

CASO CLÍNICO

TRASTORNO DE ENSOÑACIÓN EXCESIVA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS DEL PRIMER CASO DESCRITO EN ESPAÑA

MALADAPTIVE DAYDREAMING: CLINICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE FIRST CASE REPORTED IN SPAIN

Autores:

Susana Vázquez-Rivera^{a,c}, Irene de la Vega-Rodríguez^{a,c}, Milagros García-Villamor^{a,d}, Marina Díaz-Marsá^{a,b,c}, y José Luis Carrasco-Perera^{a,b,c}

^a Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Clínico San Carlos.

^b Universidad Complutense de Madrid. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

^c Especialista en Psicología Clínica

^d Residente de Psicología Clínica de 4º año

^e Especialista en Psiquiatría

Madrid, España.

Correspondencia: susana.vazquez@salud.madrid.org (S. Vázquez-Rivera)

Agradecimientos:

Agradecemos al Dr. Eli Somer que nos haya proporcionado los instrumentos de evaluación del Trastorno de Ensoñación Excesiva y su amable disponibilidad.

Agradecemos a la paciente que haya dado su consentimiento para la administración de pruebas no incluidas en el protocolo habitual, así como su paciencia y colaboración.

Nota:

Para preservar la confidencialidad, se omiten deliberadamente muchos datos que no resultan relevantes para la argumentación clínica del caso.

Conflicto de interés: NO

Fuentes de financiación: NO

CASO CLÍNICO

TRASTORNO DE ENSOÑACIÓN EXCESIVA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS DEL PRIMER CASO DESCRITO EN ESPAÑA

MALADAPTIVE DAYDREAMING: CLINICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE FIRST CASE REPORTED IN SPAIN

RESUMEN

El trastorno de Ensoñación Excesiva (TEE) constituye una condición psicopatológica recientemente definida y poco conocida, caracterizada por la presencia de fantasías diurnas complejas y recurrentes hasta extremos disfuncionales. Se desconoce la prevalencia del TEE a nivel mundial, destacando algunos autores su alta comorbilidad con otros trastornos mentales, especialmente con el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH). En este trabajo presentamos el primer caso de TEE descrito en España, en una paciente joven que acude a los Servicios de Salud Mental por otros motivos. La evaluación clínica constata varios trastornos mentales comórbidos, entre ellos TEE, pero no TDAH ni alteraciones neuropsicológicas llamativas. Se discute el caso en el contexto de la investigación sobre efectos cognitivos de la ensoñación y la divagación mental, sugiriéndose la hipótesis de distintas variantes del TEE dependiendo de la afectación (o no) atencional-ejecutiva. **Se discuten también algunas cuestiones relativas al tratamiento psicológico del TEE.** La detección de este primer caso en España subraya la conveniencia de explorar síntomas compatibles con TEE en entornos clínicos y contribuye a sumar evidencia sobre esta patología, siendo necesario adaptar a diversas poblaciones los instrumentos de medida existentes y depurar su caracterización sindrómica antes de que pueda plantearse como un nuevo trastorno dentro de los sistemas clasificatorios al uso.

ABSTRACT

Maladaptive Daydreaming (MD) is a little known and recently described psychopathological condition, characterized by complex and recurrent daytime fantasies in a dysfunctional way. Worldwide prevalence of MD is unknown. In previously reported cases a high comorbidity of MD with other mental disorders was highlighted, especially with ADHD. This paper presents the first case of MD reported in Spain, detected in a young female patient that seeks assistance in Mental Health Services for other symptoms. Clinical evaluation indicates the presence of MD and several comorbid mental disorders, but we do not detect ADHD or significant neuropsychological deficit. The case is discussed in relation to the research on cognitive effects of mind wandering and daydreaming. Different subtypes of MD depending on attentional-executive involvement is suggested as hypothesis. **Psychological treatment of MD is also discussed.** This first case of MD reported in Spain highlights the desirability of exploring symptoms in clinical settings and adds evidence on MD, but its necessary to adapt measuring instruments to different populations and to refine syndromic characterization before considering MD as a new disorder within normative classification systems.

Palabras clave: Comorbilidad. Divagación mental. Funciones neuropsicológicas atencionales-ejecutivas. Trastorno de Ensoñación Excesiva (TEE). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH). **Tratamiento psicológico.**

Keywords: Comorbidity. Mind wandering. Attentional-executive neuropsychological functions. Maladaptive Daydreaming (MD). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). **Psychological treatment.**

TRASTORNO DE ENSOÑACIÓN EXCESIVA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS DEL PRIMER CASO DESCRITO EN ESPAÑA

Introducción

Soñar despierto es una actividad humana común y gratificante. Sin embargo, algunas personas desarrollan ensoñaciones y fantasías diurnas en un extremo patológico. En los últimos años se han publicado diversos casos en diferentes países que constatan el carácter disfuncional que esta tendencia puede llegar a adquirir (Somer 2002, 2018; Schupak y Rosenthal, 2009; Bigelsen y Schupak, 2011; Pietkiwicz, Nęcki, Bańbura y Tomalski, 2018), describiéndose un nuevo síndrome denominado Trastorno de Ensoñación Excesiva (TEE, Maladaptive Daydreaming en el original). La primera descripción del TEE como tal es muy reciente y corresponde a Somer y colaboradores (Somer, Soffer-Dudek, Ross y Halpern, 2017), quienes recogen la evidencia previa y hacen una propuesta diagnóstica con criterios operativos. Se trata de un trastorno en el que las personas están tan inmersas en su mundo interno imaginario que reemplazan las interacciones humanas o sufren un importante deterioro funcional, social o laboral a causa de las ensoñaciones. Los criterios diagnósticos propuestos se indican en la Tabla I.

