

La mujer moderna y el comprar compulsivo

Modern woman and compulsive buying

Rosa Behar A.¹

Background: Compulsive buying (CB) has been observed mainly in modern women (up to 95%) in our Western society. **Objective:** To describe analytically the relationship between CB and biopsychosocial factors that encourage its development. **Method:** A review of specialised textbooks and the available literature in Medline/PubMed and SciELO on the relationship between CB and biopsychosocial factors was conducted. **Results:** CB is an impulse control disorder (often within a multi-impulsive pattern), with severe interference in psychosocial and financial functioning, which emerges in a postmodern context, with a significant association with changes in the female gender identity, with comorbidities mainly anxiety, mood, eating disorders, use/abuse of substances and personality (obsessive-compulsive, avoidant, borderline). It is usually triggered by negative affects (anguish, sadness, anger, frustration, loneliness), low self-esteem, external stimuli reinforced by the marketing system, value of social approval for consumption and/or hedonistic satisfaction. The combined treatment of cognitive-behavioural psychotherapy, psychoeducation and SSRI drugs seems to be more effective. **Conclusions:** The evidence shows that CB could be considered as a biopsychosocial phenomenon, more prevalent in women, in a postmodern socio-cultural historical background, that exceeds the autonomy, equality and competence in masculine domains achieved by the current woman, becoming a psychopathological disorder within the impulsive spectrum that has been included in the ICD-10.

Key words: Woman, postmodernism, gender role, impulsivity, compulsive buying.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2018; 56 (1): 46-56

Introducción

La mujer contemporánea se ha caracterizado por desenvolverse indistintamente en los ámbitos público y privado, en un contexto postmoderno, que si bien es cierto, favorece, por una parte, el desempeño más abarcativo en cuanto a sus roles de género, simultáneamente conlleva un detrimento en su salud integral, en sus aspectos físico, mental y espiritual, implicando la aparición de varios factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes

mentales, tanto en las esferas afectiva, ansiosa, de adicción a sustancias y del control de los impulsos, dentro de los cuales se encuentra el comprar compulsivo (CC) que afecta primordialmente al sexo femenino. Existen algunos parámetros a considerar para contextualizar el objetivo de este artículo, en el que esencialmente se realiza un análisis descriptivo biopsicosocial de este fenómeno, considerando el trasfondo sociocultural postmoderno, los cambios en la identidad de los roles de género y los subtipos de impulsividad^{1,2}.

Recibido: 28/09/2017

Aprobado: 20/12/2017

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Metodología

Se efectuó una investigación exhaustiva de artículos disponibles, tanto de investigación como de actualización de la temática incluyéndose aquellos que relacionaban la presencia del CC y la evidencia con diversas variables biopsicosociales, a través de la base de datos Medline/PubMed, SciELO, abarcando desde 1980 hasta la actualidad (2017), utilizando para la búsqueda palabras clave como *compulsive buying*, *gender roles*, *postmodernism*, *eating disorders*, *impulsiveness*, *multi-impulsivity*, con los operadores booleanos *and* (y)/*or* (o).

Postmodernidad

El término se refiere para designar a un amplio número de movimientos artísticos, culturales, literarios y filosóficos que surgen en la segunda mitad del siglo XX, alrededor de la década de los 70', que se extienden hasta la actualidad, y comparten su intento de renovación radical de las formas tradicionales de las tendencias de la Edad Moderna.

Además, de otras numerosas características histórico-sociales del postmodernismo, entre aquellas que se relacionan con nuestro foco de análisis, resaltan el fenómeno de la globalización que ha permitido una creciente comunicación, intercambio e interdependencia entre los distintos países del mundo; el afán por el progreso individual, la autonomía, la autorrealización, la autoexpresión, y, la liberación personal con un notable espíritu de riesgo; la búsqueda por la inmediatez hedonista –se tiende a vivir sólo el presente, el futuro y el pasado pierden relevancia–, con poca tolerancia a la frustración; se rinde culto al cuerpo que debe ser atractivo, juvenil, sensual, sometido a un acondicionamiento permanente; se experimenta un tránsito desde una economía de producción hacia otra en que predomina el consumo, los medios de comunicación masiva y la industria ligada al consumismo adquieren un poder inusitado; existe una enorme saturación de información con una relativización del discurso, obedeciendo a lógicas múltiples y contradictorias, a pesar de una hipertecnologización de la vida cotidiana; trastocación de los valores éticos fundamentales (libertad, justi-

cia, responsabilidad, verdad). Así, la persona postmoderna se perfila con una existencia no definida, sin aferrarse a nada, no tiene certezas absolutas, nada le sorprende, y sus opiniones pueden modificarse de un instante a otro³⁻⁷.

Roles e identidad de género

La perspectiva de género intenta lograr equitativamente un análisis psicológico comprensivo del contexto social patriarcal, de la distribución desigual del poder y de los estereotipos socioculturalmente construidos y perpetuados en las interacciones entre hombres y mujeres, y, del modo en que favorecen los problemas de salud psicológica en el sexo femenino².

