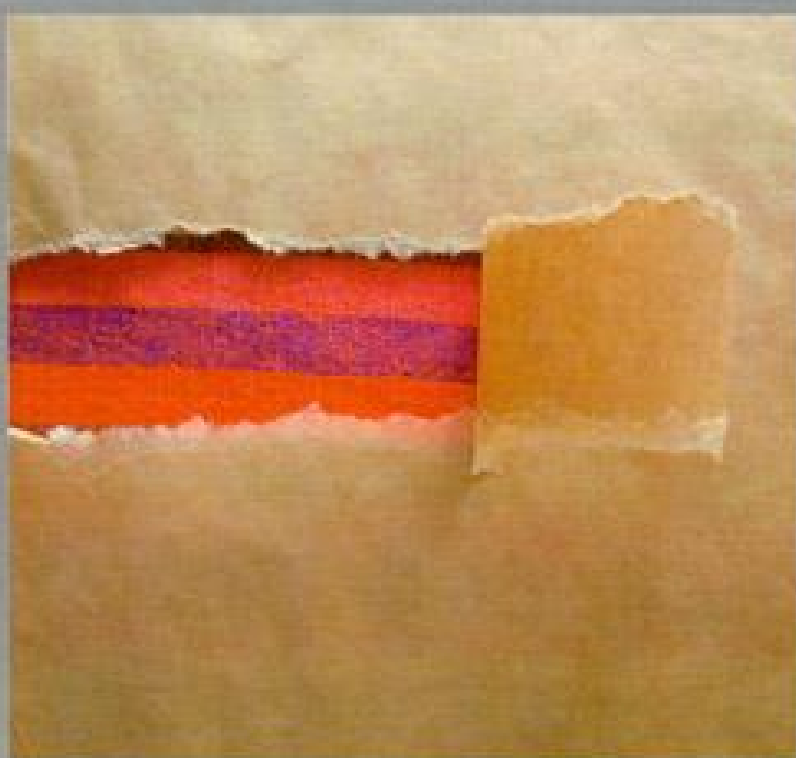


XAVIER CARBONELL SÁNCHEZ (COORD.)

ADICCIONES TECNOLÓGICAS: QUÉ SON Y CÓMO TRATARLAS



ADICCIONES TECNOLÓGICAS: QUÉ SON Y CÓMO TRATARLAS

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com En ella encontrará el
catálogo completo y comentado



ADICCIONES TECNOLÓGICAS: QUÉ SON Y CÓMO TRATARLAS

XAVIER CARBONELL SÁNCHEZ (COORD.)



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Xavier Carbonell Sánchez (coord.)

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN 978-84-907763-3-9

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

[Relación de autores](#)

[Introducción](#)

[1. ¿Qué son las adicciones tecnológicas? Internet, MMORPG y redes sociales](#)

Xavier Carbonell Sánchez

[1.1. Críticas al constructo de adicción aplicado a las tecnologías de la información y la comunicación](#)

[1.2. Breve recorrido histórico de la adicción a las TIC](#)

[1.3. El teléfono móvil](#)

[1.3.1. Reforzadores intrínsecos y motivación del uso de móvil](#)

[1.3.2. Diferencias de uso de móvil en función del género y de la edad](#)

[1.4. Los videojuegos y los MMORPG](#)

[1.4.1. Diferencias entre los videojuegos tradicionales y los MMORPG](#)

[1.4.2. Gratificación y motivación en los MMORPG](#)

[1.5. Las redes sociales on-line](#)

[1.5.1. Redes sociales en línea e identidad](#)

[1.5.2. Redes sociales en línea y estereotipos de género](#)

[1.5.3. Redes sociales en línea y adicción](#)

[1.6. Prevalencia del uso adictivo de internet, videojuegos y móvil](#)

[1.6.1. La situación en España](#)

[1.6.2. Uso problemático de teléfono móvil](#)

[1.6.3. Grupos de riesgo](#)

[1.7. El DSM-5 y la adicción a los videojuegos](#)

[1.7.1. El DSM-S y las adicciones conductuales](#)

[1.7.2. Las horas de juego y la comunicación alterada de identidad](#)

[2. Detección y evaluación](#)

josep Matalí Costa

[2.1. Adicción a Internet](#)

[2.2. El adolescente con adicción](#)

[2.3. Predictores de adicción a Internet](#)

[2.4. Necesidad de evaluar la comorbilidad](#)

[2.5. Instrumentos de evaluación](#)

[2.5.1. Evaluación del uso patológico de Internet](#)

[2.5.2. Evaluación del uso problemático de los juegos en línea](#)

[2.5.3. Evaluación del uso problemático del móvil](#)

[2.5.4. Evaluación del uso problemático de las redes sociales](#)

[3. Intervención en adolescentes](#)

Rosa María Díaz Hurtado

3.1. La adicción a las tecnologías en niños y adolescentes: aspectos diferenciales

3.1.1. Diagnóstico y detección precoz

3.1.2. Mecanismos etiológicos y comorbilidad

3.2. Estrategias de intervención

3.2.1. Técnicas motivacionales y adaptación a la fase de cambio

3.2.2. Técnicas cognitivas

3.2.3. Técnicas conductuales

3.2.4. Intervenciones familiares

3.2.5. Grupos psicoeducativos, de terapia y autoayuda

3.2.6. Tratamiento farmacológico

3.2.7. Hospitalización total y parcial

3.2.8. Programas residenciales

3.3. Un protocolo de intervención basado en la evidencia científica

Exposición de un caso práctico: Arnau

4. Intervención en adultos

Montse Gómez García

4.1. Diagnóstico y análisis funcional de las adicciones tecnológicas

4.1.1. Diagnóstico único

[4.1.2. Diagnóstico secundario o encubierto](#)

[4.1.3. Diagnóstico dual de las adicciones tecnológicas](#)

[4.1.4. Análisis funcional de las adicciones tecnológicas](#)

[4.2. Objetivos del tratamiento de las adicciones tecnológicas](#)

[4.3. Características generales del programa terapéutico](#)

[4.3.1. Modalidades terapéuticas](#)

[4.3.2. Niveles de intervención](#)

[4.3.3. Áreas de intervención](#)

[4.4. Componentes terapéuticos del tratamiento](#)

[4.4.1. Componentes de la etapa de pretratamiento](#)

[4.4.2. Componentes de la etapa de tratamiento](#)

[4.4.3. Componentes de la etapa de tratamiento de los problemas asociados](#)

[4.4.4. Componentes de la etapa de tratamiento de los trastornos psicopatológicos asociados](#)

[4.4.5. Etapa de cotratamiento de la adicción a las nuevas tecnologías](#)

[Exposición de un caso práctico: Ramón](#)

[5. Neurobiología y tratamiento farmacológico en las adicciones tecnológicas](#)

Javier Goti Elejalde

[5.1. Neurobiología en los procesos adictivos](#)

[5.1.1. Neurobiología en los trastornos adictivos por sustancias](#)

[5.1.2. Paralelismo entre adicción a sustancias y adicciones comportamentales](#)

[5.2. Tratamiento farmacológico en las adicciones tecnológicas](#)

[5.2.1. Antidepresivos](#)

[5.2.2. Estabilizadores del humor](#)

[5.2.3. Antagonistas de receptores opioides](#)

[5.2.4. Antipsicóticos atípicos](#)

[5.2.5. Farmacoterapia de la comorbilidad en las adicciones tecnológicas](#)

[5.2.6. Resumen sobre recomendaciones en el tratamiento farmacológico](#)

[6. Guía para posibles pacientes](#)

Montse Gómez García

[6.1. ¿Qué son las adicciones a las nuevas tecnologías?](#)

[6.2. ¿Qué probabilidades tengo de "engancharme" a las TIC?](#)

[6.3. ¿Qué factores de riesgo se relacionan con las adicciones a las TIC?](#)

[6.4. ¿Cuándo debo alertarme sobre mi uso de las TIC?](#)

[6.5. ¿Qué debo hacer si quiero moderar mi uso de las TIC?](#)

[6.6. ¿Cuándo debo preocuparme seriamente por mi uso de las TIC?](#)

[6.7. ¿Cuándo debo buscar ayuda psicológica profesional para solucionar mi problema de abuso o adicción con las TIC?](#)

[6.8. ¿Cuándo debo buscar ayuda psicológica profesional para solucionar](#)

[mi adicción psicológica a una aplicación de las TIC, pero no a las TIC?](#)

[6.9. ¿Cómo puedo colaborar en el tratamiento de mi abuso o adicción a las TIC?](#)

[7. Guía para padres y familiares](#)

Ursula Oberst

[7.1. Riesgos del uso no saludable de las nuevas tecnologías](#)

[7.1.1. Riesgo de desorientación](#)

[7.1.2. Posible riesgo para la capacidad cognitiva y el rendimiento escolar](#)

[7.1.3. Riesgo por contenidos peligrosos](#)

[7.1.4. Riesgo por contactos e interacciones no adaptativas](#)

[7.1.5. Riesgo por consecuencias negativas para la vida familiar y social](#)

[7.2. ¿Qué niños están en mayor riesgo y cuáles son los signos de alarma?](#)

[7.3. Consejos y pautas para reducir el consumo de las tecnologías en los niños y adolescentes](#)

[7.3.1. Evitar la iniciación prematura en el uso de las TIC](#)

[7.3.2. No sobrevalorar el uso didáctico de determinados juegos electrónicos](#)

[7.3.3. Pautar un horario de conexión](#)

[7.3.4. Controlar el acceso](#)

[7.3.5. Fomentar actividades off-line y un clima familiar de confianza y de intercambio](#)

7.4. A propósito de un caso: "¿Lo apagas tú o lo apago yo?"

8. Consejos saludables para padres y educadores

Miquel Àngel Prats Fernández

8.1. El contexto y el entorno sociotecnológico

8.2. Retos, límites y riesgos de las herramientas tecnológicas más comunes

8.2.1. En cuanto al correo electrónico

8.2.2. En cuanto al chat y la mensajería instantánea

8.2.3. En cuanto a las redes sociales

8.2.4. En cuanto a la navegación web

8.2.5. En cuanto a móviles

8.2.6. En cuanto a videojuegos

8.2.7. En cuanto a la televisión

8.3. El uso y abuso de las nuevas tecnologías en el ámbito familiar: consejos saludables

8.3.1. En cuanto a actitudes y comportamientos en casa

8.3.2. En cuanto al concepto de identidad digital

8.3.3. En cuanto a medidas preventivas con el ordenador

8.4. Decálogo final de buenos usos y hábitos saludables tecnológicos

Bibliografía

Relación de autores

COORDINADOR

Xavier Carbonell Sánchez

Doctor en Psicología, profesor titular de la FPCEE Blanquema (Universitat Ramon Llull).

COLABORADORES

Rosa María Díaz Hurtado

Doctora en Psicología, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil (Hospital Clínic Barcelona).

Montse Gómez García

Especialista en psicología clínica, coordinadora del Grupo de Trabajo de Juego Patológico y otras Adicciones Psicológicas.

Javier Goti Elejalde

Médico psiquiatra, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil (Hospital Clínic Barcelona).

Josep Matalí Costa

Psicólogo clínico, coordinador de la Unidad de Conductas Adictivas del Adolescente (Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona).

Ursula Oberst

Doctora en Psicología, profesora titular de la FPCEE Blanquema (Universitat Ramon Llull).

Miquel Àngel Prats Fernández

Maestro, psicopedagogo doctor en Pedagogía, FPCEE Blanquerna
(Universitat Ramon Llull).

Introducción

El texto que se presenta a continuación está dirigido a profesionales y a estudiantes de últimos cursos de psicología interesados en el diagnóstico y en el tratamiento de las denominadas adicciones tecnológicas. En segunda instancia, el libro puede ser útil para padres y educadores a modo de guía orientativa y de referencia. Aunque utilizar el término adicción para referirnos a la relación patológica que se establece con una tecnología de la información y de la comunicación puede despertar ciertas suspicacias, lo que es innegable es que cada vez se presentan más casos en consultas públicas y privadas de adolescentes y de adultos aquejados de problemas con el control de su uso y que padecen graves consecuencias por ello. En este libro hemos intentado aportar nuestra experiencia clínica e investigadora en la inmensa tarea que supone ayudar a estas personas.

La orientación del libro es eminentemente práctica, basada en un enfoque cognitivo-conductual de las conductas adictivas. El primer capítulo del libro comenta las implicaciones que el DSM-5 puede tener en el diagnóstico y consideración de las adicciones conductuales y repasa el estado de la cuestión sobre internet, móvil, redes sociales y videojuegos. El capítulo segundo se centra en los instrumentos que se utilizan para evaluar el uso problemático de internet, móvil, videojuegos y redes sociales después de discutir sobre la comorbilidad y de proporcionar al clínico los criterios del DSM-5 para la adicción al juego a través de Internet.

El tercer capítulo versa sobre la intervención en adolescentes. Para ello se destacan algunas características especiales de la adicción en esta población y se comentan las intervenciones cognitivo-conductuales para seguir con el adolescente y su familia. En el cuarto capítulo les toca el turno a los adultos. Con un planteamiento muy didáctico se desmenuza el diagnóstico y el análisis funcional de las adicciones tecnológicas, los objetivos del tratamiento, las características generales del programa, distinguiendo entre las diferentes etapas y niveles. En este mismo capítulo se repasan tres grandes

grupos de técnicas de tratamiento: técnicas de control de estímulos, técnica de exposición gradual en vivo con prevención de respuesta y técnicas de prevención de recaídas. Los dos capítulos terminan con la exposición de un caso clínico.

El capítulo 5, sobre neurobiología y tratamiento farmacológico, tiene como objetivo revisar algunos conceptos generales en tomo a la neurobiología de los procesos adictivos, a la posible intervención farmacológica en este ámbito y a la importancia añadida de contemplar la necesidad de intervenciones complementarias de los posibles trastornos psicopatológicos comórbidos.

El enfoque de los siguientes tres capítulos es diferente. Se trata de material que el clínico puede utilizar con sus pacientes, con padres y familiares y con educadores. Están redactados siguiendo un estilo menos técnico y se pueden facilitar directamente al interesado. Así, el capítulo 6 es una guía para las personas que se preguntan si padecen una adicción tecnológica y repasa las señales de alarma y cómo moderar su uso. El capítulo 7 es una guía para que los padres puedan reflexionar sobre los posibles riesgos de un uso no apropiado de las TIC, tanto al contenido como a la forma de usarlas. Se facilitan unos consejos generales y se termina con un caso. Por último, el capítulo 8 recoge la experiencia de un educador y de cómo la escuela y la familia pueden enfocar saludablemente las tecnologías de la información y de la comunicación.

El lector encontrará en la página web de la editorial dos anexos. En el primero figuran todas las referencias bibliográficas que no se pudieron incluir en el libro debido a los problemas de espacio inherentes a una publicación como esta. El segundo anexo está constituido por recursos digitales útiles para clínicos, pacientes y familiares.

1

¿Qué son las adicciones tecnológicas? Internet, MMORPG y redes sociales

En las sociedades occidentales, el progreso social se produce en paralelo al de la comunicación. Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) son un conjunto de recursos dedicados al uso, almacenamiento y recuperación de la información digital y analógica. Contribuyen a mejorar la calidad de vida porque tienen el potencial de cambiar la naturaleza y la diversidad del contacto interpersonal, social y económico (Labrador y Villadangos, 2009). El aumento de las posibilidades de comunicación ha convertido a internet en la herramienta por excelencia a la que se accede desde ordenadores, teléfonos móviles y tabletas. La telefonía móvil es una plataforma que vive un desarrollo espectacular, con una tasa de penetración superior al 100%. Todo ello nos lleva a pensar que la telefonía móvil e Internet son elementos clave de progreso y de evolución social.

Por otro lado, se tiende a aceptar que conductas tan cotidianas como las compras, el trabajo, el sexo, las apuestas o los videojuegos pueden compartir, en algunos casos, características con las adicciones conductuales. Muchas de estas conductas proveen un estado de gratificación inmediata y son socialmente aceptadas. Resulta obvio que comprar, jugar, trabajar y practicar el sexo no son prácticas ilegales, desviadas ni enfermas, pero la relación que algunas personas establecen con estas conductas puede llegar adictiva o, cuando menos, problemática.

En este sentido, los medios de comunicación publican frecuentemente

noticias sobre el poder adictivo de algunas TIC, que siembran alarma social y que evidencian la necesidad de analizar hasta qué punto nos enfrentamos a un nuevo trastorno mental. Padres, educadores y clínicos son conscientes del tiempo que se invierte en la comunicación virtual y como ello altera los patrones clásicos de comunicación. Esta preocupación ha movido a la Asociación Americana de Psiquiatría, que edita el prestigioso Diagnostic and Statistical Manual, a incluir, en su quinta y última edición, el Internet Gaming Disorder, en la sección III, dedicada a trastornos que merecen un análisis más detallado antes de su inclusión definitiva en el manual.

1.1. Críticas al constructo de adicción aplicado a las tecnologías de la información y la comunicación

Para empezar nos gustaría empezar con unas críticas al constructo de adicción aplicado al uso de las tecnologías de la información y comunicación. Un error frecuente en psicología clínica es poner la etiqueta de patológico y diagnosticar conductas o estados que pueden no ser más que malestares o adaptaciones puntuales. No podemos olvidar que el origen de la adicción a Internet fue una broma de un psiquiatra que intentaba parodiar el DSM y acabó dando la vuelta al mundo por correo electrónico. Bromas aparte, las adicciones tecnológicas se cuestionan por diferentes motivos, algunos de los cuales revisaremos a continuación.

Construcción social. La construcción social de las adicciones tecnológicas podría compararse a lo ocurrido con la aparición de la televisión, del teléfono o incluso de la radio (Warden, Phillips y Ogloff, 2004, comentan que un psicólogo tan prestigioso como Gordon Allport estaba preocupado por la forma en que las personas usaban la radio en los años treinta). Es cierto que en la sociedad moderna la familia cede, en gran medida, su papel de agente socializador a los medios de comunicación; un proceso que empezó en los años treinta con la radio y en los cincuenta con la televisión. El uso de las nuevas tecnologías introduce formas de comunicación menos controladas, más frías, solitarias y distantes. Es posible que sea necesario un periodo de adaptación a la nueva tecnología tanto para los nuevos usuarios como para los no practicantes que

también necesitan incorporar las nuevas actitudes y comportamientos que el uso de la misma conlleva. Los medios de comunicación capitalizan la inevitable suspicacia que acompaña cualquier nuevo desarrollo tecnológico como Internet y publican noticias sensacionalistas sobre la adicción a Internet o al móvil. Los artículos de opinión avisan al público de que tengan cuidado con estos nuevos trastornos y la incertidumbre resultante es suficiente para la construcción social de la categoría patológica, para que algunas personas se consideren a sí mismas como adictas y para que acudan en demanda de ayuda en una especie de profecía autocumplida. Una vez implantada en la mente del público general, es solo una cuestión de tiempo que académicos, investigadores y clínicos empiecen a investigar sobre el fenómeno. De hecho, la adicción a Internet es más popular en Google que en bases de datos de biomedicina (Medline) o psicología (PsycInfo) (Carbonell, Guardiola, Beranuy y Bellés, 2009).

Secundariaa otra adicción. Davis (2001) distingue entre las adicciones que solo son posibles en Internet (específicas) y las que son variantes de la adicción primaria (secundarias). Las adicciones a Internet secundarias forman parte de la adicción conductual que las provoca y no son auténticas adicciones tecnológicas. Comprenden la adicción al sexo (pornografía, buscar relaciones sexuales, cibersexo), al trabajo, a las compras, a jugar en bolsa y el juego patológico (casinos y apuestas deportivas virtuales). En este caso Internet actúa como proveedor de conductas reforzantes que son las que realmente tienen la capacidad de producir dependencia (Estallo, 2001; Viñas, Juan, Villar, Caparrós, Perez y Comella, 2002). Internet sería un canal por el que se expresa la adicción primaria. Lo mismo pasaría con el teléfono móvil, este puede ser el intermediario y no la dependencia en sí misma, como es el caso del teléfono "fijo" en la adicción a las líneas eróticas descrito por Guerricaechevarría y Echeburúa (1997). No se trata de una adicción tecnológica sino una forma de expresar una adicción al sexo. Internet facilita estas conductas gracias al anonimato, a la accesibilidad de las casas de apuestas y casinos virtuales, a la facilidad para transmitir

fotografías, vídeos, etc. En este sentido, Meerkerk, Van den Eijden y Garritsen (2006) postulan que las aplicaciones de Internet que generan adicción son la búsqueda de estimulación sexual y, en menor medida, el juego. Es posible que cuando se utiliza Internet la adicción primaria tenga características específicas debidas al canal utilizado.

Dependencia versus adicción. Los usuarios pueden confundir la adicción con la dependencia de un instrumento o tecnología. Podemos establecer un paralelismo con lo que sucede con un medio de transporte como es el automóvil. La sociedad actual depende del automóvil y muchas personas no podrían pasar sin él. Aunque muchas personas dependen del automóvil y algunas de ellas "abusan" del mismo, difícilmente podremos diagnosticarlas de adictas. El lenguaje popular ha identificado algunos de los síntomas del comportamiento adictivo y equipara la adicción a Internet con la dependencia del automóvil o de la electricidad. Los usuarios y la prensa también pueden caer en el error de confundir los síntomas leves y transitorios de los graves que merecen atención clínica. Por ejemplo, comerse las uñas es una conducta perjudicial y difícil de abandonar, pero nunca se ha considerado un trastorno psicológico grave merecedor de categoría diagnóstica.

-Afición o hábito. Podríamos especular si las adicciones a las TIC, en lugar de ser un trastorno psicológico, fuesen simplemente una afición desmedida, un hábito inadecuado. Muchas personas tienen hábitos o aficiones en los que invierten mucho tiempo y dinero. En algunos casos pueden ocasionar problemas de pareja, limitar el desarrollo laboral o ser un refugio psicológico ante las presiones de la vida real. En estas aficiones es posible generar una nueva identidad donde encontrar satisfacción y reforzadores ausentes en otras esferas vitales, como el trabajo o la familia. El jugador de rol en línea que consigue ejércitos y se casa con la princesa no es más patológico que el jugador de bridge o el de ajedrez, sencillamente la mediación del ordenador añade un factor de novedad que tiene que ser incorporado a la construcción social. Esta afición no es en absoluto cuestionable, pese que objetivamente pueda ser

excesiva e incluso perjudicial para él o su familia.

1.2. Breve recorrido histórico de la adicción a las TIC

Tal como hemos comentado, Gordon Allport fue el primero en preocuparse por la adicción a una tecnología de la comunicación, cuando en 1935 mostró su inquietud por la adicción a la radio. Más tarde llegó la preocupación por la adicción a la televisión. En estas dos tecnologías la interacción con la tecnología se reduce a escuchar o ver. Más tarde llegó la preocupación por la adicción al ordenador (computer addiction), en la que el usuario desempeña un papel más activo. Antes de la llegada de Internet, en los ordenadores era posible construir documentos, bases de datos y jugar a solitarios. Para que funcionara el ordenador (el hardware) era necesario un programa (software) y J.Weizembaum, director del laboratorio del MIT, se preocupó por los diseñadores de estos programas (Steve Wozniac, Steve Jobs, Bill Gates y sus amigos), a los que llamó compulsive programmers. Con la generalización de Internet se amplía exponencialmente el espectro de conductas posibles: consultar nuestro extracto bancario, navegar en busca de una buena oportunidad, comprar, buscar pareja, jugar en línea, participar en foros, compartir fotografías, tracks, canciones, tuitear, etc.

Paralelamente, se desarrolla el mundo de los videojuegos. A partir de juegos básicos como el Pong (simulación electrónica del juego ping-pong lanzado en 1972) y de las máquinas recreativas ("máquina del millón", pinballs, etc.) se desarrollan unos juegos con gráficos cada vez más sofisticados y semejantes a la figura humana con historias más complicadas. Cuando el videojuego pasa de los bares al hogar y de los adultos a los niños, se genera la preocupación por la adicción a los videojuegos. Los videojuegos se diseñan para ser absorbentes y sus entusiastas usuarios son capaces de invertir muchas horas en ellos. Otra tecnología en discordia es la del teléfono, protagonista de una rápida evolución. Del teléfono fijo al teléfono móvil y de este al smartphome. El teléfono era una tecnología familiar, controlada por los adultos, mientras que el móvil es una tecnología de uso personal de adultos y jóvenes. Al móvil se le añaden los mensajes de texto (SMS). Con los smartphomes llega el acceso a Internet y a las redes sociales y

los mensajes de texto evolucionados (apps) que permiten añadir fotografías y vídeos. Su influencia en los jóvenes occidentales es enorme. Para argumentarlo de una manera gráfica, podemos visualizar un concierto de música pop. En los años ochenta se encendían velas y en el siglo XXI se envían fotos.

Se trata pues de unos objetos o plataformas (televisión, ordenador, teléfono) con los que es posible informarse y, sobre todo, comunicarse. Esta comunicación textual se valora como a una alternativa de segundo orden a la relación face to face (cara a cara). Por su parte, las plataformas evolucionan y sus capacidades comunicativas se complementan, siendo posible el acceso a Internet desde cualquiera de ellas. Esta evolución es muy rápida y el siglo XXI ya ha fagocitado tecnologías como el messenger, los SMS y mundos virtuales como Second Life. A cambio, en estas plataformas se han desarrollado aplicaciones de comunicación basadas en Internet como las redes sociales on-line y videojuegos como los Massively Multiplayer Online Role-Playing Game (MMORPG).

1.3. El teléfono móvil

El teléfono móvil es un dispositivo técnico que permite ser desplazado de un lugar a otro y que se ha convertido en un objeto social, personal, propio, exclusivo e íntimo con el que las personas del siglo xxi han desarrollado una relación intensa. El teléfono móvil fusiona el teléfono de Bell, el telégrafo de Morse, la radio de Marconi y la informática. Hace muchos años que el ser humano intenta superar la barrera del espacio para comunicarse, de ahí el uso, entre otros, de palomas mensajeras, telegramas, cartas, postales, teléfonos, correo electrónico, chats y videoconferencias.

En paralelo al incremento de su uso y aceptación social se han considerado sus posibles consecuencias negativas en el cerebro (efectos negativos de las ondas que emiten los teléfonos móviles o las estaciones de base) y en la seguridad vial (efectos y riesgos del móvil en la conducción de vehículos a motor y bicicletas y su implicación en los accidentes de tráfico). El móvil puede ser importante en el bulling (grabación y difusión de los actos

vejatorios), en la violencia (grabación y difusión) y en el acoso sexual. Una de las consecuencias negativas que preocupa más es la posibilidad de producir adicción. Esta posibilidad nos lleva al siguiente apartado.

1.3.1. Reforzadores intrínsecos y motivación del uso de móvil

Uno de los factores que determina la capacidad de generar adicción de una sustancia son sus propiedades reforzadoras. Se acepta que cuando más intenso sea el refuerzo (efecto) y menos tiempo transcurra entre el consumo y la respuesta, más capacidad tiene la sustancia de generar dependencia. Por tanto, analizaremos las propiedades reforzadoras del uso de móvil.

-Instrumento. El teléfono móvil es además reloj de bolsillo, despertador, cámara fotográfica digital, grabadora, agenda electrónica, videoconsola, radio, mp3 o GPS. Es un instrumento multifuncional con múltiples utilidades adaptadas a la edad y rol social de su propietario.

Símbolo de identidad. El móvil es un elemento de los componentes íntimos que constituyen la esfera personal (como lo pueden ser el reloj de pulsera, la cartera, algunas fotos, el llavero, etc.) con el que se tiene una relación emocional. Nunca antes un aparato tecnológico se había convertido en un aspecto tan importante en la vida diaria de las personas, determinante para describir la identidad individual. El grado de personalización del teléfono es un factor que favorece la identidad individual y la definición de esta. El móvil se ha convertido en un objeto a través del cual se puede informar sobre su propia identificación de género, posición social y profesional, actitud hacia la sociedad, carácter, personalidad o estado de ánimo. El móvil, como la ropa, transmite información sobre la idea que se hace de sí mismo y sobre la imagen que quiere transmitir a los otros.

-Estatus social. Los móviles parecen ser una tecnología de poder para la gente joven. El número de mensajes recibidos en el móvil, el número de llamadas, de contactos en la agenda, la calidad de los juegos, de los servicios que ofrece el móvil y la marca del aparato sirven para realzar el

estatus social.

-Red social. También el móvil adquiere identidad propia cuando los usuarios forman una red social en la agenda del móvil y pueden escoger qué usuarios incluir en esa red. Esta red social está en constante evolución, el ritmo con el que se adhieren números de teléfonos en las listas de contactos es tan rápido como los números que dejamos de utilizar. Además, se puede hablar de una identidad colectiva. Las redes sociales producidas por el móvil han creado un nuevo sentido de la identidad para los diferentes grupos de gente, por ejemplo, adolescentes y jóvenes.

-Redes sociales on-line (RSO). En su poco tiempo de vida, la industria del teléfono móvil ha sabido adaptarse a las necesidades de sus usuarios o crear necesidades nuevas: los teléfonos móviles para profesionales y empresarios, los móviles sencillos para personas mayores y niños, los teléfonos para escuchar música y hacer fotos y, últimamente, el móvil para consultar las redes sociales.

Independencia. El móvil interviene significativamente en la socialización y el sentimiento de pertenencia al grupo, sobre todo, durante la adolescencia. El móvil fomenta un proceso de emancipación de los padres y actúa de barrera de seguridad frente a estos pese a ser un regalo de los padres. Así, regalar un móvil se podría entender como un ritual de paso, un regalo de iniciación a la fase juvenil de la vida, a la independencia social. Para los jóvenes, un móvil es un teléfono personal, y tener un teléfono personal al que los padres no pueden acceder significa marcar una barrera. Así, durante la adolescencia, ayuda a adquirir un sentido cada vez mayor de sí mismo y una orientación creciente hacia el grupo de iguales.

Distancias cortas. El móvil es un instrumento que facilita los contactos a corta distancia, es decir, los contactos con personas con las que nos relacionamos diariamente. Una característica típica de la juventud es que está hecha de círculos muy cerrados, de barrio, colegio, club, etc., y

el móvil es, aquí, un medio práctico para mantenerse en contacto cuando la conversación cara a cara no es posible. Cuando la red social está lejos se prefieren otros canales de comunicación, como los correos electrónicos o las RSO.

-Sensación de seguridad y control. El móvil es un instrumento de control que genera un sentimiento de seguridad en los padres, en las parejas o en uno mismo. Los padres compran los móviles a sus hijos por la necesidad de controlar y para establecer una "correa digital". Con este afán de control, los padres transmiten este sentimiento a sus hijos. Se trata de un control y una tranquilidad ficticios porque se puede mentir fácilmente sobre el lugar donde se está y porque la batería y la cobertura son limitadas. El móvil ha revolucionado el poder de los espacios y, con ello, el del control. Así, los adolescentes pueden comunicarse sin el control de los padres.

Movilidad y acceso permanente. La condición de movilidad hace que el acceso a las personas que poseen móvil se perciba como permanente. En este proceso se dan dos ilusiones, cada una en dirección opuesta a la otra: una, pensar que no estamos siendo controlados cuando en realidad uno puede ser localizado en cualquier momento y lugar, y dos, pensar que uno puede controlar a los demás cuando el móvil solo permite oír la voz de alguien o recibir un SMS o whatsapp sin saber de dónde procede realmente. Aun así, los padres prefieren creer que existe un control a dejar que sus hijos escapen de sus límites. Lo mismo podría ocurrir entre los adultos, relaciones sentimentales o laborales, aunque muchas empresas incluyen GPS en los móviles de sus trabajadores para controlar donde se encuentran.

-Diversión y juegos. El equipamiento que conlleva un móvil es muy amplio y puede convertirse en una videoconsola portátil. Y es que estar al día, jugar al último juego, sentirse integrado o estar a la moda son objetivos perseguidos por muchos jóvenes y adolescentes contemporáneos. También hay que tener en cuenta que, cada vez más, se pueden hacer más actividades lúdicas mediante el móvil como por ejemplo, apostar,

comprar, estimularse sexualmente y descargar música o vídeos.

Conciliación familiar. La evolución social de las estructuras familiares podría explicar, en parte, el auge de la telefonía personal. Podemos hablar de varios factores:

- a) La emergencia de familias monoparentales o recompuestas, particularmente demandantes de lazos telefónicos externos en razón de las características de su estructura.
- b) La democratización interna de la familia que acentúa la autonomía de los individuos y es susceptible de favorecer la difusión de una telefonía menos colectiva y más personal.
- c) La demanda de dispositivos de comunicación individuales al prolongarse la cohabitación de los hijos en el hogar parental.

Un cuarto factor es la creciente inserción profesional de la mujer aunque el móvil no ha cambiado las convenciones sociales y la mujer lo utiliza para cumplir con sus responsabilidades a través del tiempo y del espacio llevando su vida privada de responsabilidades domésticas a su mundo laboral público. Así pues, se puede hablar de nuevas constelaciones familiares y de nuevas formas de comunicación para mantener una unidad familiar.

-Significado del texto en el teléfono móvil. Los SMS representaron un auténtico fenómeno cultural: convocatorias políticas o festivas, seguimiento médico y psicológico, elemento del tratamiento, estado de los encargos en comercios o bancos, participar en programas o concursos televisivos, notificaciones oficiales, etc. De la misma forma, podemos comentar su rápido declive substituidos por los whatsapp que, además del texto, soportan fotografías o vídeos. Los SMS y los whatsapp comparten una serie de características que vale la pena comentar:

- La funcionalidad del lenguaje escrito. La descripción funcional de las

cartas es suficientemente universal como para que sea válida también en su versión electrónica, lo escrito permanece mientras que las palabras no. La información escrita, fijada y sin ninguna modificación posible tiene un valor añadido, la permanencia. Los SMS y los whatsapp no son cartas pero podrían equipararse a las tarjetas postales por su brevedad y su contenido telegráfico y condensado. Durante la navidad y fin de año se multiplican porque sustituyen las postales navideñas de una forma rápida e instantánea.

- Expresión de sentimientos. Los SMS y los whatsapp ayudan a expresar, con poca implicación directa, los sentimientos que no se quieren o no se pueden expresar oralmente. Además, responden a la necesidad impulsiva de compartir los sentimientos en el momento en que se sienten. Además, enviar un SMS o un app implica manifestar la propia presencia a su receptor y por tanto, contienen una carga simbólica importante. Todo ello hace que su uso se perciba especialmente satisfactorio y promueva lazos de mayor intimidad.
- Lenguaje abreviado y emoticonos. La necesidad de comunicar lo máximo en el mínimo espacio ha contribuido al uso intensivo de abreviaturas. Los emoticonos sirven para expresar sentimientos. El beneficio de los emoticonos en los SMS y apps es más notable que en el correo electrónico porque el espacio es más limitado ¿Qué mejor que ahorrar todavía más palabras y hacer un dibujo en representación?
- Evitación. La unilateralidad, carácter conciso, directo y sintético del SMS y del app responden a una triple necesidad: ahorrar tiempo, economizar gastos y, la más interesante, mantener el vínculo cuando no se tienen ganas de mantener una conversación telefónica.
- Respeto a la intimidad. El sonido de los SMS y apps es más discreto que el de las llamadas. Son un método fácil de comunicación para la gente tímida o para quien se encuentran en situaciones embarazosas. En Japón mucha gente joven escribe un SMS antes de telefonear para confirmar que su interlocutor está dispuesto o quiere hablar con ellos.

Ansiedad. Algunas personas sienten ansiedad cuando sus SMS o apps no son correspondidos. Esto podría ser debido a varios factores, algunos ya comentados: la inmediatez y el acceso permanente, la particularidad del lenguaje escrito y la dedicación o exclusividad que un SMS conlleva. Escribir significa un tiempo de dedicación exclusiva mientras que una llamada permite hacer otras cosas a la vez. Un usuario con un SMS o un app sin respuesta podría sentir que el tiempo invertido en escribirlo no le es correspondido con la misma intensidad. Todo ello hace aumentar la ansiedad.

1.3.2. Diferencias de uso de móvil en función del género y de la edad

En cuanto al género, el uso del móvil por parte de las chicas se caracteriza preferentemente por mantener viva su red social, mientras que los chicos lo usan más para coordinarse y jugar. La estructura de las relaciones sociales mediadas por móvil coincide con las características diferenciales de género típicas:

- a) Las mujeres aumenten su red social mediante el servicio de mensajes más que los hombres.
- b) Las mujeres utilizan el móvil para mantener contactos sociales mientras que los hombres buscan fines comerciales.
- c) Las mujeres muestran más ansiedad al usar el móvil que los hombres.