A nivel clínico, se ha planteado ubicar el TEE en los trastornos adictivos del DSM-5 como otra forma de adicción comportamental (Pietkiewicz, Nęcki, Bańbura y Tomalski, 2018; Somer, Soffer-Dudek, Ross y Halpern, 2017), resultando destacable su elevada comorbilidad con otros trastornos mentales. En un estudio reciente con pacientes con TEE de distintos países, casi el 90% padecía también al menos otros tres trastornos, siendo el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) la comorbilidad más frecuente, presente en más del 75% de la muestra (sobre todo el subtipo inatento) (Somer, Soffer-Dudek y Ross, 2017). El TEE también se ha relacionado con rasgos disociativos o el espectro obsesivo-compulsivo (Somer 2002, 2018; Bigelsen y Schupak, 2011; Soffer-Dudek y Somer, 2018), entre otros, si bien son datos a la espera de replicación en muestras representativas. En cuanto a las características neuropsicológicas subyacentes, se ha vinculado con ciertos aspectos ejecutivos como el control atencional (Schupak y Rosenthal, 2009), lo que a primera vista resulta congruente con su alta comorbilidad con TDAH, cuestiones que retomaremos en la discusión.

Aunque parece tratarse de un síndrome con suficiente entidad propia, hay varios interrogantes abiertos. Se ha desarrollado una entrevista clínica y una escala para detectarlo (Somer, Soffer-Dudek, Ross y Halpern, 2017; Somer, Lehrfeld, Bigelsen y Jopp, 2016), pero requieren adaptación a más contextos y, a día de hoy, se desconocen datos precisos acerca de la prevalencia de estos síntomas a nivel mundial. La caracterización del TEE en diferentes poblaciones está en etapas iniciales, siendo necesario ampliar la serie de casos que hayan sido evaluados “cara a cara”, al modo tradicional, para complementar los estudios realizados

utilizando muestras contactadas online. A este respecto cabe destacar que la tendencia ensoñativa a veces se oculta deliberadamente, pudiendo “confesarse” únicamente bajo la protección del anonimato que proporciona Internet; de hecho, existen comunidades en Internet con multitud de personas que se autodescriben como soñadores disfuncionales (véase por ejemplo Bigelsen y Schupak, 2011; Somer, Soffer-Dudek, Ross y Halpern, 2017; Soffer-Dudek y Somer, 2018). La presencia de ensoñación excesiva puede, por tanto, permanecer infradetectada o minimizada en población general y también en contextos clínico-asistenciales (Bigelsen y Schupak, 2011; Somer, 2018) impidiendo un tratamiento adecuado, sobre todo si no es evaluada de modo explícito mediante una entrevista clínica diseñada para ello.

Todo lo expuesto subraya la conveniencia de explorar de modo más preciso la presencia de síntomas compatibles con TEE en diferentes poblaciones. A falta de estudios representativos, hoy por hoy el análisis de casos constituye un primer eslabón imprescindible para comenzar a abordar los interrogantes que plantea este trastorno a nivel conceptual, clínico y neuropsicológico. Por nuestra parte, presentamos el primer caso compatible con TEE detectado en población clínica española dentro del Sistema Nacional de Salud.

[INSERTAR AQUÍ TABLA I]

Descripción del caso

Mujer española de 20 años, soltera, sin hijos, estudiante con buen rendimiento, **hija única**, convive con ambos progenitores. Sin pareja ni red estable de amigos **en el momento de la admisión**. Acude a los Servicios de Salud Mental ambulatorios de un hospital público de la red asistencial española debido a ingesta compulsiva con sobrepeso importante, presentando ansiedad social muy limitante. Refiere haber presenciado desde la infancia episodios de cierta violencia en el seno familiar. **También indica episodios puntuales de burlas en el colegio en su niñez e incidentes de violencia verbal durante una única relación previa de pareja de corta duración (insultos, desprecios, amenazas de abandono).**

En el transcurso de la evaluación realizada por Psicología Clínica, la paciente verbaliza tener desde la infancia un amigo imaginario al que define como “*su mejor amigo*”, coprotagonista de multitud de fantasías con tramas complejas (“*he sido reina justa, ganado premios, aplaudida por un público entregado, he resuelto crímenes...*”), desarrolladas en contextos cinematográficos, extraídos de series o películas, extraordinariamente vívidas y ricas en detalles. Las fantasías han ido evolucionando (“*de pequeña tenía más cosas de cuento de hadas, ahora me veo adulta, dando conferencias...*”). Durante las ensoñaciones habla en alto, ríe, gesticula, canta, camina y baila. Cuando está en grupo y se siente excluida, su amigo imaginario le hace compañía y ella permanece absorta y en silencio. Las ensoñaciones se acompañan casi siempre

de música, a modo de banda sonora. Les dedica un tiempo considerable desde pequeña, a veces durante varias horas seguidas. La necesidad de fantasear aparece a primera hora de la mañana y la urgencia aumenta si por las obligaciones de la vida diaria no puede hacerlo durante un tiempo. Vive las fantasías como altamente gratificantes, aunque está preocupada por sus posibles repercusiones.