El estereotipo sociocultural occidental del rol de género femenino contempla una permanencia y estabilidad en el tiempo, desarrollándose más bien en el ámbito privado, administrando lo doméstico, que por lo demás es restringido, limitado, desprestigiado, y más aún, no cuenta con una remuneración ni reconocimiento social. Esencialmente, la mujer se perfila como una proveedora emocional, con prioridad en sus sentimientos y en las relaciones interpersonales, postergando, inhibiendo, y/o desconociendo sus deseos. La socialización de este perfil resulta en una marcada dicotomía, con una valoración de lo masculino en contraste con la normativización de lo femenino, que va reforzando la pasividad, la sumisión, la dependencia y la asunción de una categoría laboral inferior, significando para las mujeres en edad reproductiva una triple sobrecarga que involucra productividad, reproductividad y la dispensación de cuidados, hecho que las vuelve más vulnerables, pues suelen estar sometidas a condiciones sociales más adversas y riesgosas para su salud que sus contrapartes masculinas.

Desde mediados del siglo antepasado, principalmente a partir de la Revolución Industrial, los dos conflictos bélicos mundiales y el movimiento de liberación femenina de los años 60', la mujer, en un constante entrecruzamiento entre los espacios público y privado, ha ido adquiriendo paulatinamente independencia económica, autonomía, igualdad y competitividad en dominios que tradi-

cionalmente pertenecían al sexo masculino, no sin dejar de experimentar por esta transición, un conflicto de sus roles de madre, esposa y trabajadora, con la consiguiente confusión respecto a su propia identidad, emergiendo a pesar de ello, la “tercera mujer”, concepto introducido por Lipovetsky⁸ y que alude a una suerte de reconciliación de las mujeres con el rol tradicional y el reconocimiento de una positividad en la diferencia hombre-mujer. En contraste a esta nueva “tercera mujer”, la “primera mujer” ha sido estigmatizada como un ser inferior en la antigüedad y la “segunda mujer”, enaltecida a partir del amor cortesano medieval, que exacerbó sus cualidades morales, estéticas y cuyos roles han alcanzado paulatinamente una valoración social, pero aún no siendo reconocida como sujeto igualitario ni autónomo. En consecuencia, la mujer actual ha experimentado una progresiva indiferenciación de los roles sexuales, producto de la homogenización histórica y cultural^{3,4,6-11}.

Impulsividad

Consiste en un estilo cognitivo que predispone a reaccionar inesperada, súbita y desproporcionadamente frente a eventos amenazantes del entorno o ante estímulos internos individuales, sin reflexionar sobre las consecuencias de las actuaciones, incluyendo los comportamientos agresivos, asociados incluso a riesgo vital, hasta conductas antisociales, predominando la baja tolerancia a la frustración y al estrés. Existen varias clasificaciones del constructo impulsividad, aunque una atinente para ilustrar el CC es la de Dickman^{12,13}, que la divide en una funcional, relacionada con el entusiasmo, audacia, altos niveles de actividad, búsqueda de sensaciones y aventuras, osadía y exposición a riesgos; no obstante, en este tipo de impulsividad, las decisiones son rápidas, apropiadas y con resultados favorables, siendo más efectivo, ágil y preciso el procesamiento de la información. En cambio, la impulsividad disfuncional se homologa a despreocupación por las consecuencias, genera un comportamiento no productivo, exaltado, desordenado e irreflexivo, cometimiento de más errores y mayor vulnerabilidad a interferencias en el desarrollo de tareas. Billieux et al¹⁴ detectaron una significativa

correlación entre CC y tres rasgos de impulsividad, de acuerdo a la conceptualización de Whiteside y Lynam¹⁵, que comprende la urgencia, falta de premeditación y falta de perseverancia^{16,17}.

Multiimpulsividad en el sexo femenino

A fines de los años 80 se introdujo el concepto de bulimia nerviosa multiimpulsiva¹⁸⁻²⁰ que aludía a una forma específica de esta patología alimentaria, caracterizada por la existencia de una alta prevalencia de comportamientos impulsivos no relacionados con la alimentación. Conjuntamente, con el trastorno del hábito del comer, podían coexistir o alternarse al menos tres alteraciones del control de los impulsos; vale decir, abuso de alcohol y drogas, cleptomanía, promiscuidad sexual y autoagresiones, asociados a una tórpida evolución, un desenlace negativo, ensombreciendo ostensiblemente el pronóstico. La multiimpulsividad hace referencia a los siguientes parámetros: 1. Dificultad para resistir los impulsos; 2. Precipitación en la respuesta a estímulos, corriendo riesgos innecesarios para alcanzar objetivos; 3. Ira y agresividad expresadas a través de auto y hetero lesiones y 4. Dificultad para tolerar la frustración.

