.org/10.1016/j.jphysparis.2010.08.007>

De Corral, P., Echeburúa, E., & Irureta, M. (2005). Perfil psicopatològic diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31(139), 539-555.

Departament de Salut. *Estudi epidemiològic de prevalença del joc patològic en població adulta de Catalunya (2007–2008)*. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Generalitat de Catalunya.

Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 173–183. <http://doi.org/10.1007/s00127-007-0283-z>

Díez, D., Valdepérez, A., Aragay, Soms, M. (2016). El trastorno de Compra Compulsiva Compulsive buying disorder. *Cuadernos de Psicología Y Medicina de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología*, (117), 11–16.

Díez, D., Aragay, N., Soms, M., Prat, G., & Casas, M. (2014). Male and female pathological gamblers: Bet in a different way and show different mental disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, 1-7. <http://doi.org/10.1017/sjp.2014.88>

Dirección General de Ordenación del Juego. (2014). Análisis del perfil del jugador online. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Dittmar, H., & Drury, J. (2000). Self-image – is it in the bag? A qualitative comparison between “ordinary” and “excessive” consumers. *Journal of Economic Psychology*, 21(2), 109–142. [http://doi.org/10.1016/S0167-4870\(99\)00039-2](http://doi.org/10.1016/S0167-4870(99)00039-2)

Dittmar, H. (2005). Compulsive buying--a growing concern? An examination of gender, age, and endorsement of materialistic values as predictors. *British Journal of Psychology* (London, England: 1953), 96(4), 467–491. <http://doi.org/10.1348/000712605X53533>

Duroy, D., Gorse, P., & Lejoyeux, M. (2014). Characteristics of online compulsive buying in Parisian students. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1827–1830. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.028>

Echeburúa, E., Fernandez-Montalvo, J., & Baez, C. (2000). Relapse Prevention in the Treatment of Slot-Machine Pathological Gambling: Long-Term Outcome. *Behavior Therapy*, 31, 351–364. Recuperat de [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80019-2](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80019-2)

Echeburúa, E., (2005) Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17(1), 11-16.

Echeburúa, E., González-Ortega, I., de Corral, P., & Polo-López, R. (2011). Clinical Gender Differences Among Adult Pathological Gamblers Seeking Treatment. *Journal of Gambling Studies*, 27(2), 215–227. <http://doi.org/10.1007/s10899-010-9205-1>

ESEMeD/ MHEDEA 2000 investigators. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: : Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 21–27. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>

Esquirol, J. E. (1838). *Des maladies mentales*. Paris: Baillière.

Estévez, A., Herrero, D., Sarabia, I., & Jáuregui, O. (2014). El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26(4), 282-290.

Faber, R., & O'Guinn, Th. (1992). A clinical Screener fo Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research*, 19(3), 459–469. <http://doi.org/10.1086/209315>

Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., & Fratta, W. (2014). Sex differences in addictive disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 272–284. <http://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.04.003>

Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M., ... Bulik, C. M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 147–157. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.02.011>

Fong, T. W. (2005). Types of psychotherapy for pathological gamblers. *Psychiatry*, 2(5), 32–9.

Gómez, M. (2015). Repercusiones clínicas de la esquizofrenia en el juego patológico. *Revista de Patología Dual*, 2(4), 1–10. <http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.02.22>

González-Ortega, I., Echeburúa, E., Corral, P., Polo-López, R., & Alberich, S. (2013). Predictors of pathological gambling severity taking gender differences into account. *European Addiction Research*, 19(3), 146–154. <http://doi.org/10.1159/000342311>

Granero, R., Penelo, E., Martínez-Giménez, R., Álvarez-Moya, E., Gómez-Peña, M., Aymamí, M. N., ... Jiménez-Murcia, S. (2009). Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 173–180. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.07.005>

Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mestre-Bach, G., Steward, T., Baño, M., del Pino-Gutiérrez, A., ... Jiménez-Murcia, S. (2016a). Compulsive Buying Behavior: Clinical Comparison with Other Behavioral Addictions. *Frontiers in Psychology*, 7(6), 1–12. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00914>

Granero, R., Fernández-Aranda, F., Steward, T., Mestre-Bach, G., Baño, M., del Pino-Gutiérrez, A., ... Jiménez-Murcia, S. (2016b). Compulsive Buying Behavior: Characteristics of Comorbidity with Gambling Disorder. *Frontiers in Psychology*, 7(4), 1–10. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00625>

Grant, J. E., & Kim, S. W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1), 56–62. <http://doi.org/10.1053/comp.2002.29857>

Grant, J. E., Kim, S. W., Potenza, M., Blanco, C., Ibáñez, A., Stevens, L., ... Zaninelli, R. (2003). Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 18(4), 243–249.

Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L., Buchanan, S. N., & Potenza, M. N. (2009). Late-onset pathological gambling: clinical correlates and gender differences. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 380–387. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.04.005>

Grant, J. E. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241. <http://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>.

Grant, J. E., Chamberlain, S. R., Schreiber, L. R. N., & Odlaug, B. L. (2012). Gender-related clinical and neurocognitive differences in individuals seeking treatment for pathological gambling. *Journal of Psychiatric Research*, 46(9), 1206–1211. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.013>

Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Greene, C. A., Kroppf, R.,...Miele, G. M. (2007). Substance Abuse Treatment Entry, Retention, and Outcome in Women: A Review of the Literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1-21. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012.

Greenfield, S. K., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T., (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 339-355. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.004>

Griffiths, M. (2005). A components model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197. <http://doi.org/10.1080/14659890500114359>

Hakansson, A. (2015). Diferencias de género en el Trastorno de Juego: Desde los aspectos clínicos hasta la respuesta al tratamiento. *Cuadernos de Psicología Y Medicina de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología*, 31–38.

Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I.,... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451. <http://dx.doi.org/10.1157/13086324>

Hollander, E.,ed. (1993). *Obsessive-Compulsive related disorders*. Washington: American Psychiatric Press.

Ibáñez, A., Blanco, C., Perez De Castro, I., Fernandez-Piqueras, J., & Sáiz-Ruiz, J. (2003). Genetics of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 11–22. <http://doi.org/10.1023/A:1021271029163>

Irurita, I. M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales.

Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E., Granero, R., Aymamí, N., Gómez, M., Jaurieta,...Vallejo, J. (2005). Analysis of the effectiveness of two types of group cognitive-behavioral treatment of pathological gambling. *Psicología Conductual*, 13(3), 495-510.

Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Penelo, E., Savvidou, L. G., ... Menchón, J. M. (2013). Typologies of young pathological gamblers based on sociodemographic and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1153–1160. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.017>

Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Granero, R., & Menchón, J. M. (2014). Gambling in Spain: Update on experience, research and policy. *Addiction*, 109(10). <http://doi.org/10.1111/add.12232>

Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Moragas, L., Steiger, H., Israel, M., Aymamí, N., ... Fernández-Aranda, F. (2015). Differences and similarities between bulimia nervosa, compulsive buying and gambling disorder. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 126–132. <http://doi.org/10.1002/erv.2340>

Kellett, S., & Bolton, J. V. (2009). Compulsive Buying : A Cognitive – Behavioural Model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(2), 83–99. <http://doi.org/10.1002/cpp>

Kyrios, M., McQueen, P., & Moulding, R. (2013). Experimental analysis of the relationship between depressed mood and compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 194–200. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.10.004>

Koran, L. M., Faber, R. J., Aboujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2006). Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *American Journal of Psychiatry*, *163*(10), 1806–1812. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.10.1806>

Kukar-Kinney, M., Ridgway, N. M., & Monroe, K. B. (2009). The Relationship Between Consumers' Tendencies to Buy Compulsively and Their Motivations to Shop and Buy on the Internet. *Journal of Retailing*, *85*(3), 298–307. <http://doi.org/10.1016/j.jretai.2009.05.002>

Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *10*(3), 302–309. <http://doi.org/10.1037/1064-1297.10.3.302>

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 587–596. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00036-0](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00036-0)

LaPlante, D., Nelson, S. E., LaBrie, R., & Shaffer, H. J. (2006). Men & women playing games: Gender and the gambling preferences of Iowa Gambling Treatment Program participants. *Journal of Gambling Studies*, *22*(1), 65–80. <http://doi.org/10.1007/s10899-005-9003-3>

Lawrence, L. M., Ciorciari, J., & Kyrios, M. (2014). Relationships that compulsive buying has with addiction, obsessive-compulsiveness, hoarding, and depression. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(5), 1137–1145. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.005>

Leeman, R. F., & Potenza, M. N. (2013). A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions: An emerging area of research. *Canadian Journal of Psychiatry*, *58*(5), 260–273.

Legarda, J. J., Babio, R., & Abreu, J. M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal Addiction*, *87*, 767-770.

Leite, P.L., Pereira, V.M., Nardi, A.E., Silva, A.C. (2014). Psychotherapy for compulsive buying disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 219, 411-419. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.037>

Lejoyeux, M., Tassain, V., Solomon, J., & Adés, J. (1997). Study of compulsive buying in depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(4), 169-173.

