

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

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

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

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

**Otras adicciones comportamentales. 1b)** El constructo diagnóstico de "adicción a la comida" es controvertido. Fue excluido como categoría diagnóstica en el DSM-5 debido a la evidencia empírica insuficiente y es necesaria más investigación para poder confirmar o no la validez del concepto. **2c)** El enfoque estándar para la pérdida de peso a menudo fracasa. Una posible razón es que se está tratando el resultado de comer en exceso y no la causa subyacente. **3e)** El tratamiento suele basarse en intervenciones de tipo cognitivo-conductual, siendo el primer objetivo el ayudar a los pacientes a cambiar su actitud sobre el ejercicio, abordando las creencias y comportamientos así como su situación emocional y las posibles alteraciones en la autoestima. **4c)** Aunque comparte muchas similitudes con el resto de adicciones comportamentales, puede ser difícil de identificar debido al reconocimiento, estatus y aporte financiero que puede llevar asociado. **5d)** La adicción al dinero puede aparecer ya en la adolescencia. La persona adicta busca desesperadamente nuevas formas de obtener dinero y una de las que se observa con asiduidad es la especulación en bolsa. La adicción a la bolsa comparte características con el juego patológico, las apuestas y la adicción al dinero.