A nivel neurobioquímico en los trastornos del control de impulsos destaca la hipofunción serotoninérgica (5-HT)²¹. El déficit de serotonina cerebral está asociado a la impulsividad, oscilaciones del estado de ánimo, déficit de concentración, alteraciones en el sueño y depresión. Los sistemas noradrenérgico, opiáceo y dopaminérgico también están involucrados en la impulsividad.

Aparte del CC, la multiimpulsividad en el sexo femenino, puede presentarse a través de las siguientes manifestaciones: bulimia nerviosa, trastorno por atracones, robo de tiendas, autolesiones, intentos suicidas, abuso de sustancias lícitas y/o ilícitas, promiscuidad sexual y juego patológico^{18,22-24}.

Comprar compulsivo

Criterios diagnósticos. Clínica.

Epidemiología

El CC se caracteriza por frecuentes preocupaciones, impulsos o comportamientos excesivos o

mal controlados con respecto a las compras y los gastos, que se experimentan como irresistibles, intrusivos y/o sin sentido y conducen a una marcada angustia subjetiva, con intentos autolíticos o al deterioro del funcionamiento social, familiar, laboral y a menudo genera problemas financieros. A menudo se adquieren artículos innecesarios o la acción de comprar se prolonga durante más tiempo de lo originalmente previsto. Las adquisiciones consisten en objetos con la apariencia y bienestar personal y habitualmente no se utilizan, se regalan o se devuelven a la tienda²⁵.

Su prevalencia de vida se estima en 8% en la población adulta general de Estados Unidos. Afecta prioritariamente al sexo femenino, aproximadamente en 95%, suele ser crónico o intermitente, con una edad de inicio a finales de la adolescencia o a principios de la segunda década. No aparece como categoría diagnóstica en el DSM-5²³. Debe diagnosticarse como un trastorno del control de los impulsos no especificado (CIE-10 F63.9)²⁶, excluyéndose los episodios maníacos o hipomaniacos. El trastorno se produce en todo el mundo, principalmente en los países desarrollados con economías basadas en el mercado, y tiende a darse en familias con trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias²⁷⁻³².

Ya Kraepelin (1915)³³ y Bleuler (1924)³⁴ mencionaron el término *oniomanía*, para definir la manía por comprar, el consumo compulsivo, el comprar adictivo o impulsivo. El CC, generalmente, se inicia entre los 18 y 30 años; sin embargo, la paciente tarda en promedio 10 años en buscar ayuda profesional. Usualmente prefieren comprar en solitario y su actuación no posee relación con el poder adquisitivo, sino más bien con la reducción de la ansiedad, seguida de un elevado estado de excitación; de hecho, se logra, aunque sólo temporalmente, las sensaciones de felicidad, en un 83% y poder, en el 71% de los casos, apareciendo posteriormente sentimientos de tristeza, culpa y enfado. Se trata de un desorden que tiende a ser crónico, recurrente, con frecuencia mensual. Se observa principalmente en países desarrollados, en los que se ofrece una economía de *marketing* con una vasta disponibi-

lidad de artículos, apropiados ingresos y tiempo libre, reforzados diariamente por los avisos vía electrónica. Se observa más frecuentemente en mujeres jóvenes^{25,28,35-38}.

Comorbilidad

Existe una comorbilidad psiquiátrica elevada en pacientes con CC. Mueller et al³⁹ detectaron que en mujeres con CC, las tasas de prevalencia de trastornos afectivos (95%) (principalmente depresivos), de ansiedad (80%), obsesivo-compulsivo (23%), uso de sustancias (hasta 46%)^{40,41}; alimentarios (35%), de trastorno por acumulación (61%)⁴², trastornos del control de los impulsos (40%), especialmente el trastorno explosivo intermitente eran significativamente mayores en comparación con controles comunitarios, y significativamente sufrieron más a menudo de trastornos afectivos y de ansiedad *versus* candidatos a cirugía bariátrica^{27,43-46}. Además, Mueller et al⁴⁷, encontraron que cuando el CC coexiste con un trastorno por acumulación, implica la presencia de manifestaciones más severas, principalmente síntomas obsesivo-compulsivos. Entre los trastornos de personalidad más comunes se encuentran el obsesivo-compulsivo (22%), evitativo (15%) y limítrofe (15%)^{16,29,32,43,48-51}.

Comprar compulsivo. Evidencia

La compradora compulsiva típica corresponde a una mujer de 36 años que ya había desarrollado una compra compulsiva a los 17 años y medio y cuya compra había tenido consecuencias psicosociales adversas. Las compras generalmente han consistido en ropa, zapatos, joyas o maquillaje, que con frecuencia no se usan²⁷. Los mismos autores observaron que entre los compradores compulsivos, (66,7%) describieron compras que se asemejaban al trastorno obsesivo-compulsivo, mientras que (95,8%) describieron compras que evocaban un trastorno de control de impulsos. Mueller et al⁴⁷ resaltan que el CC precisamente está centrado en el proceso de comprar propiamente tal, *versus* los consumidores normales, los coleccionistas y los

sujetos acumuladores, que muestran más síntomas obsesivo-compulsivos y mayor comorbilidad psiquiátrica.