La exploración clínica se completó, entre otras pruebas, con: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI (Sheehan y colaboradores, 1998), Escala de Ansiedad Hamilton HARS (Hamilton, 1959), Escala de Depresión Montgomery-Asberg MADRS (Montgomery y Asberg, 1979) y Entrevista diagnóstica del TDAH en adultos de Conners CAADID (Epstein, Johnson y Conners, 1999). El estudio neuropsicológico se concibió como un screening sensible a fallos atencionales-ejecutivos: Tareas de fluidez verbal fonética y semántica (FAS y animales), Trial Making Tests (TMT, partes A y B), Test de Stroop (para más detalles acerca de algunas de estas pruebas, consúltese por ejemplo Peña-Casanova, Gramunt y Gich, 2005) y subtests de la Escala de Inteligencia Wechsler WAIS-III en su adaptación española (Dígitos, Clave de Números, Letras y Números; Wechsler, 2001). Para cuantificar específicamente síntomas compatibles con TEE, se tradujeron y administraron la Escala de Ensoñaciones Excesivas (MDS, Maladaptive Daydreaming Scale en el original) y la Entrevista Clínica Estructurada de Somer (Somer, Soffer-Dudek, Ross y Halpern, 2017; Somer, Lehrfeld, Bigelsen y Jopp, 2016). La paciente dio su consentimiento para la administración de aquellas pruebas que no formaban parte del protocolo clínico habitual.

Resumiendo los hallazgos principales, cabe destacar que cumple los criterios propuestos para el TEE y criterios formales de Fobia Social, además de confirmarse la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, el cual constituía inicialmente el motivo principal de consulta por parte de la paciente (concretamente, Trastorno de atracones). La puntuación en la Escala de Ensoñaciones Excesivas ronda o supera distintos puntos de corte propuestos para discriminar ensoñación disfuncional en otras poblaciones (Somer, Soffer-Dudek, Ross y Halpern, 2017; Somer, Lehrfeld, Bigelsen y Jopp, 2016; Abu-Rayya, Somer y Meari-Amir, 2019). El screening neuropsicológico sugiere disfunción muy circunscrita en algunos componentes atencionales, especialmente en tareas grafomotoras, sin que la CAADID objetive inatención o hiperactividad significativos en su vida diaria. Para más detalles, consúltese Tabla II.

[INSERTAR AQUÍ TABLA II]

Discusión y comentarios

1. Respecto a aspectos diagnósticos y neuropsicológicos del TEE

A nivel de diagnóstico, el caso que presentamos resulta compatible con un Trastorno de Ensoñación Excesiva y dos trastornos mentales comórbidos: Trastorno de atracones y Trastorno de ansiedad social (fobia social). Respecto al TTE, cumple prácticamente todos los criterios recientemente propuestos (ver Tabla I). Por otra parte, los antecedentes traumáticos señalados en su infancia (presenciar manifestaciones de violencia en el ámbito familiar) constituyen un factor predisponente para desarrollar psicopatología en general y TEE en particular, donde la presencia de traumas tempranos se constata, al menos, en una submuestra de pacientes (Somer, 2002; Bigelsen y Schupak, 2011). Además, la ansiedad social y los traumas infantiles se han mostrado factores de riesgo independientes para el desarrollo de ensañaciones disfuncionales (Somer y Herscu, 2017), estando ambos factores presentes en este primer caso de un posible TEE detectado en población española. **A ello se añade la presencia de otros acontecimientos potencialmente desencadenantes o perpetuantes de sintomatología psicopatológica (burlas escolares, violencia verbal por parte de su expareja).**

Respecto a la comorbilidad, en la exploración de la paciente no hemos encontrado síntomas compatibles con TDAH, a pesar de que ha sido señalado previamente como un trastorno comórbido muy frecuente (presente en más de tres cuartas partes de la muestra de Somer, Soffer-Dudek y Ross, 2017). Este dato lo consideramos destacable y precisa un análisis algo más pormenorizado. Nuestra paciente no parece cumplir criterios clínicos ni neuropsicológicos que apunten dicha condición. Las dificultades atencionales descritas, en nuestro caso, resultan de escasa relevancia y presumiblemente pueden corresponderse con disfunciones circunscritas e inespecíficas, comúnmente asociadas a la presencia de psicopatología *per se*, sin que estén necesaria ni exclusivamente vinculadas a TEE ni TDAH, habiendo otros trastornos mentales comórbidos que podrían dar cuenta de las mismas (como el Trastorno de atracones, véase por ejemplo Ermel, Cesa, Michielin y Tozzi, 2017). No obstante, por tratarse de un screening y no un estudio neuropsicológico en profundidad, estas interpretaciones hay que tomarlas con cautela.