Entre los adolescentes, el móvil de las chicas es una medida de seguridad y una forma de controlar su autonomía, mientras que en los chicos el móvil está ligado a un proceso de independencia y de identidad masculina dotada de una simbología de modernidad. En algunos países, las mujeres utilizan más el móvil que los hombres porque tienen menos libertad de movimientos.

Los adolescentes usan SMS y apps para expresar un amplio espectro de emociones y sentimientos. Con ellos, los adolescentes se sienten más seguros y ponen a prueba sus habilidades sociales. Con las respuestas, sienten que sus emociones han sido correspondidas y se sienten valorados. Los jóvenes

adultos con un alto nivel de formación también se enfrentan a un tipo particular de socialización. Aspiran a posiciones de liderazgo en empresas y el móvil se adapta a la imagen de correr entre vuelos mientras reciben información y dan órdenes. De hecho, las personas de negocios tienden a usar más su móvil en condiciones de movilidad que en otras circunstancias. No se trata tanto de trazar una línea entre uno mismo y los padres como ocurre con los adolescentes, pero si se trata de trazarlo entre uno mismo y la gente de alrededor. Los adultos prefieren la telefonía de voz debido a su sincronía y practicidad. Tampoco hay tanta personalización con los aparatos, quizás porque se trata de otra generación cuya necesidad de identificación está superada. Con todo, los adultos no son ajenos a las modas y a utilizar el móvil como símbolo de estatus y de identidad. Recuérdese, por ejemplo, la migración de las Blackberrys "profesionales" hacia los iPhones, del microteclado al teclado táctil, etc.

1.4. Los videojuegos y los MMORPG

Jugar es una de las actividades humanas más importantes. Para los niños el juego representa un auténtico proyecto de investigación y, a la vez, una necesidad vital indispensable para su desarrollo. Cuando los adultos vemos a un niño jugando pensamos que lo hace porque le gusta y le divierte. Un análisis más detallado nos muestra que, además del placer, intervienen otros factores. Al lado de la dimensión gratificante del juego se sitúa la dimensión significativa del mismo, es decir, el desarrollo de aspectos sociales, de simbolismos, de capacidades intelectuales, comunicativas, emocionales y motrices. Mediante el juego el niño establece ciertas relaciones con el mundo que le rodea. El juego es un modo de expresión del niño y a través del mismo podemos acercarnos a su mundo interior.

Los juegos forman parte de nuestro repertorio conductual y la diversión es un factor clave en todas las sociedades. Por lo tanto, abundan los juegos de todo tipo, desde los típicos juegos de mesa, hasta los sofisticados juegos de ordenador o videoconsola, pasando, cómo no, por los juegos deportivos para las más diversas edades.

No obstante, el juego de los adultos puede resultar problemático. El tipo de juego que los especialistas reconocen como potencialmente adictivo es el juego de azar con recompensa económica. Además, en la actualidad los especialistas se cuestionan hasta qué punto los juegos de rol on-line, denominados Massively Multiplayer Online Role-Playing Games (MMORPG), pueden ser adictivos y se han descrito casos de adicción (Beranuy, Carbonell y Griffiths, 2012). Los MMORPG son videojuegos que permiten a miles de jugadores introducirse en un mundo virtual de forma simultánea a través de Internet e interactuar entre ellos. Son un subgénero de los juegos de rol. El jugador crea un personaje o avatar y aumenta niveles y experiencia en luchas contra otros personajes o realizando diversas aventuras (o misiones) llamadas quests. El más popular es el World of Warcraft, que cuenta con 11 millones de suscriptores en todo el mundo. Su segunda extensión, The Wrath of the Lich King, vendió 2,8 millones de copias durante las primeras 24 horas de su puesta a la venta. Otros juegos muy populares son Everquest, Final Fantasy o League of Legends.

1.4.1. Diferencias entre los videojuegos tradicionales y los MMORPG

Los MMORPG son muy diferentes a los videojuegos tradicionales. En los videojuegos tradicionales, sea cual sea su modalidad (arcade, shooter, aventura gráfica, deportivos, etc.), el jugador acostumbra a jugar en solitario contra el programa en una consola u ordenador, si bien en la actualidad ambos soportes permiten interacciones online. En cambio, la base de los MMORPG es la interacción con otros jugadores, ya que el mejor modo de progresar en estos juegos es formar grupos o clanes de jugadores con los mismos objetivos. A su vez, dentro de cada clan existen una serie de normas, roles asignados y Jerarquías y los clanes interaccionan con otros de forma compleja: alianzas, conflictos abiertos, infiltraciones, usurpaciones de identidad, etc. Por otra parte, los MMORPG, a diferencia de los videojuegos tradicionales, son juegos de carácter abierto. Los jugadores pueden escoger sus propias rutas de desarrollo argumental, y como no existe un final concreto siempre se pueden encontrar nuevos alicientes y actividades a ejecutar. Al final de una determinada misión (sea del tipo que sea: viaje, eliminación de

un personaje, búsqueda de tesoros, etc.) el jugador obtiene un premio en forma de habilidades y de información que le sitúan en una nueva disposición de cara a la continuación del juego.

Pero uno de los aspectos que más nos interesa destacar es que en los videojuegos tradicionales el jugador solo puede ocupar un determinado papel (el que dispara, el que conduce, el que salta, etc.). En cambio, en los MMORPG los jugadores poseen libertad total para determinar la caracterización de los personajes (avatar) con los que juega. En los MMORPG el jugador crea uno o más avatares con las características físicas y psíquicas que desea con los que puede jugar simultáneamente (Griffiths, Daviesy Chappell, 2003).

Otra característica propia de los MMORPG es que son un mundo persistente, es decir, un mundo que sigue su curso aunque nosotros no estemos presentes. Si un jugador, o un grupo de jugadores -un clan-, no participa del juego, este prosigue su devenir y evoluciona, cambia y se transforma (Ng y Wiemer-Hastings, 2005; Wood, Griffithsy Parke, 2007). Esta persistencia, a veces, implica una cierta obligación a Jugar. Y este mandato puede estar implicado en los usos problemáticos que se observan en algunos jugadores. Los jugadores de los clanes de Lineage, por ejemplo, saben que tal día y a tal hora deben defender sus posiciones; si no acuden a la cita, pueden perderlas.

Otro factor a tener en cuenta es su disponibilidad y accesibilidad. En los MMORPG no hay control externo de estímulos. Los MMORPG están disponibles las 24 horas del día, siete días a la semana. Ningún juego social es tan accesible. Podemos concluir, por tanto, que las semejanzas de los MMORPG con la vida real son notables, aunque sus diferencias no pasan inadvertidas. De entre todas las diferencias podemos destacar, las siguientes:

- a)En el mundo virtual de los juegos existe una impunidad absoluta. Un jugador puede destruir, asesinar, traicionar y ejecutar muchas otras conductas de este tipo, sin ser sancionado realmente por ello; si bien en ciertos juegos sí puede recibir algún tipo de penalización.

- b) Se pueden tomar actitudes de riesgo e intentar todo tipo de empresas sin ningún daño físico real.
- c) Casi todos los esfuerzos realizados en el seno del mundo virtual del juego son recompensados de un modo u otro, lo cual no siempre sucede en el mundo real. Esta impunidad, invulnerabilidad y gratificación permite la expresión de ciertas actitudes impensables en la vida real. Si bien es cierto que en los MMORPG el avatar puede ser sancionado o castigado, estas penas no alcanzan, ni tan siquiera simbólicamente, las que se darían en la realidad.

1.4.2. Gratificación y motivación en los MMORPG

Muchas personas juegan por la distracción, placer, excitación o relajación que obtienen a través del juego. Varios autores han estudiado las motivaciones que animan a los jugadores de MMORPG. Griffiths, Davies y Chappell (2004) creen que aunque en parte se juega por razones escapistas o para aliviar el estrés, el motivo más importante es de tipo social: los jugadores hacen amigos a través del juego y juegan con amigos de la vida real o familiares. En el juego también se puede experimentar sensación de equipo, aliento y diversión (Cole y Griffiths, 2007).

Para Yee (2006), los tres componentes principales son logro, socialización e inmersión. Por su parte, Cole y Griffiths (2007) identificaron cuatro motivaciones básicas para jugar:

- a) Curiosidad, asombro e interés.
- b) Estimulación cognitiva.
- c) Disfrute de un estilo de vida diferente en ambientes virtuales.
- d) Escape recreacional.

Por último, Fuster et al. (2012) obtuvieron un modelo de cuatro motivaciones: socialización (interés por entablar amistades y apoyarse

mutuamente), exploración (interés por descubrir el entorno virtual y participar de la mitología del juego y las aventuras que propone), logro (interés en el prestigio, el liderazgo y el dominio sobre otros jugadores) y disociación (interés en evadirse de la realidad e identificarse con el avatar virtual). Por tanto, todos los estudios coinciden en la importancia del componente social del juego. El estereotipo tan difundido del jugador como un ser solitario, introvertido o asocial es falso en la mayoría de los casos.

Los MMORPG pueden analizarse como espacios de vinculación y socialización entre personas (Cole y Griffiths, 2007; Lortie y Guitton, 2011). Uno de los principales componentes de la motivación para socializarse es el formar nuevas amistades, ya sea a través de grupos ad hoc, o de grupos formales y Jerarquizados conocidos como guilds (Williams et al., 2006). El socializarse en un MMORPG conlleva resolver los retos o quests que presenta el juego con la ayuda de otras personas, descubriendo las propuestas del MMORPG de forma conjunta y, en consecuencia, compartiendo los logros adquiridos por el conjunto del guild (Ducheneaut et al., 2006; Yee, 2006a). En relación con este aspecto del juego social, Longman, O'Connor y Obst (2009) mostraron que el soporte social en jugadores de World of Warcraft estaba asociado con menos síntomas psicológicos negativos y con un mayor bienestar. Así mismo, Fuster et al. (2012) predijeron una relación teórica entre unas motivaciones (socialización y exploración) con el juego adaptado y otras motivaciones (logro y disociación) con el juego desadaptado.

Por su parte, Vallerand et al. (2003) propusieron una conceptualización para discernir si el jugador se relaciona con el MMORPG de modo adaptativo o desadaptativo. Esta teorización distingue entre pasión armoniosa y pasión obsesiva. Ambos tipos de pasión refieren a la tendencia hacia una actividad que gusta a la persona y es importante para él, hasta el punto de convertirse en una actividad identitaria en la que invierte tiempo y energía considerables. Sin embargo, existen importantes diferencias entre ambos tipos de pasión. La pasión armoniosa comprende el interés por desarrollar una actividad por voluntad propia; volición que no merma durante el desarrollo de dicha

actividad. Dado que el desarrollo de la actividad apasionada está controlado por la volición del individuo, el tiempo y energía son gestionados para que no haya conflictos con otras facetas de la vida. Por otro lado, la pasión obsesiva refiere a la urgencia incontrolable que fuerza al individuo a desarrollar la actividad. Ante esta situación, el que se apasiona obsesivamente por una actividad es más propenso a tener conflictos en otras áreas de su vida.

El constructo pasión ha resultado útil en otras investigaciones sobre MMORPG de diversa índole. Przybylski, Weinstein, Ryan y Rigby (2009) mostraron cómo la pasión obsesiva se relaciona con el volumen de horas de juego, estados de tensión postjuego y el bajo disfrute del juego. En otro estudio, Lafranière, Vallerand, Donahue y Lavigne (2009) encontraron que ambas pasiones se relacionan con los afectos positivos derivados del juego, pero solo la pasión obsesiva se relaciona con afectos negativos, así como con el tiempo de juego, conductas problemáticas y síntomas físicos negativos. Por norma general, los estudios sobre la pasión postulan que pese a que ambas pasiones suelen estar presentes en el desarrollo del juego, la pasión obsesiva está más implicada en los aspectos negativos derivados del mismo (Ng y Wiemer-Hastings, 2005).

Las motivaciones podían ser excluyentes entre ellas y, por ejemplo, alguien motivado por el logro no tendría motivaciones como la socialización o la exploración, sin embargo, Yee (2006) y Fuster et al. (2012) observaron que las motivaciones no son autoexcluyentes y que, en algunos casos, están fuertemente relacionadas. Por otro lado, Crowe (2010), define los MMORPG como espacios donde desarrollar la exploración de nuevos aspectos de la propia identidad. Ese juego de identidades facilitado por los MMORPG se ha discutido como fuente de su potencial adictivo (Smahel, Blinkay Ledabyl, 2008), en especial por su componente disociativo (Fuster et al. 2012).

1.5. Las redes sociales on-line

En el transcurso de los últimos años, la popularidad de las redes sociales on-line (RSO) ha propiciado el incremento del interés científico por ellas (Wilson, Gosling y Graham, 2012). En España, Facebook, Twitter, MySpace

y la española Tuenti representan la tercera categoría más visitada de Internet, siendo Facebook la más frecuentada (ComScore, 2011 y 2012). Las RSO permiten que los usuarios dispongan de su página web (home page), donde crear un perfil para colgar imágenes, contar cómo son, hablar de sus gustos e intereses y compartir todo tipo de información con sus contactos o con su lista de amigos. Son comunidades virtuales en las que se exponen datos en distintos formatos (fotografías, vídeos, links, etc.) que los demás usuarios pueden visualizar y también comentar. Igualmente, cada usuario puede visitar el perfil de sus contactos y comentar lo expuesto. Los usuarios pueden también formar parte de diferentes grupos dentro de una misma RSO, encontrándose en ellas múltiples comunidades o grupos de personas (Boyd y Ellison, 2007). El interés científico por las RSO se centra en aspectos sociales y psicológicos, siendo uno de los más estudiados la identidad y el género (Renau, Oberst y Carbonell, 2012). Otros temas son la privacidad, las relaciones de pareja, la soledad y, en menor medida, su posible capacidad adictiva.

1.5.1. Redes sociales en línea e identidad

Las RSO actúan como un espejo de nuestra presentación en sociedad. Back et al. (2010) hacen hincapié en que las RSO integran varias fuentes de información personal que actúan como espejo de los diferentes entornos de la persona, como pueden ser los pensamientos privados, las imágenes faciales, el comportamiento social, etc. El entorno on-line aumenta las posibilidades de expresión, rendimiento y control de la información transmitida, es decir, los usuarios de las RSO pueden construir una o más identidades on-line que les permite controlar en todo momento los aspectos que quieren mostrar (Walther, 2007). Para Valkenburg, Schouten y Peter (2005), los adolescentes tienden a experimentar con su identidad en Internet, por ejemplo, hablando con extraños y observando sus respuestas.

Estos múltiples perfiles están dirigidos a contactos diferentes (como pueden ser los de una red social, en la que los contactos son laborales, y otra, en la que son amigos y familiares). Otros autores hablan de identidades fragmentadas y del riesgo que esto supone, especialmente para los

adolescentes (Brivio Ibarra, 2010). Por tanto, las RSO se presentan como una oportunidad para formarse y desarrollar posibles yos (selves), especialmente en los jóvenes adultos (Gomales y Hancock, 2010). Otros estudios sugieren que las RSO son utilizadas para expresar y crear un "self ideal" (Back et al., 2010; Manago, Graham, Greenfield y Salikman, 2008) que representaría la persona que nos gustaría ser. Siguiendo esta línea, la identidad virtual que podemos encontrar en los perfiles de los usuarios refleja, en algunos casos, características idealizadas que no se encuentran en la personalidad real (Back et al., 2010). Toda esta modulación tiene efectos psicológicos en los usuarios. Por ejemplo, para Urista, Dong y Day (2009), la mayoría de jóvenes que utilizaban las redes sociales on-line para crear una identidad virtual que tenía semejanzas con un yo idealizado, poseían un estatus social y una autoestima elevados, tanto en el mundo real como on-line. En resumen, la identidad presentada en las RSO no es "fragmentada" o "disociada", sino que el individuo puede mostrarse de manera diferente en un entorno en línea y real, sin que ello represente necesariamente una alienación.

1.5.2. Redes sociales en línea y estereotipos de género

Cuando hablamos de identidad no podemos dejar de lado el concepto de género. La sociedad mantiene una serie de planteamientos sobre lo que supone ser hombre o mujer, y lo transmite a sus miembros a través de múltiples procedimientos. Por ejemplo, en Facebook las mujeres tienden a revelar más información que los hombres posiblemente porque las mujeres han sido socializadas para ser más abiertas, empáticas y reveladoras, mientras que los hombres tienden a ser más cerrados, menos expresivos y menos emocionales (Petronio y Martin, 1986). Los estudios sobre estereotipos de género permiten deducir que las imágenes prototípicas de hombres y mujeres se mantienen estáticas a pesar de los cambios sociales (López-Sáez, Morales y Lisbona, 2008). Cartensen (2009), al analizar las relaciones de género en las RSO, los wikis y los weblogs, detecta que en las redes sociales aparece frecuentemente la diferenciación de roles de género en la presentación del propio perfil. De forma similar, los usuarios de Facebook participan en el fomento de los estereotipos de género, porque los usuarios procuran que la

forma de presentarse en sus perfiles corresponda al modelo femenino o masculino adecuado. En este estudio, las mujeres tenían una lista más larga de amistades, estaban vinculadas a un mayor número de grupos, incluían más fotografías (con una imagen atractiva) y sus perfiles eran más largos que los de los hombres. Por el contrario, los hombres daban una imagen de acuerdo con los intereses masculinos, lo que señala que su necesidad para socializarse es menos intensa. El autor concluye que Facebook permite ayudar a la construcción de la identidad a la vez que mantiene los estereotipos de género clásicos.

Valkenburg et al. (2005) concluyen que a menudo las chicas utilizan estereotipos de género en sus presentaciones on-line y procuran aparecer atractivas, de la misma manera que los chicos quieren mostrar sus características más masculinizadas. Se aprecia, especialmente en la adolescencia, que las imágenes prototípicas de hombres y mujeres concuerdan con los estereotipos de género. Sin embargo, cuando Martínez, Navarro y Yubero (2009) compararon la imagen que tenían chicos y chicas sobre sí mismos y la imagen que tenían sobre los hombres y las mujeres de la población en general, encontraron que cuando se describen a ellos mismos muestran una imagen menos estereotipada que las personas de su sexo.

La presentación sexualizada de la mujer en las redes sociales se corresponde con la sexualización del cuerpo femenino en los medios de comunicación. Así pues, las mujeres encuentran que tienen que afrontar y negociar su postura hacia esos valores sociales, pero al mismo tiempo forman parte de ellos (White, 2002). Consecuentemente, muchas usuarias de RSO las utilizan para mostrar una estética más atractiva con la intención de ganar admiradores y amistades (Urista et al. 2009). En definitiva, los estereotipos de género clásicos están presentes en las RSO en tanto que son generados y mantenidos por la propia estructura social, y el individuo las seguirá o no en función de las respuestas que obtenga por parte de su entorno social.

1.5.3. Redes sociales en línea y adicción

Sin duda, muchos adolescentes y jóvenes invierten mucho tiempo en las

redes sociales on-line. Pese a su juventud, algunas RSO ya han vivido una etapa de esplendor y otra de declive, incluso hasta llegar a su desaparición, como es el caso de Messenger. Así, en la biografía de muchos universitarios (adultos jóvenes) encontramos comentarios sobre la etapa de su adolescencia que pasaron enganchados o viciados al Messenger. La aplicación de Internet que más satisface las necesidades humanas de comunicación, soporte social, búsqueda de relaciones, formación de la personalidad es, sin duda, las RSO. La evolución técnica que permite consultarlas en dispositivos móviles como teléfonos y tabletas, la inmediatez del mensaje, la posibilidad de añadir fotos y vídeos, etc., hace que jóvenes y adolescentes encuentren en ellas el medio óptimo para satisfacer sus necesidades gregarias. El uso intensivo de RSO preocupa por la disminución del rendimiento académico, la soledad paradójica y por su posible uso adictivo (Echeburua y De Corral, 2010; García, 2013). Kittinger, Correia e Irons (2012) encontraron que los estudiantes que usaban más Facebook tendían a puntuar más alto en el Internet Addiction Test de Young. Por su parte, Andreassen, Torsheim, Brunborg y Pallesen (2012) construyeron la Facebook Addiction Scale y encontraron que correlacionaba positivamente con neuroticismo y extraversión y negativamente con Conscientiousness.

1.6. Prevalencia del uso adictivo de internet, videojuegos y móvil

En la literatura científica se han descrito una gran variedad de casos clínicos de adictos a Internet en países como Estados Unidos, Reino Unido, España e Italia. De todas formas, muchos de estos casos nunca solicitaron tratamiento por su adicción a Internet y fueron detectados en unidades psiquiátricas, y en otros estudios se identificó a los posibles adictos mediante encuestas administradas a población general o estudiantes y universitarios y ninguno de los que obtuvieron puntuaciones altas había solicitado tratamiento (Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst, 2008).

La mayoría de los datos relativos a la prevalencia se han obtenido mediante encuestas a muestras autoseleccionadas, en las que se pedía responder un cuestionario sobre adicción a Internet. Por este método se obtienen tasas de personas con problemas de adicción o uso excesivo que varían entre el 6% y

el 66,4%. En las encuestas a estudiantes, donde responden todos los miembros del grupo seleccionado, el porcentaje de personas que se consideran adictas es menor que en los estudios con muestras autoseleccionadas, entre el 4% y el 18%. Si utilizamos criterios de adicción más restrictivos, los porcentajes en población general y en estudiantes se reducen drásticamente (Charlton y Danforth, 2007). En todo caso, creemos que en los cuestionarios para evaluar la adicción a Internet por medio de encuestas el porcentaje de adictos "reales" puede estar sobrerrepresentado (Sánchez-Carbonell et al., 2008).

1.6.1. La situación en España

Los porcentajes reportados de prevalencia del consumo problemático de internet en los estudios españoles varían entre el 3,7% y el 9,9% (para una revisión ver Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst, 2012). El uso problemático fue mayor entre los más jóvenes. En estos estudios, las aplicaciones más utilizadas fueron webs académicas, chats (especialmente messenger) y correo electrónico. Estos resultados sugieren que algunos estudiantes tienen problemas con el uso de Internet y que el uso problemático se asocia con las aplicaciones relacionadas con la denominada comunicación mediada por ordenador. En el caso de chats, como messenger, la consecuencia negativa más relevante parece ser la pérdida de tiempo, mientras que el aspecto positivo es mantener las relaciones sociales con amigos y conocidos y ampliar la red social.

Se observa una relación entre el uso problemático y el tiempo conectado. Pese a la evidencia de esta relación, la duración de la conexión no tiene por qué ser la causa del daño psicológico (Griffiths, 2010) porque no hay una relación causa-efecto entre el tiempo conectado y los problemas psicológicos, tal como se observa en las personas que permanecen ocho horas al día o más conectados a Internet por razones laborales o académicas y no desarrollan ningún trastorno psíquico o deterioro. Estos resultados también parecen indicar que el género no está relacionado con el uso problemático de Internet, aunque los hombres utilizan más tiempo las TIC.

1.6.2. Uso problemático de teléfono móvil

Las tasas reportadas de prevalencia del consumo problemático de teléfono móvil en los estudios españoles varían desde el 2,8% hasta el 26,1%. Los resultados de los estudios españoles sugieren que las mujeres tienen más dificultades con el uso del teléfono y perciben su uso como más problemático que los hombres (Carbonell, Fuster, Chamarroy Oberst, 2012). Para Chóliz, Villanueva y Chóliz (2009), las chicas utilizan más el móvil para enfrentarse a estados de ánimo displacenteros. Un factor que emerge como indicador de uso problemático son las consultas frecuentes del móvil, lo que podría indicar la importancia de los mensajes de texto.

Aun así, hay otros elementos, que puede proporcionar información adicional sobre la percepción del uso problemático del móvil. Por ejemplo, algunas personas pueden confundir la dependencia de una tecnología con una conducta adictiva. Por esta razón, algunas personas se consideran adictos al móvil, porque nunca salen de casa sin él o porque no lo apagan por la noche, factores que ya no son determinantes en el uso del móvil en la segunda década del siglo XXI. Finalmente, existe la importancia de los costes económicos. La diferencia crucial entre algunas formas de juego y el juego patológico es que estas últimas implican un coste financiero. Los gastos importantes pueden ser indicativos de una adicción al móvil pero las facturas de teléfono de los adolescentes a menudo son pagadas por los padres; por lo tanto, los problemas financieros pueden no afectar a los propios usuarios.

1.6.3. Grupos de riesgo

El uso problemático de Internet puede darse en personas pertenecientes a cualquier grupo de edad, social o económico. Sin embargo, parece que algunos grupos pueden ser más propensos a desarrollar una adicción u otro trastorno psicológico relacionado con el uso de alguna de las aplicaciones de Internet. Estos grupos son: personas que atraviesan determinadas situaciones (separación, jubilación, dedicación exclusiva al hogar, por ejemplo); personas con limitaciones de comunicación o de movimiento; personas que utilizan Internet para conocer gente, conseguir soporte emocional, buscar

estimulación sexual, compañía, comunicación o amor; personas aquejadas de trastornos psiquiátricos o trastornos de personalidad; ex alcohólicos y otros ex adictos; y personas con determinadas características de personalidad como baja autoestima, sentimiento de inadecuación, necesidad de sentirse querido y reconocido, infelicidad, carencias afectivas, inseguridad, soledad, búsqueda de sensaciones, propensión a la fantasía, timidez, falta de habilidades sociales y propensión a crearse una identidad ficticia. Además, es más probable que los síntomas afecten a los inexpertos que se inician en el manejo de la Red, a los adolescentes, dadas las características propias de este momento evolutivo y a los estudiantes universitarios porque muchos viven lejos de su hogar, inician o llevan una nueva vida estresante y desconocida, tienen la necesidad de contactar con los amigos situados en otros lugares y disponen de libre acceso a Internet en facultades y residencias (Sánchez-Carbonell et al., 2008).

En el caso del teléfono móvil, el grupo de más riesgo son los adolescentes y los jóvenes. Los adolescentes son vulnerables porque no tienen un control completo de sus impulsos, son más fácilmente influenciados por campañas publicitarias y comerciales y han aceptado el móvil como un símbolo de estatus, provocando sentimientos negativos y problemas de autoestima en los que no tienen móvil y en los que no reciben tantos SMS o llamadas como sus compañeros. Los jóvenes extrovertidos y con baja autoestima tienen un riesgo especial porque necesitan la valoración de los demás a través de SMS y llamadas y porque tienden a enviar señales de existencia a sus contactos de una forma más compulsiva. Igualmente se apunta que tienen más riesgo las personas con baja autoestima, problemas con la aceptación del propio cuerpo y déficit en habilidades sociales y en resolución de conflictos.

1.7. El DSM-5 y la adicción a los videojuegos

1.7.1. El DSM-5 y las adicciones conductuales

El DSM siempre ha sido reacio a reconocer que las adicciones conductuales son un trastorno mental. En el DSM-IV y en el DSM-IV-TR se incluía el juego patológico en el apartado de Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados. Sin embargo esta tendencia ha cambiado en el

DSM-V (APA, 2013). El gambling se incluye en el capítulo de Substance-related and addictive disorders con el argumento de que las conductas de juego activan sistemas de recompensa similares a los que activan las drogas y producen algunos síntomas conductuales comparables a los producidos por sustancias.

Otro indicador de este cambio de tendencia es que en la sección III, reservada a las condiciones que requieren estudio posterior, se ha incluido el Trastorno por Juego en Internet (Internet Gaming Disorder). Se especifica que solo se incluyen en este trastorno los juegos de Internet sin apuestas y que no se incluyen las actividades recreacionales o sociales, las profesionales ni las páginas sexuales. Cuando el trastorno por juego con dinero se realiza en Internet, el DSM-V establece que se trata de un trastorno por juego (gambling), juego en el que se arriesga algo de valor - dinero habitualmente - con la esperanza de obtener algo de mayor valor, y no de un trastorno por juego en Internet en el que se juega sin dinero (gaming). La característica esencial de la adicción a los videojuegos (hacemos en este caso una traducción libre de Internet Gaming Disorder) es la participación recurrente y persistente durante muchas en videojuegos, normalmente grupales, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo. Un aspecto significativo es que la participación en estos videojuegos implica interacciones sociales y, frecuentemente, el juego en equipo. El DSM-V contempla hasta nueve síntomas posibles de los que es necesario cumplir al menos cinco por un periodo continuado de 12 meses. Sorprende que incluya síntomas de abstinencia (ansiedad, irritabilidad o tristeza), pero, en este caso, sin síntomas físicos de abstinencia farmacológica.

¿Por qué incluir la adicción a videojuegos y no otras adicciones conductuales? En 1995, el psiquiatra Ivan K. Goldberg publicó en su foro una parodia del DSM y se inventó un nuevo trastorno, el Síndrome de Adicción a Internet. En 1996, Young presentó su comunicación Internet addiction: The emergent of a new disorder en el congreso de la American Psychological Association, celebrado en Toronto. Desde entonces el tema ha sido ampliamente discutido en los medios de comunicación y en la literatura

científica (Carbonell, Guardiola et al., 2009) y el interés por la posible adicción a los videojuegos, juegos de rol on-line, televisión y teléfonos móviles ha dado lugar a lo que se ha denominado adicciones tecnológicas. En este sentido, el punto esencial del manual es que contempla la adicción a una aplicación de Internet, los videojuegos en línea, pero no tiene en cuenta una hipotética adicción a Internet (cuadro 1.1).

Cuadro 1.1. Las adicciones conductuales en el DSM-IV y en el DSM-V

<i>DSM-IV y DSM-IV-TR</i>
<i>Eje I</i>
• Trastornos relacionados con sustancias: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis... • Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados: trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotolomanía.
<i>DSM-V*</i>
<i>Axis I</i>
Substance-related and addictive disorders.
• Substance-related disorders: alcohol, caffeine, cannabis, hallucinogens, inhalants ... • Non substance-related disorders: gambling disorders.
<i>Section 3</i>
• Internet Gaming Disorder.

* Al no disponer de la traducción oficial al español hemos utilizado los términos en inglés.

Así, al ser recogida en el DSM-5 la adicción a los videojuegos en línea ha recibido el necesario espaldarazo científico. El mismo manual especifica que no incorpora otras adicciones conductuales, como "adicción al sexo", "adicción al ejercicio" o "adicción a las compras" porque no hay suficiente evidencia para establecer los criterios diagnósticos y las descripciones del curso de la enfermedad necesarias para establecer estas conductas como trastornos mentales. El DSM-V deja una puerta abierta cuando apunta que esta categoría puede incluir otros videojuegos (non-Internet computerized games) aunque hayan sido menos investigados. Posiblemente se refiere a los videojuegos que se juegan en la consola u ordenador con o sin conexión a Internet pero que no son ni mundos persistentes ni permiten crear personajes ni son abiertos.

Sin embargo, el DSM-5 no considera otras posibles adicciones tecnológicas. La adicción al móvil, por ejemplo, no merece ni un comentario en la nueva edición (cuadro 1.2). ¿A qué se debe este posicionamiento? En nuestra opinión se debe a que el mal uso de las tecnologías de la información y la comunicación puede catalogarse como conductas excesivas, que pueden ocasionar negativas consecuencias familiares leves, sobre todo en jóvenes y adolescentes, también pueden considerarse malestares transitorios, que remitirán espontáneamente al cabo de un tiempo, estados evolutivos en los que la comunicación con los pares es vivida como esencial o, por último, necesarias adaptaciones a un nuevo instrumento de comunicación. Pero la comunicación en sí no puede ser adictiva, esa comunicación debe de cumplir algún otro criterio para ser considerada una patología mental.

Cuadro 1.2. Las adicciones conductuales a partir del DSM-V

<i>Juego Patológico: Eje I, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.</i>
<i>Adicción al sexo, adicción al ejercicio y adicción a las compras: No hay suficiente evidencia para establecer los criterios diagnósticos y las descripciones del curso de la enfermedad necesarias para establecer estas conductas como trastornos mentales.</i>
<i>Adicciones tecnológicas</i>
• Internet Gaming Disorder: Condición que merece un estudio posterior. • Redes sociales <i>online</i> como Facebook y pornografía en línea: No se consideran análogas al Internet Gaming Disorder. • Adicción a Internet: El uso recreacional o social de internet no es un trastorno. • Adicción al móvil: no se menciona en el manual.

1.7.2. Las horas de juego y la comunicación alterada de identidad

¿Qué elemento distinguiría una adicción de que hemos denominado conducta excesiva, malestar transitorio o adaptación tecnológica? Si pensamos en una sustancia tan extendida como el alcohol, nos damos cuenta que el alcohol es una bebida y que solo algunas bebidas, las que contienen alcohol pueden ser adictivas. Algo similar ocurre con el juego. Hay muchos tipos de juego practicados por niños y adultos pero solo se considera juego patológico el que implica apuestas y, por tanto, existe la posibilidad de ganar o perder dinero.

¿Cuál podría ser este elemento? Aunque las horas de juego se han utilizado como indicador crítico para identificar adictos tecnológicos, Charlton y Danforth (2007) y Wood et al. (2007) remarcan el carácter cualitativo del tiempo dedicado al juego. Las horas de juego serían algo a valorar y tener en cuenta al analizar cómo se desarrolla el juego, pero en ningún caso un indicador fiable para delimitar la frontera de la dependencia. Para (Fuster et al., 2012), la cantidad de horas dedicadas al juego no es un criterio que pueda definir a un posible adicto a un MMORPG aunque se encontró un subgrupo de jugadores (14,6%) que dedicaba auténticas jornadas laborales (40 horas semanales) a esta actividad. Según Griffiths (2010), es posible jugar en exceso, pero no todos los jugadores excesivos son adictos.

El factor diferencial que permite a un juego tener potencial adictivo podrían ser las consecuencias negativas del juego (Griffiths, 2010; Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro, y Oberst, 2008). No sería tan importante las horas invertidas en el ordenador como sus consecuencias: familiares, sociales, académicas, etc. Un pensionista y un universitario podrían consultar redes sociales el mismo número de horas diarias pero las consecuencias podrían ser muy diferentes en ambos casos.

Para Carbonell et al. (2012), el efecto perjudicial se produce con más frecuencia en caso de existir comunicaciones alteradas de identidad. Las comunicaciones alteradas de identidad pueden llegar a ser patológicas porque la persona se instala en una identidad falsa que le proporciona más satisfacción que la identidad real. La sana fantasía diurna y la necesaria evasión de la vida cotidiana solo pueden ser patológicas si el personaje es vivenciado como más real que la persona. En base a esta hipótesis, la única tecnología adictiva serían los videojuegos tipo MMORPG.

En nuestra opinión, las aplicaciones de comunicación en tiempo real donde el usuario no necesita identificarse (por ejemplo, salas de chat donde normalmente se oculta la verdadera identidad, o Juegos de rol en línea donde se utilizan avatares y en los que la identidad se puede ocultar o alterar), son los que mejor explican este uso problemático y confirman las primeras especulaciones en el campo y el reciente trabajo empírico (Widyanto,

Griffiths y Brunsten, 2011). Así, podemos distinguir el uso de chats, como el messenger, o la participación en redes sociales, como Facebook, Tuenti o Twitter, o las conversaciones telefónicas de otras aplicaciones que incluyen la comunicación alterada de identidad. En las comunicaciones alteradas de identidad, el juego identitario puede llegar a ser problemático porque la vivencia de la identidad falsa tiene la capacidad proporcionar mayor satisfacción que su verdadero yo (Carbonell, Talara, Beranuy y Oberst, 2009). El avatar pasa a ser más importante que el jugador. El jugador volvería al mundo real para alimentarse y descansar pero su verdadera vida se desarrollaría en el mundo virtual. Desde esta perspectiva, Internet tiene tres usos diferenciados: información (ya sea relacionado con el trabajo, la formación o el ocio), comunicación (por ejemplo, redes, sociales, correo electrónico, etc.), y la alteración de identidad (por ejemplo, juegos en línea y algunos chats); este último uso sería el único que tiene riesgo de generar adicción. La adicción a videojuegos solo podría ocurrir si se utilizan comunicaciones alteradas de identidad sin la protección de la relación social cara a cara con otros compañeros de juego. De hecho, se han descrito casos de adictos a estos juegos en el mundo occidental, pero donde esta adicción se diagnostica más prolijamente es en algunos países orientales como Corea del Sur, Taiwán y China.

Un razonamiento similar podemos utilizar en el caso del teléfono. El uso tradicional de los teléfonos móviles ha sido la comunicación. Ya que las llamadas, SMS y apps se intercambian con personas cuya identidad se conoce, no hay comunicación alterada de identidad y, por lo tanto, el riesgo de uso adictivo es, desde nuestra perspectiva, muy bajo.