Trastornos alimentarios y comprar compulsivo

Debido a su evidente preponderancia en el sexo femenino, tanto de los trastornos alimentarios como el CC, la coexistencia de ambos cuadros amerita un acápite particular.

Claes et al⁵² señalaron una asociación positiva entre CC y uso compulsivo de Internet, ambos clasificados como trastornos de control de los impulsos, no especificados, que a su vez, mostraron correlaciones significativamente positivas con labilidad emocional, búsqueda de excitación, disminución del control inhibitorio y de falta de activación. De acuerdo a Claes et al⁵³, los resultados de su estudio muestran una asociación positiva entre el CC y el Inventario de Trastornos Alimenticios-II (EDI-II), para las subescalas de delgadez y bulimia. Tanto los CC como los síntomas del trastorno alimentario se relacionaron con niveles bajos de control. Conjuntamente, el CC también se relacionó con altos niveles de reactividad (impulsividad), mientras que los síntomas del trastorno alimentario (especialmente la delgadez) se relacionaron más fuertemente con niveles altos de reactividad (ansiedad). Peñas et al⁵⁴, verificaron que la ansiedad social asociada con altos niveles de búsqueda por la novedad, exhibió la tasa más alta de atracones, vómitos, consumo de sustancias, robo y compras compulsivas. Fernández et al⁵⁵, pesquisaron trastornos del control impulsivo en 16,6% de mujeres con antecedentes de trastornos alimentarios, entre las cuales 62% informó que el trastorno del control impulsivo era anterior al trastorno alimentario y el 45% reportó la aparición de ambos trastornos dentro del mismo intervalo de 3 años. Los síndromes más comunes fueron el CC y la cleptomanía, más frecuentemente en los subtipos con atracones, asociándose con un uso significativamente mayor de laxantes, diuréticos, supresores del apetito, ayuno y con mayor alteración de la imagen corporal, evitación de daños, neuroticismo, impulsividad cognitiva y menor autocontrol, rasgos de persona-

lidad más patológicos y condiciones comórbidas más frecuentes del Eje I y II.

Etiopatogenia

La teoría del aprendizaje social postula que las mujeres compradoras compulsivas, psicológicamente se sienten validadas y habilitadas mediante el reforzamiento positivo del CC, para la obtención del éxito personal y la aprobación social, de un estado de excitación, fantasear evadiendo problemas, el aburrimiento y vacío. Influye también el modelo de economía de mercado que otorga acceso a la disponibilidad de productos, facilidad para conseguir créditos, la posibilidad de contar con tiempo libre; asimismo, el CC *online* proporciona ciertas características del canal de compra que refuerza la desinhibición, a diferencia de la compra presencial, alcanzando una recompensa más rápida^{36,37,56,57}.

Igualmente, la presión de los pares hacia el consumo, la crianza familiar disfuncional, con una excesiva autoridad de parte de los padres y la falta de afecto en la infancia, son posibles factores predisponentes. Se estima que la prevalencia familiar alcanza un 9,5%. Algunos investigadores han concebido el CC como un tipo de adicción, debido a que al obtener una sensación de bienestar o alivio, con una connotación sexualmente excitante, implicaría una manera fácil y gratificante de manejar el estrés y/o las emociones negativas^{50,52,58}.

McElroy et al⁵⁹ han señalado que la cleptomanía, el CC y los trastornos alimentarios son condiciones que ocurren con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, causan morbilidad significativa, están relacionadas con otros trastornos psiquiátricos, pudiendo asociarse entre sí, con otros trastornos del control impulsivo, con el trastorno obsesivo-compulsivo y del estado de ánimo y, a menudo, responden a los tratamientos psicofarmacológicos y psicológicos disponibles. Estos autores postulan que etiopatogénicamente estos desórdenes pueden ser considerados más bien como trastornos de control de los impulsos que pertenecen al vasto ámbito compulsivo-impulsivo, los que a su vez, podrían pertenecer a una familia más amplia como aquella del espectro afectivo.

Según Jiménez et al⁶⁰, la comorbilidad entre bulimia nerviosa y CC se asoció con mayor patología alimentaria y ansiedad social, exhibiendo más rasgos disfuncionales de personalidad y mayor nivel de psicopatología general.

Factores desencadenantes

Tanto las claves internas, tales como los estados afectivos negativos y estímulos ambientales externos (color, olor, textura, de los productos), se han podido detectar como gatillantes del CC. Adicionalmente, el ambiente del *mall* influye positivamente en la valoración de la compra hedonística y utilitaria, creando un círculo vicioso con la satisfacción personal; siendo el valor de la aprobación del consumo material, el factor predictivo más fuerte del CC, que actúa compensatoriamente sobre la baja autoestima y la insatisfacción personal^{27,29,36, 53,61,62}.