Analizando con más de detalle la comorbilidad entre TEE y TDAH, en la literatura encontramos datos discrepantes a la espera de un corpus conceptual que los dote de mayor coherencia e integración. Por ejemplo, la muestra más numerosa estudiada hasta hoy con ensañación disfuncional (n=341) presentaba dificultades atencionales pero no comorbilidad con TDAH (Bigelsen, Lehrfeld, Jopp y Somer, 2016), lo cual podría asemejarse quizás al perfil identificado en nuestro caso, si bien las comparaciones se ven limitadas por tratarse de una muestra online donde no se utilizan criterios formales para confirmar/descartar ambos diagnósticos (los criterios operativos para diagnosticar TEE de modo más estructurado todavía no habían sido publicados). También llama la atención que el trabajo aludido en el párrafo anterior señale una alta comorbilidad entre TEE y TDAH (subtipo inatento) y a la vez interprete las dificultades

atencionales de los sujetos más bien fruto del propio TEE y no del TDAH (Somer, Soffer-Dudek y Ross, 2017), lo que de entrada puede resultar algo chocante. Parece, por tanto, que la comorbilidad entre ambos trastornos es un ámbito confuso que requiere aclaración y estudio más depurado, lo que también reconocen los propios autores. Por otra parte, muchos de los trastornos mentales incluidos en las clasificaciones DSM y CIE muestran con frecuencia elevadas comorbilidades entre sí, sin que a veces sepamos dilucidar si se debe a la existencia de una verdadera comorbilidad, a un sobrediagnóstico por solapamiento o similitud de síntomas o a un continuum dimensional entre trastornos que no debieran ser considerados categorías diagnósticas discretas (consúltese al respecto también la discusión de Somer, Soffer-Dudek y Ross, 2017, p. 5). Centrándonos en el TEE en particular, parece necesario determinar si la asociación comórbida encontrada con el TDAH se trata de un dato sólido o puede ser explicado por otros factores, como una inadecuada caracterización del propio TEE, lo que abordaremos algo más adelante en esta misma discusión. En cualquier caso, consideramos que la descripción de casos clínicos compatibles con TEE, como el que aquí presentamos, contribuye a poner de relieve aspectos que deben ser tenidos en cuenta en el diseño de futuras investigaciones más amplias al respecto.

Por otra parte, a nivel específicamente neuropsicológico, no parece haber alteraciones atencionales-ejecutivas francas en todos los casos compatibles con TEE. A raíz de lo expuesto hasta ahora, la presencia de dichas alteraciones no es necesaria para diagnosticar este trastorno ni aparecen recogidas explícitamente en los criterios recientemente publicados por Somer y colaboradores. Y, sin embargo, una alta proporción de los sujetos estudiados parece presentar quejas atencionales, resultando por ello sorprendente que el funcionamiento neuropsicológico de las personas “diagnosticadas” con TEE no haya suscitado por el momento demasiado interés. Como excepción destacan las reflexiones de Schupak y Rosenthal (2009) en torno a los aspectos cognitivos asociados a la ensoñación disfuncional. En dicho trabajo rescatan la interesante perspectiva de Smallwood y Schooler (2006) sobre funciones ejecutivas y tendencia a la divagación mental en sentido amplio (“*mind wandering*”), partiendo de que la ensoñación excesiva y la divagación mental comparten aspectos comunes (la primera constituiría una de las diversas manifestaciones de la segunda, si bien parece existir cierto solapamiento e intercambio de términos en la literatura, pudiendo no estar bien delimitados conceptualmente). Exponiendo sucintamente algunas perspectivas algo más recientes en cuanto a los aspectos neuropsicológicos, diremos que a día de hoy permanece abierta la discusión sobre si la divagación mental refleja un fallo ejecutivo-atencional o por el contrario puede conllevar algún beneficio potencial (McVay y Kane, 2010; Smallwood y Schooler, 2015). Paralelamente, centrándonos ya más en la ensoñación, hay trabajos que aluden a los efectos adversos que puede producir sobre la memoria de trabajo o la atención sostenida, pero la ensoñación también se ha

relacionado con efectos positivos, como beneficios en el pensamiento creativo, capacidad para demorar la gratificación o planificación autobiográfica (Marchetti, Van de Putte y Koster, 2014). En definitiva, parece que nos encontramos ante un panorama complejo en el que tanto divagación como ensoñación se asocian a la presencia de alteraciones neuropsicológicas pero no en todos los casos, pudiendo resultar incluso beneficiosas, dependiendo quizás del ámbito concreto evaluado y características de la muestra, cuestiones que están por determinar.

Para finalizar, queremos retomar brevemente la conceptualización del propio TEE para ponerla en relación con los aspectos neuropsicológicos que hemos ido señalando, a fin de intentar recoger y clasificar adecuadamente los casos compatibles con este trastorno que puedan detectarse. En este sentido planteamos la posibilidad de que existan distintas variantes neuropsicológicas dentro del TEE, que difieran en el grado de disfunción/preservación atencional-ejecutiva asociada. Esta hipótesis, a nuestro entender, puede ser un camino que permita avanzar en la discusión sobre si existe realmente una elevada comorbilidad entre dos trastornos distintos (TEE y TDAH inatento) o, por el contrario, hay varios “subtipos” dentro de un mismo diagnóstico de TEE, dependiendo del grado de afectación atencional-ejecutiva que presenten. A la luz de lo expuesto en el párrafo anterior, también cabría explorar si algún subgrupo con TEE presenta rendimientos superiores a la población “normal” en algún dominio concreto. En definitiva, se requiere un estudio minucioso de los aspectos neuropsicológicos asociados al TEE, que integre factores como, por ejemplo, el contenido específico y valencia emocional de las ensoñaciones, así como el contexto donde se producen. Dicho estudio debiera hacerse desde una perspectiva multidimensional que permita esclarecer la asociación entre ensoñaciones, rendimiento cognitivo y síntomas psicopatológicos nucleares vs. comórbidos, y dilucidar si hablamos de variables causales o correlacionales. Se trata, no obstante, de cuestiones abiertas a debate que requieren mayor investigación.