El DSM V no puede nacer exento de polémica pero, sin duda alguna, su punto de vista sobre las conductas adictivas supone una evolución en su consideración patológica y una llamada de atención para los que catalogan (¿alegremente?) como adicciones problemas que merecen una consideración menor o su clasificación en otro apartado. O'Brien, presidente del grupo de trabajo de los trastornos por consumo de sustancias del DSM-5, considera que la inclusión de la adicción a los videojuegos en la sección 3 del manual

abre las discusiones sobre otras "adicciones conductuales" (Petry y O'Brien, 2013). La inclusión del juego patológico en el mismo capítulo que las adicciones con sustancia así lo sugiere.

2

Detección y evaluación

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han experimentado en muy pocos años una rapidísima expansión en las sociedades contemporáneas, consiguiendo un papel preponderante en cómo nos informamos, cómo nos divertimos y cómo nos relacionamos. Tener en casa conexión a Internet es normal, la venta de teléfonos móviles inteligentes se ha incrementado exponencialmente y la industria de los videojuegos es uno de los negocios más rentables.

La incorporación de las TIC a nuestros actos diarios ha implicado una revolución en la manera como nos comportamos, generando, en algunos casos, dudas o debates sobre si se utilizan de forma correcta. Como es habitual ante una situación de cambio, uno se pregunta sobre los beneficios y los inconvenientes que comporta. ¿Es normal tener que contestar todos los mensajes al instante independientemente de dónde o con quién estés?, ¿cómo puede ser que la manera de pasarlo bien sea quedarse encerrado en el cuarto jugando al ordenador con personas que no conoces?, ¿qué necesidad hay de informar a todo el mundo de lo que haces en cada momento?

Ahora bien, no todo entra en el rango de la normalidad y de los cambios sociológicos derivados de la incorporación de las TIC. Cada vez son más las voces que alertan del riesgo potencial de un uso excesivo de Internet o de los videojuegos. Hay una especial preocupación por las consecuencias de su uso en adolescentes. Los padres se enfrentan a dudas sobre si sus hijos tienen o no una adicción y cuáles son las repercusiones del uso excesivo. En consecuencia, los servicios de psiquiatría y las unidades de conductas adictivas, sobre todo las infanto-juveniles, han ido recibiendo un goteo de demandas de tratamiento de padres que piensan que sus hijos usan de forma

adictiva algunas aplicaciones (juegos o mensajería) que generan una alta interferencia en sus actividades diarias, tanto académicas, como familiares y relacionales. Demanda a la que se debe dar respuesta, siendo la evaluación el primer paso.

2.1. Adicción a Internet

Para evaluar la Adicción a Internet (AI), primero debemos tener presente los dos elementos diagnósticos esenciales de las adicciones: en primer lugar, la dependencia psicológica que incluye el deseo o ansia, la focalización atencional, la modificación del estado de ánimo y la pérdida de control, y en segundo lugar, la presencia de efectos perjudiciales, tanto intrapersonales (experimentación de malestar) como interpersonales (trabajo, estudios, amigos, etc.) (Sánchez-Carbonell et al., 2008).

La nomenclatura de la AI y por consiguiente su conceptualización ha ido modificándose a lo largo de los años, pasando por la Internet Adiction de Young en 1998, a la Computer Adiction de Charlton en 2002, o al Problematic Internet Use de Aboujaoude et al., en 2006. Shapira et al. (2003) propusieron que los adictos a Internet debían cumplir con los dos elementos esenciales de las adicciones: la presencia de una preocupación desadaptativa donde la persona considera Internet irresistible o está conectada un tiempo muy superior al esperado y la aparición de consecuencias sociales, laborales o en otras áreas que generen un malestar clínicamente significativo. Ko et al. (2009) propusieron unos criterios para identificar la AI en adolescentes que tuvieron una buena aceptación a nivel internacional. Estos autores establecían que para diagnosticar una AI debe existir un patrón de uso desadaptativo que produce un malestar clínicamente significativo de más de 3 meses de duración. Además, han de estar presentes seis o más de los siguientes síntomas:

- 1.Preocupación excesiva por las actividades de Internet.
- 2.Dificultades para controlar el impulso de uso.

3. Tolerancia, entendida como una necesidad de aumentar el tiempo de uso de Internet para sentir la misma satisfacción.
4. Síndrome de abstinencia, caracterizado por disforia, ansiedad, irritabilidad y aburrimiento que remiten cuando reinicia el uso de Internet.
5. Estar conectado más tiempo de lo planeado.
6. Presentar un deseo persistente o intento fallidos de suprimir o reducir el uso de Internet.
7. Pasar un tiempo excesivo realizando actividades que impliquen el uso de Internet.
8. Excesiva dedicación para conseguir acceso a Internet.
9. Uso continuado de Internet aun sabiendo las repercusiones físicas y psíquicas que supone el uso exagerado de Internet.

Paralelamente, dicho patrón de uso genera consecuencias. El joven también presenta desajustes sociales en uno o más de sus contextos; por ejemplo, sus obligaciones en la escuela o casa, en las relaciones sociales o saltándose las reglas escolares que guían la conducta del uso de Internet.

Ko, Tao et al., en 2010, con el objetivo de discriminar las personas dependientes de las no dependientes en población general, realizaron una nueva propuesta de los criterios diagnósticos de Adicción a Internet:

a) Todos los síntomas siguientes deben estar presentes:

- Preocupación con Internet.

- Abstinencia, manifestada con humor disfórico, irritabilidad o aburrimiento después de algunos días de conexión.

-Al menos uno de los siguientes:

- Tolerancia. Marcado incremento del uso de Internet para satisfacerse.
- Uso continuado de Internet a pesar de ser conocedor de las consecuencias negativas asociadas.
- Pérdida de intereses o aficiones como resultado directo del uso de Internet.
- Utilización de Internet como vía de escape o refugio de emociones negativas.

b)Criterios de exclusión. El uso excesivo de Internet no se explica mejor por un trastorno psicótico o bipolar.

c)Deterioro clínicamente significativo. Pérdida de relaciones significativas, de empleo, académico o de oportunidades.

d)Curso. La duración de la adicción a Internet se debe producir durante los últimos tres meses, con un mínimo de 6 horas al día de uso (descontando las laborales o académicas).

Actualmente, el principal escollo al que se enfrenta la Adicción a Internet y su evaluación es su "inexistencia". Los dos principales manuales para diagnosticar los trastornos mentales, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) no lo reconocían como una enfermedad a pesar de las altas prevalencias reportadas, así como de sus consecuencias y problemas asociados. El cúmulo de evidencias a su favor hacían esperable que la Asociación Americana de Psiquiatría incorporase el diagnóstico de adicción a Internet en la S.a edición del DSM (Block, 2008). Sin embargo, finalmente solo la "Adicción al juego a través de Internet" ha sido incluida en este manual, y no en el apartado de "Trastornos por uso de sustancias y adicciones" como el juego patológico, sino en el anexo III de "Trastornos que requieren mayor investigación" (APA, 2012) (cuadro 2.1).

Cuadro 2.1. Criterios propuestos para el diagnóstico de "Adicción al juego a través de Internet" (DSM-5. APA, 2012) (se deben cumplir cinco criterios en un periodo de 12 meses)

1.	Preocupación con el juego a través de Internet.
2.	Síntomas de abstinencia cuando se impide el acceso a Internet para jugar.
3.	Tolerancia (necesidad de más tiempo de juego cada vez).
4.	Intentos infructuosos de controlar el uso de Internet para jugar.
5.	Pérdida de interés en otras actividades académicas, laborales, sociales o lúdicas.
6.	Se continúa jugando en exceso, a pesar de conocer los problemas psicosociales que ocasiona el juego a través de Internet.
7.	Engañar a familiares, amigos u otros con respecto a la cantidad de tiempo en Internet para jugar.
8.	Uso de Internet para escapar del malestar emocional o para mejorar el estado de ánimo.
9.	Perder o poner en peligro una relación significativa, un trabajo, una oportunidad educativa o profesional, como consecuencia del juego a través de Internet.

En relación a la adicción al juego a través de Internet, Griffiths (2000) establecía que la conducta adictiva se caracterizaba por seis aspectos básicos: saliencia, modificación del estado de ánimo, tolerancia, conflicto, recaída y retirada. Argumentó que el uso problemático de la red podría estar relacionado con los trastornos del control de los impulsos o con los comportamientos compulsivos y obsesivos, por lo que la traslación de criterios diagnósticos a la adicción a los ordenadores sería lícita. A pesar de los aspectos positivos de los juegos de ordenador, él apuntó que el uso excesivo podía provocar adicción si se jugaba 24 horas al día durante 7 días a la semana y en algunos casos podría desembocar en un problema con el juego. En 2009, Griffiths y Meredith describieron que los adictos a los videojuegos presentan síntomas psicológicos y físicos. Los síntomas psicológicos incluyen la sensación de bienestar o euforia cuando se está conectado, la dificultad para parar de jugar, el ansia por estar más tiempo conectado, el descuido de la familia y los amigos, la sensación de vacío, depresión o irritabilidad cuando no se está con el ordenador, el mentir a la familia o en el trabajo sobre el uso del ordenador y los problemas escolares o laborales. Los síntomas físicos incluyen el síndrome del túnel carpiano (que

provoca adormecimiento y dolor de las manos), la sequedad ocular, el dolor de cabeza, el dolor de espalda, los desórdenes alimentarios (por ejemplo, saltarse comidas) y los problemas de sueño (por ejemplo, cambio del patrón del sueño).

2.2. El adolescente con adicción

La sobreutilización de Internet suele ser una problemática de la gente joven, sobre todo de los adolescentes. La adolescencia está repleta de cambios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales y es fundamental en la maduración de la persona, siendo la etapa de transición entre la infancia y la vida adulta. Se caracteriza por la curiosidad, la experimentación y la necesidad de distanciarse de los progenitores con el consiguiente reclamo de libertad. Además, es la etapa donde aparecen los secretos, los amigos adquieren mucha importancia y en consecuencia las TIC son un facilitador para poder hacerlo. Los adolescentes han integrado a las TIC en su rutina diaria y ello inquieta a algunos padres que desconocen el mundo on-line y por tanto pierden parte del control sobre ellos. Es entonces cuando surgen dudas, como si es normal que los hijos "hablen" tanto por el WhatsApp, o si deben o no comprarles un teléfono móvil a edades tempranas.

Lo más normal es que el adolescente esté mucho tiempo utilizando las nuevas tecnologías sin perder el control, pero puede existir un momento en el que una conducta equivocada se instaure de tal manera que ya le es imposible una marcha atrás. Así podemos encontrar múltiples situaciones donde el adolescente genere un uso del que no sea capaz de parar por sí mismo. Por ejemplo, puede suceder que esté pasando un mal momento y que se refugie momentáneamente en el juego pero que una vez solucionado el malestar ya no pueda dejar de jugar o que esté pasando una típica crisis adolescente discuta con los amigos y pierda el contacto con ellos y su única manera de relacionarse y comunicarse con nuevas personas sea a través de chats.

Para valorar un problema mental en un adolescente es importante tener presente que en los momentos iniciales de cualquier proceso patológico puede ser difícil diferenciar entre la conducta normal y la que está provocada

por una adicción incipiente. Como se ha comentado, el adolescente puede presentar y experimentar cambios en su estilo de vida que suelen descentrar a los padres pero que constituyen parte de la evolución normal de su desarrollo y maduración. Son frecuentes las consultas de padres asustados refiriendo que su hijo actúa de manera extraña, "no normal", que no lo reconocen y atribuyendo ese cambio a la adicción. Al valorar al chico lo que se detecta es que este está en pleno desarrollo de su autonomía, hecho que incrementa la distancia y los conflictos con sus padres, pero que no presenta ningún problema psicopatológico. Ahora bien, cuando dichos cambios se producen de forma abrupta, adquieren una dimensión extrema o fuera de lo normal y se consolidan en el tiempo podemos pensar que van más allá de lo que sería un proceso normal de desarrollo de la adolescencia pudiendo ser la señal, entre otros problemas, de un uso patológico con las nuevas tecnologías.

Detectar cuándo un adolescente padece una conducta anómala como una adicción requiere que los adultos de su entorno observen y analicen sus cambios de comportamiento y estén atentos a las señales de alarma. Comúnmente dichas señales son pequeños cambios que el adolescente va haciendo de forma sutil pero continua y que en un determinado momento pasan de ser "normales" y justificables, tanto para él como para su entorno, a no serlo. Una de las principales pistas es la vivencia por parte de los padres de que su hijo "se comporta de una forma extraña" y que dicho cambio es evidente, duradero en el tiempo y genera consecuencias para el joven.

La "rareza" o señales de alarma de una posible adicción son (Matalí y Alda, 2008):

- Un patrón del sueño alterado. Secundario al cambio de hábitos del sueño y a la disminución de las horas de sueño para jugar. "Se queda conectado por las noches", "se acuesta tarde", "por la mañana le cuesta mucho levantarse".
- Patrón del hambre alterado. Come rápido y mal para ganar tiempo, demanda poder cenar en el cuarto (cuando nunca antes lo había hecho), come solo uno de los dos platos e incluso empieza a saltarse alguna de

las comidas.

- Menos atención por la higiene. Hay que recordarle que se lave los dientes, si puede no se ducha o no se cambia de ropa en días.
- Cambio del estilo de ocio. Pérdida de interés por el deporte porque prefiere jugar con el ordenador. Empieza por saltarse algunos entrenamientos o aprovecha la época estival para insistir en que no le gusta, se aburre, se vuelve crítico con el entrenador.
- Nuevos amigos. Se evidencia un cambio en su entorno, los amigos de siempre ya no le "lleen", se siente más vinculado a los amigos on-line que en muchos casos ni conoce.
- Irritabilidad. Está más gruñón, se enfada por todo y de una manera desproporcionada, especialmente cuando se le insta a dejar de jugar o a desconectarse de la red. Aumentan las disputas con los hermanos, sobre todo aquellas relacionadas con el tiempo de utilización del ordenador.
- Estado de ánimo oscilante. Pasa de tener momentos buenos, simpáticos y cariñosos, a estar muy poco comunicativo, encerrado en su mundo, le molesta que le preguntes cosas acerca de su día a día y se le nota "triste".
- Rendimiento académico alterado. Absentismo (sobre todo a primera hora), dificultad para justificar las ausencias ("cierran la puerta en punto y no puedo entrar"), aumento de la gandulería, incremento de las notificaciones de actitud poco colaboradora o reprobatoria, aumento de los suspensos y las expulsiones de clase.
- Existe una demanda creciente de productos tecnológicos. Solicita con mucha insistencia que se le compre un ordenador más potente, tarjetas gráficas, altavoces, móviles de última generación, el nuevo juego de la videoconsola, etc. Cuando no son complacidas sus demandas o estas se demoran en el tiempo (pídelo como regalo de santo, aniversario o ahorra...) reacciona de forma irritable.

- Empiezan a realizar hurtos (generalmente de pequeñas cantidades de dinero), sobre todo a la familia más cercana, para poder comprarse la última actualización del juego o un programa o dispositivo electrónico.

El proceso de instauración de una adicción es gradual (Echeburúa, 1999). En consecuencia dichas señales de alarma deben de ser repetidas y mantenidas en el tiempo. Este hecho es imprescindible para realizar un buen diagnóstico, ya que en el caso de Internet o el móvil es frecuente el efecto novedad, gracias al cual una conducta se realiza intensamente en el tiempo durante un periodo limitado y de forma espontánea reduce su ejecución (Sánchez-Carbonell et al. 2008). En relación a las TIC, el proceso adictivo generalmente empieza por un aumento gradual de las horas de conexión asociado a un incremento de la dificultad de interrumpir la sesión. En consecuencia, el entorno cada vez más debe insistir en el cese del uso del dispositivo ("un segundo y paso de nivel", "un momento que tengo un amigo que está mal y me necesita"). Cuando se le fuerza a parar lo hace siempre a regañadientes y protestando. Empieza a saltarse horas de clase para jugar, deja su actividad extraescolar ("me aburro"), a dormir menos y a abandonarse ("total no me ve nadie"), e incluso a saltarse comidas para ganar tiempo de "conexión". En ese momento su vida gira en torno al juego o al chat. Sus amigos y familiares le expresan reiteradamente su preocupación por este problema a la que les hace oídos sordos ("lo hacen todos mis amigos", "no lo entiendes"). Empiezan a suceder las consecuencias, pérdida de amigos, irascibilidad, aumento de las mentiras con las pertinentes discusiones y tensiones en casa, peleas con los amigos, abandono de los estudios, sustracción de dinero para comprar juegos o conectarse en cibercafés. Aparecen síntomas depresivos, de ansiedad, alteraciones de la conducta, una baja autoestima, sentimientos de culpa y soledad. En ese momento el único lugar donde puede desconectar, relajarse y sentirse medianamente bien es jugando o comunicándose por alguna red social (Matalí, 2008).

2.3. Predictores de adicción a Internet

Los factores de riesgo para el desarrollo de una AI se pueden agrupar en tres bloques (Cao, 2007): el primero estaría formado por los adolescentes con una

elevada impulsividad y aquellos con un rasgo elevado de búsqueda de sensaciones. El segundo estaría compuesto por aquellos jóvenes que presentan rasgos de personalidad insegura, hipersensible o tímida, así como una baja autoestima y un estilo de afrontamiento pasivo-agresivo, con elevada presencia de dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales (sobre todo con los iguales). Y el tercero estaría formado por aquellas personas que padecen un trastorno mental, principalmente los que padecen problemas afectivos o ansiosos.

Añadido a los anteriores, también se mencionan como factores de riesgo de uso excesivo la juventud, la baja supervisión por parte de los padres y la presencia de problemas relativos a la dinámica familiar. Se entiende que, como cualquier otra conducta, hay que enseñar al niño o adolescente a utilizar las nuevas tecnologías. El no hacerlo es un claro factor de riesgo para una mala utilización de las mismas.

Ahora bien, sin lugar a dudas, el principal factor de riesgo para que un adolescente se refugie en Internet es la soledad. El joven sin amigos tiende a utilizar más horas el ordenador. Sabemos que cuando nos encontramos ante un adolescente que está solo, si además este tiene una cierta habilidad informática y síntomas depresivos, la probabilidad de que se quede encerrado en el cuarto jugando o conectado aumenta ya sea para combatir el aburrimiento o para buscar relaciones on-line (Aykut y Ceyhan, 2008). Algunos autores argumentan que la soledad o la ausencia de relaciones significativas se explica por la presencia de una elevada ansiedad social (Caplan, 2007). Estos autores refieren que las personas con fobia social prefieren las relaciones on-line porque perciben un mayor control sobre su propia presentación, consiguiendo más seguridad, más eficacia en las interacciones sociales y una mayor comodidad que con las reales. La preferencia por establecer relaciones en un marco de seguridad y comodidad generaría un modelo en cadena donde la ansiedad asociada comportaría una preferencia en el establecimiento de la relaciones online, esto llevaría al sujeto a un incremento del uso y en consiguiente a la aparición de consecuencias negativas, tanto derivadas del sobreuso como del desinterés

por las relaciones frente a frente.

En relación a la evaluación de la soledad, es importante diferenciar aquella soledad emocional, más cualitativa y que implica una ausencia de relaciones sociales significativas, de la soledad social, más cuantitativa y que implica la ausencia de conocidos (Moody, 2001). Dicha diferenciación es importante, ya que las personas con una problemática con la sobreutilización de Internet presentan una elevada soledad emocional con pocas relaciones significativas, es decir, pocas personas con las que confiar y compartir sus intimidades, pero una baja soledad social (tiene 500 agregados al Facebook). En este sentido siempre se debe preguntar sobre el tipo de relación que tiene con sus contactos y a cuántos de ellos conoce realmente.

Otro de los grandes factores predisponentes es la presencia de un trastorno afectivo, observándose una relación significativa bidireccional entre depresión y la adicción a Internet (Morgan, 2003). Los jóvenes deprimidos tienden a presentar más problemática relacional, más dificultades para realizar sus actividades/obligaciones diarias y en consecuencia más tendencia a quedarse en casa y a aumentar sus horas de conexión. A la vez, aquellos que priorizan la conexión online (juegan muchas horas al día) anteponiendo dicha actividad a quedar con los amigos o al realizar actividades extraescolares o de ocio, puede ser que su entorno relacional tienda a empobrecerse, provocando un aumento de la soledad y la aparición de sintomatología depresiva reactiva, que a su vez, para paliarla podría aumentar el tiempo de juego o de conexión (Young, 1998; Yen et al., 2007).

También se ha establecido una relación significativa en la presencia de un Trastorno de déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la adicción a Internet, apuntándose algunas hipótesis explicativas (Bernardi y Pallanti, 2009; Kelleci et al., 2010; Stetina et al., 2011):

- La persona con un TDAH tiende a aburrirse con facilidad y le cuesta aceptar el refuerzo aplazado, Internet le proporciona estimulación inmediata.

- Durante el juego, al ser una acción placentera, se libera dopamina. Este hecho podría ser el responsable de provocar un aumento de la concentración y el rendimiento. Muchos de estos chicos son grandes jugadores de juegos on-line, logro que compensaría en parte las frustraciones del día a día, sobre todo académicas.
- La presencia de una anomalía en las actividades cerebrales del TDAH que comportaría una dificultad en la inhibición (falta de control) con la consiguiente dificultad para regular el uso.
- Déficit motivacional. Los chicos con TDAH tienden a repetir aquello que les recompensa y funcionan o aprenden menos ante el castigo. Los juegos on-line proporcionan respuesta y recompensa inmediata.
- Dificultades en las relaciones interpersonales. Frecuentemente estos chicos son impulsivos y molestos y pueden experimentar rechazo o crítica por parte de compañeros de clase. En este contexto algunos de ellos prefieren las relaciones on-line ya que les es más fácil poder esconder sus déficits.

2.4. Necesidad de evaluar la comorbilidad

La controversia sobre la existencia de la adicción a Internet no es gratuita, ya que se observa una elevada presencia de trastornos mentales comórbidos en los pacientes que consultan por adicción a Internet (Aboujaoude, 2010). La discusión se centra en si la AI es un trastorno mental en sí mismo o un síntoma de otro problema de base. Como hemos comentado en el apartado anterior, padecer un trastorno mental es un claro factor de riesgo de la aparición del uso excesivo de Internet y en consecuencia la prevalencia de comorbilidad entre las dos entidades es muy alta. Merecen especial atención el diagnóstico diferencial con los trastornos afectivos (entre los que destacan el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar); los trastornos de ansiedad (sobre todo la fobia social); los trastornos de personalidad (trastorno límite, el trastorno obsesivo y el trastorno evitativo) y; el trastorno de déficit de atención con hiperactividad y los trastornos del comportamiento. En

relación al género, se observa más presencia de trastornos externalizantes en chicos (TDAH y trastornos del comportamiento perturbador), de trastornos depresivos en chicas y una prevalencia igual en ambos del trastorno de ansiedad (Yen, 2007).

La evaluación de la comorbilidad es imprescindible para entender cómo se ha instaurado el cuadro adictivo, por tanto si es causa o consecuencia de un trastorno mental o de otra situación o es independiente, así como para determinar el tipo de intervención a realizar. En este sentido es necesaria la administración en adultos de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID), tanto para el eje 1 (trastornos mentales) como para el eje II (trastornos de personalidad).

En el caso de los adolescentes es recomendable la administración de la entrevista semiestructurada Kiddie-Sads-Present and Lifetime (K-SADS-PL) versión española que sigue los criterios DSM-IV. La K-SADS-PL es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar los episodios pasados y presentes de psicopatología en niños y adolescentes.

2.5. Instrumentos de evaluación

2.5.1. Evaluación del uso patológico de Internet

La evaluación psicométrica de la AI ha ido variando en función de la conceptualización del trastorno. Por esta razón cada autor ha desarrollado su escala, como se revisa a continuación.

En 1996 Young creó el Diagnostic Questionnaire for Internet Addiction (YDQ), un cuestionario con 8 ítems basados en los criterios del DSM-IV sobre juego patológico. Si se obtenía una puntuación de 5 o más se clasificaba al sujeto como un adicto a Internet. Esta misma autora, en 1998 describió la adicción a Internet como un trastorno del control de los impulsos y desarrolló el Internet Addiction Test (IAT) que examina el grado de preocupación, de uso compulsivo, de problemas de conducta, de cambios emocionales y el impacto en la vida relacionado con el uso de Internet. Este

cuestionario está formado por 20 ítems calibrados con puntuaciones de 1 a 5. Describe tres tipos de usuarios de Internet: adictos, posibles adictos y no adictos, con puntuaciones en el IAT de >70, 40-69, y <39, respectivamente. Estudios posteriores han cuestionado su calidad psicométrica y su capacidad para distinguir entre adictos y no adictos en base a un punto de corte establecido (Huang, Wang, Qian, Zhong y Tao, 2007).

Brenner, en 1997, desarrolló Internet-Related Addictive Behaviour Inventory (IRABI), que consistía en 32 preguntas dicotómicas de verdadero o falso. Los ítems se diseñaron para evaluar experiencias comparables a las experimentadas en abuso de sustancias del DSM-IV. Este inventario ha sido ampliado por Chou y Hsiao (2000) dando lugar a la C-IRABI-II. Pratarelli, Browne y Johnson en 1999 crearon el Computer Use Survey, un cuestionario de 93 preguntas, 19 categóricas demográficas y sobre el uso de Internet y 74 dicotómicas. Los autores observaron 4 factores, dos predominantes y otros dos secundarios: conductas problemáticas relacionadas con el uso de Internet en usuarios, utilización y utilidad de Internet, uso de Internet por gratificación sexual e introversión y el último, falta de problemas relacionados con el uso de Internet asociado a desinterés en la tecnología.

Echeburúa, en 1999, creó el Test de Adicción a Internet, de 9 ítems de respuesta sí/no y cuyas puntuaciones de 4-6 indican un riesgo de dependencia y de 7-9 un problema ya instaurado con Internet. Más recientemente, Armstrong, Phillips y Saling (2000) elaboraron un cuestionario complementario al de Brenner para evaluar los problemas relacionados con el uso de Internet, la Internet Related Problem Scale (IRPS). Es un cuestionario que consta de 20 ítems que valoran tolerancia, consecuencias negativas para la persona, pérdida de control, reducción de otras actividades, dependencia y huida de los problemas. La escala es tipo Likert, con un rango de respuesta entre 1 (totalmente falso) a 10 (totalmente cierto).

Morahan-Martin y Schumacher (2000) crearon el Pathological Internet Use (PIU), cuestionario de 13 preguntas sobre problemas relacionados con el uso de Internet, 4 o más respuestas positivas clasificaban a los sujetos como usuarios patológicos de Internet. Yang, en 2001, desarrolló el Computer-

Related Addictive Behavior Inventory (CRABI) para medir la relación entre el uso del ordenador y el comportamiento adictivo. La Pathological Internet Use Scale for Taiwanhigh School Student (PIUST), creada por Lin y Tsai (2001), tiene 4 opciones de respuesta tipo Likert con 29 ítems y 4 subescalas de 1 (gran acuerdo) a 4 (gran desacuerdo), y describe el comportamiento de uso de Internet. El Generalized Problematic Internet Use Scale (GPIUS) es una escala elaborada por Caplan (2002) a partir del modelo desarrollado por Davis (2001). Los 29 ítems de que consta la escala se distribuyen en siete dimensiones aisladas a partir del análisis factorial: alteración del estado de ánimo, beneficios sociales percibidos disponibles on-line, resultados negativos asociados al uso de Internet, uso compulsivo de Internet, tiempo excesivo estando on-line, síntomas de retraimiento social cuando no está en Internet y control social percibido disponible en Internet.

La Online Cognition Scale (OCS) desarrollada por Davis, Flett y Besser en 2002 está basada en el modelo cognitivo conductual de Davis y enfatiza los sín tomas cognitivos. Es un instrumento para evaluar el uso problemático de Internet (PIU), mide 4 facetas: PIU impulsivo, PIU aislamiento/depresivo, PIU distracción y PIU confort social. De Gracia et al. (2002) construyeron el PRI, basándose en los criterios de juego patológico y dependencias de sustancias. El test dispone de 19 ítems e incluye preguntas sobre tolerancia, efectos negativos, reducción de actividades, pérdida de control, evasión y deseo de estar conectado. Rotunda, Kass, Sutton y Leon (2003) utilizaron un instrumento llamado Internet Use Survey, incluía componentes demográficos y de uso de Internet, consecuencias negativas y experiencias asociadas al uso de Internet e historia personal y característica psicológicas de los participantes. Utilizaba ítems basados en los criterios del DSM-IV para juego patológico y abuso de sustancias.

Christo, Jones, Haylett, Stephenson y Lefevre en 2003 presentan el Shorter PROMIS Questionnaire. El SPQ tiene 16 escalas, cada uno valora una conducta adictiva: uso de nicotina, drogas recreacionales, prescripción de fármacos, juego patológico, sexo, cafeína, atracones de comida, inhalación, ejercicio, compras, trabajo, relaciones dominantes y sumisas, ayuda

compulsiva. Cada escala contiene 10 ítems con 6 puntos tipo Likert de 0 (fuertemente en desacuerdo) a 5 (fuertemente de acuerdo) y tiene una escala global de 0-50. La Internet Consequences Scale (ICONS) de Clark y Frith (2004) es una escala de 38 ítems tipo Likert que mide consecuencias del uso de Internet. Contiene 3 subescalas: consecuencias físicas (7 ítems), consecuencias conductuales (15 ítems) y psicosociales (16 ítems).

Nichols y Nicki (2004) crearon el Internet Addiction Scale (IAS), instrumento basado en los criterios de dependencia de sustancias del DSM y dos criterios recomendados por Griffiths. Consta de 31 ítems, para edades desde 18 a 24 años, los ítems tiene 5 opciones donde las puntuaciones más altas representan mayor adicción a Internet. La Chen Internet Addiction Scale (CIAS) de Ko, Yen, Chen, Chen y Yen (2005) diagnostica la adicción a Internet en adolescentes utilizando criterios para adicción a Internet, 4 opciones de respuesta para 26 ítems que miden 5 dimensiones de síntomas relacionados con problemas con Internet, incluyendo uso compulsivo, retirada, tolerancia, problemas de relación interpersonal y manejo de tiempo y salud. La puntuación total es de 26-84. Puntuaciones altas indican mayor severidad de la actividad de adicción a Internet. El punto de corte para el diagnóstico es (63/64). El Chinese Internet Addiction Inventory (CIAI) de Huang, Wang, Qian y Tao (2007) consta de 31 ítems, que miden 3 factores: conflictos, modificación del humor y dependencia. Se desarrolla en la base del IAT de Young. Distingue entre grupo diagnóstico y el no diagnóstico. La Addictive Tendencies Scale (Walsh, White y Young, 2007; Ehrenberg, Juckes y White, 2008) consta de 3 ítems que miden nivel de saliencia, pérdida de control y withdrawal.

Jenaro et al. (2007) crearon el Internet Over Use Scale (IOS) basado en los criterios de juego patológico. El Diagnostic Criteria of Internet Addiction (DCIA) (2009), desarrollado por Ko et al., se basaba en los criterios diagnóstico de juego patológico y dependencia de sustancias del DSMIV TR. Hay 3 criterios principales: 9 síntomas de adicción a Internet (Criterio A), problema funcional por el uso de Internet (Criterio B) y criterio exclusivo (Criterio C). El punto de corte es 6 de los 9 síntomas del criterio A. La

Compulsive Internet Use Scale (CIUS) de Meerkerk et al. (2009) consta de 14 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert. Utiliza criterios similares de abuso de sustancias y juego patológico del DSM-IV.

El Cuestionario de Experiencias Relacionas con Internet (CERI), de Beranuy et al. (2009), está formado por 10 ítems con 4 opciones de respuesta estilo Likert de 1 nunca a 4 mucho. Los ítems se agruparon en dos factores. Conflictos interpersonales formado por: no percepción del paso del tiempo, la creencia de que la vida no tiene sentido sin Internet, conocer gente y establecer relaciones por medio de Internet y conectarse con creciente excitación. Conflictos intrapersonales formado por: evitar problemas conectándose a Internet, irritación cuando le molestan si está conectado, dejar de realizar actividades diarias por concertarse, presencia de malestar cuando no está conectado y bajo rendimiento académico. La puntuación se puede calcular sumando todas las respuestas de los ítems hasta un total máximo de 40 puntos, pero los autores no establecieron una puntuación de corte para confirmar el criterio de abuso de Internet. La validez del CERI ha sido refrendada por Casas, Ruiz-Olivares y Ortega-Ruiz (2013). El Cuestionario de Detección de Nuevas Adicciones (DENA) se basa en los criterios de juego patológico y está elaborado por Labrador y Villadangos (2010). Tiene 12 ítems: 4 miden tiempo y gasto, 8 uso y abuso.

2.5.2. Evaluación del uso problemático de los juegos en línea

Fisher adaptó los criterios de juego patológico para crear su escala DSM-IV-JV, Juvenile Arcade Video Game (1995) para jóvenes de 11 a 16 años. Consta de 9 ítems, si la persona contesta positivamente a 4 supone una adicción. A partir de la teoría de la psicología humanista, Suler, en 2001, desarrolló la TENO (Two Factor Evaluation of Needs for Online Games), que se interesa por las necesidades psicológicas de los adictos a Internet evaluándolas en las dimensiones de satisfacción e insatisfacción. En 2002 Tejeiro y Moran crearon la Problem Video Game Playing (PVP) basada en los criterios para dependencia de sustancias y de juego patológico. Es aplicable desde los 13 años hasta los 18. Consiste con 9 ítems dicotómicos de sí o no.

Wan y Chiou, en 2006, elaboran la OAST (Online Game Addiction Scale for Adolescents in Taiwan) a partir de la escala IAST (Internet Addiction Scale for High Schoolers in Taiwan), sustituyendo el término Internet por juegos on-line. Consiste 29 ítems y 4 subescalas: uso compulsivo y retirada, tolerancia, problemas con la familia, el colegio y la salud y problemas de interacción social. Lem meas y Valkenburg (2009) construyeron la Game Addiction Scale para adolescentes, basada en los criterios del juego patológico. Existe una versión larga de 21 ítems y otra corta de 7, que tratan saliencia, la tolerancia, la modificación del humor, la recaída, la retirada, el conflicto y los problemas, 3 ítems para cada punto, con 5 opciones de respuesta. Mide el tiempo que se pasa jugando, la soledad, la satisfacción en la vida, la competencia social y la agresión. Para determinar si es adicto se deben puntuar todos los ítems a partir de 3 a veces en los últimos 6 meses o al menos la mitad de los ítems basados en los criterios.

2.5.3. Evaluación del uso problemático del móvil

Apenas existen escalas que midan el posible uso problemático del móvil. La escala más utilizada internacionalmente es la Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS) de Bianchi y Phillips creada en 2005 para población adulta. Se basa en los estudios de adicciones e incorpora preguntas relacionadas con aspectos sociales del uso del móvil. Incluye 27 ítems unifactoriales que cubren aspectos como tolerancia, evitación de otros problemas retirada, craving, consecuencias negativas en la vida diaria (familiares, sociales, laborales o económicas). También incluye características de pérdida de control, tiempo perdido y motivación social relacionada con extroversión. La preguntas son tipo Likert en una escala de 1 (nada cierto) a 10 (extremadamente cierto). Existe una adaptación española para adolescentes (MPPUSA) validada de esta escala realizada por López-Fernández et al. (2011), que consta de 27 ítems con modo de respuesta tipo Likert. Explora la tolerancia, la huida de los problemas, la abstinencia, el deseo compulsivo y las consecuencias negativas familiares, laborales y económicas.

Toda et al. (2006) desarrollaron el Cellular Phone Dependence Questionnaire (CPDQ). El criterio de base es la observación de la conducta

de los usuarios de móvil con 20 ítems unifactoriales tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Se basa en estudios anteriores de uso excesivo y uso prohibido del móvil. En 2006, Kawasahki et al. presentaron la Cellular Phone Dependence Questionnaire (CPDQ) para adultos. Explora 6 factores con 20 ítems tipo Likert de 4 opciones (de 0 a 3). A mayor puntuación, mayor dependencia, en la que la puntuación total es de 60. Leung realizó en 2007 la Mobile Phone Addiction Index or Scale (MPAI/S) a partir de los criterios de juego patológico y de Young para adicción a Internet. Consiste en 17 ítems Likert de 1 (no del todo) a 5 (siempre). Puntuaciones de 17 a 85 cuanto más alta mayor adicción, 5 o más criterios. Mide 4 factores en edades de 14 a 28 años.