Diferencias de género

Investigaciones han demostrado que las mujeres son más impulsivas que los hombres en el comprar como estrategia de autorrealización; ellas van de compras para vitrinear, pasar el tiempo o como escape. Además, son más subjetivas e intuitivas y los hombres más analíticos y lógicos, al momento de efectuar alguna compra, los hombres valoran más la calidad y eficiencia de la adquisición y las mujeres la conexión emocional y las relaciones interpersonales. De este modo, los hombres compran comúnmente basados en necesidades inmediatas y las mujeres en decisiones a largo plazo^{53,63-66}.

Normalmente, las mujeres se inclinan por ítems de maquillaje y vestuario, sin importar su ingreso económico o estatus social. Las trabajadoras se encuentran en ventaja frente a las dueñas de casa en la obtención de un salario regular, en la autonomía del tiempo y disponibilidad de ofertas *online*. Las primeras generalmente compran ropa, zapatos y cosméticos y las segundas, accesorios para el hogar y artículos para los niños^{52,67,68}.

Tratamiento

No existe un enfoque de tratamiento basado en la evidencia para el CC y la investigación sobre

este tema es limitada. Ensayos controlados de psicoterapia cognitivo-conductual informaron que la modalidad grupal es significativamente más efectiva en comparación con los grupos de control³⁵.

Los objetivos de la psicoterapia cognitivo-conductual individual y grupal son interrumpir y controlar el CC, estableciendo patrones de consumo sanos, reestructurando los pensamientos irracionales y las emociones negativas relacionadas con las compras. Se ha observado una reducción significativa de la frecuencia del tiempo invertido en ellas, mantenido a los seis meses. Se han aplicado técnicas del control de estímulos, exposición programada, solución de problemas específicos, creación de un nuevo estilo de vida, prevención de recaídas, reestructuración cognitiva^{60,69-71}.

En combinación con el manejo psicoterapéutico, se han constatado resultados positivos del tratamiento farmacológico con antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina (fluoxetina, escitalopram, fluvoxamina), antagonistas del glutamato (memantina), como antiimpulsivo, y antagonistas opioides (naltrexona) que no han podido confirmarse en ensayos controlados. En Estados Unidos se publicó un manual de tratamiento grupal cognitivo-conductual específico para el trastorno²².

Un tópico relevante en el CC es la consolidación de la deuda y el asesoramiento crediticio, medidas que serán necesarias y apropiadas para muchas pacientes²⁸. Otras opciones de tratamiento incluyen asesoría e intervenciones psicoeducativas (legislativas, financieras), familiares, comunitarias (grupos de autoayuda, ej. Deudores Anónimos), psicoterapia psicodinámica, círculos de austeridad, biblioterapia (libros de autoayuda) y terapia marital^{29,31,47,50,72-75}.

Discusión

La típica compradora compulsiva podría ser una mujer de 36 años, que ha desarrollado el cuadro a los 17 o 18 años, en un trasfondo de sentimientos de vacío, inseguridad, aburrimiento,

frustración, depresión y ansiedad, y que ha experimentado consecuencias psicológicas adversas como distrés personal, baja autoestima, culpa, deuda financiera extrema y significativa interferencia marital y familiar^{29,36,76}. Con alta probabilidad puede padecer de otros trastornos del control impulsivo, especialmente de la esfera alimentaria, además de cuadros del espectro ansioso y afectivo^{18,44,53,77}.

Y entonces, cabe la siguiente interrogante: ¿Las mujeres con CC, son patológicamente impulsivas o simplemente son modernas?

Si bien es cierto, la mujer actual emancipada, goza de una independencia y poder económico, con amplia libertad para invertir su patrimonio según sus propias necesidades y anhelos, habiendo logrado progresivamente un estatus profesional privilegiado en ámbitos tradicionalmente masculinos, podríamos colegir que el CC correspondería a un fenómeno biopsicosocial, facilitado por la globalización sociocultural posmoderna⁷⁸, que refuerza la satisfacción inmediata de urgen-

cias hedonistas, en cuyo contexto los mensajes socioculturales, fundamentalmente éticos, habitualmente son contradictorios, generando una confusión en la identidad personal, con diversos grados de desórdenes de personalidad, con un énfasis característico en el hiperindividualismo, en el hiperconsumismo (con todas sus estrategias de *marketing*) y una hipertecnologización, que proporciona un mayor acceso a compras no presenciales, conjuntamente con los cambios en la identidad de roles de género que históricamente ha experimentado la mujer en nuestra sociedad occidental, conducente a un conflicto en su desempeño como madre, esposa y trabajadora, pero al mismo tiempo, a una igualdad de condiciones, autonomía y competitividad, asociados a la impulsividad disfuncional, que puede llegar a configurar otra categoría más compleja catalogada como multiimpulsiva y que convierte al CC en un trastorno psicopatológico, con graves consecuencias en el funcionamiento psicosocial.