2. Respecto a aspectos de formulación del caso y tratamiento psicológico del TEE

En cuanto al tratamiento psicológico del TEE, al tratarse de un síndrome todavía en fase de conceptualización no contamos con guías de práctica clínica ni tratamientos específicos empíricamente validados. De hecho, como decíamos en la introducción, los síntomas de ensoñación disfuncional no son explorados y pasan desapercibidos incluso en ámbitos clínicos, por lo que muchas veces ni siquiera son objeto de tratamiento alguno. En nuestro caso, se integraron en la formulación y plan terapéutico en relación con el resto de síntomas y hábitos disfuncionales asociados a la comorbilidad que presentaba la paciente (atracones y gran inhibición social, fundamentalmente). Aunque una exposición detallada del tratamiento realizado supera las pretensiones de este trabajo, con fines ilustrativos nos parece conveniente

dar algunas pinceladas sobre la formulación del caso y describir someramente algunos aspectos del proceso terapéutico, para más adelante ponerlos en relación con algún avance recientemente publicado sobre estas cuestiones.

Respecto a la formulación del caso, desde un modelo de vulnerabilidad-estrés cabe señalar varios factores interrelacionados en las hipótesis de inicio y mantenimiento del TEE. La paciente presenta dificultades significativas en las relaciones interpersonales desde la infancia, probablemente resultado de las experiencias traumáticas vividas principalmente en el entorno familiar y en el contexto plausible de cierta vulnerabilidad personal (carácter sensible y con tendencia previa a la introversión, gran capacidad imaginativa...). Las ensoñaciones pudieron tener, en su origen, una función compensatoria de alivio del sufrimiento y posteriormente la tendencia a la fantasía se sobregeneralizó ante problemas menores, limitando las oportunidades de socialización satisfactorias y el aprendizaje de habilidades de relación en un contexto real. Debido a estos déficits adquiridos, el entorno fue proporcionando pocos éxitos y bastantes rechazos a lo largo de su crecimiento, perpetuando y consolidando la creencia nuclear “mis relaciones imaginarias son las únicas gratificantes y fiables” (a este respecto cabe destacar que la persona que fantasea a menudo es protagonista de las ensoñaciones y en ellas posee atributos de los que carece en su vida cotidiana, mantiene relaciones gratificantes de poder, romance, o reconocimiento social, etc.). Las ensoñaciones podrían constituir, entonces, una forma de protección ante una realidad poco satisfactoria y un alivio al sufrimiento causado por las relaciones con otras personas, a la manera de una disociación controlada de características muy gratificantes, que terminó generando un hábito disfuncional que se retroalimenta y perpetúa a lo largo del tiempo, en consonancia con la teoría de los dos factores de Mowrer según lo descrito en otras series de casos previas (Somer, 2002). Por otra parte, nuestra paciente refirió atracones diarios en el momento de acudir a consulta, cuya frecuencia aumenta en momentos de estrés y aburrimiento y por los que está muy preocupada. En nuestra opinión los atracones cumplen una función similar a las ensoñaciones (evasión, alivio inmediato y manejo disfuncional del malestar emocional), pero se iniciaron más tardíamente (adolescencia) y resultan más egodistónicos dado que las consecuencias negativas (engordar) son más inmediatas y concretas. Por ello, consideramos que el TEE y el Trastorno por atracón requerían un abordaje de características similares y compartidas con la línea general del tratamiento de descontrol de impulsos o las adicciones comportamentales

En cuanto al diseño del programa de intervención, puesta en práctica y resultados del tratamiento, debido a la sintomatología que motivó inicialmente la búsqueda de ayuda y derivación (Trastorno por atracón con sobrepeso evidente) la intervención se realizó fundamentalmente en una Unidad especializada en Trastornos de la Conducta Alimentaria que contaba con un equipo multiprofesional (Psicología Clínica, Psiquiatría y Enfermería). Respecto

a la terapia psicológica en concreto, partiendo de un enfoque cognitivo-conductual el plan de tratamiento incluyó un seguimiento semanal con sesiones grupales protocolizadas (focalizadas principalmente en la sintomatología alimentaria *per se*) y sesiones individuales en las que la intervención se adaptó a síntomas y características propias del caso (donde, como hemos visto, la ensoñación se integró en la formulación y análisis funcional). La motivación al cambio, la reducción de la frecuencia y duración, la comprensión de la función y las repercusiones, la búsqueda de actividades alternativas y la modificación de esquemas sociales disfuncionales por medio de experiencias sociales correctivas constituyeron las líneas directrices de la terapia en nuestro caso. La paciente recibió el alta parcial en esta Unidad altamente específica tras 18 meses de tratamiento, al constatarse mejoría significativa en diversos ámbitos, derivándose posteriormente a seguimiento individual por Psicología Clínica ambulatoria en un formato menos intensivo. Durante este primer período de tratamiento en la Unidad se constató una tendencia progresiva a normalizar hábitos alimentarios y peso (llegando a perder 14 kg al alta), logrando que la ensoñación fuese relegada a una actividad de menor frecuencia y duración (aunque sin perder su valor gratificante) a favor de un incremento y mejor integración social. A nivel clínico resulta significativo señalar que la paciente llevó a cabo una especie de “ruptura simbólica parcial” con su amigo imaginario al iniciar una relación sentimental en el mundo real, quedando desde entonces su amigo imaginario en un segundo plano y resignificándolo como un ángel de la guarda que la vela y protege desde la distancia, llegando a una solución de compromiso mediante la que dejar abierta la posibilidad de que pueda “acudir” en su ayuda y volver a acompañarla en caso de que lo necesite (por ejemplo, si en el futuro la relación real fracasase). Para terminar, cabe destacar que los logros y mejorías alcanzadas no parecían seguir un perfil homogéneo ni se iniciaron simultáneamente en todos los síntomas por igual, pudiéndose hablar de dos fases diferenciadas: en la primera, a lo largo de los meses iniciales, se constató una reducción de la frecuencia de los atracones y el peso, pero sin efecto significativo sobre las ensoñaciones. En cambio, más adelante, en el contexto de una mayor socialización en la vida real, las ensoñaciones también se redujeron. Se trata de un único caso y no debemos extraer conjeturas precipitadas, por lo que futuros trabajos deberán corroborar y determinar los factores implicados en este posible patrón de “mejoría bifásica” en el transcurso del tratamiento de otros pacientes con TEE y comorbilidades similares.