Jenaro et al., en 2007, presentaron la Cell Phone Over Use Scale (COS). Contiene 23 ítems Likert de 0 (nunca) a 6 (siempre). Los percentiles 25 indican un uso casual y a partir de 75 uso excesivo. Rutlan et al., en 2007, crearon el SMS Problem Use Diagnostic Questionnaire (SMS-PUDQ), destinado a población adulta y que mide un uso patológico o excesivo de teléfono. Se basa en los criterios de Young para adicción a Internet. El Problematic Mobile Phone Use Questionnaire (PMPUQ) de Billieux, Van der Linden y Rochat (2008), para población adulta, estudia cuatro dimensiones: uso peligroso, uso prohibido, problemas económicos y síntomas de dependencia. Tiene 30 ítems Likert en el que 1 (totalmente de acuerdo) y 4 (totalmente en desacuerdo) y uno de tipo dicotómico. Las puntuaciones van de 30 a 120 y cuanto más alta, mayor uso problemático.

Beranuy et al., en 2009, desarrollan el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERM). Para edades de 12 a 25 años. Mide dos factores: conflictos y uso comunicación/emocional. Las puntuaciones van de 10 a 40; cuanto más altas, mayor abuso al móvil.

Igarashi et al., en 2008, realizan para los adolescentes el Text Message Dependency Scale (TMDS). Tiene 15 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Mide factores tales como reacción emocional, uso excesivo y mantenimiento de relaciones. Se basa en criterios de Young para adicción a Internet y en otros estudios sobre uso excesivo de mensajes de texto. En

países asiáticos se ha desarrollado recientemente la Mobile Phone Dependence Inventory (MPDI) de Xu et al. (2008), la Excessive Cellular Phone Use Survey (ECPUS), de Ha et al. (2008) y la Cell Phone Addiction Scale for Korean Adolescents (CPAS). En 2010, Chóliz diseñó un cuestionario para evaluar la dependencia al teléfono móvil basado en los criterios del DSM-IV-TR para trastorno de dependencia. El Test de Dependencia del Móvil (TDM) se basa en 22 ítems divididos en 3 factores: abstinencia, falta de control y problemas derivados del uso y tolerancia e interferencia en otras actividades. El Mobile Addiction Test (MAT) de Martinotti et al. (2011) consiste en 10 ítems Likert, que miden el uso problemático del móvil. Se puede aplicar de 13 a 20 años.

2.5.4. Evaluación del uso problemático de las redes sociales

En 2012, Andreassen et al. desarrollaron la Bergen Facebook Addiction Scale (BFAS), que mide la adicción a Facebook. Se evalúan en una escala Likert de 1 (raras veces) a 5 (muy a menudo) 18 ítems, uno para cada elemento de la adicción: saliencia, modificación del humor, tolerancia, retirada, conflictos y recaída. Se le otorga validez de contenido y además tiene alta correlación con medidas de constructos similares dándole validez convergente. No tiene puntuaciones para categorizar la adicción pero teniendo en cuenta otros estudios de adicciones conductuales los problemas de adicción a Facebook deberían puntuar de 3 o más en al menos 6 de los ítems o 3 o más en todos los ítems.

3

Intervención en adolescentes

En los últimos años se ha experimentado un aumento de la demanda de asesoramiento e intervención para niños y adolescentes con problemas relacionados con el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), en especial los videojuegos en línea. El uso excesivo de este tipo de juegos o de aplicaciones tecnológicas puede comenzar a edades muy precoces, pero suele ser en la adolescencia cuando aparecen consecuencias suficientemente graves como para que los padres acudan a buscar ayuda profesional. Estos problemas adictivos se desarrollan con más facilidad y presentan dificultades especiales de tratamiento en adolescentes vulnerables desde el punto de vista psicopatológico.

La adicción a los juegos en línea empezó a ser un grave problema hace algo más de una década en China, Taiwán y Corea del Sur, países donde existe una potente y económica red de banda ancha, un extenso mercado de aplicaciones informáticas y hasta ligas profesionales de juegos en línea. Más recientemente, la posibilidad de acceso continuado a series infantiles y juveniles a través de Internet, el fenómeno de las redes sociales y el uso indiscriminado del móvil para estar en contacto con los amigos o para conectarse a Internet han contribuido a ampliar los problemas adictivos en relación con las tecnologías en los adolescentes.

Algunos países han adoptado medidas preventivas y de tratamiento específicas. Por ejemplo, el gobierno chino ha impuesto a los distribuidores de juegos una medida que consiste en quitar la mitad de los puntos ganados si se juegan más de tres horas seguidas, o la totalidad de los puntos si se juegan más de cinco horas seguidas. En Corea del Sur, el gobierno ha establecido una red de aproximadamente 140 centros para el tratamiento de la adicción a Internet, y ha introducido programas de internamiento en casi 100 hospitales.

Tanto en China como en Corea se han creado además numerosos centros terapéuticos de estilo academia militar (bootcamps) (Koo, Wati, Lee y Oh, 2011). En los países occidentales también se han creado algunas clínicas especializadas en el tratamiento de las adicciones tecnológicas, así como tratamientos en línea (Cash, Rae, Steel y Winkler, 2012; Young, 2007).

En España encontramos cada vez más frecuentemente casos de adolescentes con adicción a Juegos en línea y a otras aplicaciones de Internet, que sufren trastornos emocionales y de conducta que requieren tratamiento específico. Ante el incremento de este tipo de problemas en nuestro entorno, los educadores y los profesionales de la salud mental debemos estar preparados para responder a las nuevas necesidades educativas y terapéuticas en el ámbito del uso de las tecnologías. Por ello, en este capítulo se pretenden revisar las características de las adicciones tecnológicas en adolescentes, así como las técnicas más apropiadas para intervenir en las adicciones más frecuentes a estas edades: los videojuegos, Internet, las redes sociales, el móvil y la televisión.

3.1. La adicción a las tecnologías en niños y adolescentes: aspectos diferenciales

Del mismo modo que ocurre con la adicción a drogas, el abordaje de la adicción a Internet y otras tecnologías en niños y adolescentes requiere una adaptación de los modelos tradicionales utilizados en los adultos. Además, puesto que los problemas suelen agravarse progresivamente a lo largo del desarrollo, debemos establecer cuáles serían los criterios específicos para poder diagnosticar a un menor, así como en qué circunstancias se debería intervenir preventiva o terapéuticamente.

En los adolescentes, debido a su inmadurez física y psicológica, las consecuencias del uso excesivo de las nuevas tecnologías pueden ser aún más devastadoras que en los adultos (Lemmens, Valkenburg y Peter, 2011). Entre las consecuencias físicas más habituales podemos encontrar problemas de sueño, cansancio, sedentarismo, alimentación inadecuada, retraso en el desarrollo y alteraciones inmunitarias y neurológicas. A nivel psicológico, la

adicción a determinadas aplicaciones tecnológicas puede relacionarse con inestabilidad emocional, depresión, ansiedad, irritabilidad, empobrecimiento afectivo, disminución de la capacidad de juicio y dificultades para afrontar los problemas cotidianos. En ocasiones extremas, y en individuos predispuestos, se pueden llegar a producir estados disociativos o de pánico (por ejemplo, creerse un personaje ficticio). Otro peligro de las TIC es el fácil acceso a contenidos inapropiados como la violencia o la pornografía, la incitación a la anorexia, al suicidio, a consumir drogas o a cometer delitos, el acoso a través de Internet o la violación de la intimidad. En el terreno social también se encuentran repercusiones negativas, como deterioro de las relaciones familiares, conflictos y agresividad, disminución del rendimiento académico y laboral y, en casos extremos, el abandono de toda actividad que no tenga relación con el objeto de adicción. Por último, la participación en juegos o actividades que implican gasto de dinero puede tener graves repercusiones a nivel económico o legal. Algunos pacientes han llegado a coger la tarjeta de crédito, dinero o joyas de sus padres, o a robar en un centro comercial con el fin de comprar un determinado juego, abrir una cuenta de acceso o conseguir accesorios para seguir jugando.

Los adolescentes constituyen un grupo especial de riesgo para desarrollar adicción a Internet y otras tecnologías, ya que están muy familiarizados con ellas y son grandes buscadores de novedades y sensaciones. Además, debido a la inmadurez de su córtex prefrontal, son más impulsivos, tienen más dificultades para planificar a largo plazo y tienden a minimizar los riesgos de determinadas conductas. Por otro lado, estas tecnologías permiten al adolescente tener contacto con sus coetáneos, lo que resulta imprescindible para desarrollar su propia identidad e independencia. El periodo de mayor vulnerabilidad para desarrollar este tipo de adicciones sería entre los 9 y los 15 años. Hacia los 9 años los niños prefieren juegos que requieren habilidades cognitivas y constructivas complejas; en cambio hacia los 12 años se sienten más atraídos por los que permiten el contacto social y poder mostrar a los demás sus habilidades. En general, los chicos muestran una mayor prevalencia de problemas adictivos en relación con el uso de videojuegos que las chicas (tres chicos por cada chica). Esto podría deberse al

menos parcialmente a una mayor tendencia al pensamiento a corto plazo y "todo o nada" y a utilizar la evasión y la evitación como estrategias de afrontamiento a las dificultades. Las chicas suelen utilizar Internet para actividades más relacionadas con la comunicación social, y recurren más a este tipo de estrategias para afrontar los problemas, lo cual facilitaría nuevos problemas relacionados con el uso excesivo de redes sociales, el cyberbullying, o la invasión de la intimidad (Gentile, Choo, Lian, Sim, Li, Fung y Khoo, 2011; Huanhuan y Su, 2013).

Por todas las circunstancias anteriores, la intervención en los problemas relacionados con el uso de tecnologías en los menores debe realizarse lo más precoz y preventivamente posible.

3.1.1. Diagnóstico y detección precoz

Hace ya algunos años, la Asociación Americana de Psiquiatría había considerado la incorporación del diagnóstico de adicción a Internet en la 5.a edición del DSM. Sin embargo, finalmente solo la "Adicción al juego a través de Internet" ha sido incluida en este manual, concretamente en el sección dedicada a los "Trastornos que requieren mayor investigación" (APA, 2013). De hecho, todavía existe debate sobre si la adicción a Internet, o a los videojuegos, constituye una verdadera adicción comportamental, como el juego patológico, o debería clasificarse como un trastorno del control de impulsos o como un trastorno obsesivo-compulsivo (Grant, Potenza, Weinstein y Gorelick, 2010). Los criterios propuestos para esta categoría diagnóstica se citan en el capítulo 2 de esta obra, pero es necesario reflexionar sobre ellos si se pretenden utilizar para el diagnóstico de adolescentes.

Igual que ha ocurrido en el caso de la adicción al alcohol u otras drogas, los modelos de diagnóstico y tratamiento de las adicciones tecnológicas han sido diseñados principalmente para adultos, de manera que cuando nos planteamos diagnosticar y tratar a menores se deben adaptar con el fin de permitir una atención más temprana y dirigida a los problemas específicos de este grupo de edad. En definitiva, la atención a la adicción a videojuegos,

Internet y otras tecnologías en adolescentes requeriría una detección precoz de casos de riesgo incluso antes de cumplir todos los criterios necesarios para establecer un diagnóstico; todo ello con objeto de poder realizar lo antes posible intervenciones preventivas o terapéuticas, ya que cuando los síntomas de adicción se presentan tan tempranamente, el pronóstico suele ser peor que en los adultos y la adaptación a la vida cotidiana puede verse seriamente comprometida.

Con objeto de facilitar la detección precoz de casos de alto riesgo, pueden resultar útiles los listados de señales de alarma o primeros problemas relacionados con el uso de videojuegos, Internet y otras TIC (cuadro 3.1).

Cuadro 3.1. Señales de alarma en el uso de juegos en línea y otras TIC

-
- Demasiado tiempo de ocio tecnológico (por ejemplo: más de 15-20 horas a la semana, aunque más que el número de horas, lo que determina el uso problemático es el grado de interferencia en la vida cotidiana).
 - Dormir menos de 5 horas para conectarse más tiempo.
 - Dificultad para estar uno o dos días sin conectarse.
 - El joven permanece tenso y absorto en la pantalla.
 - Euforia o sobreactivación anómalas cuando se está delante del ordenador.
 - Perder la noción del tiempo cuando se usa Internet.
 - Hablar o pensar a menudo en conectarse y sentirse irritado cuando falla la conexión o cuando ésta es muy lenta.
 - Gasto de dinero excesivo en programas, juegos y accesorios.
 - El joven alardea constantemente de que es muy bueno en los juegos en los que participa.
 - Cambios repentinos de humor y personalidad.
 - Irritabilidad, especialmente cuando se le coarta su actividad tecnológica.
 - Conflictos familiares por el uso del ordenador (quejas de padres y hermanos).
 - Absentismo o disminución del rendimiento escolar relacionados con el uso de tecnologías.
-

-
- Incumplimiento de horarios y tareas domésticas.
 - Descuido de actividades importantes (contacto con la familia, amigos, estudio, alimentación, sueño y cuidado de la salud en general).
 - Más interés por el juego o por Internet que por interaccionar con iguales.
 - Mentiras, ocultación, negación o justificación del uso excesivo de tecnologías.
 - Quejas orgánicas inespecíficas como cansancio o sueño excesivo por la mañana.
 - Acudir al ordenador ante pequeños problemas o dificultades cotidianas.
 - Largos periodos en actividades solitarias en línea.
 - Conversaciones con extraños o vagar por Internet sin un propósito claro.
-

Actualmente existen pocos instrumentos estandarizados que permitan detectar precozmente y diagnosticar el uso excesivo o la adicción a Juegos en línea y TIC en niños y adolescentes, de manera que la mayoría de los que utilizamos en la práctica clínica se han adaptado del campo de las drogas (Goti, Díaz y Arango, 2013) o del juego patológico (Secades y Villa, 1998). Para una revisión exhaustiva sobre los instrumentos de evaluación de las diferentes adicciones tecnológicas, véase el capítulo 2 de este libro.

3.1.2. Mecanismos etiológicos y comorbilidad

La etiología de la adicción a Juegos en línea, Internet y otras tecnologías es multifactorial e incluye numerosos mecanismos biopsicosociales que interaccionan entre sí de forma compleja: factores de vulnerabilidad genética, características de la personalidad, acontecimientos vitales en las primeras etapas de la vida, problemas de socialización y situaciones de estrés en los meses previos al desarrollo de la adicción. Naturalmente, el último factor necesario sería la exposición repetida al objeto de adicción.

Se han propuesto diferentes modelos explicativos de este tipo de adicciones, en su mayoría, basados en los aplicados a la adicción a las drogas o al juego patológico (Cash et al., 2012). Algunos modelos se centran en las características del objeto de adicción. Algunas cualidades de Internet y las nuevas tecnologías las hacen especialmente atractivas y aumentan su potencial adictivo. Estas cualidades son el fácil acceso, la rapidez de conexión, la intensidad de la estimulación, la gran cantidad de información

disponible, el refuerzo inmediato, el anonimato, la posibilidad de realizar múltiples tareas a la vez y el gran abanico de posibilidades que ofrecen para interaccionar con otras personas, lo que es altamente gratificante especialmente para los adolescentes (Young, 2007).

Otros autores han defendido la implicación de diversos factores neurobiológicos en la vulnerabilidad a las adicciones en general, tanto comportamentales como a drogas (Volkow, Wang, Fowler y Tomasi, 2012). Sus teorías plantean desequilibrios en sistemas de neurotransmisores como la serotonina, la dopamina o los opioides, relacionados con los circuitos de motivación, recompensa, toma de decisiones y control de la conducta, para explicar por qué algunas personas buscan refugio o excitación compensatoria en las actividades relacionadas con el juego, el uso de Internet o el consumo de drogas. En realidad estos factores de vulnerabilidad biológicos no serían específicos de las adicciones, sino que también predispondrían al desarrollo de otros trastornos psiquiátricos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o la bulimia. Esto explicaría la frecuente comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con adicciones tecnológicas, que podría llegar hasta el 86% en algunas muestras (Ko, Yen, Yen, Chen y Chen, 2012). En la mayoría de los casos no es fácil averiguar si la adicción tecnológica es causa o consecuencia de esos trastornos, aunque algunos autores proponen que jugar mucho tiempo, una baja competencia social y una mayor impulsividad parecen actuar como factores de riesgo para el desarrollo de adicción, mientras que los síntomas de depresión, ansiedad y fobia social, además de disminución del rendimiento escolar, podrían considerarse consecuencias (Gentile et al., 2011). Los aspectos relacionados con la comorbilidad psiquiátrica en las adicciones tecnológicas se desarrollan con mayor profundidad en el capítulo 7 de este libro.

También existen modelos explicativos de las adicciones tecnológicas que señalan como factores de vulnerabilidad características de personalidad como la baja autoestima, la inmadurez, la inestabilidad emocional, la falta de identidad, la sensibilidad interpersonal, la hipersensibilidad al rechazo, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones. Igualmente pueden predisponer a

las adicciones tecnológicas ciertas dificultades en el proceso de socialización como la timidez o la introversión, el narcisismo, el déficit en el desarrollo moral o la necesidad de destacar o de competir ("tengo éxito", "soy el mejor"). Algunos niños tienen graves dificultades para relacionarse con los demás y sufren rechazo extremo. Suelen ser niños sobreprotegidos por sus familiares, con comportamientos obsesivos, falta de empatía y cognición social, y una lógica particular que les hace muy vulnerables para el tipo de adicciones que nos ocupa. Estos chicos no se adaptan bien al entorno y acaban prefiriendo el mundo virtual al real, desarrollando en ocasiones elevados niveles de hostilidad hacia los que le rodean. Algunos autores destacan que la hostilidad es un factor de riesgo predominante en adolescentes varones y requiere una atención especial en el tratamiento, ya que junto con la sensibilidad interpersonal son factores de mal pronóstico (Ko et al., 2012). Igualmente, algunas alteraciones patológicas del estado de ánimo como la depresión, la ansiedad, la fobia social, la hipomanía y las tendencias obsesivo-compulsivas podrían incidir en el riesgo de adicción a Internet, el juego u otras actividades gratificantes. De hecho, existirían diversas tipologías de adicciones relacionadas con tecnologías en función de las características psicológicas de los adictos. Así, tendríamos adictos buscadores obsesivos, adictos que compensan dificultades sociales, adictos a las sensaciones excitantes, adictos a la comunicación social, adictos introvertidos o adictos extrovertidos, entre otros (Lemmens et al., 2011; Ko et al., 2012).

Otras teorías etiológicas sobre las adicciones a los juegos en línea proponen que los individuos vulnerables tendrían facilidad para generar distorsiones cognitivas, como una fantasía excesiva o pensamientos irracionales relacionados con la ilusión de control del juego y las supersticiones ("la espada se mueve cuando cierro los ojos fuertemente", "si mi madre entra ahora por la puerta, ganaré"), o dificultades para distinguir entre lo que es habilidad personal y lo que es azar en los juegos. Davis (2001) propuso un modelo de uso patológico de Internet en el que otorgaba un papel primordial a los pensamientos distorsionados en el mantenimiento de la conducta adictiva; en él proponía que uno de los primeros pasos del tratamiento de este

tipo de adicciones debía ser identificar este tipo de pensamientos para aprender a rebatirlos (figura 3.1). Según este modelo, en la persona vulnerable, los primeros contactos con algunas aplicaciones de Internet resultarían muy gratificantes e intensos, generando pensamientos automáticos de autoeficacia ("tengo éxito", "soy bueno en esto", "me valoran", "me necesitan"). A partir de ese momento se desencadenarían expectativas positivas respecto a futuras conexiones ("me encontraré mejor si juego un rato"), siendo la persona especialmente vulnerable cuando está baja de ánimo, aburrida o le invitan los amigos a Jugar. La conducta adictiva se mantendría después gracias a mecanismos de refuerzo y a pensamientos distorsionados relacionados con una autoevaluación negativa, inseguridad en sí mismo y baja autoeficacia (por ejemplo, "soy un fracaso en los estudios", "solo soy bueno en el juego" o "los amigos a través de Internet son los mejores porque los del mundo real siempre te dejan de lado"). En un estudio reciente, Huanhuan y Su (2013) han demostrado que la obsesividad, las creencias erróneas sobre uno mismo o sobre el mundo y el pensamiento a corto plazo, favorecen el desarrollo de adicción a Juegos en línea. En definitiva, al igual que en las drogas, las aficiones tecnológicas se inician y mantienen debido a reforzadores positivos (placer por realizar la conducta) pero se convierten en compulsivas debido a reforzadores negativos (alivio del malestar emocional en forma de soledad, tristeza, agobio, aburrimiento, frustración, impotencia, rabia, inquietud o nerviosismo).

Por último, no podemos obviar el importante papel que los factores ambientales pueden llegar a tener en el desarrollo de las adicciones, en general, y de las adicciones tecnológicas, en particular (Echeburúa y de Corral, 2010). Por un lado, existen factores socio-culturales, como la generalización del uso de las TIC o el hecho de que en algunas culturas sea aceptable quedarse recluido en casa jugando a juegos en línea hasta llegar a situaciones extremas, como en el caso de los hiki komoris. Factores familiares como la falta de apoyo y cohesión familiar también parecen incidir en el desarrollo de comportamientos adictivos en relación con el uso de Internet u otras TIC (Han, Kim, Lee y Renshaw, 2012). Otros factores familiares tienen que ver con los modelos que ofrecen algunos padres al

permanecer demasiadas horas conectados cuando están en casa, o con una disciplina inadecuada (exceso de autoritarismo y rigidez o exceso de permisividad y falta de supervisión). Factores sociales como la presión del grupo de amigos también son muy importantes en los adolescentes, así como la necesidad actual de utilizar las nuevas tecnologías para estar en contacto con los iguales. Tampoco debemos olvidar el impacto que pueden tener determinados acontecimientos vitales estresantes en los primeros años de vida (separaciones traumáticas, fallecimiento de los padres, enfermedades largas o graves, abusos, cambios de entorno frecuentes, etc.). También existe un riesgo especial de comportamientos adictivos en los momentos de estrés o de crisis emocional, social, académica o laboral del adolescente, por ejemplo, primeros desengaños amorosos, fracaso escolar, acoso de los compañeros, etc.

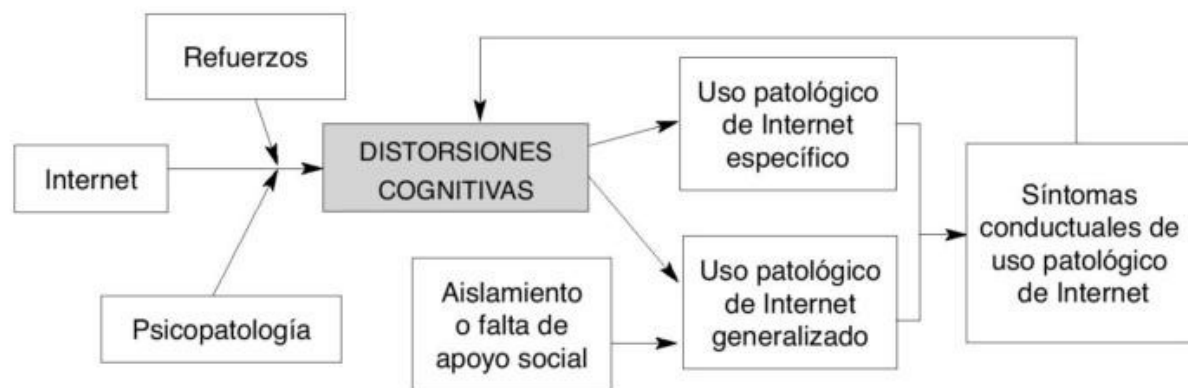


Figura 3.1. Adaptación del modelo cognitivo-conductual del uso patológico de Internet (Davis, 2001).

En resumen, el perfil del adolescente más propenso a desarrollar adicciones tecnológicas sería aquel que tiene rasgos de carácter vulnerable, falta de cohesión y apoyo familiar, dificultades sociales, acceso fácil a las tecnologías y habilidad en su manejo, y al que se le añaden factores ambientales de estrés como fracaso escolar o frustraciones afectivas.

3.2. Estrategias de intervención

Tal como se ha expuesto anteriormente, debido al incremento de los problemas relacionados con el uso de tecnologías, así como a la complejidad que supone la intervención cuando las adicciones tecnológicas se han desarrollado plenamente o cuando existe comorbilidad con otros trastornos, parece necesario fomentar la implementación de estrategias de prevención que traten de evitar el desarrollo de este tipo de trastornos. En los capítulos 7 y 8 de este libro se revisan algunas de estas estrategias preventivas.

Sin embargo, cuando la información sobre los riesgos de las TIC y las recomendaciones a los padres para imponer a sus hijos unas normas de uso responsable no son suficientes y se cumplen los criterios de uso adictivo, se impone la necesidad de aplicar un programa de tratamiento. En estos casos, los chicos suelen resistirse a acudir a la consulta del especialista, y cuando acuden suelen mostrar un elevado nivel de irritabilidad y hostilidad hacia sus padres ("todos los chicos juegan como yo", "me estáis amargando la vida"). Algunos aceptan que han tenido una temporada de descontrol, habitualmente relacionada con alguna situación de estrés vital, pero aseguran que son capaces de volver a controlarse sin ningún tipo de intervención. Cuando empieza a evaluarse el caso, a menudo se hace evidente una situación familiar caótica que no permite que funcionen las estrategias habituales de control y autoridad parental. En los adolescentes, las adicciones relacionadas con el uso de tecnologías esconden en general otras dificultades sociales, emocionales o cognitivas que requieren intervenciones más amplias, dirigidas a aspectos individuales, familiares o sociales que están más allá del objeto de adicción, y que han determinado el desarrollo o el mantenimiento de la adicción. A continuación se explican algunas de las estrategias terapéuticas que pueden ser útiles en el tratamiento de las adicciones tecnológicas en adolescentes, de acuerdo con las últimas revisiones sobre el tema (Chóliz y Marco, 2012; Griffiths y Meredith, 2009; King, Delfabbro, Griffiths y Gradisar, 2011, 2012; Winkler, Dórsing, Rief, Shen y Glombiewski, 2013).

3.2.1. Técnicas motivacionales y adaptación a la fase de cambio

Como decíamos en el apartado anterior, cuando los padres logran traer a un adolescente con problemas de uso de Internet o videojuegos a la consulta,

este suele acudir absolutamente convencido de que él no tiene ningún problema (estadio de precontemplación). Por ello, el primer paso de la intervención consiste en utilizar la entrevista motivacional, un método directivo y centrado en el cliente que pretende, por un lado, favorecer la vinculación terapéutica y, por otro, ayudar al joven a descubrir su ambivalencia y provocar disonancia cognitiva respecto a la conducta adictiva, para así conseguir que desee cambiarla. Las técnicas de la entrevista motivacional (resumidas en el cuadro 3.2) permiten acompañar al paciente a través de los diferentes estadios de cambio (precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento) para intentar conseguir la remisión de la conducta adictiva.

Estudios recientes han profundizado en el tipo de estrategias que pueden resultar útiles para crear disonancia cognitiva y motivar a los jóvenes a cambiar su conducta de juego online (Wan y Chiou, 2010). Una de ellas consiste en ofrecer mensajes para aumentar la conciencia de que son ellos mismos los responsables de las consecuencias negativas de su conducta adictiva. Otra, evitar centrarse en el exceso de tiempo de juego como elemento motivador de cambio, ya que puede tener el efecto contrario, debido al fenómeno cognitivo de "justificación de coste" (algo en lo que uno invierte mucho tiempo, tiene que ser bueno). Estos autores también han demostrado que el cambio de actitud hacia conductas previamente interesantes para el adolescente es más prominente cuando perciben una situación de bajo nivel de amenaza y alto nivel de compromiso, así como conductas alternativas que requieran un mínimo esfuerzo. Adoptar una prohibición estricta puede hacer que el joven deje de jugar durante el tiempo que dura la prohibición, pero no suele cambiar las actitudes hacia el juego, ya que no se genera disonancia cognitiva sino más bien reactancia, especialmente en chicos con negativismo desafiante.

Cuadro 3.2. Principios y estrategias básicas de la entrevista motivacional

<i>Principios básicos de la entrevista motivacional</i>
1. Informar al paciente de los resultados de su evaluación. 2. Enfatizar la responsabilidad individual. 3. Dar consejos cuando el paciente lo solicita o con su permiso. 4. Proporcionar un menú de opciones de tratamiento posibles. 5. Expresar empatía, aceptación, disposición a ayudar y calidez, sin juzgar. 6. Reforzar la autoeficacia y la esperanza en el cambio, promoviendo el aprendizaje de habilidades para conseguirlo y destacando los aspectos positivos del paciente.
<i>Estrategias motivacionales</i>
1. Escuchar activamente, reflejando lo que dice el paciente o su posible significado. 2. Realizar preguntas abiertas y neutras. 3. Hacer resúmenes y recapitulaciones frecuentes de lo que cuenta el paciente. 4. Facilitar el análisis de pros y contras de la conducta adictiva (balance decisonal). 5. Crear discrepancia entre la conducta actual y las metas futuras del paciente. 6. Manejar las resistencias y evitar la confrontación directa y la discusión. 7. Provocar expresiones de automotivación hacia el cambio (reconocimiento del problema, deseo de cambiar o capacidad de hacerlo).

A medida que el paciente avanza a través de las fases del cambio, es posible añadir otras técnicas psicológicas adaptadas a los objetivos de cada fase, con el fin de conseguir la deshabitación de la conducta adictiva, tal como se muestra en el cuadro 3.3.

Cuadro 3.3. Intervenciones psicológicas adaptadas a cada fase de cambio

<i>Fase del cambio</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>
Precontemplación	Vínculo terapéutico Aumento de conciencia de trastorno y necesidad de cambiar	– Devolución de resultados de la evaluación. – Psicoeducación (adicción, riesgos del mal uso de tecnologías, etc.). – Registros, día típico, objetivos de futuro y disonancia cognitiva.
Contemplación	Analizar la ambivalencia y promover el deseo de cambio	– Balance decisional (análisis de pros y contras del cambio). – Psicoeducación (información y consejo a demanda de paciente y familiares). – Escalas de autoevaluación de importancia del cambio y confianza en el cambio. – <i>Counseling</i> familiar (contingencias).
Preparación para la acción	Trabajar la toma de decisión y el compromiso respecto al cambio	– Psicoeducación (opciones de estrategias de tratamiento). – <i>Counseling</i> familiar (coterapeutas). – Fomentar autoeficacia y aspectos positivos del paciente
Acción	Iniciar acciones para cambiar el comportamiento adictivo y compensar dificultades personales	– Control de estímulos y retirada gradual. Manejo del <i>craving</i> (p.ej., deseo de jugar). – Reestructuración cognitiva y otras habilidades cognitivo-conductuales. – Prevención de recaídas (situaciones de riesgo y alternativas de afrontamiento).
Mantenimiento	Mantener el control de la conducta adictiva y la adaptación a la vida cotidiana	– Prevención de recaídas. – Cambio de estilo de vida (red de apoyo social, actividades, ocio alternativo, etc.). – Coordinación con recursos sociales.
Desliz/recaída	Volver a comprometerse con el cambio	– Escalas de autoevaluación de importancia del cambio y confianza en el cambio. – Reciclaje (recordar estrategias).

3.2.2. Técnicas cognitivas

La terapia cognitiva resulta fundamental en el abordaje de la adicción a Internet, videojuegos y el uso compulsivo de tecnologías para el contacto social, debido al importante papel que tienen las distorsiones cognitivas en el inicio y el mantenimiento de estas conductas adictivas (Davis, 2001; Young, 2007). Es importante ayudar al paciente a analizar las situaciones, los pensamientos y las emociones que tienen relación con la conducta adictiva para que pueda romper los mecanismos automáticos que le llevan a realizarla y aprender a aplicar estrategias alternativas de afrontamiento (distracción, parada de pensamiento, reestructuración cognitiva). Para ello se propone al paciente realizar registros de conducta entre una y otra visita, en los que anotan qué piensan y sienten antes, durante y después de realizar (o desear) el comportamiento adictivo (por ejemplo, "soy tonto, nunca aprobaré el curso" o "por unos minutos más no pasará nada"). Con los adolescentes es importante explicar bien el propósito de los autorregistros y las tareas para casa, de cara a conseguir que los lleven a cabo y así puedan avanzar a través de la terapia. Sin embargo, a menudo no es fácil conseguirlo y puede ser preciso realizar los registros retrospectivamente en la consulta. En el cuadro 3.4 se resumen algunas de las estrategias cognitivas útiles en el abordaje de las adicciones tecnológicas en adolescentes.

Cuadro 3.4. Técnicas cognitivo-conductuales para el abordaje de adicciones tecnológicas en adolescentes

• Registro del tipo de actividades en línea, tiempo de conexión, etc. (por ejemplo, en una semana típica) para comprobar los cambios a lo largo de la terapia. • Registro ABC para realizar análisis funcional. • Información y psicoeducación. • Control de estímulos. • Pactos de contingencias con terapeuta o familiares. • Tarjetas recordatorias con listas de objetivos, frases automotivacionales, autoinstrucciones de afrontamiento, razones para el cambio, etc. • Técnicas de relajación, distracción, actividades alternativas, etc.

-
- Reestructuración cognitiva para criticar y cambiar distorsiones cognitivas relacionadas con el juego, o con uno mismo y su relación con el entorno.
 - Identificación y control de pensamientos intrusivos que desencadenan el deseo de realizar la conducta adictiva (“solo estaré diez minutos”, “si no juego, mis amigos se olvidarán de mí”, “luego ya tendré tiempo de hacer los deberes”).
-

Sin embargo, y en particular en el caso de adolescentes, se insiste en que los tratamientos deben ir más allá de los aspectos relacionados específicamente con el control del juego o la conducta tecnológica adictiva, ya que estas conductas suelen utilizarse como vía de escape o mecanismo de defensa ante las dificultades que el joven se encuentra en su camino hacia la madurez, sean emocionales, cognitivas, conductuales, sociales o familiares (Chóliz y Marco, 2012; Secades y Villa, 1998). Por ello, la mayoría de programas añaden el entrenamiento en solución de problemas, habilidades sociales (comunicación asertiva, negociación, hacer frente a la presión de grupo) y técnicas de prevención de recaídas. También suelen añadirse técnicas de manejo de emociones (ansiedad, depresión, ira, estrés). Igualmente, debido a la frecuente presencia de dificultades específicas en relación con aspectos de comprensión social, a menudo es necesario introducir técnicas para trabajar competencias sociales, empatía y desarrollo moral. También son importantes las técnicas de control de impulsos y el manejo de pensamientos negativos y obsesivos, mediante parada de pensamiento, reestructuración cognitiva y generación de pensamientos alternativos (Young, 2007). En el caso concreto de los adolescentes, algunos autores insisten especialmente en el abordaje de la intolerancia a la frustración, que en los chicos suele estar más relacionada con la pérdida de derechos y privilegios y en las chicas con no conseguir determinados logros personales (Ko et al., 2012).

En el intento de controlar el comportamiento adictivo también es muy importante ayudar al joven a crear un nuevo estilo de vida, en el que se incluyan diferentes alternativas de ocio entre sus obligaciones diarias. Habitualmente, en las sesiones terapéuticas se programan actividades que el paciente debe cumplir en horarios concretos de la semana y los padres deben supervisar la realización de dichas actividades. Si se mantiene la actividad de

conectarse a Internet o de jugar en línea, siempre debe realizarse con posterioridad al cumplimiento de las tareas asignadas y durante un tiempo máximo estipulado. En muchos casos, se debe entrenar a los adolescentes en la planificación y la organización del tiempo para conseguir sus objetivos académicos y personales en general. También suele ser necesario hablar de cómo conseguir nuevas relaciones sociales gratificantes en el mundo real, o de cómo recuperar antiguos amigos, para que pueda "abandonar" a sus amigos virtuales o a los compañeros del juego en línea. A menudo, se les pide que hagan listas de actividades que les gustaría hacer o que han dejado de hacer debido a su adicción, y se les ayuda a buscar los medios para conseguir recuperarlas (deporte, actividades artísticas o voluntariado). Estas sencillas técnicas no resultan útiles, sin embargo, cuando los chicos no desean tener relaciones sociales (componente esquizoide) o bien no tienen objetivos de vida (componente amotivacional). En estos casos suele ser necesario intensificar la intervención terapéutica, aumentando las sesiones para trabajar la motivación o realizando una estancia temporal en hospital de día para trabajar las relaciones sociales.