Resumen

Introducción: El comprar compulsivo (CC) ha sido observado principalmente en mujeres modernas (hasta 95%) en nuestra sociedad occidental. **Objetivo:** Describir analíticamente la relación entre el CC y factores biopsicosociales que favorecen su desarrollo. **Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la relación entre CC y factores biopsicosociales mediante las bases de datos Medline/PubMed, SciELO y textos especializados. **Resultados:** El CC es un trastorno del control de los impulsos (a menudo dentro de un patrón multiimpulsivo), con severa interferencia en el funcionamiento psicosocial y financiero, que emerge en un contexto postmoderno, con una significativa asociación con los cambios de identidad de género en el sexo femenino, con comorbilidades, principalmente, trastornos de ansiedad, del ánimo, alimentarios, uso/abuso de sustancias y de personalidad (obsesivo-compulsivo, evitativo, limitrofe). Habitualmente es desencadenado por afectos negativos (angustia, tristeza, ira, frustración, soledad), baja autoestima, estímulos externos favorecidos por el sistema de mercado, valoración de la aprobación social por el consumo y/o satisfacción hedonista. El tratamiento combinado de psicoterapia cognitivo-conductual, psicoeducación y fármacos ISRS parece ser más efectivo. **Conclusiones:** La evidencia muestra que el CC correspondería a un fenómeno biopsicosocial, más prevalente en mujeres, en un trasfondo histórico sociocultural postmoderno, que sobrepasa la autonomía, igualdad y competencia en ámbitos masculinos logrados por la mujer actual, convirtiéndose en un trastorno del espectro impulsivo incluido en la CIE-10.

Palabras clave: Mujer, postmodernidad, rol de género, impulsividad, comprar compulsivo.

Referencias bibliográficas

1. Ehrenberg A. La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.
2. Behar R, Cassan C, Correa E, Figueroa G, Gramagna G. Capítulo Sección V: Clínica en poblaciones especiales. "Salud mental de la mujer". En: Ivanovic-Zuvic F, Correa E, Florenzano R, editores. Texto de Psiquiatría. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Serie Roja, 2017. p. 823-841.
3. Lipovetsky G. La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Anagrama, 2000.
4. Rorty R. Objetividad, relativismo y verdad. Barcelona: Paidós, 1996.
5. Habermas J. El discurso filosófico de la modernidad. Madrid: Taurus, 1990.
6. Follari R. Revisando el concepto de posmodernidad. Quórum Académico 2006; 3 (1): 37-50.
7. Daros W. La mujer posmoderna y el machismo. Revista Universitaria Franciscanum 2014; 56 (162): 107-29.
8. Lipovetsky G. La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino. Barcelona: Editorial Anagrama, 1997.
9. Gergen K. El yo saturado. Buenos Aires: Paidós, 1991.
10. Carreón C, Garza S. Percepción del feminismo entre hombres y mujeres de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma de Nuevo León. STATUS 2016; 1 (1): 61-75.
11. Peña M, Bauman B. Teoría sociológica de la posmodernidad. Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad 1996; 2 (5): 81-102.
12. Dickman S. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. J Pers Soc Psychol 1990; 58 (1): 95-102.
13. Dickman S. A cognitive theory of impulsivity. In McCown W, Johnson J and Shure M(Eds). The impulsive client: Theory, research and treatment. Washington DC: American Psychological Association Press, 1993.
14. Billieux J, Rochat L, My Lien Rebetz M, Van Der Linden M. Are all facets of impulsivity related to self-reported compulsive buying behavior? Pers Individ Dif 2008; 44: 1432-42.
15. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. Pers Individ Dif 2001; 30: 669-89.
16. Lejoyeux M, Weinstein A. Compulsive buying. Am J Drug Alcohol Abuse 2010; 36 (5): 248-53. <http://dx.doi.org/10.3109/00952990.2010.493590>.
17. Lejoyeux M, Weinstein A. Compulsive buying Behav Res Ther 2007; 45 (11): 2754-63.
18. Lacey JH, Evans CD. The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. Br J Addict 1986; 81 (5): 641-9.
19. Lacey JH. Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. Br J Psychiatr 1993; 163: 190-4.
20. Morgan JF, Key A, Lacey JH. Gender issues in the management of multi-impulsive bulimia: a case-study. Int J Eat Disord 1998; 24 (1): 107-9.
21. Staner L, Mendlewicz J. Heredity and role of serotonin in aggressive impulsive behaviour. Encephale 1998; 24 (4): 355-64.
22. Müller A, Reinecker H, Jacobi C, Reisch L, de Zwaan M. Pathological buying-a literature review. Psychiatr Prax 2005; 32 (1): 3-12.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental diseases. Fifth Edition. American Psychiatric Association, 2013.
24. Zander H, Claes L, Voth E, de Zwaan M, Müller A. Impulsive behaviors in patients with pathological buying. J Behav Addict 2016; 5 (3): 457-64. doi: 10.1556/2006.5.2016.050.
25. Rose P, Segrist D. Hoarding in a compulsive buying sample. Negative and positive urgency may both be risk factors for compulsive buying. J Behav Addict 2014; 3 (2): 128-32.
26. World Health Organization. The international classification of mental and behavioural disorders (ICD-10). Geneve: World Health Organization, 1992.
27. Christenson GA, Faber RJ, de Zwaan M, Raymond NC, Specker SM, Ekern MD, et al. Compulsive buying: Descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. J Clin Psychiatry 1994; 55 (1): 5-11.