Como decíamos al principio de este apartado, no existen tratamientos psicológicos empíricamente validados para el TEE, por lo que nuestra intervención se basó fundamentalmente en la evidencia científica para el tratamiento de los otros trastornos comórbidos, integrando la ensoñación como un síntoma interrelacionado que era posible abordar desde el análisis funcional del caso. Afortunadamente, aunque todavía de modo anecdótico, un trabajo recientemente publicado (Somers 2018) aborda las cuestiones terapéuticas

del TEE como eje central. Se trata de un estudio piloto en el que por primera vez se describe el paquete de tratamiento empleado exitosamente con un paciente con TEE y comorbilidad con una adicción comportamental a Internet, desde un enfoque principalmente cognitivo-conductual realizando la terapia mediante videoconferencia. Somer diseña la terapia para tratar el TEE y la adicción comórbida partiendo de la evidencia disponible e integrando técnicas que se han mostrado eficaces para otros trastornos con los que el TEE presenta rasgos en común (en este sentido resulta muy sugerente su propuesta de recoger componentes específicos de las intervenciones para TDAH). El trabajo desglosa con bastante detalle la justificación, proceso terapéutico y componentes del tratamiento. A la espera de replicación adecuada, la terapia parece prometedora al menos para aquellos pacientes con TEE y comorbilidades comportamentales similares, consiguiendo el paciente una mejoría significativa que se mantuvo a los dos meses de seguimiento (p. ej., reducción de más del 50% del tiempo dedicado a ensoñaciones). Nótese que, a diferencia de lo que sucede al tratar otras adicciones, la supresión total de las ensoñaciones no constituye un objetivo del tratamiento psicológico, pues se trata de una actividad que está insertada de forma natural en el “repertorio mental” de las personas (para más detalles consúltese Somer 2018).

Para finalizar, quisiéramos destacar algunos puntos en común entre el tratamiento psicológico del TEE descrito en el estudio piloto de Somer y el llevado a cabo en nuestro caso para el abordaje conjunto de atracones y ensoñaciones. La ingesta alimentaria, al igual que las ensoñaciones, obviamente también forma parte del repertorio natural y normalizado de hábitos (y supervivencia) humanos. Tanto comer como soñar despiertos son actividades sanas y gratificantes (es decir, no son disfuncionales *per se*, aunque ambas puedan causar problemas al darse con una frecuencia y/o magnitud excesivas). Por ello, y a diferencia de otros enfoques terapéuticos tradicionales que podrían plantearse ante adicción al tabaco, alcohol, ludopatía, etc., el tratamiento psicológico de los atracones nunca pretende la supresión total de la conducta (ingesta alimenticia) a pesar del potencial “carácter adictivo” de la misma, sino una tendencia a la normalización de hábitos, en consonancia con los objetivos de la terapia señalados por Somer respecto a lograr una normalización de las conductas de ensoñación y no su supresión total. Por otra parte, y desde una perspectiva más general, también coincidimos en la elección de un enfoque principalmente cognitivo-conductual y en la consideración de que el TEE puede beneficiarse de un abordaje terapéutico similar al empleado para síntomas de la esfera de las adicciones comportamentales y descontrol de impulsos (considerando en nuestro caso que el Trastorno por atracción refleja algún tipo de descontrol).

A pesar de estas coincidencias, cabe subrayar que los trastornos comórbidos presentes en nuestro caso y en el caso de Somer son diferentes y que, en general, las combinaciones comórbidas que pueden darse conjuntamente con TEE son muy variadas. Como ya se ha

señalado en la introducción, el TEE puede ir asociado a diversidad de trastornos mentales. Esto hace recomendable cautela sobre el tipo de enfoque y componentes terapéuticos idóneos para los diferentes perfiles posibles de TEE (por ejemplo, en aquellos pacientes que han presentado abuso infantil grave o estilos de apego desorganizado, podrían resultar preferibles otros enfoques, véase Somer 2018).

3. Tratamiento psicológico del TEE: recapitulación y líneas futuras

Más allá de los buenos resultados descritos en el estudio de caso único que hemos comentado (Somer 2018), a día de hoy no contamos con protocolos de intervención definidos para el TEE y se desconocen el enfoque y componentes de la terapia que pueden resultar más beneficiosos, así como el formato idóneo (presencial vs. online) dependiendo de los subtipos de TEE y sus comorbilidades. Dada la alta frecuencia de presentación comórbida del TEE, parece conveniente comparar los resultados de tratamientos diseñados “en exclusiva” para este trastorno con enfoques transdiagnósticos, en la línea de planteamientos recientes respecto a protocolos unificados para tratar diversos trastornos mentales, especialmente en la esfera ansioso-depresiva, pero también en trastornos de la conducta alimentaria o incluso en Trastorno por estrés postraumáticos (véase por ejemplo Barlow y colaboradores 2017; Gutner, Galovski, Bovin y Schnurr 2016).