En la última fase del tratamiento (mantenimiento) y, después de conseguir el control o la abstinencia de la actividad adictiva, suelen utilizarse técnicas de prevención de recaídas que implican el análisis de aquellas situaciones que podrían desencadenar de nuevo el deseo de jugar o de conectarse, así como el entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante esas situaciones. A menudo, resultan útiles las tarjetas recordatorio de las técnicas que han sido más útiles durante el tratamiento, así como repetir algunas sesiones de prevención de recaídas a modo de recordatorio a lo largo del seguimiento del caso, que puede prolongarse uno o dos años aproximadamente. Durante el periodo de seguimiento las visitas van espaciándose progresivamente hasta realizar una visita cada 3 o 6 meses, si la evolución es favorable. Es importante preparar al paciente y a sus familiares ante la posibilidad de una recaída incluso después del periodo de seguimiento, así como en las estrategias para superarla, entre ellas, reforzar los esfuerzos y pequeños éxitos, o acudir lo antes posible a su equipo terapéutico para volver a comprometerse y recordar algunas partes del tratamiento realizado.

3.2.3. Técnicas conductuales

En los pacientes que llegan a la consulta concienciados de su problema, las técnicas conductuales como el control de estímulos suelen utilizarse ya desde las primeras fases del tratamiento (Young, 2007). Estas técnicas consisten en evitar exponerse a las situaciones que desencadenan el deseo de realizar la conducta adictiva. Sin embargo, como decíamos anteriormente, la mayoría de los adolescentes suelen llegar a la consulta sin conciencia de problemas y a menudo presentan comportamientos negativistas desafiantes y gran hostilidad hacia los padres, por lo que en general no se recomienda de inicio la retirada brusca del objeto de adicción. Solo en algunas ocasiones, en especial a edades muy precoces, conviene detener la conducta adictiva lo más pronto posible, y para ello se utilizan diferentes estrategias para intentar que el menor acepte la autoridad paterna. Con adolescentes, en cambio, suele ser más útil promover el autoconvencimiento de que vale la pena cambiar, facilitando el análisis y la concienciación del problema a través de registros de conducta por separado de los padres y del hijo; o bien ganarse su confianza y persuadirle de que es útil negociar con los padres, o de que si acepta dejar de jugar un tiempo, las cosas se calmarán y podremos comprobar si hay otros problemas en casa. En otras ocasiones se proponen al joven pactos de contingencias en los que se condiciona el uso de tecnologías al cumplimiento de conductas apropiadas como acudir a clase, hacer deberes o mostrar buen comportamiento. La respuesta del joven a estos intentos de detener temporalmente la conducta adictiva permite comprobar el grado de adicción, así como posibles dificultades temperamentales y alternativas de intervención.

Igual que ocurre con las técnicas cognitivas, a lo largo de la terapia se suelen combinar diferentes tipos de técnicas conductuales dependiendo de la fase de motivación al cambio en la que se encuentre el paciente (cuadro 3.4). Al principio de la intervención suelen utilizarse los registros y el análisis funcional de la conducta para aumentar la conciencia de problema y averiguar qué factores han intervenido en el inicio y el mantenimiento del problema. Cuando el niño o adolescente reconoce ciertas dificultades para

controlar el comportamiento adictivo y acepta nuestra ayuda, se le puede sugerir utilizar las técnicas de control de estímulos. A menudo se le debe convencer de que permita la ayuda de los padres para retirar el ordenador u otras tecnologías durante un tiempo pactado. Estas técnicas pueden ser útiles para conseguir un periodo de abstinencia total (similar a la desintoxicación de drogas) en el cual el cerebro recupera su funcionamiento habitual, y así proceder después a reiniciar el uso de juegos o de Internet progresivamente, intentando controlar el tiempo de uso, sin alterar las tareas cotidianas, las horas de sueño, etc. Las técnicas de control de estímulos suelen ir seguidas de las de exposición gradual con prevención de respuesta, con ayuda de personas acompañantes, o bien desensibilización in vivo o imaginada, con la ayuda de las técnicas de respiración y relajación para disminuir los síntomas de ansiedad asociados a los estímulos que incitan a realizar la conducta adictiva. A veces también se utilizan "experimentos de exposición" (por ejemplo, abrir un juego pero no jugar, abrir Facebook sin entrar en ningún contacto, o abrir un foro sin interactuar) para que el paciente pueda combatir la creencia errónea: "no podré controlarlo".

En otras ocasiones, el paciente acepta realizar un programa estructurado para conseguir el objetivo de reducir progresivamente el uso de tecnologías, por ejemplo de 40 a 20 horas, de 20 a 10, y así sucesivamente hasta conseguir un uso razonable, dentro de un horario previamente establecido. A veces se pueden utilizar programas filtro para autoprohibirse el acceso a determinadas páginas o borrar determinados programas o archivos. Para conseguir esta reducción, el paciente debe ocupar el tiempo restante en nuevas actividades gratificantes (tareas cotidianas, lúdicas, etc.). También puede resultar útil la planificación por escrito de tareas, con registro del grado de satisfacción. Se puede incluso diseñar un horario semanal que incluya en medio de las tareas obligatorias cotidianas varias actividades alternativas que deben tener un significado lúdico, motivador o satisfactorio para el paciente (por ejemplo, si le gusta ayudar a los demás podría hacer actividades de voluntariado, si quiere perder peso podría hacer deporte, si ha perdido contacto con algunos amigos podría quedar con ellos para ir al cine, si le gusta la música podría aprender a tocar un instrumento).

Kimberly Young (2007) ha propuesto otra serie de estrategias conductuales para conseguir controlar el uso de Internet. Una de ellas consiste en cambiar las rutinas establecidas (por ejemplo, cambiar la hora de conectarse o la ubicación del ordenador). También resulta útil establecer señales externas que indiquen al paciente cuando parar, como un reloj, una alarma, una pantalla con la palabra "STOP" o una indicación verbal de un familiar, pactada de antemano. Se puede también fijar un nuevo horario de juego o de uso de Internet dentro de una planificación global del tiempo; escribir en una tarjeta-recordatorio los problemas que la adicción a Internet ha ocasionado en el paciente (o las ventajas de abstenerse o controlar su uso), para que pueda llevarla consigo y releerla siempre que tenga deseos de conectarse; por último, registrar los pensamientos negativos que tiene en los momentos en los que se conecta para rebatirlos en la consulta posteriormente.

3.2.4. Intervenciones familiares

La intervención con la familia es, quizás, uno de los aspectos más importantes en la prevención y el tratamiento de las adicciones en los adolescentes (Goti et al., 2013; Secades y Villa, 1998). Existen al menos tres razones para ello. En primer lugar, con mucha frecuencia en las familias con problemas adictivos se dan situaciones de codependencia y facilitación del comportamiento adicto de forma inconsciente (por ejemplo, criticarle continuamente, hacerle sentir culpable por hacer daño a la familia, compensar o minimizar los problemas que ocasiona la conducta adictiva, no hablar sinceramente del tema, no valorar los aspectos positivos del adicto, etc.). En segundo lugar, las adicciones suelen alterar profundamente los patrones de relación entre los diferentes miembros de la familia y es fundamental trabajar terapéuticamente para recuperar una buena relación afectiva que ayude a superar las dificultades. Por último, el papel de los padres como coterapeutas en casa es fundamental para el éxito del tratamiento. En este sentido, es importante enseñar a los padres a poner límites coherentes y a ser consistentes con lo pactado para ayudar a que sus hijos vean las consecuencias negativas de su comportamiento para motivarles a hacer cambios.

En general, tanto a nivel preventivo como terapéutico, se recomienda trabajar con grupos psicoeducativos para conseguir que los padres entiendan el problema de la adicción, recuperen el control de la situación y aprendan a imponer autoridad en el hogar, con firmeza pero también con afecto y respeto al adolescente, facilitando su evolución hacia la autonomía, la responsabilidad y el ocio saludable. Muchos padres suelen pensar que su hijo es simplemente un vago que no quiere estudiar o que les está tomando el pelo, no entienden en qué consiste una adicción, o bien tienen conocimiento limitado de Internet y las nuevas tecnologías. También se les debe explicar que simplemente retirar el ordenador no suele ser útil a largo plazo y puede ser incluso contraproducente, ya que el adolescente suele enfadarse y busca otras maneras de conseguir su objetivo, dando lugar a un círculo vicioso desadaptativo en la convivencia familiar. También hay que hacerles entender que reducir el tiempo de juego en línea o de uso de otras tecnologías no va a ser la solución definitiva, sino que a menudo se deben abordar otros problemas de fondo. Otro aspecto importante es enseñar a los padres a mostrar un equilibrio adecuado entre firmeza y flexibilidad en el establecimiento de negociaciones y pactos de contingencias. Igualmente, los padres deben animar a los hijos a participar en actividades de ocio familiar y en el medio natural. Además, se debe fomentar en los adolescentes una actitud positiva hacia las actividades de ocio que no requieren conexión en línea. En definitiva, se trata de ayudar a los padres a cambiar la estrategia, a tener paciencia y a no centrarse solo en el tiempo de conexión, de forma que proporcionen recursos para que los jóvenes puedan ir consiguiendo sus objetivos vitales, mientras maduran sus estrategias de afrontamiento.

En algunos casos es conveniente acudir a la terapia familiar para recuperar el vínculo entre familiares, redefinir roles, trabajar la culpabilidad y facilitar la comunicación emocional y la empatía. Recientemente, un estudio de Han et al. (2012) ha comprobado que una terapia familiar breve (5 semanas) consigue cambiar los patrones de activación cerebral de resonancia magnética funcional ante pistas relacionadas con el juego y ante escenas demostrativas de afecto entre familiares. En este estudio, la mejora en la cohesión familiar se asoció a un aumento en la actividad del núcleo caudado en respuesta a

estímulos de afecto familiar. Asimismo, correlacionó inversamente con cambios en el tiempo de juego en línea y en la activación del córtex prefrontal dorso-lateral, mostrando que trabajar la cohesión familiar puede ser un factor importante en el tratamiento de problemas de adicción a Juegos en línea en adolescentes. De hecho, los autores sugieren un modelo etiológico en el que el juego adictivo constituiría una compensación del déficit de dopamina en los núcleos estriados resultante de la falta de afecto parental, haciendo referencia a los estudios que muestran que el sistema de recompensa cerebral estaría implicado tanto en el desarrollo de vínculos afectivos como en la adicción a Juegos en línea.

Después de revisar las sugerencias de varios autores, se proponen a continuación los objetivos que deberían plantearse los terapeutas familiares en el tratamiento de las adicciones comportamentales y a las nuevas tecnologías en adolescentes:

1. Proporcionar a los padres información sobre las adicciones a las nuevas tecnologías, así como sus posibles causas y consecuencias.
2. Ayudar a los padres a adquirir habilidades educativas para manejar la convivencia familiar, con autoridad pero también con afecto y respeto: establecer normas y límites coherentes y hacerlos cumplir, supervisar a los hijos, favorecer la comunicación en la familia, negociar y pactar con el adolescente, etc.
3. Enseñar a los padres a fomentar en sus hijos recursos personales para facilitar su crecimiento personal y su adaptación a la sociedad: autoestima, toma de decisiones, autonomía, responsabilidad en sus actividades cotidianas, manejo de emociones, autocontrol, resolución de problemas y conflictos, habilidades sociales y de comunicación y ocio saludable.
4. Proporcionar a los padres recursos para ejercer de coterapeutas en casa, con el fin de ayudar a su hijo a afrontar su comportamiento adictivo: aprender a motivarle a cambiar evitando actitudes codependientes,

mantener contacto regular con los terapeutas, ayudar a prevenir recaídas estando alerta a los síntomas previos, etc.

5. Aprender a cuidarse a sí mismos para poder cuidar mejor al adolescente, ya que el tratamiento de la adicción en un familiar cercano puede resultar agotador al exigir enfrentarse a problemas emocionales, dificultades en la organización doméstica y, en ocasiones, a problemas económicos importantes. Para este objetivo son muy útiles los grupos de autoayuda para familiares.

3.2.5. Grupos psicoeducativos, de terapia y autoayuda

Cuando se utilizan grupos de terapia en el tratamiento de adolescentes con adicción a juegos en línea u otras adicciones tecnológicas es preferible que no sean exclusivos para pacientes con el mismo tipo de adicción, para evitar que se contagien comportamientos inapropiados al respecto. En general, en estos grupos se debería evitar hablar excesivamente del objeto de adicción y priorizar el entrenamiento en habilidades. Por otro lado, algunos adolescentes con este tipo de problemas tienen muchas dificultades sociales y suelen rechazar participar en grupos de terapia. Sin embargo, por lo general, en los chicos con adicción a tecnologías suele ser importante la creación de una red social en el mundo real, si ésta no está presente, y los grupos pueden ayudar a este propósito, además de facilitar sentimientos de inclusión, identificación y comprensión mutua (Young, 2007). El grupo también es el lugar idóneo para trabajar competencias sociales, así como para realizar actividades lúdicas con otros jóvenes sin utilizar la tecnología. Los grupos psicoeducativos están formados por entre 6 y 10 participantes. En ellos se trabaja la comunicación afectiva y efectiva con los padres, el manejo de las relaciones en línea, técnicas de control de impulsos, habilidades sociales y técnicas para reconocer y manejar la adicción.

Recientemente, un estudio de Huanhuan y Su (2013) realizado con adolescentes con adicción a Internet ha demostrado la eficacia de una terapia cognitivoconductual grupal de 6 sesiones para disminuir la gravedad de la adicción y las distorsiones cognitivas relacionadas con este tipo de adicción,

además de los síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, algunas de las distorsiones cognitivas (por ejemplo, la rumiación) no mejoraron tras la aplicación de la intervención grupal, sugiriendo que quizás el enfoque grupal es insuficiente para este tipo de distorsiones, que requerirían un proceso de análisis y crítica más personal en sesiones individuales.

En ocasiones, los grupos de terapia incluyen pacientes con patología dual, ya que la comorbilidad con trastornos del espectro autista (TEA), TDAH, etc., en estos jóvenes es frecuente. En estos casos se recomiendan los grupos integrados, tal como se propone en el tratamiento de los trastornos duales relacionados con el consumo de drogas (Goti et al., 2013).

También existen recursos de autoayuda y grupos de apoyo a través de Internet, aunque han sido muy criticados porque mantienen precisamente el hábito de conectarse. Sin embargo, en el caso de adultos con una elevada conciencia de trastorno y motivación al cambio podrían resultar de gran ayuda, en el caso de los adolescentes o personas con graves dificultades sociales es preferible la creación de un grupo de amistades no-virtuales que pueda satisfacer su necesidad de apoyo emocional en la vida cotidiana.

3.2.6. Tratamiento farmacológico

El tratamiento de las adicciones tecnológicas en adolescentes suele consistir principalmente en técnicas psicoterapéuticas. Sin embargo, en ocasiones es necesario añadir psicofármacos, como por ejemplo cuando el paciente presenta síntomas graves o persistentes de ansiedad o depresión, comportamientos obsesivocompulsivos, cogniciones delirantes o un alto nivel de impulsividad y hostilidad que hace que responda con agresividad ante los intentos de sus padres de imponer límites. Por ejemplo, se ha comprobado que la presencia de un trastorno comórbido como la depresión o el TDAH reduce la efectividad de la terapia cognitivoconductual para la adicción a Internet, y que añadir un tratamiento farmacológico puede resultar útil para ambos trastornos. En otros casos puede utilizarse medicación para facilitar el autocontrol y la abstinencia (por ejemplo, medicamentos antiimpulsivos o estabilizadores del ánimo). El uso de psicofármacos en el tratamiento de las

adicciones comportamentales, y en particular en las adicciones tecnológicas, merece una reflexión más amplia, ya que en estos pacientes se han encontrado cambios en la bioquímica cerebral que podrían ser tanto previos como consecuencia de la adicción, y restaurar el equilibrio mediante psicofármacos puede ayudar al paciente a enfrentarse a la adicción. En el capítulo 5 de este libro se ofrece una revisión amplia sobre el uso de psicofármacos en el tratamiento de este tipo de adicciones.

3.2.7. Hospitalización total y parcial

En Estados Unidos existe al menos un programa (reSTART) que incluye 45 días "libres de tecnologías" en régimen de ingreso en un centro con seis plazas, para que el cerebro se recupere del exceso de estimulación tecnológica y pueda detener el comportamiento adictivo (Cash et al., 2012). En los países del este asiático también se ha empezado a utilizar la hospitalización para tratar algunas adicciones tecnológicas. Sin embargo, algunos autores opinan que este tipo de ingresos no solucionan el problema a medio-largo plazo y que siempre es preciso trabajar la exposición al objeto de adicción en el mundo real (Young, 2007).

De acuerdo con nuestra experiencia particular, si bien es cierto que siempre es preferible realizar los tratamientos en régimen ambulatorio, en algunos casos puede ser necesario inicialmente realizar una hospitalización total o parcial por diferentes motivos. En ocasiones se utiliza el hospital de día para evitar temporalmente el acceso a Internet y las situaciones que generan la necesidad de conectarse, así como los conflictos que ocasiona el intento de control en el medio familiar habitual. Durante el ingreso en el hospital de día, los pacientes reciben además terapia individual o de grupo intensiva con el fin de prepararles para acercarse poco a poco al mundo real. Por ejemplo, los programas de hospital de día pueden facilitar la reintegración a la escuela de los chicos y chicas que han abandonado las clases debido a la comorbilidad de la adicción con fobia escolar o fobia social. En otras ocasiones procede hacer un ingreso en la sala de psiquiatría infanto-juvenil del hospital para realizar una valoración psiquiátrica del caso, por ejemplo, cuando se dan comportamientos auto o heteroagresivos como reacción a los límites paternos

o bien cuando existe sintomatología depresiva o ansiosa grave. Los ingresos también pueden resultar de utilidad cuando el entorno familiar está totalmente desbordado y no puede contener el comportamiento del niño o adolescente. En este caso, el ingreso sirve para imponer un pequeño periodo de separación del niño del ambiente familiar para que los padres puedan reflexionar sobre los límites familiares y retomar fuerzas y para que el joven aprenda algunas estrategias de autocontrol que luego pueda ejercitar en el domicilio familiar.

3.2.8. Programas residenciales

En China y Japón es bastante frecuente el abordaje de los adolescentes con adicción a videojuegos e Internet en campos de trabajo de estilo militar (bootcamps) subvencionados por el gobierno (Koo et al., 2011). En estos campos de trabajo los chicos permanecen durante un periodo corto de tiempo, realizando deporte, tareas domésticas, sesiones terapéuticas en grupo e individuales y talleres ocupacionales. Los adolescentes tienen acceso restringido al teléfono y otras tecnologías y están supervisados las 24 horas del día para evitar que se conecten. Sin embargo, este tipo de abordaje disciplinario intensivo, en desconexión del ambiente familiar, ha sido criticado por carecer de sensibilidad para tratar posibles problemas emocionales y sociales que suelen estar ocultos tras la adicción. A pesar de que han recibido mucha atención mediática, los bootcamps carecen de investigación empírica que garantice su recomendación y, además, los resultados no son acordes al gasto económico que suponen. Por otro lado, últimamente han sido bastante criticados porque algunos utilizan el castigo físico y ejercicios extenuantes como "métodos terapéuticos".

En nuestro país es posible realizar tratamientos para el tipo de adicciones que nos ocupa en centros residenciales para jóvenes si no se han conseguido avances a nivel ambulatorio o mediante ingresos hospitalarios cortos, aunque existen muy pocos centros residenciales y son privados o semiprivados. Por otro lado, no son centros específicos para el uso problemático de Internet o de otras tecnologías. Sin embargo, a diferencia de los bootcamps, el abordaje en estos centros es siempre psicoeducativo y terapéutico y no se sigue una disciplina militar. Se trata básicamente de permitir que los chicos

permanezcan aislados de su ambiente habitual, controlando el acceso a la tecnología, mientras aprenden estrategias para manejarse en el mundo real, en grupo de iguales, manteniendo relaciones sociales satisfactorias, mientras tienen acceso a su equipo terapéutico diariamente, todo ello en contacto con la naturaleza. Algunas veces se trata de estancias largas, de más de un año, pero otras es suficiente con una estancia corta, de menos de tres meses. Mientras el joven está ingresado, los padres también deben realizar sesiones familiares para aprender nuevas pautas educativas y estrategias que ayuden a romper con la dinámica familiar disfuncional cuando el adolescente vuelva a casa.

3.3. Un protocolo de intervención basado en la evidencia científica

En el abordaje de adolescentes con problemas en el uso de videojuegos, Internet y otras tecnologías, suele ser imprescindible diseñar un tratamiento individualizado, flexible e integrado; es decir, dirigido tanto a la conducta problema relacionada con el objeto de adicción, como a sus causas y consecuencias. Además, las diferentes modalidades de intervención deben estar bien coordinadas. En los casos de gravedad leve a moderada, con buena evolución, el tratamiento podría consistir en unas 12 sesiones, a lo largo de 3-4 meses, seguidas de 6-8 sesiones de seguimiento a lo largo de un año hasta el alta. Sin embargo, con frecuencia el proceso terapéutico se complica, produciéndose avances y retrocesos, y se precisa intensificar las intervenciones, tal como se muestra en el caso clínico que se expone al final de este capítulo. Algunos autores describen programas de hasta 50 sesiones a lo largo de 2-3 años. En general, lo más útil es aplicar programas escalonados, basados en adaptar la intensidad, integración y duración de la intervención a la gravedad y evolución del trastorno.

Aunque no existen todavía guías clínicas basadas en la evidencia científica sobre el tratamiento de adicciones tecnológicas, sí disponemos de algunas revisiones y metanálisis de los ensayos clínicos realizados en los últimos años. Según la revisión de King et al. (2011), la mayoría de los ensayos clínicos presentan limitaciones respecto a su calidad científica. King et al. (2012) revisan los tres estudios en los que utilizan terapia cognitivo-

conductual, separadamente o junto a otras psicoterapias, y concluyen que una terapia de este tipo, de 8 a 12 sesiones durante 3-6 meses, puede ser útil para reducir la frecuencia de uso, los síntomas de adicción o los síntomas emocionales, cognitivos y conductuales, así como la calidad de vida percibida. Más recientemente, Winkler et al. (2013) han realizado el primer metanálisis sobre tratamiento de la adicción a Internet, con 670 pacientes procedentes de 16 estudios. Las estimaciones de tamaño del efecto sugieren que tanto las intervenciones psicológicas como las farmacológicas son altamente efectivas para mejorar los síntomas de adicción a Internet, el tiempo de conexión en línea, la depresión y la ansiedad.

Cuadro 3.5. Protocolo de intervención terapéutica integrada para adolescentes con adicción a videojuegos en línea y otras tecnologías

-
1. Vinculación del paciente.
 2. Entrevista clínica, evaluación exhaustiva y devolución de resultados.
 3. Objetivos de tratamiento individualizados, realistas y consensuados (para la adicción y para posibles trastornos comórbidos).
 4. Plan de tratamiento, lugar de intervención y coordinación del equipo terapéutico.
 5. Intervención psicoterapéutica: motivación, intervención cognitivo-conductual, familiar, escolar, social, etc.
 6. Tratamiento farmacológico de la adicción y del posible trastorno comórbido.
 7. Red de apoyo social e intervención psicosocial.
 8. Plan de prevención de recaídas y seguimiento hasta el alta.
-

En el cuadro 3.5 se describe un protocolo de intervención para adolescentes con adicciones tecnológicas basado en nuestra propia experiencia clínica, que incorpora elementos de los programas con mayor evidencia científica (King et al., 2012; Winkler et al., 2013), así como elementos que han mostrado utilidad en el abordaje de adolescentes con adicciones a drogas (Goti et al., 2013), debido a las similitudes que se han planteado entre estos trastornos.

El primer punto, y fundamental, en el protocolo de actuación con adolescentes con problemas adictivos en relación con el uso de tecnologías, consiste en procurar una buena vinculación con el joven que acude a consulta, con el fin de desarrollar un grado aceptable de confianza en el

terapeuta. Para conseguir este objetivo, el terapeuta debe ser acogedor y mostrar interés y respeto por el joven y por los problemas que plantea. Es conveniente que los terapeutas sean personas abiertas, accesibles y con sensibilidad especial para el trato con adolescentes difíciles. Deben intentar no mostrar que lo saben todo ni imponer su autoridad, sino mostrar cercanía, honestidad e interés sincero por ayudarles, tratarles con amabilidad y respeto, sin juzgar, sin ironías, sin actitudes paternalistas y sin hacerles sentir infantiles. Estos adolescentes presentan con frecuencia retraimiento, hostilidad, rigidez, narcisismo, prepotencia, dificultades en la comprensión social y falta de empatía y de habilidades sociales, por lo que pueden realizar comentarios demasiado sinceros, directos, provocadores o hirientes. Los terapeutas deben intentar no tomar estos comentarios como un asunto personal y reaccionar con calma y serenidad ante sus comportamientos transgresores, en parte propios de la edad y en parte debido a su carácter un tanto "especial". Deben asumir que la agresión verbal hacia el terapeuta puede ser parte de su evolución terapéutica, un desafío a la autoridad cuyo análisis será necesario para avanzar un paso más. Trabajar con estos chicos también requiere una buena dosis de paciencia para esperar cambios, tolerancia ante las frustraciones y flexibilidad para adaptarse a las reacciones un tanto extrañas que pueden tener en ocasiones. Se recomienda, asimismo, un alto nivel de creatividad, entusiasmo y optimismo, así como demostrar confianza en las potencialidades de los jóvenes, centrándose más en sus aspectos positivos que en los negativos.

Otro aspecto importante en el protocolo de actuación con estos jóvenes es realizar una evaluación lo más completa posible del comportamiento adictivo, así como de sus posibles causas y consecuencias. Solo así es posible formalizar una devolución motivacional al paciente y a su familia, con el fin de plantear de forma consensuada objetivos realistas del tratamiento, en función de las características y capacidad de cambio del paciente y de su entorno más cercano (padres, profesores, amigos, etc.).

En relación con los objetivos relativos al control del comportamiento adictivo, aunque en ocasiones puede ser recomendable plantear un tiempo de

abstinencia total de algunos juegos o aplicaciones de Internet, algunas de estas tecnologías son necesarias para el funcionamiento cotidiano y no resulta realista plantear una abstinencia total. Además, los adolescentes difícilmente aceptan esta opción en principio y, por otro lado, las actividades lúdicas o de contacto social que realizan a través de Internet son necesarias para un desarrollo saludable. Por ello, se han propuesto nuevas estrategias de tratamiento que pretenden facilitar un uso controlado de Internet o de los videojuegos y que están basadas en los modelos de bebida controlada y de entrenamiento en alimentación moderada (Young, 2007). Por ejemplo, en el caso de Internet, se puede plantear como primer objetivo no conectarse hasta haber acabado los deberes o a partir de cierta hora. Sin embargo, hay que tener en cuenta que cuando la adicción es grave, suele ser necesario plantear por lo menos una temporada de abstinencia total, al menos de la aplicación objeto de adicción, o de la que ha ocasionado más problemas, mientras se intenta un uso controlado de las demás. También se puede pactar un tiempo para procurar el control y, si no se consigue, plantear la abstinencia total, siguiendo las directrices de los programas preventivos relacionados con el consumo de alcohol.

Es muy importante negociar los objetivos concretos de la terapia con el joven y su familia, y suele resultar útil establecer contrato terapéutico en el que se recojan dichos objetivos, las pautas y las consecuencias que se aplicarán por el cumplimiento o incumplimiento (pactos de contingencias). A partir de ahí se escogerán las técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas que puede resultar útil combinar en cada caso concreto, integrando las actuaciones del equipo multidisciplinar de forma coordinada. Posteriormente, se comprobarán los resultados de su aplicación, cambiando de estrategias cuando estos no sean positivos.

En el tratamiento de adicciones tecnológicas resulta conveniente trabajar específicamente la red de apoyo social del paciente, ya que suele ser un aspecto especialmente afectado, bien como factor causal de la adicción, bien como consecuencia de esta. Por otro lado, se debe facilitar la implicación del joven adicto en actividades ocupacionales y lúdicas diferentes del ocio

tecnológico (deportes, voluntariado, cursos, talleres, etc.). Para ello es útil la coordinación con recursos comunitarios a través de trabajadores y educadores sociales, que pueden participar en la orientación vocacional, la búsqueda de empleo, de actividades de ocio, etc. Puede ser necesario acompañarles en las primeras ocasiones para facilitar que se impliquen en estas actividades, ya que suelen mostrar grandes dificultades.

Un último aspecto importante en el tratamiento de los adolescentes con adicciones tecnológicas es planificar los seguimientos a medio-largo plazo y la prevención de posibles recaídas. Como decíamos anteriormente, estos tratamientos suelen ser largos y complejos, no tanto por el comportamiento adictivo en sí, sino debido a la frecuente comorbilidad con trastornos psiquiátricos que dificultan que los pacientes puedan responder al tratamiento cognitivo-conductual específico para la adicción (hostilidad, falta de empatía, dificultades de comprensión social y habilidades de comunicación, impulsividad e intolerancia a la frustración). También es frecuente encontrar una gran dificultad en el entorno familiar para cumplir las pautas indicadas por los terapeutas. Habitualmente, después de un periodo de trabajo terapéutico intensivo, suele ser necesario mantener algunos seguimientos durante al menos un año, para controlar el cumplimiento de las pautas establecidas y evitar las recaídas en los patrones erróneos de funcionamiento familiar. Por otro lado, a menudo son necesarios seguimientos para controlar los tratamientos farmacológicos. Por último, cuando nos encontramos con adolescentes cercanos a la mayoría de edad, que deben continuar su tratamiento en un servicio de adultos, es necesario preparar bien la derivación a esos servicios para evitar la desvinculación o retrocesos en el tratamiento.

En la actualidad empiezan a existir programas de intervención específicos para tratar las adicciones tecnológicas, tanto para adultos como para adolescentes, en su mayoría extrapolados de los programas de tratamiento de las adicciones a drogas y al juego de azar. En general, y especialmente en el caso de adolescentes, se recomienda la realización un tratamiento individualizado, flexible y multimodal, aunque en un buen porcentaje de casos existe comorbilidad con otro trastorno psicopatológico y es necesario

realizar un tratamiento integrado, atendiendo a la vez a la adicción y a la psicopatología acompañante, de forma altamente coordinada. El protocolo de intervención se inicia con la vinculación del paciente y la adaptación de los objetivos y el plan terapéutico a sus necesidades particulares. A continuación se combinan las diferentes técnicas psicoterapéuticas: motivacionales, cognitivas, conductuales, familiares, sistémicas, psicosociales y farmacológicas. Si es preciso puede recurrirse a ingreso hospitalario o a tratamientos residenciales. Una vez conseguidos los objetivos terapéuticos, el terapeuta principal o de referencia realizaría seguimientos a largo plazo para reforzar lo aprendido y prevenir las recaídas en el hábito adictivo.

Sin embargo, a pesar de los avances conseguidos, se debe seguir trabajando en el desarrollo de mejores técnicas para atraer y vincular a los jóvenes al tratamiento, instrumentos de diagnóstico y detección precoz y en la evaluación de los tratamientos. Asimismo, es necesario aumentar los recursos de hospital de día y tratamiento residencial para los casos refractarios al tratamiento ambulatorio. Por último, se deben extender los programas de tipo escalonado, que permitirían no solo dirigirse a la población general, sino detectar casos con diferentes niveles de riesgo adictivo para dirigirlos precozmente a intervenciones progresivamente más intensivas.

Exposición de un caso práctico: Arnau

Motivo de consulta

Arnau es un chico de 15 años que acude a la Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes (UNICA-A) del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona porque su madre ha detectado que en el último año su implicación en los juegos en línea es cada vez mayor y está repercutiendo en su rendimiento escolar y en su comportamiento en casa. Cada vez está más violento y encerrado en sí mismo y ha pasado de ser un excelente estudiante a suspender varias asignaturas.

Antecedentes e historia previa

El embarazo de Arnau no fue deseado pero no presentó dificultades especiales. El parto también discurrió sin problemas. Sin embargo, la madre tuvo una depresión a los pocos meses del nacimiento debido a problemas para compaginar la vida familiar y laboral. La madre había estudiado derecho y era secretaria en una empresa de transporte multinacional. Arnau no presentó problemas médicos de interés durante la infancia, aunque siempre ha sido un niño "poco comedor y enclenque" según su madre. Recientemente le han diagnosticado hipotiroidismo subclínico. Empezó a caminar a los 13 meses y a hablar un poco tardíamente, hacia los dos años y medio, aunque luego desarrolló rápidamente un lenguaje muy elaborado para su edad. Todo el mundo decía que "parecía un viejo hablando". Desde pequeño ha preferido la compañía de adultos que la de otros niños de su edad, y ha ido mostrado interés por temas específicos como los dinosaurios, el mundo egipcio, las series manga, las cartas Pokemon, etc. Su madre comenta que ya de pequeño le costaba tener amigos porque siempre quería imponer su criterio y, cuando los demás hacían algo que no le interesaba, simplemente "se desconectaba". Sus actividades de ocio siempre han sido más bien solitarias y de carácter intelectual y cultural (cine, música, museos, etc.). Nunca le han gustado los deportes ni las actividades al aire libre. Su madre comenta que siempre ha sido un chico "raro, aunque muy listo", con pocos amigos y aficiones un tanto "peculiares".

El padre de Arnau falleció cuando él tenía 5 años debido a un cáncer de pulmón, pero él nunca habla de ello. Según la madre, el padre tenía un carácter rígido, estaba muy centrado en "sus manías dietéticas" y se enfadaba mucho cuando alguien le llevaba la contraria en algún tema. Después de su fallecimiento, Arnau y su madre vivieron durante dos años en casa de los abuelos maternos, pero la madre decidió marcharse porque los abuelos estaban sobreprotegiendo y malcriando a Arnau. Tras fallecer el abuelo el año pasado, la abuela materna, a la que Arnau muestra cierto rechazo porque está iniciando una demencia y "hace cosas muy raras", está conviviendo en casa de Arnau y su madre (figura 3.2). En la rama materna, Arnau tiene un primo con Síndrome de Asperger.

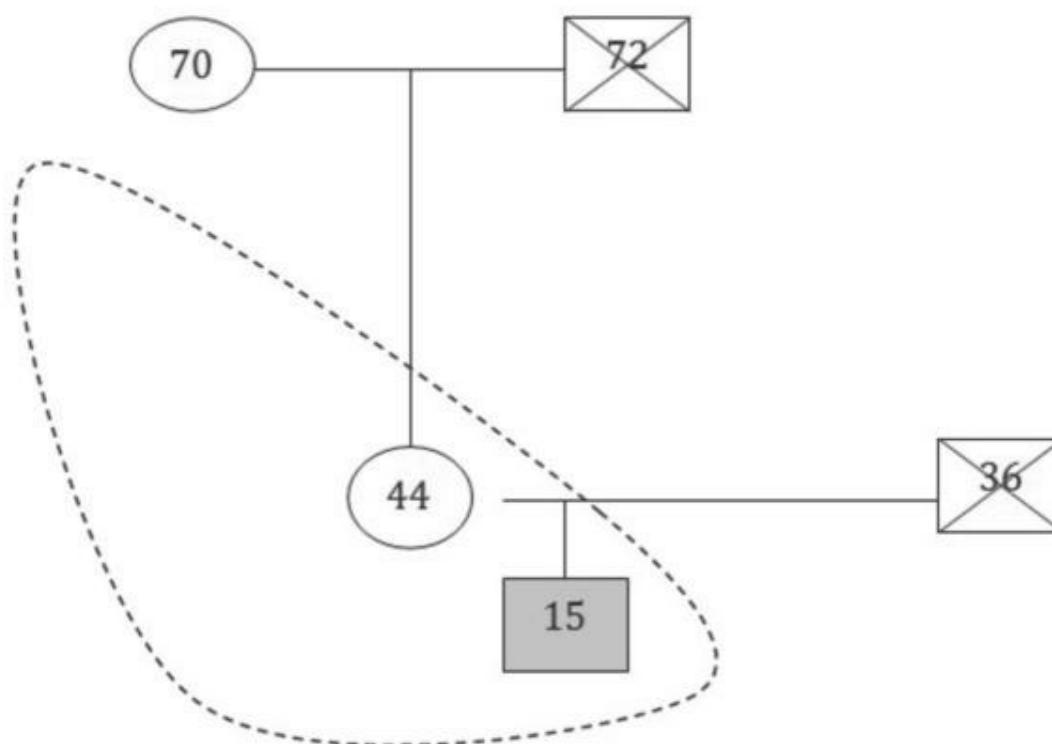


Figura 3.2. Genograma de Arnau.