Lejoyeux, M., & Weinstein, A. (2010). Compulsive buying. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 248–253. <http://doi.org/10.3109/00952990.2010.493590>

Lisansky, E. S. (1957). Alcoholism in women: social and psychological concomitants. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 18, 588-623.

Linares, M. C., Santos, P., Albiach, C., Camacho, I., & Palau, C. (2006). Diferencias de sexo en adictos a las máquinas tragaperras. *Adicciones*, 18(4), 371–376.

Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>

Lourido, M. (2015). *Elaboración de una Escala para Evaluar el Craving en Jugadores Patológicos*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Barcelona.

Maraz, A., van den Brink, W., & Demetrovics, Z. (2015). Prevalence and construct validity of compulsive buying disorder in shopping mall visitors, *Psychiatry Research*, 228(3), 918-924.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.012>

Maraz, A., Griffiths, M., & Demetrovics, Z. (2016). The prevalence of compulsive buying: A meta-analysis. *Addiction*, 111(3), 408–419. <http://doi.org/10.1111/add.13223>

Mark, M. E., & Lesieur, H. R. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, *87*, 549-485.

Martins, S.S., Tavares, H., Lobo, D. S., Galetti, A. M., & Gentil, V. (2004). Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviours. *Addictive Behaviours*, *29*, 1231-1235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.03.023>

Martins, S. S., Lobo, D. S., Tavares, H., & Gentil, V. (2002). Pathological gambling in women: a review. *Revista Do Hospital Das Clínicas*, *57*(5), 235–242. <http://doi.org/10.1590/S0041-87812002000500008>

Mazhari, S. (2012). Association Between Problematic Internet Use and Impulse Control Disorders Among Iranian University Students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *15*(5), 270–273. <http://doi.org/10.1089/cyber.2011.0548>

McElroy, S. L., Keck, P. E., Jr., Pope, H. G. Jr, Smith, J. M., & Stakowski, S. M. (1994). Compulsive buying: A report of 20 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 242-248.

Miltenberger, R. G., Redlin, J., Crosby, R., Stickney, M., Mitchell, J., Wonderlich, S., ... Smyth, J. (2003). Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*(1), 1–9. [http://doi.org/10.1016/S0005-7916\(03\)00002-8](http://doi.org/10.1016/S0005-7916(03)00002-8)

Mitchell, J. E., Burgard, M., Faber, R., Crosby, R. D., & de Zwaan, M. (2006). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(12), 1859–1865. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.009>

Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, *18*(1), 175–181. <http://doi.org/10.1157/13062523>

Monteso, P. (2008). *Salud mental y género: Causas y Consecuencias de la Depresión en Mujeres*. <http://espacio.uned.es/fez/view/tesisuned:CiencPolSoc-Mpmonteso>

Mueller, A., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Gefeller, O., Faber, R. J., Martin, A., ... de Zwaan, M. (2010). Estimated prevalence of compulsive buying in Germany and its association with sociodemographic characteristics and depressive symptoms. *Psychiatry Research*, *180*(2-3), 137–142. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.12.001>

Mueller, A., Mitchell, J. E., Peterson, L., Faber, R. J., Steffen, K. J., Crosby, R. D., & Claes, L. (2011). Depression, materialism, and excessive internet use in relation to compulsive buying. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(4), 420–424. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.09.001>

Nelson, S. E., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., & Shaffer, H. J. (2006). The proxy effect: Gender and gambling problem trajectories of iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies*, *22*(2), 221–240. <http://doi.org/10.1007/s10899-006-9012-x>

Nower, L., Martins, S. S., Lin, K.-H., & Blanco, C. (2013). Subtypes of disordered gamblers: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction (Abingdon, England)*, *108*(4), 789–98. <http://doi.org/10.1111/add.12012>

O'Guinn, T. C., & Faber, R. J. (1989). Compulsive buying: a phenomenological explanation. *Journal of Consumer Research*, *16*, 147-157.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales del Comportamiento y Desarrollo*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.

Otero-López, J. M., & Villardefrancos, E. (2014). Prevalence, sociodemographic factors, psychological distress, and coping strategies related to compulsive buying: a cross sectional study in Galicia, Spain. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 101. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-101>

Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*, *100*, 1412-1422. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x

Petry, N. M. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, comorbidity and treatment*. Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10894-000>

Potenza, M. N., Steinberg, M., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500–1505. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1500>

Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101(1), 142-151.

Potenza, M. N. (2013). Neurobiology of gambling behaviors. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 660–667. <http://doi.org/10.1016/j.conb.2013.03.004>

Potenza, M. N. (2014). Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addictive Behaviors*, 39(1), 1–2. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.004>

Ramirez, J. N., Cabanes, M., Carbonero, M., Castilla, R., Duarte, J.,... Gutierrez, B. (1999). *Análisis del sector de las máquinas recreativas Tipos A y B. Estimación y análisis de la proporción de ludópatas en Andalucía*. Córdoba: ANMARE.