En el caso de nuestra paciente, los síntomas de ensoñación mejoraron mediante un abordaje cognitivo-conductual conjunto e interrelacionado con las otras dos comorbilidades (Trastorno de atracones y Trastorno de ansiedad social) desde una perspectiva transdiagnóstica, sin utilizar un módulo de tratamiento exclusivo para la ensoñación. Además, las mejorías fueron lográndose a distinto ritmo en los síntomas de los distintos trastornos a lo largo de la intervención. No obstante, la caracterización clínica, comorbilidades y tratamiento del TEE requieren más estudio. Futuros trabajos deberán determinar qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas conducen a resultados clínicos más favorables y si los beneficios se modulan dependiendo de la presencia (o no) de diferentes comorbilidades, muy especialmente TDAH.

Conclusiones y recomendaciones

Hasta donde sabemos, este trabajo describe el primer caso compatible con un Trastorno de Ensoñación Excesiva detectado en España, dentro de una población clínica atendida en el contexto asistencial público habitual. A pesar de las limitaciones inherentes al uso de instrumentos diagnósticos no adaptados todavía en nuestro medio, el análisis de este caso

proporciona argumentos a favor de explorar el constructo de TEE en contextos clínicos, y de estudiar su comorbilidad y su funcionamiento neuropsicológico, así como los límites y solapamiento con ensoñaciones no disfuncionales desde una perspectiva multidimensional. Se trata de un trastorno en fase de conceptualización, probablemente heterogéneo y multifacético, que necesita mayor depuración e investigación antes de que pueda plantearse su inclusión en las clasificaciones diagnósticas. **Por otra parte, el TEE parece responder bien al tratamiento psicológico, atendiendo a los resultados prometedores (pero anecdóticos) descritos, siendo necesario validar protocolos y determinar los componentes psicoterapéuticos más pertinentes y efectivos en la práctica clínica habitual, teniendo en cuenta las comorbilidades tan frecuentemente asociadas al mismo.** Mientras tanto, la descripción y discusión de este caso detectado en España se suma a los publicados en diferentes países, contribuyendo al estudio y evidencia sobre TEE.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Eli Somer que nos haya proporcionado los instrumentos de evaluación del Trastorno de Ensoñación Excesiva y su amable disponibilidad.

Agradecemos a la paciente que haya dado su consentimiento para la administración de pruebas no incluidas en el protocolo habitual, así como su paciencia y colaboración.

Nota

Para preservar la confidencialidad, **se modifican** u omiten deliberadamente muchos datos que no resultan relevantes para la argumentación clínica del caso.

Referencias

Abu-Rayya, H.M., Somer, E. y Meari-Amir, S. (2019). The psychometric properties of the Arabic 16-item Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16-AR) in a multicountry Arab sample. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1-13. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cns0000183>

Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., ... Cassiello-Robbins, C. (2017). **The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial.** *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2017.2164](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164)

Bigelsen, J., Lehrfeld, J.M., Jopp, D.S. y Somer, E. (2016). Maladaptive daydreaming: evidence for an under-researched mental health disorder. *Consciousness and Cognition*, 42, 254-266. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.03.017>

Bigelsen, J. y Schupak, C. (2011). Compulsive fantasy: proposed evidence of an under-reported syndrome through a systematic study of 90 self-identified non-normative fantasizers. *Consciousness and Cognition*, 20(4),1634-1648. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2011.08.013>

Epstein, J., Johnson, D.E. y Conners, C.K. (1999). *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV*. Multi-Health Systems Canadá.

Ernel, M., Cesa, C., Michielin, F. y Tozzi, C. (2017). Nutritional and neuropsychological profile of the executive functions on binge eating disorder in obese adults. *Nutrición Hospitalaria*, 34(6): 1448-1454. doi [10.20960/nh.1151](https://doi.org/10.20960/nh.1151)

Gutner, C.A., Galovski, T., Bovin, M.J. y Schnurr, P.P. (2016). Emergence of Transdiagnostic Treatments for PTSD and Posttraumatic Distress. *Curr Psychiatry Rep*, 18(10): 95. doi: [10.1007/s11920-016-0734-x](https://doi.org/10.1007/s11920-016-0734-x)

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1):50-5.

Marchetti, I., Van de Putte, E. y Koster, E.H.W. (2014). Self-generated thoughts and depression: from daydreaming to depressive symptoms. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(131), 1-10. doi.org/10.3389/fnhum.2014.00131

McVay, J.C. y Kane, M.J. (2010). Does mind wandering reflect executive function or executive failure? Comment on Smallwood and Schooler (2006) and Watkins (2008). *Psychological Bulletin*, 136(2), 188-197. <https://dx.doi.org/10.1037/a0018298>

Montgomery, S.A. y Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134:382-9.

Peña-Casanova, J., Gramunt, N. y Gich, J. (2005). Test neuropsicológicos. Barcelona: Masson.

Pietkiewicz, I.J., Nęcki, S., Bańbura, A. y Tomalski, R. (2018). Maladaptive daydreaming as a new form of behavioral addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 838-843. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.95>

Schupak, C. y Rosenthal, J. (2009). Excessive daydreaming: a case history and discussion of mind wandering and high fantasy proneness. *Consciousness and Cognition*, 18, 290-292. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.10.002>

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.