A Arnau le preocupa mucho su rendimiento académico desde pequeño. De hecho, ha realizado tratamiento psicológico privado por problemas de ansiedad y psicósomáticos relacionados con su autoexigencia en los estudios desde los 8 años. Por otro lado, la madre de Arnau también es muy exigente en este tema ("si no sacas buenas notas, nunca serás nada"). Una tía materna, que es maestra y que a veces ayuda a Arnau con las matemáticas, también se muestra exigente con Arnau ("tienes que dejarte de tonterías de juegos e Internet y ponerte a estudiar más, porque la vida es muy dura y hay mucha competencia"). Arnau siempre ha sido muy dependiente de su madre, aunque en el último año se muestra más rebelde y desafiante, especialmente en lo referente a las normas de uso del ordenador. La madre opina que Arnau siempre ha estado rodeado de mujeres en la familia, y que "le ha faltado una figura masculina que le haya impuesto autoridad".

Trastorno actual

Según su madre, Arnau se pasa unas 4-6 horas cada tarde y unas 10-12 horas los días del fin de semana sentado delante del ordenador, jugando a juegos en línea, mirando páginas de noticias, entretenimiento y series manga. En ocasiones su madre le ha sorprendido conectado a altas horas de la madrugada. Su rendimiento escolar se ha visto afectado durante el último curso (4º ESO) y ha llegado a negarse a ir a clase algunas mañanas alegando malestar físico (dolor de cabeza o abdomen). También ha dejado de acudir a algunos exámenes con diferentes excusas. Últimamente ha llegado a pensar "me he vuelto tonto y por eso no puedo estudiar" y llora con frecuencia delante de su madre por este tema. Arnau no es popular en su clase, no queda con los compañeros para hacer trabajos escolares y solo tiene tres o cuatro amigos con los que suele conectarse en línea para jugar, aunque no suele quedar con ellos para realizar otras actividades como ir al cine o a pasear. Cuando sus amigos quedan para salir, él alega siempre excusas para seguir en casa conectado a Internet.

La madre comenta que actualmente la relación con Arnau en casa es insostenible y que cuando en ocasiones ha intentado apagarle el ordenador o el ADSL ha llegado a agredirla físicamente. Ella se pasa la tarde y el fin de semana prohibiéndole el uso del ordenador para acabar devolviéndoselo cuando Arnau se queja de aburrimiento, se pone a llorar o dice que ya ha estudiado todo lo que debía. Además, explica que Arnau tiene muchos celos de la atención que la madre le tiene que proporcionar a su abuela enferma. La madre dice que está a punto de claudicar y enviarlo a un internado porque desde hace un tiempo "no hace absolutamente nada, no le da la gana de estudiar, al mediodía no se come la comida que le dejó preparada, solo juega al ordenador, vive encerrado en su habitación, me insulta si le desconecto el módem y se está volviendo físicamente violento. En alguna ocasión he pensado seriamente en llamar a la policía ('yo no puedo más, me está volviendo loca')".

En la primera entrevista con Arnau, este muestra cierta conciencia de que hace un uso excesivo del ocio informático, pero se muestra preocupado especialmente por su rendimiento académico y no tanto por su descontrol en

el uso de Internet y los videojuegos ("mi madre te habrá contado que paso demasiado tiempo con el ordenador, pero el problema no es ese... El problema es que no puedo concentrarme en estudiar... creo que he perdido la capacidad de hacerlo... me he vuelto tonto"). Arnau reconoce que no tiene amigos, y que le gustaría tener más habilidades sociales porque "puede ser útil para mi carrera en el futuro"... Sin embargo, comenta que le cuesta mostrar interés por las cosas que le explican los demás y por las actividades que hacen, porque le aburren o no le parecen importantes. Dice que tiene que sacar buenas notas porque quiere estudiar derecho y economía y dedicarse al mundo de la política. Siempre está atento a las noticias y ha leído mucho sobre estos temas en Internet. Se esfuerza por demostrar su dominio de la informática y de Internet y tiene un aire intelectual y elitista. También reconoce que la relación con su madre es difícil pero que él ya está acostumbrado y lo puede tolerar porque "ella es así y no cambiará nunca".

En cuanto al comportamiento adictivo, Arnau reconoce que usa el ordenador unas 4-6 horas diarias, principalmente para jugar a juegos de estrategia bélica en línea, consultar foros sobre temas de economía y política, ver noticias, cine o series de televisión. Acepta que cuando llega a casa a menudo empieza a jugar sin ni siquiera comer y no para hasta que llega su madre y le obliga a ponerse a hacer los deberes. Explica que le cuesta concentrarse en las tareas escolares y que no rinde como antes, cree que ha perdido capacidad y eso le angustia. Cuando acaba los deberes, le acaba pidiendo a su madre volver a conectarse porque se aburre, no sabe qué hacer. Reconoce que muchas veces se va involucrando en diferentes actividades en línea, hasta que pierde la noción del tiempo. También acepta que evita irse de casa el fin de semana con la familia porque lo pasa mal si acude a algún sitio en el que no hay acceso a Internet. En ocasiones se despierta por la noche y se conecta para poder seguir jugando, alegando que le cuesta volver a dormirse.

Al finalizar la primera entrevista, Arnau acepta que evaluemos la situación para poder orientarle de cara a poder conseguir sus objetivos personales, académicos y vocacionales, para lo que entiende que debería mejorar su

dedicación al estudio y sus relaciones sociales, que serán los primeros objetivos consensuados de la terapia. Arnau reconoce que el control de la conducta de juego y el uso de Internet, junto con la mejora de las relaciones familiares, podrían ser otros objetivos importantes.

Evaluación y diagnóstico

En la exploración clínica, Arnau se muestra inexpresivo, racional, distante emocionalmente. En ocasiones evita el contacto ocular. Parece autoexigente, obcecado, suspicaz y muestra dificultades de empatía y pocas habilidades sociales. Su discurso es concreto, carente de modulación emocional y centrado en intereses intelectuales. Por otro lado, muestra una actitud prepotente, autosuficiente y narcisista, así como elevada contención emocional (principalmente ira y hostilidad) y alexitimia. Parece contar con pocos recursos de afrontamiento y resolución de conflictos. Asimismo, presenta temores hipocondríacos de contaminación, así como pensamientos distorsionados correspondientes a rasgos narcisistas, obsesivos y esquizoides.

En los test cognitivos administrados, Arnau muestra un rendimiento de nivel superior en las pruebas que requieren razonamiento verbal y obtiene un rendimiento muy variable en el resto de pruebas, fracasando en ocasiones ante pruebas monótonas y poco desafiantes intelectualmente (parece sentirse ofendido). Su madre comenta que de pequeño le habían dicho los maestros que el niño parecía superdotado. De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000), a partir de las entrevistas realizadas a Arnau y a su madre, se realizaron los siguientes diagnósticos:

- En el eje I: Trastorno ansioso-depresivo, con repercusiones psicosomáticas, trastorno de control de impulsos no especificado (adicción a juegos de rol en línea y a Internet).
- En el eje II: Rasgos de personalidad evitativos, esquizoides, narcisistas y obsesivoides (rigidez, rumiación, racionalización, autoalienación), hostilidad y baja tolerancia a la frustración. Actitudes pasivo-agresivas.

-En el eje 111: Hipotiroidismo subclínico.

-En el eje IV: Conflictos familiares y dificultades de adaptación social.

Plan terapéutico

Tras intentar establecer una buena vinculación inicial para facilitar la adherencia al tratamiento, nos centramos en establecer un plan para conseguir los objetivos prioritarios para Arnau y para su madre: mejorar el rendimiento académico y las relaciones sociales, sin olvidar el papel que tiene en sus problemas la sobreimplicación en el juego y otras actividades en línea, así como las dificultades actuales en la relación madre e hijo, que impiden el establecimiento y cumplimiento de normas con respecto al uso del ordenador. Finalmente se consensuaron los siguientes objetivos terapéuticos:

- 1.Mejora del afrontamiento académico y reducción de los hábitos de estudio obsesivos y excesivamente autoexigentes, en relación con el desarrollo de una adecuada autoestima.
- 2.Mejora de las habilidades sociales y la adaptación académica, familiar y social.
- 3.Reestructuración y afrontamiento de pensamientos distorsionados y manejo de las emociones relacionadas (depresión, ansiedad, ira, hostilidad).
- 4.Mejora de la calidad de las relaciones materno-filiales.
- 5.Control de la conducta de juego y ocio informático.

Al principio del tratamiento las visitas se programaron dos veces por semana. Al cabo de un mes se redujeron a una por semana durante tres meses aproximadamente. Progresivamente continuaron espaciándose hasta realizar seguimientos una vez al mes para comprobar la evolución, con intensificaciones ocasionales ante la reaparición de dificultades. En total, durante el primer año de tratamiento se realizaron unas 25 visitas

psicológicas (17 por separado madre e hijo y 8 en sesión conjunta) y 9 visitas psiquiátricas.

En las sesiones individuales con Arnau se integraron diferentes modalidades psicoterapéuticas (técnicas psicoeducativas, motivacionales, cognitivo-conductuales y entrenamiento en habilidades sociales como identificación y expresión de sentimientos, asertividad, resolución de problemas y manejo de emociones). Se trabajaron numerosas distorsiones cognitivas, autoestima, planificación e implicación en actividades domésticas y de ocio no informatizado (cine, lectura, música...), comunicación afectiva y efectiva entre madre e hijo, técnicas de negociación, control de estímulos y autocontrol posterior para disminuir el tiempo de conexión a Internet.

La madre de Arnau participó en 5 sesiones psicoeducativas en grupo de padres, en las que se les explicaba las características de los trastornos que tenían sus hijos y se les entrenaba en la resolución de situaciones conflictivas en casa. También se realizaron algunas sesiones terapéuticas familiares con el fin de procurar una mejor comunicación y relación emocional entre madre e hijo, así como tres sesiones semanales con un reeducador para trabajar principalmente aspectos relacionados con el rendimiento académico. El reeducador acudía al domicilio para trabajar durante una hora y media los hábitos de estudio y las técnicas de afrontamiento a pensamientos obsesivos, depresivos y ansiógenos, además de otras dificultades de adaptación social, académica y familiar.

Finalmente, con el fin de apoyar el tratamiento psicoterapéutico, se recetaron psicofármacos para el control de la obsesividad, la depresión y la angustia (fluoxetina), así como para la hostilidad, la rigidez de pensamiento y las ideas extrañas (risperidona), aunque el cumplimiento fue irregular a lo largo del tratamiento, ya que Arnau solo quería "una medicina que le ayudase a concentrarse para estudiar".

Evolución del tratamiento y seguimientos

Se requirió un gran esfuerzo del equipo terapéutico para mantener la

adherencia al tratamiento. Tanto Arnau como su madre pretendían que el tratamiento pudiese conseguir cambiar al otro, de manera que a lo largo de la terapia se fueron redefiniendo los objetivos iniciales para que madre e hijo se propusiesen cambios independientes el uno del otro con respecto a su propio bienestar futuro.

Al empezar las sesiones de psicoterapia nos encontramos ante dificultades para conseguir el cumplimiento de las tareas asignadas, tanto por parte del chico como de su madre. Aun así, se mantuvo una aceptable relación terapéutica y se intentaron compromisos que, sin embargo, se desvanecían entre una y otra visita. Arnau acudía a las visitas programadas, aunque se quejaba constantemente de que su madre no cumplía y no cambiaría nunca, manteniéndose su hostilidad hacia ella ("sigue haciéndolo igual de mal que antes, no habéis conseguido nada...", "es imposible que cambie", "siempre lo ve todo negativo").

Basándonos en que Arnau tenía una historia de éxito escolar y le preocupaba su rendimiento, nos centramos en ello para motivarle, aunque intentando disminuir la autoexigencia y la obsesión por el rendimiento académico. A través del análisis funcional de la conducta de juego en línea llegó a entender que había dejado de asistir a clases y no había preparado exámenes debido al exceso de tiempo invertido en los videojuegos y en otras aplicaciones de Internet. A la vez entendió que se refugiaba en el ocio informático para no afrontar sus dificultades con los estudios. Todo ello le hacía estar deprimido y angustiado, provocando síntomas psicossomáticos que hacían que quisiera quedarse en la cama algunas mañanas, enfadándose con su madre por obligarle a levantarse. También reconoció que cuando empezaba a tener dificultades en alguna asignatura se ponía nervioso debido a su autoexigencia y no paraba de buscar razonamientos y justificaciones para explicar su bajo rendimiento. Durante el proceso terapéutico, sus componentes narcisistas, esquizoides, evitativos y su hostilidad hacia la madre interfirieron en gran manera y hubo que trabajar numerosas distorsiones cognitivas, en ocasiones contradictorias ("la ESO no sirve para nada, no enseñan nada importante para la vida", "no me puedo concentrar, he

perdido capacidad para estudiar", "no soy suficientemente inteligente", "mi madre nunca cambiará", "nunca haré nada importante", "soy más listo que el resto de la clase", "ellos aprueban porque llevan chuletas", etc.)

En cuanto a sus dificultades para establecer y mantener relaciones sociales, Arnau reconoció que en realidad no estaba demasiado interesado en ellas, que sentía que los demás no le aportaban nada, no hacían nada importante en la vida. Aun así, aceptó intentar relacionarse más con los amigos con los que jugaba en línea, para acudir al cine o a otras actividades que a veces proponían, aunque no lo consiguió. Arnau se comparaba constantemente con los demás y tenía temor de no parecer suficientemente inteligente. También se intentó que Arnau se implicara en actividades extraescolares sin éxito (taller de cómics, teatro). Por todo ello, se optó por recomendarle un reeducador para temas de hábitos estudio (planificación de tareas, disminución de la repetición obsesiva y la ansiedad, aumento de la eficacia) que hiciera a la vez de coaching en temas de relación social y en la implicación de actividades de ocio no informatizadas, como tomar un refresco en una terraza, acudir a un mercadillo de trastos viejos o a dar una vuelta por un centro comercial para comprar algo de ropa, algo a lo que su madre había renunciado hacía tiempo. Se escogió como reeducador un chico joven para trabajar aspectos de identificación con una figura masculina.

Con respecto a las relaciones familiares, la madre de Arnau mostró dificultades para practicar en casa lo aprendido en las sesiones de padres debido a su rigidez de pensamiento y a su tendencia a imponer su propio criterio sin tener en cuenta las directrices de los terapeutas. La madre precisó apoyo emocional frecuente, incluso por teléfono, ante numerosos momentos de crisis ("Arnau no se quiere levantar para ir a clase", "no vendrá a la visita porque hemos tenido una discusión y se ha marchado de casa", "me he enterado que lleva 3 días sin ir a clase", "ya no puedo más, el lunes se va a un internado", "me está tomando el pelo y eso no lo puedo tolerar"). Aunque hubo periodos de mejoría, a los seis meses de tratamiento la madre de Arnau tuvo una crisis depresivo-ansiosa y decidió que Arnau se iría el curso siguiente a un internado, algo a lo que Arnau se oponía rotundamente porque

sentía rechazo ante la idea de compartir una habitación con otros chicos. En este momento de crisis, la madre fue derivada a tratamiento y se le administró fluoxetina.

En las sesiones familiares Arnau y su madre intentaron llegar a acuerdos respecto a las normas de uso de Internet, pero Arnau criticaba constantemente a su madre por su incumplimiento de los pactos establecidos en la consulta (no retiraba el ADSL cuando debía, etc.), así como por perder los nervios y realizar comentarios despreciativos ("estás mal de la cabeza", "nunca llegarás a nada", "no te quiero en mi vida"). La madre telefoneaba o acudía a consulta diciendo que era imposible mantener los pactos y sucumbía ante la presión de Arnau para utilizar Internet. Finalmente se utilizaron las sesiones familiares para trabajar la relación afectiva entre madre e hijo; con respecto al tema de control del uso de ocio informático, se optó por procurar que fuese Arnau el que fuese ganando autocontrol sobre el uso del ordenador e Internet, con ayuda del reeducador con el que trabajaba aspectos de rendimiento académico. La madre se limitaba a registrar el tiempo de conexión a Internet para ir comprobando si Arnau iba mejorando su autocontrol. Se pactó que la madre desconectara el ADSL al ir a dormir.

Arnau ha ido disminuyendo su dedicación al juego en línea, aunque ha seguido utilizando Internet con más frecuencia que otros jóvenes que disponen de mayor repertorio de actividades físicas y sociales. Arnau pasa buena parte de su tiempo de ocio leyendo noticias, artículos sobre política e historia, viendo películas y series de televisión, etc. Aprobó cuarto de la ESO tras pactar un poco de ayuda con los profesores (hacer los trabajos en solitario, reprogramación de exámenes a los que no acudía por temor a no habérselos preparado suficientemente, etc.) y actualmente ha iniciado 1º de Bachillerato social, con buen rendimiento, especialmente en las asignaturas de filosofía e historia. En ocasiones ha quedado con dos compañeros de clase para realizar trabajos conjuntos. Durante este nuevo curso sigue con la reeducación domiciliaria para temas académicos y realiza seguimiento psicológico ambulatorio una vez al mes aproximadamente. Se continúa trabajando autoestima, autoexigencia académica, hábitos de estudio,

flexibilidad cognitiva, crítica y reestructuración de pensamientos distorsionados, identificación y expresión asertiva de sentimientos y opiniones, empatía y reciprocidad social. También continúa su tratamiento farmacológico con fluoxetina y risperidona, aunque esta última la toma muy irregularmente por exceso de somnolencia matinal. Su madre está relativamente satisfecha con la evolución de Arnau, aunque se queja de que no ha tenido más remedio que ir cediendo y dejar que "sea un poco frikf". Por otro lado, ella está empezando a dedicarse un poco más de tiempo a sí misma y a salir con amigos, mientras deja a su madre a cargo de una trabajadora familiar.

4

Intervención en adultos

La psicología, como disciplina científica, tiene como objeto el tratamiento de las conductas desadaptadas que interfieren en el funcionamiento del individuo y de su entorno. Así, tras la irrupción de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), algunas personas comienzan a desarrollar comportamientos desadaptados cuando interactúan con ellas. Por tanto, ante esta realidad clínica, la psicología tiene como reto la solución del uso patológico de estos instrumentos tecnológicos y el establecimiento de pautas de uso saludables. En este capítulo se orienta al profesional que se encuentra ante un adulto con un posible abuso o dependencia de alguna de las TIC más populares (Internet, móvil, videojuegos) para facilitar el desarrollo de su práctica clínica.

4.1. Diagnóstico y análisis funcional de las adicciones tecnológicas

En la fase diagnóstica de la adicción a las tecnologías de la comunicación y de la información se dan tres situaciones que merecerán un abordaje diferenciado.

4.1.1. Diagnóstico único

Tras la exploración psicológica podemos concluir que la persona presenta un diagnóstico "único" de adicción a una o varias TIC. En este caso, la persona presenta los síntomas nucleares comunes en cualquier adicción química o psicológica (Echeburúa, 1999), adaptados al objeto adictivo que puede ser Internet, el móvil o los videojuegos. Así, el adicto presenta incapacidad de control e impotencia, ya que no consigue controlar o detener la conducta con el objeto adictivo una vez iniciada; muestra dependencia psicológica, de modo que la conducta de uso del objeto adictivo provoca un deseo, ansia o

pulsión irresistible (craving); focaliza toda la atención del adicto (pensamientos y sentimientos); y presenta una serie de efectos perjudiciales graves a diferentes niveles, dentro del ámbito interpersonal (autoestima, estado de ánimo) e interpersonal (familia, relaciones sociales, trabajo, estudios) como consecuencia del uso disfuncional del objeto adictivo (Internet, móvil o videojuegos) (Echeburúa, 1999).

Además, puede presentar algunos de los síntomas no nucleares más frecuentes, como son la tolerancia y la abstinencia ante el objeto adictivo; la modificación del estado de ánimo, la sensación creciente de tensión antes de usar el objeto adictivo y placer o alivio tras utilizarlo; la euforia y el trance mientras usa el objeto adictivo; y la negación, la ocultación o la minimización del uso patológico del objeto adictivo; los sentimientos de culpa y la disminución de la autoestima ante el uso disfuncional; y el riesgo de recaer y de reinstaurar la conducta adictiva (Echeburúa, 1999).

Dentro del diagnóstico "único" de adicción a una o varias TIC se encuentra el uso patológico de Internet, móvil y videojuegos. En este sentido, el caso de Internet sí se considera una dependencia específicamente psicológica con características comunes a otro tipo de adicciones (Arias et al., 2012), al igual que sucede con los videojuegos. En el caso del móvil, el diagnóstico es algo más confuso, en algunos casos se habla de adicción y en otros de abuso, al considerarse que este instrumento tecnológico no comporta las consecuencias (alteraciones emocionales rápidas o de identidades) como sucede en la Red (Sánchez-Carbonell et al., 2008). Aunque con la llegada de la telefonía inteligente, el móvil es una plataforma que contiene todos los recursos propios de Internet, además de todos los contenidos característicos del teléfono móvil (Ishii, 2004).

4.1.2. Diagnóstico secundario o encubierto

Una vez efectuada la evaluación psicológica se puede determinar la existencia de una adicción, pero no a las TIC, sino a otras conductas a las que se puede acceder mediante Internet y que son las causantes de que se dispare la adicción (Madrid, 2002). En estos casos se determina la presencia de un

diagnóstico encubierto, donde la adicción a las TIC se considera secundaria a otra adicción conductual (Sánchez-Carbonell y Beranuy, 2007), es decir, es la manifestación secundaria de otra adicción principal y es el medio que facilita la expresión de otras patologías (adicción o trastorno psicológico) que existen al margen de las TIC (Alario, 2006; Echeburúa et al., 2007). Por tanto, solamente debe efectuarse el diagnóstico de la adicción principal o primaria, aunque dejando constancia que la TIC es el medio de expresión de la dependencia (Díaz y Beranuy, 2009). Únicamente debe realizarse la intervención del trastorno primario, que es el que demanda una atención clínica prioritaria (Alario, 2006).

Entre las dependencias encubiertas más habituales se encuentran: la adicción al sexo, donde se produce la dependencia de aplicaciones con contenidos pornográficos o sexuales en línea o mediante el teléfono (Alario, 2006; Echeburúa et al., 2005); la adicción a determinadas aplicaciones que facilitan el desarrollo de conductas compulsivas relacionadas con el control de impulsos, como son la adicción a los juegos de azar y la adicción a las compras (Greenfield, 1999; Young et al., 1999); la adicción a las relaciones, que se basa en la adicción a grupos de discusión, correo electrónico y chats con contenidos de comunicación interactiva con otros usuarios (Greenfield, 1999; Young et al., 1999); la adicción al trabajo (Echeburúa et al., 2005) y otras adicciones menos populares, como la adicción al tarot. Además la adicción a las TIC también puede enmascarar la existencia de otros trastornos psicológicos.

4.1.3. Diagnóstico dual de las adicciones tecnológicas

Después de finalizar la exploración psicológica, se puede detectar la presencia de una adicción tecnológica y de otro trastorno psicológico paralelo, es decir, un trastorno dual. Por tanto, cuando se detecta la presencia de una patología dual, ambos trastornos deben diagnosticarse y tratarse de forma simultánea a la adicción a las TIC (Díaz, Beranuy y Oberst, 2009). De esta forma, al igual que sucede en el ámbito de las adicciones químicas, ambos trastornos deben recibir el tratamiento indicado (Díaz, 2005; Yen, Ko et al., 2007). Siempre que sea posible se utilizará un tratamiento integral, en

el que intervienen profesionales de un mismo equipo terapéutico o, en su defecto, un tratamiento en paralelo, donde profesionales de diversos dispositivos terapéuticos se coordinan en la intervención.

4.1.4. Análisis funcional de las adicciones tecnológicas

En el tratamiento de una persona que presenta una adicción a las TIC, además de las características diagnósticas de la dependencia, es importante disponer de las características específicas de la adicción en su caso en particular. De este modo la confección de un adecuado análisis funcional nos ayuda a empatizar con el paciente, porque debe explicar las intimidades de su adicción, ayuda a comprender su comportamiento adictivo y facilita el poder ayudarlo a controlar y a prevenir un futuro uso adictivo de la nueva tecnología.

El análisis funcional se basa en los paradigmas del condicionamiento clásico y experimental. Según el condicionamiento clásico, determinados estímulos, tanto internos (personas o lugares concretos, momentos del día o días de la semana), como condicionados, tras su asociación repetida con la conducta adictiva participan en la evocación, en el mantenimiento y en la recaída de la adicción tras un periodo de abstinencia, porque desencadenan respuestas condicionadas de craving y cambios condicionados de la activación fisiológica (Alario, 2006). Según el condicionamiento experimental, la adicción conductual es una conducta operante, reforzada o mantenida por sus consecuencias, que actúan como un poderoso reforzador tanto positivo (placer) como negativo (evitación del malestar o supresión del síndrome de abstinencia).

Por tanto, si se conocen los estímulos previos, las respuestas y las consecuencias posteriores, se está en condición de controlar la dependencia. De este modo, cuando queremos realizar el análisis funcional de la adicción a Internet debemos registrar una serie de datos.

1. Análisis de los estímulos antecedentes remotos de la conducta problema con las TIC a nivel personal (por ejemplo, cognitivo: baja autoestima;

motor: no afrontamiento de los problemas diarios; fisiológico: insomnio); tiempo libre (carencia de hobbies o actividades de ocio); social (problemas de relación social, tener amigos adictos a los videojuegos); profesional (insatisfacción con los estudios, mobbing laboral); económico (préstamo hipotecario); conyugal (fracaso sentimental, infidelidad conyugal); familiar (muerte de un progenitor, nacimiento de un hijo).

2. Análisis de los estímulos antecedentes próximos de la conducta problema, internos de carácter cognitivo (pensamiento de evasión, pensamiento depresivo), motor (estar trabajando con Internet, recibir un whatsapp), fisiológico (sentir ansia o experimentar ansiedad); y externos (disponer de wifi gratuito, recibir un mensaje en el móvil).
3. Análisis topográfico de la respuestas de la conducta problema, de carácter cognitivo (pensamiento de sentirse bien navegando, pensamiento de sentirse apoyado por la gente del chat, pensamiento de experimentar libertad jugando a los videojuegos, pensamiento catastrófico), motor (chatear, buscar información, llamar, enviar SMS, jugar al videojuego) y fisiológico (dormir menos de 5 horas, experimentar ansiedad...).
4. Análisis de las características de la conducta problema (objeto tecnológico adictivo: Internet, móvil, videojuegos; edad de inicio de la conducta de utilización de la TIC; edad de inicio de la conducta abusiva o adictiva de la TIC; frecuencia de conexión o uso de la TIC; tiempo de conexión o uso de la TIC; dinero generado por la conexión o uso de la TIC; motivo de la conexión o uso: fascinación o dependencia; tipo de aplicaciones favoritas de conexión y de uso; tipo de aplicaciones de mayor dependencia; pautas de uso de cada aplicación particular; tiempo semanal de dedicación a cada aplicación; tiempo de consulta de las aplicaciones de la TIC...).
5. Análisis de los estímulos consecuentes inmediatos internos de carácter cognitivo (pensamiento de euforia, excitación, ganador, frustración, culpa), motor (beber alcohol, fumar), fisiológico (ansiedad, ansia) y

externos (pelea con su mujer, conflicto con un compañero de trabajo).

6. Análisis de los estímulos consecuentes a largo plazo de la conducta problema a nivel personal (por ejemplo, cognitivo: pensamiento autolítico; fisiológico: fatiga, síndrome del túnel carpiano); tiempo libre (abandono de los hobbies y actividades de ocio); social (aislamiento social, relaciones sociales virtuales); profesional (abandono de estudios, conflictos con jefes del trabajo); económico (facturas elevadas, solicitud de créditos); conyugal (divorcio...); familiar (aislamiento familiar, problemas de comunicación).
7. Análisis de los factores predisponentes de la conducta problema, antecedentes personales (fobia social, adicción al juego patológico, maltrato infantil) y antecedentes familiares (disfunción familiar, adicciones a sustancias).
8. Análisis de los factores de mantenimiento de la conducta problema como reforzador (puntos, dinero, placer, desconexión) o evitación: situaciones estresantes, tareas domésticas.
9. Análisis de la motivación del sujeto ante la intervención de la conducta problema, valorar el nivel de motivación e interés por solucionar el problema y el grado de conciencia de la conducta problema en una escala de 0 a 10.
10. Análisis de los recursos personales ante la intervención (habilidades de autocontrol, habilidades cognitivas generales y de solución de problemas, competencias sociales autopercebidas y potencial de actividades gratificantes: nivel alto/medio/bajo) y personas que pueden colaborar en la intervención terapéutica.
11. Análisis del entorno socio-cultural ante la intervención (fuentes de refuerzo y valoración positiva/negativa de cada fuente).
12. Análisis de las relaciones sociales (personas con las que vive, con las

que se relaciona y valoración positiva o negativa de cada una).

4.2. Objetivos del tratamiento de las adicciones tecnológicas

Sin embargo, mientras en la intervención de las adicciones a sustancias y a la ludopatía, el principal objetivo terapéutico es la abstinencia total, ya que se valora que lo mejor para el adicto es que se aleje totalmente del objeto adictivo porque es un objetivo factible y viable, en el caso de las TIC se cuestiona si el objetivo terapéutico más idóneo es el de la abstinencia total debido a que la prohibición total del uso de Internet o móvil es una meta inviable, poco realista y poco factible. Básicamente porque la utilización de las TIC es una actividad necesaria e imprescindible para el desarrollo de una vida cotidiana normalizada a nivel social, familiar y laboral.

Los objetivos terapéuticos generales en la adicción a las TIC se basan en la eliminación de la dependencia y en la potenciación del autocontrol del adicto. Por tanto, la terapia se centra en reforzar los factores de protección, de forma que la finalidad de la intervención es que el adicto elimine el uso patológico de la TIC, retome el control de la conducta patológica y aprenda a usar la TIC de forma adaptativa, responsable y controlada (Arias et al., 2012). Los objetivos terapéuticos específicos en la adicción a las tecnologías podemos clasificarlos en dos áreas: la persona objeto del tratamiento y la etapa terapéutica.

A) Objetivos según la persona objeto de intervención

Los objetivos son diferentes en función de la persona a la que se dirige la intervención (adicto y familia) y en base al formato que se utiliza (individual o grupal). Los objetivos terapéuticos específicos a nivel individual son:

1. Determinar el diagnóstico clínico de la adicción a las TIC tras una correcta exploración psicopatológica de la dependencia y de sus consecuencias, así como del tipo y de la naturaleza del contenido del que se abusa en la TIC (Arias et al., 2012). Descartar la posible existencia de un trastorno encubierto o la posible presencia de un trastorno comórbido

(patología dual).

2. Confeccionar el análisis funcional de la adicción a las TIC después de examinar de forma exhaustiva la dependencia y de recopilar las características de los estímulos (internos y externos) que disparan la conducta adictiva a las TIC; recoger las particularidades de la conducta patológica (tiempos de conexión, horas de sueño, correlatos fisiológicos, rutinas y hábitos diarios generados por la dependencia, aplicaciones favoritas y aplicaciones que crean mayor dependencia...) y compilar las singularidades de las consecuencias (corto y largo plazo) a diferentes niveles (familiares, laborales, de pareja...) de la conducta adictiva a las TIC, así como el grado de conciencia del trastorno y el nivel de motivación para el tratamiento.
3. Evaluar los problemas asociados.
4. Evaluar los trastornos psicopatológicos asociados o primarios.
5. Realizar el tratamiento psicológico (abstinencia inicial y control posterior de la conducta problema) en el adicto.
6. Fomentar la prevención de las posibles recaídas durante y después del tratamiento.
7. Mejorar la calidad de vida deteriorada a diferentes niveles (personal, laboral, social, familiar...) por los trastornos asociados o paralelos.

Los objetivos terapéuticos específicos a nivel grupal son:

1. Fomentar la concienciación respecto a la conducta patológica de uso de las nuevas tecnologías, mediante su integración en un grupo de referencia.
2. Reforzar la abstinencia inicial del adicto y consolidar el posterior control de la conducta patológica con la ayuda del grupo.

Por lo que respecta al familiar, independientemente del formato (individual o grupal), los objetivos terapéuticos que deben considerarse son:

- 1.Orientar y concienciar a la familia respecto al problema de adicción a las nuevas tecnologías que presenta su familiar.
- 2.Facilitar a la familia los recursos necesarios para afrontar la situación derivada de la adicción a las TIC que padece su familiar.
- 3.Fomentar la colaboración y cooperación de la familia como coterapeuta dentro del programa de tratamiento que realiza su familiar.

B) Objetivos en función de la etapa de tratamiento

Los objetivos terapéuticos dependen de la etapa de tratamiento y de las áreas (cognitivo, emocional-fisiológico, conductual y medioambiental) que el adicto presente dañadas. De este modo, dentro de la primera etapa de intervención, que se centra en el tratamiento de la adicción a las TIC, los objetivos son los siguientes:

- 1.Lograr un periodo inicial de abstinencia en el uso de la tecnología.
- 2.Obtener una habituación gradual y progresiva en el uso de la tecnología.
- 3.Conseguir un aprendizaje de estrategias de prevención de recaídas ante el mal uso de la tecnología.

La segunda etapa de intervención se basa en el tratamiento de los problemas asociados y podemos planteamos diferentes metas u objetivos, en función de las áreas que el adicto presente deterioradas:

- 1.Área cognitiva: modificar los pensamientos y los sentimientos distorsionados relacionados con la autoestima; modificar las creencias distorsionadas vinculadas a aspectos generales de la vida; modificar las distorsiones cognitivas relativas a la alteración de identidad (Luego, 2004).

- 2.Área emocional: eliminar los sentimientos de culpa y desesperanza; aumentar la tolerancia al malestar y a los sentimientos negativos (Luego, 2004).
- 3.Área conductual: implementar hábitos de vida saludables y de autocuidado de la salud (deporte...); promover el afrontamiento y la resolución de problemas; entrenar en la adquisición de las estrategias de afrontamiento adecuadas para reorganizar la vida diaria y hacer frente a las dificultades de una forma más adaptativa (Alario, 2006).
- 4.Área profesional: recuperar el nivel de rendimiento (académico y laboral) y el grado de motivación, concentración y productividad; potenciar la reorganización del ámbito profesional; mejorar las relaciones laborales y la orientación para la búsqueda de empleo (Arias et al., 2012).
- 5.Área de actividades de ocio: reestructurar la distribución del tiempo de ocio y restaurar o instaurar la práctica de aficiones o actividades de tiempo libre reforzadoras (Arias et al., 2012).
- 6.Área de habilidades sociales: recuperar el círculo social habitual; restaurar la actividad social habitual; fomentar la práctica de relaciones sociales presenciales y disminuir las virtuales (Internet) o a distancia (móvil, videojuegos); entrenar en habilidades sociales (Arias et al., 2012; Madrid, 2002).
- 7.Área de pareja y familia: reestructurar funcionamiento y la convivencia conyugal o familiar.

En la tercera etapa de intervención, que se basa en el tratamiento de los trastornos psicopatológicos asociados, se plantean diferentes finalidades en función de la sintomatología que el adicto presente asociada:

- 1.Sintomatología fisiológica: reajustar el ciclo de sueño/vigilia y reorganizar las pautas alimentarias y de salud.
- 2.Sintomatología ansiosa: reducir la ansiedad subjetiva y los niveles de

activación general.

3.Sintomatología depresiva: mejorar el estado de ánimo y estabilizar los cambios de humor (irritabilidad, agresividad).

Por último, la cuarta etapa de intervención se basa en el cotratamiento de los trastornos paralelos a la adicción a las TIC. El objetivo terapéutico se centra en coordinar la intervención de la adicción a las TIC con la intervención del trastorno psicológico paralelo (adicción química o psicológica, trastorno de personalidad, trastorno psicótico...) para conseguir un progreso global del paciente.

4.3. Características generales del programa terapéutico

La intervención de la adicción tecnológica se basa en el tratamiento psicológico, el social y, en caso de que sea necesario, el farmacológico (Alario, 2006). En este sentido, la terapia comprende el nivel individual, familiar y grupal (si se considera conveniente). En la actualidad, debido a la carencia de datos consistentes, no se han descrito programas específicos de intervención de este trastorno. Por tanto, los tratamientos que se aplican para tratar estas dependencias se basan en los componentes terapéuticos comunes de las adicciones a sustancias y a la ludopatía. El programa terapéutico presenta una serie de características generales que se resumen en el cuadro 4.1. En este apartado, se recoge la información relativa al tratamiento individual específico (primera etapa). De este modo, se considera que el tratamiento de las adicciones tecnológicas debe desarrollarse en unas 16-24 sesiones de terapia, de unos 45-60 minutos de duración cada una de ellas. Se plantea que es conveniente que las sesiones terapéuticas se realicen en un inicio con una frecuencia semanal, pero que a medida que avanza el tratamiento se espacien progresivamente (Turbi, 2009).