28. Black DW. Compulsive buying disorder: Definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs* 2001; 15 (1): 17-27.
29. Black DW. Compulsive buying disorder: A review of the evidence. *CNS Spectr* 2007; 12 (2): 124-32.
30. Black D. Compulsive buying: Clinical aspects. In Aboujaoude E, Koran L (Eds.), *Impulse Control Disorders*. Chapter 1. New York: Cambridge University, 2010. p. 5-22.
31. Marcinko D, Karlovi D. Oniomania-successful treatment with fluvoxamine and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychiatr Danub* 2005; 17 (1-2): 97-100.
32. Müller A, Mitchell J, de Zwaan M. Compulsive buying. *Am J Addict* 2015; 24: 132-7.
33. Kraepelin E. *Psychiatrie*. 8th Edition. Leipzig: Barth, 1915.
34. Bleuler E. *Textbook of psychiatry*. New York: Macmillan, 1930.
35. Mueller A, de Zwaan M. Treatment of compulsive buying. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76 (8): 478-83. doi: 10.1055/s-2008-1038227.
36. Black D. Compulsive buying: A review. *J Clin Psychiatr* 1996; 57: 50-5.
37. Workman L, Paper D. Compulsive buying: A theoretical framework. *The Journal of Business Inquiry* 2010; 9 (1): 89-126.
38. Díez D, Valdepérez A, Aragay N, Soms M. El trastorno de compra compulsiva. *C Med Psicocom* 2016; 29 (117): 11-6.
39. Mueller A, Mitchell JE, Black DW, Crosby RD, Berg K, de Zwaan M. Latent profile analysis and comorbidity in a sample of individuals with compulsive buying disorder. *Psychiatry Res* 2010; 178: 348-53.
40. Black DW, Shaw M, McCormick B, Bayless JD, Allen J. Neuropsychological performance, impulsivity, ADHD symptoms, and novelty seeking in compulsive buying disorder. *Psychiatry Res* 2012; 200: 581-7.
41. Zhang Ch, PhD, Brook J, Ed D, Leukefeld C, Brook D. Associations between compulsive buying and substance dependence/abuse, major depressive episode, and generalized anxiety disorder among men and women. *J Addict Dis* 2016; 35 (4): 298-304. doi: 10.1080/10550887.2016.1177809.
42. Frost R, Tolin DF, Steketee G, Fitch KE, Selbo-Brunns A. Excessive acquisition in hoarding. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 632-9.
43. Mueller A, Mühlhans B, Silbermann A, Müller U, Mertens C, Horbach T, Mitchell JE, de Zwaan M. Compulsive buying and psychiatric comorbidity. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009; 59 (8): 291-9. doi: 10.1055/s-2008-1067438.
44. McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Smith JM, Strakowski SM. Compulsive buying: A report of 20 cases. *J Clin Psychiatr* 1994; 55 (6): 242-8.
45. Du Toit PL, van Krandsenburg J, Niehaus D, Stein DJ. Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 291-300.
46. Lejoyeux M, Bailly F, Moula H, Loi S, Ades J. Study of compulsive buying in patients presenting obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 105-10.
47. Mueller A, Mueller U, Albert P, Mertens C, Silbermann A, Mitchell JE, *et al*. Hoarding in a compulsive buying sample. *Behav Res Ther* 2007; 45 (11): 2754-63.
48. Kukar-Kinney M, Ridgway N, Monroe K. The relationship between consumers' tendencies to buy compulsively and their motivations to shop and buy on the Internet. *Journal of Retailing* 2009; 85 (3): 298-307. doi: 10.1016/j.jretai.2009.05.002.
49. Duroy D, Gorse P, Lejoyeux M. Characteristics of online compulsive buying in Parisian students. *Addict Behav* 2014; 39: 1827-830.
50. Aboujaoude E. Compulsive buying disorder: A review and update. *Curr Pharm Des* 2014; 20: 4021-5.
51. Lawrence LM, Ciorciari J, Kyrios M. Cognitive processes associated with compulsive buying behaviours and related EEG coherence. *Psychiatry Res* 2014; 221: 97-103.
52. Claes L, Müller A, Norré J, Van Assche L, Wonderlich S, Mitchell JE. The relationship among compulsive buying, compulsive internet use and