Smallwood, J. y Schooler, J.W. (2006) The restless mind. *Psychological Bulletin*, 132(6), 946-958. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.946>

Smallwood, J. y Schooler, J.W. (2015). The science of mind wandering: empirically navigating the stream of consciousness. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 487-518. [First published online as a Review in Advance first on September 29, 2014] <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015331>

Soffer-Dudek, N. y Somer, E. (2018). Trapped in a Daydream: Daily elevations in maladaptive daydreaming are associated with daily psychopathological symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 194, 1-14. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2018.00194>

Somer, E. (2002). Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2-3), 197-212.

Somer, E. (2018). Maladaptive Daydreaming: Ontological analysis, treatment rationale; a pilot case report. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 1(2), 1-22. <https://doi.org/10.3389/ftpd.2017.00006>

Somer, E. y Herscu, O. (2017). Childhood trauma, social anxiety, absorption and fantasy dependence: two potential mediated pathways to maladaptive daydreaming. *Journal of Addictive Behaviors, Therapy and Rehabilitation*, 6(3), 1-5. doi: [10.4172/2324-9005.1000170](https://doi.org/10.4172/2324-9005.1000170)

Somer, E., Lehrfeld, J., Bigelsen, J. y Jopp, D.S. (2016). Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Consciousness and Cognition*, 39, 77-91. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.12.001>

Somer, E., Soffer-Dudek, N. y Ross, C.A. (2017). The Comorbidity of Daydreaming Disorder (Maladaptive Daydreaming). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 525-530. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000685>

Somer, E., Soffer-Dudek, N., Ross, C.A. y Halpern, N. (2017). Maladaptive daydreaming: Proposed diagnostic criteria and their assessment with a structured clinical interview. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 4(2), 176-189. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cns0000114>

Wechsler, D. (2001). WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-III. 2ª ed. revisada. Madrid: TEA Ediciones.

Tabla I. Trastorno de Ensoñación Excesiva. Criterios diagnósticos propuestos por Somer y colaboradores^a

		Criterios que cumple el caso clínico presentado
Criterio general	Fantasías e imaginaciones vívidas, recurrentes y persistentes	SÍ
Criterio temporal	Más de seis meses de duración	SÍ
Criterios específicos (necesaria la presencia de al menos DOS; uno ha de ser el criterio 1)		
	1. Intensa absorción o sentimiento de inmersión durante las ensañaciones, que incluyen propiedades visuales, auditivas y afectivas.	SÍ
	2. Las ensañaciones se desencadenan, mantienen o incrementan con la presencia de música.	SÍ
	3. Se desencadenan, mantienen o incrementan con movimientos estereotipados (p. ej. deambulación o movimientos de manos).	SÍ
	4. Se realizan a menudo ante sentimientos de aburrimiento o malestar.	SÍ
	5. Duración e intensidad mayor si otros no están presentes (más ensañaciones cuando está solo).	SÍ
	6. Irritabilidad cuando se ven interrumpidas o frenadas, o cuando no puede realizarlas.	SÍ
	7. Prefiere las ensañaciones que implicarse en tareas diarias sociales, académicas o laborales.	Parcialmente
	8. Esfuerzos infructuosos para controlarlas, interrumpirlas o detenerlas.	NO
Criterio de significación clínica	El trastorno provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional o de otras áreas importantes.	SÍ
Especificación de gravedad	Leve: experimenta malestar, en ausencia de deterioro funcional importante. Moderado: afectación en un área funcional. Grave: afectación en más de un área funcional (p. ej., trabajo, estudios o vida social).	Moderado

^a Adaptado de Somer, Soffer-Dudek, Ross y Halpern, 2017. Reproducido con permiso del autor. Consúltense criterios de exclusión en el original.

Tabla II. Resultados de pruebas clínicas y neuropsicológicas

	PD	Puntos de corte
<i>MDS</i>	45	25 ^a 45 ^a 50 ^a
<i>HARS</i>	8	≥ 15 ^b
<i>MADRS</i>	8	≥ 35 ^b
SCREENING NEUROPSICOLÓGICO	PD	Puntuación normalizada
FAS	36	Z=-0,78
Animales	20	Z=-0,35
TMT A	61''	PE=2 ^c
TMT B	85''	PE=7
STROOP (interferencia)	49	PE= 10
Clave Números WAIS-III	64	PE=7
Dígitos WAIS-III	11	PE=6 ^d
Letras y Números WAIS-III	9	PE=8

Leyenda Tabla II

MDS: Escala de Ensoñaciones Excesivas (Maladaptive Daydreaming Scale); HARS: Escala de Ansiedad Hamilton; MADRS: Escala de Depresión Montgomery-Asberg; TMT A y B: Trail Making Tests A y B; WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos III; PD: Puntuación directa; Z: Puntuación Z; PE: Puntuación Escalar; ^a Puntos de corte para ensoñación disfuncional en otras poblaciones (Somer, Soffer-Dudek, Ross y Halpern 2017; Somer, Lehrfeld, Bigelsen y Jopp 2016; Abu-Rayya, Somer y Meari-Amir 2019); ^b Puntos de corte para síntomas graves; ^c Rendimiento neuropsicológico disfuncional; ^d Rendimiento neuropsicológico en el límite para disfunción (baremos españoles).