Cuadro 4.1. Características generales del tratamiento de la adicción a las TIC

<i>Características</i>	<i>Descripción</i>
Número de sesiones	16-24 sesiones
Periodicidad de las sesiones	Semanal
Duración de las sesiones	45-60 minutos
Duración del tratamiento	4-6 meses
Duración del seguimiento	2 meses
Terapeuta	Psicólogo clínico

Respecto a la duración del tratamiento específico, se estipula que debe durar entre unos 4 y 6 meses. De forma que en la primera parte de la intervención, que debe durar unos 2-3 meses, se realiza la retirada del objeto adictivo y se establece la abstinencia total y, en la segunda parte del tratamiento, que debe comprender los siguientes 2-3 meses, se realiza la reincorporación progresiva del objeto adictivo hasta su completa normalización y se establezca su uso controlado. Se valora que después de finalizar la intervención es conveniente realizar un periodo de seguimiento de unos dos meses, con el fin de controlar la estabilidad de los objetivos conseguidos dentro de la terapia.

Sin embargo, la aplicación del programa terapéutico no conlleva siempre la mejoría total del adicto porque este presenta problemas significativos o trastornos psicopatológicos asociados que deben tratarse para conseguir la recuperación y la mejora total del paciente. Por tanto, en estas situaciones, el tratamiento de los aspectos asociados implicará la prolongación en el tiempo de la intervención y del seguimiento, alargando su duración de forma variable, en función de cada caso particular.

4.3.1. Modalidades terapéuticas

Las modalidades de tratamiento hacen referencia a los niveles y a las áreas de intervención. De este modo, el tratamiento de las adicciones tecnológicas debe contemplar la asistencia al adicto y a sus familiares, tanto a nivel individual como grupal (Turbi, 2009). Por otra parte, la intervención debe

abarcando el tratamiento de los problemas y de los trastornos psicopatológicos asociados, además del cotratamiento de los trastornos mentales paralelos.

4.3.2. Niveles de intervención

La estructura de las sesiones terapéuticas debe combinar las sesiones de tratamiento específicas para el adicto con sesiones conjuntas del paciente y de la familia, y puede contener sesiones exclusivas para la familia, en el caso de que sea necesario. En lo referente a los ámbitos de intervención, se plantea que la modalidad más idónea es la mixta, es decir, combinar las sesiones individuales y grupales, aunque en la actualidad la mayoría de tratamientos son de carácter individual, debido a la carencia de programas terapéuticos de tratamiento de carácter grupal. Esto es debido a la dificultad para crear grupos de pacientes con adicción a las TIC en un mismo entorno terapéutico, porque muchas personas que presentan la dependencia todavía se encuentran en una fase de negación de la adicción o aunque reconocen la adicción no buscan tratamiento. Por tanto, se recomienda que, cuando sea factible, el tratamiento sea de carácter mixto, intercalando las visitas terapéuticas individuales con las grupales.

4.3.3. Áreas de intervención

La intervención debe contemplar un enfoque multimodal y globalizador porque en la adicción a las nuevas tecnologías se observa la coexistencia de problemas de carácter diverso, que precisan una estrategia de intervención, más que una técnica terapéutica en particular (Alario, 2006). De este modo, la intervención debe abarcar el trastorno adictivo en sí y los problemas asociados o paralelos. Por tanto, las áreas de intervención son la propia adicción a las nuevas tecnologías, los problemas asociados a la adicción (familiares, sociales, laborales...), los trastornos psicopatológicos asociados (ansiedad, depresión) y los trastornos mentales paralelos (trastornos de personalidad, abuso de sustancias...).

4.4. Componentes terapéuticos del tratamiento

El programa terapéutico debe adaptarse a las circunstancias de cada caso clínico y tener en cuenta la sintomatología y las áreas que el adicto presenta más deterioradas, ya que el establecimiento de un plan terapéutico individualizado facilita el logro de una deshabituación más efectiva (Alario, 2006). Respecto a los componentes terapéuticos, acostumbran a utilizarse los componentes que generalmente se aplican en el tratamiento de las adicciones químicas y del juego patológico. El programa de intervención se lleva a cabo en diferentes etapas, utilizando diversas técnicas de intervención en cada una de ellas. Por lo que respecta al tratamiento individual, este se desarrolla en tres etapas. En la primera etapa se efectúa el tratamiento de la adicción a las TIC, en la segunda el tratamiento de los problemas asociados y en la tercera el tratamiento del trastorno dual. Aunque también se complementa una etapa previa al tratamiento, de tipo motivacional.

Las técnicas terapéuticas empleadas habitualmente presentan una orientación cognitivo-conductual, debido a que esta perspectiva es la más efectiva, la más beneficiosa y la que tiene mayor soporte clínico. Así, las técnicas terapéuticas de elección son las que se emplean en el tratamiento de la dependencia de sustancias y del juego patológico: el control de estímulos, la exposición gradual y la prevención de recaídas. Respecto a las estrategias utilizadas en las diferentes TIC (Internet, móvil, videojuegos), son muy similares en todos los casos, aunque cuentan con algunas variaciones y particularidades en función de las características de cada instrumento tecnológico.

4.4.1. Componentes de la etapa de pretratamiento

Aparte de todos los problemas de carácter externo en torno al tratamiento de las nuevas tecnologías (carencia de investigación, falta de programas específicos...), también existen problemas de carácter interno comunes a todas las dependencias (por ejemplo, negación de la dependencia, carencia de motivación para buscar tratamiento y falta de interés para realizar una terapia). Esta situación hace que muchos pacientes no busquen ayuda externa para modificar sus hábitos adictivos, abandonen el tratamiento o recaigan tras finalizarlo (Echeburúa y Corral, 2010).

Por tanto, se valora que cuando la persona niega o no reconoce el problema, porque todavía valora más el beneficio obtenido con la conducta adictiva que el coste sufrido, es necesario trabajar la motivación del paciente, en el marco de una fase de preparación del programa terapéutico. De este modo, el trabajo de la motivación del paciente pretende que el adicto reconozca que tiene un problema real, que se percate de que tiene más inconvenientes que ventajas si continúa con la adicción y que tome conciencia de la necesidad de ayuda externa para lograr un cambio. De modo que la función del terapeuta en esta fase es ayudar al adicto a conseguir una atribución correcta de la situación actual y descubrir las soluciones a su alcance (Echeburúa, 2001; Miller y Rollnick, 1999). Así, las estrategias terapéuticas efectivas son la motivación para el cambio y la psicoeducación y, en las familias, el apoyo emocional, basadas en la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999) y en el modelo transteórico de cambio de Prochaska y Diclemente (1993), que marca diferentes pautas según el estado de cambio en el que se encuentra el adicto y su compromiso terapéutico.

4.4.2. Componentes de la etapa de tratamiento

La primera fase de la intervención está centrada en el tratamiento de la adicción y cuenta con la aplicación de tres conjuntos de técnicas de tratamiento:

- a) Las técnicas de control de estímulos, que pretenden controlar las variables implicadas en el inicio de la conducta de adictiva.
- b) Las técnicas de exposición en vivo con prevención de respuesta, que tienen como objetivo lograr la abstinencia total de las aplicaciones problemáticas y el autocontrol de las aplicaciones permitidas.
- c) Las técnicas de prevención de recaídas, que tienen como finalidad proporcionar al sujeto unas estrategias de afrontamiento adecuadas ante las situaciones de alto riesgo para la recaída (Echeburúa y Corral, 2010).

A) Técnicas de control de estímulos

Las técnicas de control estimular tienen como objetivo controlar los estímulos relacionados con la conducta adictiva. La metodología de esta técnica se basa en identificar con el adicto los estímulos y las situaciones asociadas a la adicción, para conseguir su control (con la ayuda del coterapeuta), evitar su exposición y reducir al máximo las ocasiones del adicto de uso del instrumento tecnológico adictivo. Como se indica a continuación, la aplicación de esta técnica comprende el control de diferentes áreas vinculadas a las diversas TIC (Internet, móvil, videojuegos):

- 1.El control del instrumento tecnológico consiste en identificar y bloquear las opciones de acceso a las TIC, con la colaboración del coterapeuta, mediante la cancelación de los contratos existentes y la modificación de los códigos de acceso o la instalación de filtros para obstruir el acceso a determinadas aplicaciones para conseguir que el adicto permanezca desvinculado de las TIC y realice otras actividades.
- 2.El control del dinero se centra en identificar y controlar las fuentes de ingresos del adicto con la ayuda del coterapeuta, que es el que temporalmente gestiona y controla (por ejemplo, bloqueo del acceso a las cuentas y anulación de las tarjetas) y administra la economía del paciente. El objetivo es impedir que el adicto pueda acceder a usar las TIC (pagar en un locutorio, recargar el teléfono, comprar un videojuego...) y lograr que administre adecuadamente el dinero y no lo malgaste para financiar su uso (facturas elevadas, préstamos, deudas...).
- 3.El control de las compañías se basa en identificar y obstaculizar las relaciones sociales perjudiciales para el adicto, que puedan conducirlo de nuevo a la conducta adictiva (usuarios perennes del chat, amigas enganchadas al WhatsApp, jugadores "perpetuos" de la partida de videojuego...) o las que están directamente relacionadas con la actividad adictiva (empleado del café-locutorio que siempre le anima a conectarse, vendedor de la tienda de videojuegos que siempre le comenta las ofertas...) para lograr que frecuente otras compañías desvinculadas totalmente de la conducta adictiva.

4.El control de los circuitos o lugares de riesgo se fundamenta en identificar las rutas y los espacios peligrosos para el adicto (por ejemplo, iba a comprar el pan y luego iba al locutorio de al lado, tomaba el café en la cafetería donde enviaba los whatsapps, compraba el tabaco en el bar donde jugaba a videojuegos en línea, local con wifi gratuito), para conseguir que las modifique por otras rutinas o lugares totalmente desvinculados de la conducta adictiva.

Así mismo, la aplicación de esta técnica abarca diferentes fases, de modo que se pasa de forma progresiva de la evitación total de los estímulos perjudiciales al afrontamiento de los mismos de forma paulatina. Así, en un primer momento se establece el imprescindible control estimular total que puede durar unos 2-3 meses, donde el adicto tiene que conseguir una abstinencia inicial total (Luengo, 2004; Turbi, 2009). En un segundo momento se plantea un control estimular parcial, que puede durar de 2 a 3 meses, donde a medida que el adicto a las TIC avanza en el tratamiento realiza una incorporación progresiva y gradual en la herramienta tecnológica objeto de la conducta adictiva.

De esta forma, inicialmente el adicto a las TIC accede a la tecnología patológica, pero debe mantener una abstinencia total en las aplicaciones más adictivas para él para, posteriormente, tener un acceso libre y total a la herramienta tecnológica objeto de la conducta adictiva. Eso sí, debe aplicar una serie de estrategias de autocontrol de la conducta problema y de afrontamiento de las diferentes situaciones de riesgo para conseguir un uso saludable de la TIC problemática. En el cuadro 4.2 se exponen las diferentes fases de un posible control estimular para aplicarse a un adicto tecnológico.

Cuadro 4.2. Control estimular de la adicción a las TIC

<i>Fases</i>	<i>Pautas</i>
1. ^a fase	Abstinencia total de la TIC adictiva (Internet, móvil y videojuegos).
2. ^a fase	Abstinencia total de las aplicaciones más adictivas de la TIC, con acceso moderado (Internet) o uso controlado (móvil y videojuegos) de la TIC adictiva.
3. ^a fase	Autocontrol del acceso (Internet) o del uso (móvil y videojuegos) de la TIC adictiva.

Por tanto, el control estimular comprende la aplicación de una serie de pautas determinadas que se distribuyen en tres fases y que son diversas en función del aparato tecnológico objeto de la adicción. En el caso de la adicción a Internet estas fases son:

- U fase. fase. Abstinencia total de Internet. En esta primera fase, el terapeuta establece un periodo inicial donde prohíbe al paciente cualquier conexión a Internet. El coterapeuta controla las vías de acceso a la red (cambia contraseñas, desinstala programas, supervisa gastos...). El paciente no puede conectarse a Internet, no debe gestionar su dinero y no debe frecuentar compañías peligrosas ni acudir a lugares o realizar recorridos de riesgo para la adicción a la Red.
2. ° fase. Abstinencia total de las aplicaciones más adictivas de la Red y acceso moderado a Internet. En esta segunda fase, el terapeuta establece un periodo donde prohíbe al paciente el uso de las aplicaciones más adictivas para él en Internet (chats, redes sociales...) y permite el acceso a la red bajo unos criterios determinados (supervisión del coterapeuta y control de frecuencia/tiempo). El coterapeuta controla las vías de acceso a las aplicaciones más adictivas de la red para el paciente (contraseñas, filtros...) y supervisa la exposición del paciente a Internet. El paciente no debe entrar en las aplicaciones más adictivas de Internet, aunque sí puede acceder a la red con una frecuencia concreta, un tiempo limitado y con unas pautas delimitadas (consultar solo el correo electrónico); pero no puede gestionar su dinero y no debe frecuentar compañías peligrosas ni acudir a lugares o realizar recorridos de riesgo para la adicción a Internet.

- 3."fase. Autocontrol del acceso y del uso de Internet. En esta tercera fase, el terapeuta establece un periodo donde permite al paciente el acceso y el uso de Internet bajo unos criterios determinados (autocontrol de frecuencia/tiempo de conexión y del uso de aplicaciones adictivas). El coterapeuta no debe realizar ningún tipo de control o supervisión. El paciente puede acceder a Internet aplicando las estrategias de autocontrol entrenadas en el tratamiento: conexión con una frecuencia concreta (1 vez/día o más), en horarios diferentes a los habituales, en un espacio de tiempo determinado y breve, regulado con el uso de indicadores externos (relojes, alarmas...) y con un tiempo máximo de conexión (60-120 minutos/día); y debe gestionar su dinero y actuar con autocontrol ante las compañías "peligrosas" y los lugares o recorridos de riesgo para la adicción a Internet.

En el caso del teléfono móvil las fases del control estimular son:

- 1.a fase. Abstinencia total del móvil. En esta primera fase, el terapeuta establece un periodo inicial donde prohíbe al paciente cualquier uso del móvil y permite el uso del teléfono fijo bajo unos criterios determinados (control frecuencia y tiempo). El coterapeuta controla las vías de acceso al móvil (cambia contraseñas, anula contratos, supervisa gastos...) y supervisa el uso del teléfono fijo. El paciente no debe utilizar el móvil, no debe gestionar su dinero y no debe frecuentar compañías "peligrosas" ni acudir a lugares o realizar recorridos de riesgo para el abuso del móvil.
- 2.a fase. Abstinencia total de las aplicaciones más adictivas del móvil o smartphone y uso moderado del móvil. En esta segunda fase, el terapeuta establece un periodo donde prohíbe al paciente el uso de las aplicaciones más adictivas para él en el móvil (WhatsApp) y permite el uso del móvil bajo unos criterios determinados (supervisión del coterapeuta y control frecuencia/tiempo). El coterapeuta controla las vías de acceso a las aplicaciones más adictivas del móvil o smartphone para el paciente (móvil: contraseñas, filtros...) y supervisa la exposición del paciente al móvil. El paciente no debe entrar en las aplicaciones más adictivas del

móvil, aunque sí puede utilizarlo con una frecuencia concreta (1 vez/día), un tiempo limitado y con unas pautas delimitadas (realizar las llamadas y enviar los mensajes de texto necesarios), y no puede gestionar su dinero y no debe frecuentar compañías peligrosas ni acudir a lugares o realizar recorridos de riesgo para el abuso del móvil.

- 3.a fase. Autocontrol del uso y consulta del móvil. En esta tercera fase, el terapeuta establece un periodo donde permite el uso y la consulta del móvil bajo unos criterios determinados (autocontrol de frecuencia-tiempo de uso y de las aplicaciones adictivas). El coterapeuta no debe realizar ninguna función de control o supervisión. El paciente puede usar y consultar el móvil aplicando las estrategias de autocontrol entrenadas en el tratamiento: no utilizar el móvil en la conducción; consultar el móvil solo un número de veces determinado; realizar las llamadas y enviar los mensajes de texto imprescindibles; usar el móvil durante unos espacios de tiempo concretos, definidos y regulados con el uso de indicadores externos (relojes, alarmas...).

El control estimular de la adicción los videojuegos comprende tres fases:

- U fase. Abstinencia total de videojuegos. En esta primera fase, el terapeuta establece un periodo inicial donde prohíbe al paciente cualquier práctica de videojuegos. El coterapeuta controla las vías de acceso a los videojuegos (cambia contraseñas, desinstala programas, supervisa gastos). El paciente no debe jugar a los videojuegos, no debe gestionar su dinero y no debe frecuentar compañías "peligrosas" ni acudir a lugares o realizar recorridos de riesgo para la adicción a los videojuegos.
- 2.a fase. Abstinencia total de las aplicaciones más adictivas de los videojuegos y juego moderado a los videojuegos. En esta segunda fase, el terapeuta establece un periodo donde prohíbe al paciente el uso de los videojuegos más adictivos para él y permite el juego de otros videojuegos bajo unos criterios determinados (supervisión del coterapeuta y control de frecuencia/ tiempo). El coterapeuta controla las vías de acceso a los de videojuegos adictivos (controla uso TIC:

contraseñas, filtros...) y supervisa la exposición del paciente a los videojuegos. El paciente no debe entrar en los videojuegos más adictivos, aunque sí puede practicar el juego en videojuegos con una frecuencia concreta (1 vez/día) y un tiempo limitado; pero no puede gestionar su dinero y no debe frecuentar compañías "peligrosas" ni acudir a lugares o realizar recorridos de riesgo para la adicción a los videojuegos.

-3." fase. Autocontrol del acceso y del uso de los videojuegos. En esta tercera fase, el terapeuta establece un periodo donde permite la práctica de los videojuegos bajo unos criterios determinados (autocontrol de frecuencia-tiempo de conexión y aplicaciones adictivas). El coterapeuta no debe realizar ninguna función en esta etapa. El paciente puede jugar a los videojuegos aplicando las estrategias de autocontrol entrenadas en el tratamiento: jugar con una frecuencia concreta (1 vez/día); en horarios diferentes a los habituales; en un espacio de tiempo determinado, regulado con el uso de indicadores externos (relojes, alarmas...) y con un tiempo máximo de juego (60 minutos/día).

B) Técnica de exposición gradual en vivo con prevención de respuesta

La técnica de exposición gradual en vivo con prevención de respuesta tiene como objetivo conseguir la habituación gradual del adicto, mediante la exposición programada y paulatina al paciente a los estímulos y situaciones de riesgo relacionadas con el objeto tecnológico adictivo (Alario, 2006; Echeburúa y Corral, 2010). Inicialmente, esta técnica se aplicó al juego patológico, obteniéndose resultados terapéuticos satisfactorios, ya que se demuestra que la repetición de la exposición sistemática a las situaciones de riesgo provoca la pérdida de la potencia inductora. Así, esta técnica permite al adicto a las TIC disminuir la necesidad por el objeto adictivo, reducir la sintomatología ansiosa, aprender a resistir progresivamente los impulsos ante las TIC y adquirir una mayor percepción de autoeficacia y de autocontrol personal (Luengo, 2004; Madrid, 2002).

La metodología de aplicación de esta técnica se basa en la realización de

una serie de sesiones, con una periodicidad concreta, con una duración determinada con la ayuda de un coterapeuta. De forma que para finalizar la exposición el paciente no debe experimentar ansiedad (menos de 4 en un intervalo de 0-10); en caso contrario el adicto debe practicar autoverbalizaciones generadas por el propio paciente con implicación emocional o realizar respiraciones. Tras la exposición con prevención de respuesta es muy útil ofrecer actividades reforzadoras, ya que eliminan el malestar residual tras la exposición. Habría que programar una lista de actividades para hacerlas tanto dentro y fuera del hogar (Luengo, 2004).

A continuación se presenta un modelo de jerarquía de exposición, aunque esta puede variarse en función de las características del paciente y de las peculiaridades de la adicción a la TIC.

- 1.En la primera fase el adicto se expone a la TIC acompañado por el coterapeuta, el cual permite el acceso al paciente a la tecnología (contraseña) y permanece con él hasta que finaliza la tarea de exposición.
- 2.En la segunda fase el adicto se expone a la TIC con la supervisión del coterapeuta, el cual permite el acceso al paciente a la tecnología (contraseña) y permanece en un espacio o estancia contigua a donde se encuentra el paciente, hasta que se da por finalizada la tarea de exposición.
- 3.En la tercera fase el adicto se expone a la TIC sin la supervisión del coterapeuta, accediendo por sí mismo a la tecnología (conoce la contraseña) y realizando la exposición según las pautas establecidas por el terapeuta, pero informando al coterapeuta de que va a realizar la exposición. De forma que el paciente puede contactar con el coterapeuta y contar con su ayuda en el caso de que aparezca algún contratiempo durante la exposición.
- 4.En la cuarta fase el adicto se expone y accede por sí solo a la TIC (conoce la contraseña) y realiza la exposición según las pautas de autocontrol

entrenadas con el terapeuta, sin ningún tipo de contacto o supervisión por parte del terapeuta.

Por tanto, en la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta, el adicto tecnológico inicialmente se expone a la tecnología patológica con la ayuda y la compañía del coterapeuta, seguidamente con el apoyo y bajo la supervisión directa del coterapeuta, posteriormente sin ningún tipo de soporte directo del coterapeuta y finalmente el paciente se expone totalmente solo al instrumento tecnológico objeto de la adicción. En el cuadro 4.3 se muestran las diferentes fases de una posible exposición a las TIC.

Cuadro 4.3. Fases de la exposición en la adicción (Internet y videojuegos) y abuso (móvil) en las TIC

<i>Fase</i>	<i>Pauta</i>
1. ^a fase	Exposición del paciente a la TIC adictiva en compañía del coterapeuta.
2. ^a fase	Exposición del paciente a la TIC adictiva con ayuda y supervisión del coterapeuta.
3. ^a fase	Exposición del paciente a la TIC adictiva sin supervisión del coterapeuta.
4. ^a fase	Exposición del paciente a la TIC adictiva.

De este modo, la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta a las diversas TIC con potencial adictivo comporta la aplicación de una serie de pautas concretas que se distribuyen en cuatro fases.

- U fase de exposición. En esta primera fase, el terapeuta establece la realización de una serie de exposiciones (5-7) con una frecuencia diaria (o días alternos) y con una duración de unos 30 minutos en las que participan el paciente y el coterapeuta. El coterapeuta pacta con el paciente el momento para realizar la exposición; accede (Internet y videojuegos) o enciende (móvil) la TIC; permanece al lado del paciente (sin hablarle o interrumpirle) mientras este realiza la exposición y desconecta o apaga la TIC cuando el paciente finaliza el ejercicio. El

paciente pacta con el coterapeuta el momento para realizar la exposición, espera a que el coterapeuta le permita acceder a la TIC y utiliza la herramienta tecnológica (Internet, móvil o videojuegos) según las pautas generales (frecuencia, tiempo...) y específicas (Internet: consultar correo electrónico, navegar por webs o redes sociales pactadas; móvil: realizar llamadas necesarias, enviar mensajes imprescindibles...); videojuegos: jugar una partida a una aplicación no adictiva...) dadas por el terapeuta. Y cuando acaba el tiempo de la exposición (30 minutos) si no experimenta ansiedad (<4 en un intervalo 0-10) finaliza la exposición; si siente ansiedad/nerviosismo realiza respiraciones o pone en práctica autoverbalizaciones, finalizando la exposición cuando disminuye la sintomatología.

2. fase de exposición. En esta segunda fase, el terapeuta establece la realización de una serie de exposiciones (5-7) con una frecuencia diaria (o días alternos) y con una duración de unos 30 minutos en las que participan el paciente y el coterapeuta. El coterapeuta pacta con el paciente el momento para realizar la exposición, accede (Internet y videojuegos) o enciende (móvil) la TIC y permanece en una estancia o espacio contiguo a donde se encuentra el paciente, mientras este realiza el ejercicio y desconecta o apaga la TIC cuando el paciente finaliza la actividad. El paciente pacta con el coterapeuta el momento para realizar la exposición, espera a que el coterapeuta le permita acceder a la TIC y utiliza la herramienta tecnológica (Internet, móvil o videojuegos) según las pautas dadas por el terapeuta (frecuencia, tiempo...). Cuando acaba el tiempo de la exposición (30 minutos) si no experimenta ansiedad (<4 en un intervalo 0-10) finaliza la exposición; si se siente ansiedad/nerviosismo realiza respiraciones o autoverbalizaciones y acaba la exposición cuando disminuye la sintomatología.

3. fase de exposición. En esta tercera fase, el terapeuta establece la realización de una serie de exposiciones (5-7) con una frecuencia diaria (o días alternos) y con una duración de unos 30 minutos en las que participa el paciente. El coterapeuta simplemente permanece accesible

mientras que el paciente realiza la exposición por si aparece algún contratiempo. El paciente decide el momento para realizar la exposición y se lo comunica al coterapeuta, accede a la TIC y utiliza la herramienta tecnológica (Internet, móvil o videojuegos) según las pautas dadas por el terapeuta (frecuencia, tiempo...). Cuando acaba el tiempo de la exposición (30 minutos) si no experimenta ansiedad (<4 en un intervalo 0-10) finaliza la actividad; si se siente ansiedad/nerviosismo realiza respiraciones o autoverbalizaciones y acaba la exposición cuando disminuye la sintomatología.

-4.' fase de exposición. En esta cuarta fase, el terapeuta establece la realización de una serie de exposiciones (5-7) con una frecuencia diaria (o días alternos) y con una duración de unos 30 minutos en las que participa el paciente. El coterapeuta no realiza ninguna función. El paciente decide el momento para realizar la exposición, accede a la TIC y utiliza la herramienta tecnológica (Internet, móvil o videojuegos) según las pautas dadas por el terapeuta (frecuencia, tiempo...). Cuando acaba el tiempo de la exposición (30-60 minutos) si no experimenta ansiedad (<4 en un intervalo 0-10) finaliza la exposición; si se siente ansiedad/nerviosismo realiza respiraciones o autoverbalizaciones y acaba el ejercicio cuando disminuye la sintomatología.

C) Técnicas de prevención de recaídas

Las técnicas de prevención de recaídas se basan en el control de los principales factores de riesgo de recaída (Echeburúa y Corral, 1994). La aplicación de estas técnicas en el ámbito de la adicción a las nuevas tecnologías tiene como objetivo enseñar al paciente estrategias de prevención de recaídas, conseguir que mantenga la abstinencia, cambiar su estilo de vida y conseguir que aprenda a prevenir posibles recaídas o que, en su defecto, pueda hacer frente a las caídas puntuales sin que lleguen a convertirse en recaídas continuas. De este modo, una vez que el adicto a las TIC retoma el control de la conducta adictiva, debe iniciarse el proceso de prevención de recaídas, que se basa en el modelo cognitivo conductual propuesto por Marlatt y Gordon (1985).

Generalmente, el programa de prevención de recaídas consta de tres fases, aunque en la adicción a las TIC se plantea la necesidad de incluir dos fases más. A continuación se presenta una descripción de las cinco fases de prevención de recaídas en la conducta adictiva a las TIC.

1.En la primera fase:

- 1. Se instruye al paciente sobre los principales factores que aparecen frecuentemente asociados al proceso de recaída en las conductas adictiva, que son los estados emocionales negativos como determinantes intrapersonales y la presión social y los conflictos con otras personas como determinantes interpersonales.
- 2. Se educa a la persona sobre las características del síndrome de abstinencia.
- 3.a. Se entrena al paciente en la identificación de sus situaciones de riesgo en la adicción a las TIC (por ejemplo, estar aburrido o recibir la invitación de amigos para jugar online), para que comprenda la peligrosidad de estas situaciones en su caso y para que entienda la necesidad de afrontarlas correctamente.

2.En la segunda fase:

Se educa al paciente sobre la importancia que tiene disponer de un repertorio de respuestas de afrontamiento adecuadas ante sus situaciones de riesgo de recaída. Se le ayuda a comprender que cuando cuenta con estrategias de afrontamiento eficaces ante las situaciones de riesgo, aumenta su autoeficacia y disminuye su probabilidad de recaída y, por el contrario, cuando no dispone de estrategias de afrontamiento válidas, disminuye su autoeficacia, aumenta la presencia de expectativas positivas sobre los efectos de la conducta adictiva a las TIC y puede tener una recaída inicial. Esta recaída inicial comporta la aparición del "efecto de la violación de la abstinencia" (EVA) y del "efecto percibido de la conducta adictiva", que aumentan la probabilidad de una recaída

mayor.

2.'': Se trabaja con el paciente el afrontamiento de posibles recaídas puntuales para que aprenda a controlar la situación.

-3.': Se trabaja con el paciente la recuperación o instauración de conductas reforzadoras alternativas.

-4.'. Se intenta que el adicto adopte un nuevo estilo de vida sano y saludable.

3.En la tercera fase:

-U.- .. Se instruye al paciente en el cambio de expectativas a medio y largo plazo sobre las consecuencias de las conductas adictivas.

-2. a: Se efectúa la modificación de las distorsiones cognitivas sobre la capacidad de control sobre el objeto adictivo.

4.En la cuarta fase se reeduca al paciente sobre el uso de las TIC para que las utilice de forma responsable, ya que como se descarta la abstinencia total, la prevención de recaídas debe dirigirse al uso controlado de las nuevas tecnologías.

5.En la quinta fase se trabaja en el seguimiento del uso de la nueva tecnología y en el mantenimiento del coste estipulado y de las horas de uso de las TIC. Y se plantea, en el caso de haber conseguido los objetivos terapéuticos establecidos, el alta terapéutica del paciente. Así mismo, se proporciona al paciente una serie de pautas educativas para que use de forma responsable las TIC.

•Las pautas educativas en el uso de Internet que debe indicar el terapeuta al paciente son:

- 1.a: Romper con la rutina y el horario habitual de conexión a la Red y fijar una nueva franja horaria para conectarse.

- 2.' Conectarse a la Red a horas diferentes y no fijar un horario.
- 3.a: Conectarse durante un tiempo de conexión diario comprendido entre 60 y 90-120 minutos/día.
- 4a Emplear interruptores externos (relojes o alarmas de tiempo) que le avisen de cuándo debe desconectarse de la red y elaborar un horario realista para controlar y manejar su tiempo mediante un esquema de conexiones a la Red, breves pero frecuentes.
- 5.a- Bloquear, desinstalar o dejar de utilizar las aplicaciones de Internet más problemáticas y continuar usando el resto de aplicaciones.
- 6.': Que elabore unas tarjetas recordatorias donde escriba las cinco peores consecuencias de la adicción y las mejores repercusiones derivadas de la abstinencia a la Red o del control de una aplicación.
- 7.a: Practicar actividades de ocio alternativas al uso de Internet, mediante la recuperación de las tareas abandonadas por la adicción o la instauración de nuevas actividades.
- 8.a: Conectarse a Internet en un espacio común.
- 9.' Conectarse a Internet cuando disponga de tiempo libre.
- 10.a: Evitar conectarse a Internet cuando tenga tareas pendientes (domésticas, académicas, laborales o familiares).
- 11. No conectarse Internet cuando se encuentre mal anímicamente o cuando busque desconectar de sus problemas y evadirse de la realidad.
- 12.a. Relacionarse socialmente de forma presencial y que no limitar su vida social a la establecida mediante la Red.

•Las pautas educativas en el uso del móvil que debe indicar el terapeuta al paciente son:

- U.- Establecer un tiempo límite de uso del móvil.
- 2.a: Bloquear, desinstalar o dejar de utilizar las aplicaciones del móvil más problemáticas y utilizar el resto de aplicaciones del teléfono.
- 3.a: Establecer unos horarios de uso del móvil.
- 4.': Respetar el coste máximo mensual que puede facturar con el uso del dispositivo.
- 5. Reducir el tiempo de uso del teléfono para disminuir el gasto excesivo de dinero en aplicaciones y juegos electrónicos para el móvil.
- 6.a: Evitar relacionarse con otras personas exclusivamente con el móvil.
- 7.': Relacionarse con personas de forma presencial y no limitar su vida social a la establecida mediante el móvil.
- S'.- Utilizar el móvil para comunicarse, tener ocio y entretenimiento pero con un control.
- 9.': Aprender a controlar la ansiedad cuando no lleva el móvil encima.
-]0.' - Disminuir las horas de conexión a las redes sociales y a los chats para que no afecte a la calidad del sueño.
-]L'.- Espaciar el tiempo de consulta del móvil antes de comprobar si ha recibido mensajes.
- 12.a: No utilizar el móvil en la conducción porque afecta a la

seguridad vial.

- 13.'. Restablecer un control sobre el móvil.

- 14.'. Promover actividades alternativas.

- 15.'.- Aprender el control de la conducta del uso de móvil (por ejemplo, a través de contingencias y del control de estímulos).

- 16.a: Aprender a afrontar las situaciones de riesgo y a prevenir las posibles caídas en la adicción (Arias et al., 2012).

- Las pautas educativas en el uso del videojuegos que debe indicar el terapeuta al paciente son:

- 1.'. Romper con la rutina y el horario habitual de conexión a los videojuegos.

- 2.º: Jugar en un espacio común.

- 3.'. Jugar más tiempo en grupo que en solitario.

- 4.a: Definir unas pautas concretas del espacio de juego (por ejemplo, dónde se va a jugar y en qué circunstancias).

- 5.a: Controlar el tipo de videojuego que practica y supervisar con quién juega la partida.

- 6.a: Marcarse un máximo de horas diarias (60 minutos/día) y semanales de juego con videojuegos.

- 7.a: Utilizar algún aparato externo que le avise de cuándo debe finalizar el tiempo de juego (alarma, reloj).

- 8.º: Elegir cuando compre o cuando decida participar en un nuevo videojuego, poniendo como criterio los valores personales que tiene y las habilidades que requiere el juego.

- 9.a. Utilizar el videojuego de forma racional y crítica (Arias et al., 2012).

4.4.3. Componentes de la etapa de tratamiento de los problemas asociados

La segunda etapa de la intervención en la adicción a las nuevas tecnologías está centrada en el tratamiento de los problemas que aparecen frecuentemente asociados a la dependencia de las TIC y que habitualmente se relacionan con las situaciones de alto riesgo y con las dificultades de afrontamiento de tales circunstancias. El tratamiento de los problemas asociados a la adicción a las TIC contempla la aplicación de diversas técnicas psicológicas que se presentan a continuación.

- a) Técnicas de reestructuración cognitiva. Estas técnicas pretenden modificar las cogniciones distorsionadas del adicto a las nuevas tecnologías sobre sí mismo (por ejemplo, baja autoestima y sensación de pérdida de autocontrol personal) y sobre los pensamientos irracionales y creencias disfuncionales relativas a las nuevas tecnologías (por ejemplo, minimización del problema, capacidad de control, confusión entre el mundo real y el ficticio, exceso de fantasía y alteración de identidad) que puedan mantener la dependencia o interferir en el proceso terapéutico.
- b) Técnicas de reestructuración profesional. Estas técnicas pretenden reparar las consecuencias a nivel académico y laboral ocasionadas por la dependencia a las nuevas tecnologías (por ejemplo, disminución de la motivación e interés; reducción de la concentración; reducción del rendimiento académico y productividad laboral; conflictos académicos o laborales, absentismo laboral o campanas) y lograr una reorganización y una mejora del ámbito profesional.
- c) Técnicas de programación de actividades. Estas técnicas pretenden reestructurar la distribución del tiempo de ocio dedicado en su mayor parte a la nueva tecnología y restaurar la práctica de aficiones o actividades de tiempo libre reforzantes abandonadas por la conducta adictiva que estimulen al paciente.