Ramos-Lira, L. (2014). ¿ Por qué hablar de género y salud mental?, *Salud Mental*, 37(4), 275–281. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231853001>

Rizeanu, S. (2014). The Efficacy of Cognitive-behavioral Intervention in Pathological Gambling Treatment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 626–630. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.324>

Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de. *Psicothema*, 22(3), 389–395. <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/8867>

Rodríguez Villarino, R., Otero-López, J., & Rodríguez Castro, R. (2001). *Adicción a la compra* (Ediciones). Madrid.

Ros, S. (Coord.). (2012). *Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos*. Soler, P.A., & Gascón, J. (Eds.), (*Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*, 4ª edición), capítulo 11 p. 329-332. Majadahonda: Comunicación y Ediciones Sanitarias S.L.

Rose, P., & Segrist, D. J. (2014). Negative and positive urgency may both be risk factors for compulsive buying. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 128–132. <http://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.011>

Schlosser, B. A., Black, D. W., Repertinger, S., & Feet, D. (1994). Compulsive buying: demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *General Hospital Psychiatry*, 16, 205-212.

Slutske, W. S., Blaszczynski, A., & Martin, N. G. (2009). Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: Results from an Australian community based twin survey. *Twin Research and Human Genetics*, 12(5), 425-432.

Slutske, W. S., Zhu, G., Meier, M. H., & Martin, N. G. (2010). Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 624–30. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.51>

Slutske, W. S., Ellingson, J. M., Richmond-Rakerd, L. S., Zhu, G., & Martin, N. G. (2013). Shared genetic vulnerability for disordered gambling and alcohol use disorder in men and women: evidence from a national community-based Australian Twin Study. *Twin Research and Human Genetics: The Official Journal of the International Society for Twin Studies*, 16(2), 525–34. <http://doi.org/10.1017/thg.2013.11>

Spinella, M., Lester, D., & Yang, B. (2015). Compulsive Buying Tendencies. *Psychological Reports*, 15. <http://doi.org/10.2466/15.PR0.117c28z1>

Tavares, H., Zilberman, M. L., Beites, F. J., & Gentil, V. (2001). Gender Differences in Gambling Progression. *Journal of Gambling Studies*, 17(2), 151–159. <http://doi.org/10.1023/A:1016620513381>

Tavares, H., Lobo, D. S., Fuentes, D., & Black, D. W. (2008). Compulsive buying disorder: a review and a case vignette. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30(1), 16-23.

Tejeiro, R. (1998). El juego de azar en Algeciras (España): Prevalencia y características sociodemográficas. *Revista Española de Drogodependencias*, 23, 53-74.

Toce-Gerstein, M., Gerstein, D. R., & Volberg, R. A. (2003). A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction*, 98(12), 1661–1672. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00545.x>

Toneatto, T., & Wang, J. J. (2009). Community treatment for problem gambling: sex differences in outcome and process. *Community Mental Health Journal*, 45(6), 468–75. <http://doi.org/10.1007/s10597-009-9244-1>

Toneatto, T., Pillai, S., & Courtice, E. L. (2014). Mindfulness-enhanced cognitive behavior therapy for problem gambling: A controlled pilot study. *International Journal Mental Health Addiction*, 12, 197-2005. <http://doi.org/10.1007/s11469-014-9481-6>

Verdura, E. J., Fernández-Navarro, P., Petry, N. M., Rubio, G., & Blanco, C. (2014). Differences between early-onset pathological gambling and later-onset pathological gambling: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Addiction*, 109(5), 807–813. <http://doi.org/10.1111/add.12461>

Valdepérez, A., Aragay, N., & Díez, D. (2015). Todo al alcance de una tecla. A S. Jiménez- Murcia & J. M. Farré (Coord), *Adicción a las nuevas tecnologías. ¿La epidemia del s. XXI?* (pp. 121-136). España: Siglantana.

Volberg, R. A. & Steadman, H. J. (1989). Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1618-1619.

Williams, R.J., Volberg, R.A. & Stevens, R.M.G. (2012). *The Population Prevalence of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. May 8, <http://hdl.handle.net/10133/3068>

Wood, R. T., & Williams, R. J. (2009). *Internet Gambling: Prevalence, Patterns, Problems, and Policy Options*. Final Report Prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre Guelph Ontario CANADA January, 5(2009),26.:http://abcaustralia.com.au/mediawatch/transcripts/0909_originalreport.pdf