- temperament in a sample of female patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20: 126-31.
53. Claes L, Bijttebier P, Mitchell JE, de Zwaan M, Mueller A. The relationship between compulsive buying, eating disorder symptoms, and temperament in a sample of female students. *Compr Psychiatry* 2011; 52: 50-5.
 54. Peñas-Lledó E, Jiménez-Murcia S, Granero R, Penelo E, Agüera Z, Álvarez-Moya E, *et al.* Specific eating disorder clusters based on social anxiety and novelty seeking. *J Anxiety Disord* 2010; 24 (7): 767-73. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.05.010.
 55. Fernández-Aranda F, Pinheiro AP, Thornton LM, Berrettini WH, Crow S, Fichter MM, *et al.* Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Res* 2008; 157 (1-3): 147-57.
 56. Jacobs D. A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior* 1986; 2: 15-31.
 57. Hirschman E. The consciousness of addiction: Toward a general theory of compulsive consumption. *Journal of Consumer Research* 1992; 19 (2): 155-179. <https://doi.org/10.1086/209294>.
 58. DeSarbo W, Edwards E. Typologies of compulsive buying behavior: A constrained clusterwise regression approach author links open overlay panel. *Journal of Consumer Psychology* 1996; 5 (3): 231-62. https://doi.org/10.1207/s15327663jcp0503_02.
 59. McElroy S, Keck P, Phillips K. Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (Suppl 4): 14-26.
 60. Jiménez-Murcia S, Granero R, Moragas L, Steiger H, Israel M, Aymamí N, *et al.* Differences and similarities between bulimia nervosa, compulsive buying and gambling disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2015; 23 (2): 111-8. doi: 10.1002/erv.2340.
 61. Stoel L, Wickliffe V, Lee K. (2004). Attribute beliefs and spending as antecedents to shopping value. *J Bus Res* 2004; 57: 1067-1073. [http://dx.doi.org/10.1016/S0148-2963\(03\)00016-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0148-2963(03)00016-X).
 62. Dittmar H. A new look at 'Compulsive Buying': Self-discrepancies and materialistic values as predictors of compulsive buying tendency. *J Soc Clin Psychol* 2005; 24 (5): 832-59.
 63. Dittmar H, Beattie J, Friese S. 1998. Objects, decision considerations, and self-image in men's and women's impulse purchases. Internet Research Paper 1998; 21: 1-14.
 64. Mitchell V, Walsh G. Gender differences in German consumer decision-making styles. *Journal of Consumer Behaviour* 2004; 3 (4): 331-46.
 65. Wheeler SC, Berger J. When the same prime leads to different effects. *J Consumer Res* 2007; 34 (3): 357-368. <https://doi.org/10.1086/518547>.
 66. Kaur G, Quareshi T. Factors obstructing intentions to trust and purchase products online, *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics (APJML)* 2015; 27 (5): 758-783. <https://doi.org/10.1108/APJML-10-2014-0146>.
 67. Schaninger C. Social class *versus* income revisited: An empirical investigation. *J Mark Res* 1981; 18 (5): 192-208.
 68. Kwon Y, Shim S. A structural model for weight satisfaction, self-consciousness and women's use of clothing in mood enhancement. *Cloth & Textiles Res* 1999; 17: 203-12.
 69. Echeburúa E. ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: Juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1999.
 70. Aboujaoude E, Gamel N, Koran LM. A 1-year naturalistic following of patients with compulsive shopping disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 946-50.
 71. Müller A, Arikian A, de Zwaan M, Mitchell J. Cognitive-behavioural group therapy *versus* guided self-help for compulsive buying disorder: A preliminary study. *Clin Psychol Psychother* 2013; 20: 28-35.
 72. Koran LM, Bullock KD, Hartston HJ, Elliott MA, D'Andrea V. Citalopram treatment of compulsive shopping: An open label study. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 704-8.
 73. Koran L, Chuang H, Stein D, Broatch J, Rowland C, Himelein C. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 793-8.
 74. Grant J. Three cases of compulsive buying treated with naltrexone. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2003; 7: 223-5.
 75. Grant J, Potenza M (Eds). *The Oxford handbook*

- of impulse control disorders. New York: Oxford University Press, 2012.
76. Glatt M, Coe C. Pathological spending as a form of psychological dependence. *Br J Addict* 1987; 82: 1257-8.
77. Schmitz J. The interface between impulse-control disorders and addictions: Are pleasure pathway responses shared neurobiological substrates? *The Journal of Treatment & Prevention* 2005; 12: 149-68.
78. Elliot R. Addictive consumption: Function and fragmentation in post modernity. *Journal of Consumer Policy (JCP)* 1994; 17: 159-79.

Correspondencia:
Rosa Behar Astudillo
Departamento de Psiquiatría
Universidad de Valparaíso
Casilla 92-V, Valparaíso, Chile.
Teléfono: 09-44969934
rositabehar@vtr.net