- d) Técnicas de habilidades sociales. Estas técnicas pretenden reestructurar el funcionamiento social del paciente deteriorado por la dependencia a las TIC, de forma que recupere el interés por los demás, controle los conflictos interpersonales y encuentre nuevas fuentes de refuerzo social, mediante la recuperación del círculo social habitual, la restauración de la actividad social habitual (relaciones presenciales) y el establecimiento de nuevas relaciones sociales. Y ayudan a mejorar las habilidades sociales cuando se detecta un déficit en esta área.
- e) Técnicas de solución de problemas. Estas técnicas de solución de problemas pretenden facilitar estrategias para que el adicto aprenda a afrontar y a solucionar los problemas derivados de la dependencia a las TIC, básicamente mediante el entrenamiento en solución de problemas específicos (por ejemplo, identificar el problema, analizar el problema, plantear alternativas, valorar las consecuencias y evaluar los resultados).
- f) Técnicas de terapia de pareja y de familia. Estas técnicas de terapia de pareja y de familia pretenden reestructurar el mal funcionamiento y la convivencia deteriorada a causa de la adicción de las TIC (mentiras sobre el motivo y el tiempo de uso de las TIC; descuido e incumplimiento de actividades de la rutina familiar diaria; conflictos; disminución de la comunicación...) mediante el entrenamiento de diferentes habilidades (por ejemplo, expresión de sentimientos negativos y positivos de modo asertivo, solución de los conflictos interpersonales...) y la educación de la familia (aceptación y comprensión de la adicción, comunicación sobre los problemas premórbidos que llevaron al adicto a implicarse en la adicción a las TIC...).

4.4.4. Componentes de la etapa de tratamiento de los trastornos psicopatológicos asociados

La tercera etapa de la intervención en la adicción a las nuevas tecnologías está centrada en el tratamiento de los trastornos psicopatológicos que aparecen frecuentemente asociados a la dependencia de las TIC (de forma

previa o posterior al desarrollo de la adicción) y que habitualmente se relacionan con las situaciones de alto riesgo y con las dificultades de afrontamiento de tales circunstancias. La metodología utilizada en esta tercera etapa depende de los problemas que aparezcan asociados al adicto a las TIC, llevándose a cabo una intervención específica en cada caso.

- a) Técnicas de tratamiento de la depresión. Estas técnicas pretenden tratar la sintomatología depresiva asociada a la adicción a las nuevas tecnologías, como los pensamientos depresivos o de desesperanza, así como síntomas asociados a este estado (por ejemplo, inestabilidad emocional, agresividad y cambios de humor).
- b) Técnicas de tratamiento de la ansiedad. Estas técnicas pretenden tratar los síntomas de ansiedad asociados al problema de adicción con las nuevas tecnologías, como la sensación de ansiedad y malestar al no conectarse, no llevar el móvil o no poder jugar al videojuego, el ansia por implicarse de nuevo en la conducta adictiva, sensación de irritabilidad, etc.
- c) Técnicas de regulación del sueño. Estas técnicas pretenden tratar los síntomas relacionados con el desajuste en la pauta del sueño (por ejemplo, disminución de la calidad del sueño, fatiga, cansancio, ojos secos y fatigados, aparición de enfermedades por alteración del sistema inmunitario y deterioro de la salud por cansancio) mediante la explicación del ciclo sueño/vigilia y su relación con el estado de salud.
- d) Técnicas de regulación de la alimentación. Estas técnicas pretenden tratar los síntomas relacionados con el desajuste en la pauta alimentaria (por ejemplo, desnutrición, fatiga, estilo de vida sedentario y obesidad) mediante la explicación de la importancia de hábitos de vida alimenticios saludables.
- e) Técnicas de regulación del ejercicio físico. Estas técnicas pretenden tratar los síntomas relacionados con el desajuste a nivel corporal (dolores de espalda, problemas musculares, síndrome del túnel carpiano) provocado por las posturas relacionadas con el uso patológico de las TIC mediante

la explicación de la importancia de hábitos de ejercicio saludables.

4.4.5. Etapa de cotratamiento de la adicción a las nuevas tecnologías

Esta cuarta etapa de intervención es circunstancial, es decir, solo se contempla cuando el paciente presenta un diagnóstico dual. Así, ante un caso clínico de estas características, se recomienda coordinar la intervención de la dependencia a las TIC con el tratamiento del trastorno comórbido (adicción, trastorno de personalidad...) que el paciente realiza con otro profesional para conseguir un progreso global. Además, con el cotratamiento se pretende que el adicto sea consciente de que padece dos trastornos y que debe recibir un tratamiento específico para cada uno de ellos.

Exposición de un caso práctico: Ramón

Ramón es un hombre de 27 años, casado, sin hijos, que cuenta con estudios secundarios (grado superior) y que trabaja desde casa como "técnico superior en desarrollo de aplicaciones informáticas". Acude a consulta acompañado de su mujer (27 años, con estudios secundarios y con empleo como cajera en un centro comercial), que considera que su marido necesita ayuda profesional para controlar la adicción que presenta con Internet.

Evaluación

En la exploración psicológica se administra a Ramón una entrevista conductual con la finalidad de elaborar el análisis funcional y una entrevista biográfica para extraer datos relevantes de su vida. También se efectúa la evaluación de la conducta adictiva a Internet, de los trastornos psicopatológicos asociados (depresión, ansiedad, ciclo vigilia/sueño), así como la exploración de los problemas asociados. Tras la finalización de la exploración psicológica y psicométrica se detecta, en primer lugar, la existencia de criterios diagnósticos de dependencia a Internet, como son la incapacidad de control e impotencia para detener la conexión a Internet una vez iniciada; la existencia de una dependencia psicológica, caracterizada porque Internet provoca en Ramón un deseo, ansia o pulsión irresistible

(craving) y una focalización total de su atención; y la aparición de consecuencias perjudiciales para Ramón a diferentes niveles por causa del uso disfuncional de Internet. En segundo lugar, se detecta la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, la alteración del ciclo vigilia/sueño y la aparición de atracones de comida puntuales. En tercer lugar, se observa la presencia de problemas a nivel cognitivo, tiempo libre, laboral, pareja y familia.

El análisis funcional de la conducta problema con Internet refiere que Ramón presenta como factores predisponentes diferentes antecedentes personales (dificultades en el proceso de socialización, estilo inadecuado de afrontamiento a las tensiones cotidianas y estado de ánimo distímico) y antecedentes familiares (disfunción familiar y adicción al alcohol de su padre). Respecto a los estímulos antecedentes remotos se observan a nivel cognitivo (baja autoestima y pensamiento de fracaso) y motor (carencia de estrategias de resolución de problemas); tiempo libre (carencia de actividades de ocio o hobbies); social (excesiva timidez); profesional (conflictos con superiores e insatisfacción con el sueldo); económico (problemas de gestión económica); conyugal (problemas de comunicación, dificultades para concebir un hijo de forma natural); familiar (exceso de proteccionismo y carencia de pautas educativas adecuadas). Entre los estímulos antecedentes próximos se detectan de carácter cognitivo (pensamiento de evasión de problemas, pensamiento de estrés por el trabajo); motor (comenzar a trabajar con Internet y recibir un email al móvil), fisiológico (sensación de ansiedad); y como externos (marchar su mujer a trabajar, irse su mujer a dormir, salir su mujer a cenar con amigas).

La conducta problema de adicción a Internet se caracteriza a nivel cognitivo por un pensamiento de evasión de problemas, un pensamiento de liberación de su disforia y diferentes sesgos cognitivos relativos a la conducta de uso Internet); se basa a nivel motor en la descarga indiscriminada de películas o de música, en el chateo con personas desconocidas, en la búsqueda descontrolada de información sobre programas informáticos; y a nivel fisiológico en la reducción substancial de las horas de sueño y en el

aumento de tensión y ansiedad. Así, Ramón comienza a utilizar Internet y el móvil de forma habitual a los 12 años, iniciando un uso abusivo desde hace 3 años, cuando comienza a trabajar como técnico superior en desarrollo de aplicaciones informáticas desde casa. De esta forma, Ramón pasa prácticamente todo el día conectado, dedica unas 20 horas a la Red, en las que mezcla trabajo y ocio. Ramón gasta mensualmente unos 60€, que cubren el pago de la conexión en el ordenador y en el móvil, los puntos para acceder a juegos electrónicos y las descargas no gratuitas. Ramón se conecta básicamente porque "no puede estar sin saber que pasa en la Red" y el tipo de aplicaciones que prefiere son las webs de programas informáticos, de descarga de películas o música y las aplicaciones de redes sociales, aunque las que le generan mayor dependencia son las relacionadas con la informática, con el cine y con la música.

Las pautas de uso de Ramón con Internet son diversas, por una parte cuando su mujer está fuera de casa, él se conecta para trabajar, aunque inmediatamente abre ventanas para consultar las novedades en informática, cine y música que están en la red y comienza a alternar minutos de trabajo con ocio. Y por otra parte, cuando su mujer está en casa, él continua conectado, justificando que debe trabajar en proyectos que debe finalizar; al igual que cuando viene algún familiar o algún amigo de su mujer, ya que aunque acude a recibirlos, a los cinco minutos se excusa comentando que debe volver a trabajar para acabar una tarea pendiente muy importante. En relación a los estímulos consecuentes inmediatos, la dependencia a Internet conlleva en Ramón a nivel interno, la aparición de pensamientos de euforia, alegría y tranquilidad cuando puede navegar tranquilamente y de pensamientos de culpa, fracaso, descontrol e impotencia cuando no consigue finalizar el trabajo o cuando debe interrumpir la conexión; el desarrollo de conductas de ingesta compulsiva de comida por la noche y de bebida excesiva de café para aguantar despierto y el aumento de sensaciones de ansiedad y de ansia por conectarse continuamente. Y a nivel externo, la acentuación del distanciamiento con su mujer y la aparición de conflictos con sus jefes por no entregar el trabajo a tiempo. Aunque los problemas más graves son los consecuentes a largo plazo, ya que la adicción con Internet le

repercute en muchos ámbitos, como el cognitivo (pensamiento autolítico); motor (atracones de comida y adicción a la cafeína); fisiológico (fatiga mental y cansancio físico); tiempo libre (abandono de toda actividad de ocio); social (establecimiento de relaciones exclusivamente virtuales); profesional (conflictos con los jefes por el bajo rendimiento en el trabajo, por realizar encargos a tiempo...); económico (gastos innecesarios en la Red); conyugal (problemas graves de comunicación y de demostración de afecto) y familiar (aislamiento familiar y problemas de comunicación).

Sobre los factores que mantienen la conducta adictiva a Internet se encuentran el reforzador material (obtención de puntos en algunos juegos electrónicos, películas y música gratis), la actividad como reforzador (placer por conectarse, sensación de evasión y libertad) y la evitación (estrés del trabajo, malestar general y tareas domésticas). El nivel de motivación e interés por solucionar el problema y el grado de conciencia de la conducta problema con las TIC se sitúan en un nivel medio. El análisis de los recursos de Ramón ante la intervención muestra un nivel medio en habilidades de autocontrol; un nivel alto en habilidades cognitivas generales y en el potencial de actividades gratificantes (viajar, ir al cine, ir a conciertos, hacer maquetas); y un nivel bajo en habilidades de solución de problemas y en competencias sociales autopercebidas. E indica que solo se puede contar con dos personas que pueden ayudarle y colaborar en la intervención terapéutica (mujer y madre).

Tratamiento

El programa terapéutico de la adicción a Internet de Ramón es conducido por un psicólogo clínico, tiene una duración de 10 meses, se desarrolla en 28 sesiones, de las que las primeras 12 sesiones son semanales y el resto quincenales. El seguimiento se realiza durante 12 meses y cuenta con 4 visitas (1, 3, 6 y 12 meses).

En el caso de Ramón se plantea una etapa previa de motivación terapéutica para aumentar su nivel de interés y concienciación de su adicción a Internet. En la primera etapa de intervención de la adicción Internet se plantea el

desarrollo de técnicas de control de estímulos para conseguir un periodo inicial de abstinencia en el uso de Internet. Debido a que su trabajo está directamente relacionado con la informática, Ramón debe acogerse a una baja por ansiedad durante los primeros 2 meses, para poder dejar de usar el ordenador y comenzar el tratamiento. Así, en el control de Internet se realiza la cancelación del contrato de Internet de casa y del móvil y se cambian las claves de acceso de todas las tecnologías para que no pueda conectarse con wifi. En el control del dinero se anulan las tarjetas de crédito con las que compra o realiza pagos por Internet. Y en el control de lugares de riesgo, se prohíbe volver a establecer la casa como espacio de trabajo. En esta fase también se establece la realización de las técnicas de exposición con prevención de respuesta ante Internet con la colaboración de su mujer como coterapeuta, donde se efectúa una habituación progresiva a Internet en cuatro fases, donde inicialmente debe navegar por la Red acompañado y progresivamente debe avanzar en el autocontrol hasta ser capaz de conectarse a la Red siguiendo las pautas de uso responsable. Seguidamente se realiza la aplicación de la técnica de prevención de recaídas, donde se trabajan las estrategias de prevención de recaídas tras la identificación de las situaciones de riesgo en su caso (problemas de gestión del tiempo y del trabajo, estados emocionales negativos, conflictos con los jefes, dificultades de relación presencial, broncas con su mujer...).

En la segunda etapa de intervención de los problemas asociados a la adicción a Internet, a nivel cognitivo se plantea la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos y los sentimientos distorsionados relacionados con la autoestima y con Internet. A nivel conductual, se realiza la aplicación de técnicas de autocontrol para solucionar la conducta de atracón de comida y para reducir el consumo de café, se realizan técnicas de solución de problemas para promover el afrontamiento y resolución de conflictos interpersonales con su mujer y con sus jefes. A nivel profesional, se realiza la aplicación de técnicas de gestión del tiempo y se plantea la modificación del lugar de trabajo de casa a un espacio externo (despacho). A nivel de tiempo libre, se aplican técnicas de reestructuración del ocio para instaurar actividades de tiempo libre (viajar, ir al cine, ir a

conciertos, hacer maquetas...) que ocupen el tiempo que dedicaba a Internet. A nivel social, se realiza el bloqueo de las webs de redes sociales (aplicación más adictiva) y se potencia el establecimiento de relaciones presenciales con su familia (salir a cenar con su mujer, no comunicarse básicamente por Internet o móvil) y con sus jefes (pactar reuniones de trabajo presenciales y no por videoconferencia). A nivel de pareja, se efectúa la aplicación de técnicas para mejorar la comunicación y se les orienta para que inicien un proceso de planificación familiar.

En la tercera etapa de intervención se realiza la aplicación de técnicas de relajación muscular y de respiración para ayudar a controlar la sintomatología ansiosa y se aplican técnicas de reestructuración cognitiva para mejorar el estado de ánimo distímico. También se plantean una serie de pautas relativas al ciclo del sueño/vigilia y de la alimentación. Tras la finalización del tratamiento, se pacta con Ramón la necesidad de establecer un horario laboral de 8 horas que debe realizar en un espacio externo a su casa (despacho que comparte con otros profesionales), debe limitar el uso de ocio a una hora diaria, de forma que tras este tiempo de conexión debe desconectar todos los aparatos tecnológicos con acceso a Internet y debe situarlos en un espacio neutro (comedor y cocina) y permanecer "desconectado" de ellos. Como conclusión, destacar que Ramón tuvo algunas recaídas puntuales en el tratamiento, pero supo remontarlas y durante el seguimiento no mostró ninguna recaída en el uso patológico de Internet y manifestó un cambio notable en su estilo de vida.

5

Neurobiología y tratamiento farmacológico en las adicciones tecnológicas

El uso problemático de Internet, al igual que las compras compulsivas o la sexualidad compulsiva, pueden constituir ejemplos de adicciones comportamentales que muestran una creciente incidencia en la sociedad contemporánea, tal y como se ha expuesto. La investigación en torno a los aspectos neurobiológicos subyacentes a estos comportamientos se encuentra aún en fases tempranas. Aun así, avances en nuestra comprensión sobre la neurofisiología de la motivación, la recompensa y los procesos adictivos han permitido profundizar en el conocimiento sobre la fisiopatología de estos trastornos. Estudios de neuroimagen, genética o ensayos terapéuticos sugieren un considerable vínculo entre la neurobiología de los trastornos por uso de sustancias y las adicciones comportamentales. Estas evidencias han contribuido a su vez a recientes cambios en la conceptualización de las mismas. Así, la recientemente publicada clasificación DSM 5 de trastornos mentales ha considerado incluir los trastornos por uso de sustancias y el juego patológico (quedando pendiente de valoración futura la inclusión de otras posibles adicciones comportamentales como la adicción a Internet) bajo un mismo epígrafe nosológico, denominado "Trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos". Este hecho apoya esta visión integradora de los fundamentos neurobiológicos de los procesos adictivos (APA, 2013).

Por otro lado, a lo largo del presente texto ha quedado ilustrada la compleja causalidad y expresión de las adicciones tecnológicas. Muchos autores

inciden en destacar que, en una proporción no desdeñable de casos, la compulsividad en el uso de determinadas tecnologías surge en el contexto de la presencia de circunstancias psicopatológicas previas o paralelas. Esta aproximación plantea la cuestión de si una determinada aplicación tecnológica (por ejemplo, los juegos de rol on-line) tiene en sí misma "poder adictivo", o si la compulsividad en su utilización resulta de un proceso psicológico subyacente. Por otro lado, este modelo de vulnerabilidad psicológica que predispone hacia un uso indebido de una sustancia es igualmente aceptado a la hora de explicar el origen de los trastornos adictivos por sustancias. A la vez, esta visión del problema (en el caso de las sustancias) no se contrapone con otra realidad: una vez establecido, la persistencia del ciclo adictivo implica la actividad disfuncional de estructuras cerebrales y procesos psíquicos específicos.

Esta complejidad limita los intentos de homogeneizar e integrar aspectos referentes a la neurobiología de estos procesos, y por ende a su posible abordaje psicofarmacológico. El presente capítulo tendrá como objetivo revisar algunos conceptos generales en tomo a la neurobiología de los procesos adictivos, a la posible intervención médica en este ámbito y a la importancia añadida de contemplar la necesidad de intervenciones complementarias de los posibles trastornos psicopatológicos comórbidos.

5.1. Neurobiología en los procesos adictivos

Más allá de los aspectos vinculados a la causalidad antes expuestos, la investigación sobre las bases neurobiológicas de los procesos adictivos vinculados al uso de sustancias ha puesto de manifiesto la implicación de diversas estructuras cerebrales en su desarrollo y mantenimiento. Diversos modelos explicativos, amparados por investigaciones neurobioquímicas, neurofisiológicas, neuroanatómicas (sobre todo gracias al creciente desarrollo de técnicas de neuroimagen estructural y funcional) coinciden en implicar en mayor o menor medida áreas clave del funcionamiento psicológico implicadas en la motivación y recompensa.

5.1.1. Neurobiología en los trastornos adictivos por sustancias

Un modelo esquemático de las estructuras cerebrales implicadas en la motivación y planificación de decisiones es el desarrollado por Chambers, Taylor y Potenza (2003). Según el mismo, los circuitos neurales de la motivación comprenden estructuras cortico-subcorticales integradas en el sistema límbico trabajando en estrecha asociación con estructuras del sistema nervioso autónomo y los sistemas neuroendocrinos. Un circuito primario queda integrado por el córtex prefrontal, tálamo, estriado ventral y área tegmental ventral. Esta vía cortico-estriadotalamocortical gestiona la promoción e inhibición de impulsos motivacionales, dando lugar o no a la saliencia de conductas observables. Un circuito secundario de la motivación, que integra el hipocampo, hipotálamo y amígdala, proporciona al primario información relevante relacionada con el estímulo: el hipocampo y la amígdala modulan la información mnésica y afectiva, mientras que las estructuras hipotalámicas gestionan la información referente a motivaciones naturales e innatas, tales como la alimentación o la sexualidad. En última instancia, la activación hacia una conducta en este circuito tiene como sustrato biológico fundamental las proyecciones dopaminérgicas que van desde el área tegmental ventral al núcleo accumbens. Tanto estímulos derivados de motivaciones innatas (p. ej., la alimentación), como otros estímulos (consumo de sustancias, actividades placenteras de otra naturaleza) activan la liberación de dopamina en la proyecciones en el núcleo accumbens. Desde las investigaciones pioneras de James Olds, los posteriores avances han permitido definir no solo la importancia de la actividad dopaminérgica a ese nivel, sino la modulación que de tal actividad ejercen otras proyecciones o neurotransmisores (serotoninérgicas, gabaérgicas, opioides), así como el papel de los sistemas neuroendocrinológicos.

Koob y Le Moal (2001) proponen una visión igualmente esquemática e integradora de la funcionalidad de estas estructuras, así como de la forma en que participan en el desarrollo de la adicción. Según estos autores, la exposición a la conducta problema (en sus investigaciones, centrada en el consumo de sustancias) progresa desde el uso controlado al abuso y la compulsión, generando un estado de desregulación en la actividad de sistemas esenciales en la fisiología de la motivación y la recompensa que

concluye en lo que ellos consideran el ciclo de la adicción. Los sistemas neurales implicados en el establecimiento de un ciclo adictivo incluyen los siguientes elementos:

- Sistema de recompensa de la amígdala ampliada. Integrado por el núcleo accumbens, núcleo del lecho de la estría terminal y núcleo central de la amígdala, así como por sus aferencias y la modulación neuroquímica desde el sistema dopaminérgico mesolímbico y los péptidos opioides. Estas estructuras están implicadas en los efectos reforzadores de las conductas adictivas. A su vez, procesos neuroadaptativos en la amígdala están vinculados a los aspectos motivacionales en la abstinencia.
- Circuito circular córtico-tálamo-estriatal. Integra estructuras del complejo córtico-frontal-cingulado y sus relaciones con el circuito estriado-pálido-talámico, todas implicadas en el aprendizaje motor, la evaluación de reforzadores (a través de las aferencias mesolímbicas) y las asociaciones entre estímulos y recompensas. En última instancia, participa del funcionamiento cognitivo y de la activación mecanismos inhibitorios centrales, al igual que de la articulación de respuestas circulares, estereotipadas o compulsivas. Responsable en el ciclo adictivo de la perpetuación de la desregulación en la recompensa y motivación, a través de conductas compulsivas y cogniciones anticipatorias.
- Sistemas de respuesta ante el estrés del SNC. Integrados por el eje hipotálamo-hipofisiario y sus interrelaciones. Participa en mecanismos de activación emocional necesarios para movilizar sistemas cerebrales y somáticos que permiten la elaboración de conductas dirigidas a la adaptación y coping a los estresores ambientales. Su sobreactivación a lo largo del proceso alimenta la desregulación del sistema de recompensa y participa del aprendizaje y perpetuación de conductas por condicionamiento.

El modelo de Koob y Le Moal propone que la activación reiterada de estas estructuras progresa hacia una desregulación en su funcionamiento que derivan en tres procesos fisiopatológicos esenciales en el ciclo adictivo:

- Anticipación y preocupación. Fenómeno cognitivo (pensamientos intrusivos, obsesiones) vinculado al deseo de repetir la experiencia, así como con la polarización de la actividad (cognitiva., motora) en lo concerniente al uso/consumo.
- Intoxicación, atracón. La exposición reiterada se acompaña de tolerancia, insaciabilidad y limitado control.
- Retirada-Abstinencia (withdrawal). Afectividad y emociones negativas ante la retirada o fracaso en conseguir repetir la experiencia.

Estos procesos a su vez se expresan en los fenómenos clínicos compartidos tanto por las adicciones a sustancias como por las adicciones comportamentales, tal y como los define Griffiths (Sussman, Lisha y Griffiths, 2011): saliencia y polarización de la conducta, modificación del humor (como objetivo), tolerancia (con incremento en la exposición), abstinencia, recaída y conflictos (derivados de la polarización de la conducta y de la falta de introspección respecto a las consecuencias negativas).

El aprendizaje y condicionamiento en los diferentes componentes del ciclo se corresponden con diferentes vías de refuerzo; así, el componente de atracón-intoxicación se asocia principalmente con refuerzos positivos, mientras que el de abstinencia-afectividad negativa se asocia a refuerzo negativo. A su vez, la actividad en los sistemas neurales implicados de forma más significativa en los componentes de este ciclo es diferente. El componente de atracón-intoxicación implica la activación de sistemas dopaminérgicos y opioides vinculados a la actividad del circuito de recompensa. El componente de abstinencia-afectividad negativa está relacionado a un proceso de atenuación de la actividad dopaminérgica y opioide a ese mismo nivel, así como a la activación de sistemas de respuesta al estrés del cerebro (vinculados entre otros al eje hipotálamo-hipofisiario). La anticipación y preocupación es el resultado de la interacción y sobreactivación de los circuitos córtico-tálamo-estriales.

El constructo de estos autores se adapta además a la visión de los trastornos

adictivos desde una perspectiva etiológica de diátesis-estrés: En la adquisición y desarrollo de una adicción representan un papel tanto la presencia de vulnerabilidad (congénita o adquirida), como los cambios funcionales y de neuroadaptación derivados de la exposición a la conducta de consumo continuado:

-Vulnerabilidad individual. Diversos enfoques amparados en estudios de asociación genética, estudios prospectivos y epidemiológicos demuestran la importancia de factores individuales. Autores como Blum (1996) inciden en destacar el papel de posibles disfunciones congénitas a nivel neurobioquímico que afectarían a las vías dopaminérgicas meso-corticolímbicas, como elementos responsables de la vulnerabilidad hacia múltiples procesos adictivos, además de predisponer a dificultades en el control de impulsos. Tarter et al. (2003) describen a través de estudios prospectivos el papel mediador que desempeñan diferencias funcionales en la actividad del córtex prefrontal genéticamente dispuestas en la aparición a lo largo del desarrollo de conductas externalizantes y procesos adictivos.

Plasticidad y alostasis derivada de la exposición. Al igual que otros autores Koob y Le Moal enuncian también los cambios que se producen en la actividad cerebral (posiblemente en un sistema nervioso vulnerable) ante la exposición a reforzadores (consumo de sustancias, conductas) que finalmente derivan en un ciclo adictivo. En su modelo, denominan alostasis al proceso dinámico según el cual la amplificación en espiral de los componentes del ciclo adictivo (intoxicación, abstinencia, preocupación) es causa y consecuencia de fenómenos de neuroadaptación y modificación funcional en las estructuras implicadas en los circuitos de recompensa y motivación, progresando hasta llegar a un estado de equilibrio divergente de la homeostasis fisiológica. Esta neuroadaptación conduce al estado final del ciclo adictivo, en el cual se presenta una sobreactivación del sistema de respuesta al estrés (responsable del componente de abstinencia) y del circuito cortico-tálamo-estriatal (responsable de la anticipación, el craving, la

polarización de la conducta, la compulsividad y la limitada valoración de riesgos). En cambio, la sobreestimulación continuada del circuito de recompensa conduce a un estado de desensibilización e infraactivación del mismo, lo que contribuye a la experiencia de malestar vinculada a la abstinencia, derivando en la modulación de motivaciones.

El grupo de investigación de la Dra. Nora Volkow ha integrado de forma notable las investigaciones propias y ajenas en torno a los cambios en la fisiología del sistema nervioso que se presentan en el sujeto afecto de un trastorno adictivo. Estos autores caracterizan el estado final descrito por Koob y Le Moal por la presencia de dos procesos fundamentales:

- Deterioro en la saliencia de atribuciones. El valor atribuido al refuerzo derivado de la conducta problema y los estímulos condicionados asociados se erige en superior a otras posibles conductas reforzadoras. El sujeto a su vez manifiesta una limitada sensibilidad a otros posibles refuerzos.
- Deterioro en la inhibición de respuestas. El deterioro en la saliencia de atribuciones es causa y consecuencia a su vez de una disfunción en la capacidad de autocontrol, que implica en última instancia una limitada capacidad de inhibir conductas desadaptativas y perjudiciales.

Los elementos neurofisiológicos implicados en el mantenimiento de este modelo son los mismos que los enunciados por Chambers y Koob: la sobreactivación de vías dopaminérgicas y la modulación de otros neurotransmisores (glutamato, GABA, opioides, cannabinoides y serotonina) en el circuito de recompensa conduce a un estado de disponibilidad reducida en la actividad de las vías dopaminérgicas. La "denervación" dopaminérgica en los circuitos mesocorticolímbicos afecta a la funcionalidad de áreas corticales (córtex orbitofrontal y cíngulo anterior) responsables de mediar en los procesos de cualificación de las recompensas, la motivación y el control inhibitorio. El modelo desarrollado por Volkow se apoya principalmente en evidencias existentes en tomo a las adicciones a sustancias a partir de estudios clínicos y de neuroimagen (Goldstein y Volkow, 2011):

- El consumo de sustancias de abuso se asocia en el sujeto a experiencias subjetivas de euforia y embriaguez. Esta experiencia se asocia en estudios de RMN funcional y PET a activación funcional en áreas del córtex prefrontal implicadas en procesos emocionales, conductas automatizadas y funciones ejecutivas de alto nivel (implicadas ulteriormente en la memoria de trabajo relacionada con el consumo, y por ello en las expectativas ante el consumo y las experiencias de anticipación).
- La respuesta a estímulos relacionados con la sustancia de abuso, que actúan como estímulos neutros condicionados al consumo, se caracteriza en el sujeto adicto igualmente por una activación de áreas del córtex prefrontal, que se asocian a su vez a experiencias de anticipación y deseos de consumir. Por otro lado, la abstinencia continuada atenúa la respuesta de activación cerebral ante estímulos condicionados, mientras que la abstinencia a corto plazo y las expectativas en torno al consumo tienen el efecto opuesto.
- La respuesta a reforzadores no relacionados con las sustancias está atenuada en el sujeto adicto. Específicamente, en individuos adictos que se hallan en un estado de craving, intoxicación o con síntomas de abstinencia tempranos, la sensibilidad y activación de áreas del córtex prefrontal en respuesta a posibles refuerzos no relacionados con la sustancia está disminuida.
- La capacidad de inhibición de respuestas está vinculada al control y planificación de conductas salientes y a la valoración de los posibles riesgos inherentes. Es un constructo cognitivo integrado dentro de las denominadas funciones ejecutivas, que implica la actividad de áreas del córtex prefrontal y sus interacciones con las otras estructuras de los circuitos de motivación. En el paciente adicto el rendimiento en tests que evalúan estas funciones cognitivas, tales como el Stroop test o paradigma Go-No Go, es deficitario e implica una funcionalidad alterada de la actividad de áreas del córtex prefrontal tales como córtex cingular anterodorsal y el córtex prefrontal dorsolateral.

5.1.2. Paralelismo entre adicción a sustancias y adicciones comportamentales

La heterogeneidad en cuanto a factores ambientales, psicosociales y culturales implicados en el origen de procesos adictivos tales como el juego patológico, el uso compulsivo de determinadas tecnologías u otros fenómenos susceptibles de ser considerado adicciones, es demasiado amplia como para poder establecer asociaciones simplistas entre estos fenómenos. A su vez, en los procesos adictivos no vinculados al consumo de sustancias no tiene lugar (al menos no de forma directa) la estimulación química de las estructuras cerebrales descritas por una sustancia química externa. De hecho, la capacidad de una sustancia química de activar directa o indirectamente la liberación de dopamina en el núcleo accumbens centro del circuito de recompensa se considera la premisa fundamental para considerar que tal sustancia tenga poder "adictivo".

Aun y así, las investigaciones en tomo a la neurobiología sobre la adicción a sustancias, en su intento por establecer comparativas o paralelismos con procesos no relacionados con sustancias, han permitido progresar a la actual visión integradora de los trastornos adictivos. De estos estudios se infiere que en lo concerniente a la actividad cerebral en el individuo que presenta un ciclo adictivo establecido, pareciera que son más los aspectos compartidos que los diferenciadores entre los trastornos por sustancias y los otros trastornos adictivos.

Independientemente de que el proceso por el cual una conducta pueda constituirse en reforzadora varía (por un efecto neuroquímico directo en el caso de sustancias químicas, por una compleja interacción entre procesos cognitivos y emocionales en el caso de un juego), la vía final por la que el cerebro integra el fenómeno de recompensa, placer y refuerzo no es diferente. Varios estudios han demostrado que la capacidad de refuerzo de una conducta determinada (que pueda derivar en compulsiva y adictiva) se asocia al igual que en el caso de sustancias químicas a la activación de las estructuras cerebrales responsables de la motivación y recompensa. En un estudio mediante RMN funcional Ko el al. (2009) identificaron en una muestra de 10 sujetos etiquetados como adictos a juegos de rol on-line,

comparados con 10 sujetos control, una activación divergente entre ambos grupos en áreas del córtex orbitofrontal derecho, córtex cingulado anterior bilateral y núcleo accumbens derecho, ante la exposición de estímulos vinculados al juego vs. estímulos neutros. Estos hallazgos han sido replicados por otros equipos de investigadores independientes (Han et al., 2010) utilizando una metodología similar. Estas evidencias remedian en gran medida los hallazgos descritos en los procesos adictivos a sustancias, sugiriendo que en el mantenimiento del ciclo adictivo se producen similares adaptaciones en la funcionalidad del cerebro a las descritas por Volkow y Koob en pacientes adictos a sustancias.

Otros estudios han documentado que la sobreactivación de áreas del córtex prefrontal en los sujetos caracterizados como usuarios problemáticos de juegos on-line en respuesta a estímulos asociados al juego correlacionaba con la experiencia emocional de anticipación y preocupación descrita por los sujetos (Sun et al., 2012). Utilizando técnicas de imagen de tensor de difusión Dong et al. (2012) demostraron así mismo, en una muestra de sujetos con problemas vinculados al uso de juegos en Internet, anomalías en la integridad de la sustancia blanca, en áreas cerebrales en las que la disfunción en la conectividad resultante traduce a su vez un posible déficit en la actividad del córtex asociado. En concreto, los sujetos con problemas en el uso de Internet (en este caso vinculado al uso de juegos on-line) mostraban divergencias en la fracción de anisotropía en el tálamo y en el córtex cingulado posterior izquierdo en comparación con controles sanos. Además, estas divergencias se asociaban en su estudio a la gravedad de la problemática de uso de Internet.

Al igual que en el caso de las adicciones a sustancias, los hallazgos descritos se enmarcan en el contexto de modelos de diátesis-estrés. Según estos, la disfunción identificada traduce tanto la posible presencia de rasgos de vulnerabilidad (que anteceden al desarrollo de la adicción y predisponen al mismo), como fenómenos de neuroadaptación resultantes del desarrollo de un ciclo adictivo (Kiefer et al., 2013). Las anomalías descritas en estos estudios se centran en población con problemas de adicción vinculados al uso de

Internet, principalmente asociados al uso de juegos on-line. En ese sentido, si bien resulta complicado trasladar estos hallazgos a otros modelos de adicción a tecnologías sin su verificación previa, la evidencia descrita respecto a los paralelismos en los fundamentos neurobiológicos de los procesos adictivos apoya estas interpretaciones.

5.2. Tratamiento farmacológico en las adicciones tecnológicas

Partiendo de lo expuesto en tomo a los fenómenos neuroquímicos implicados en la expresión y cronificación de los procesos adictivos, el clínico aborda la intervención en las adicciones tecnológicas apoyándose en la evidencia científica de la eficacia de algunas intervenciones farmacológicas en algunos de los componentes del ciclo de adicción en general, tales como la anticipación y el craving o los síntomas de discomfort ante la retirada (Camardese et al., 2012). Sin embargo, la actual inconsistencia en la definición y el diagnóstico de las adicciones tecnológicas condiciona la calidad y volumen de los estudios sobre la eficacia de estas intervenciones. La ausencia de criterios estandarizados deriva en divergencias en procesos fundamentales para la metodología de los ensayos clínicos tales como el reclutamiento y la evaluación de respuestas. Existen aun así propuestas elaboradas al amparo de las evidencias existentes que revisaremos a continuación.

5.2.1. Antidepresivos

La vía común compartida por los diferentes fármacos antidepresivos, responsable final de su eficacia clínica, reside en su capacidad de regular a la baja la sensibilidad de los receptores postsinápticos serotoninérgicos y noradrenérgicos, principalmente como resultado del incremento en la disponibilidad estos neurotransmisores en la hendidura sináptica. El uso de antidepresivos en el tratamiento de los trastornos adictivos encuentra su base racional en la demostrada implicación de la transmisión serotoninérgica en los mecanismos responsables de la inhibición de respuestas dentro de la actividad funcional del circuito de recompensa. Los procesos cognitivos y conductuales resultantes de alteraciones en la inhibición de respuesta

encuentran con frecuencia un correlato psicopatológico expresado en forma de sintomatología de la esfera obsesiva y compulsiva. La compulsividad y la dificultad en el control de impulsos se han asumido históricamente como elementos fenotípicos de aquellos trastornos que actualmente se definen como adicciones comportamentales (juego patológico, compras compulsivas). La participación de deficiencias en la neurotransmisión serotoninérgica potencialmente mejorables con el tratamiento con antidepresivos en estos procesos es por todo ello una premisa muy considerada.

Además, los estudios epidemiológicos en tomo a adicciones tecnológicas tanto en población adolescente como adulta revelan con frecuencia una significativa participación de clínica depresiva y ansiosa, circunstancia que plantea una diana terapéutica añadida (Yen et al., 2007).

Dell'Oso et al. (2008) valoraron mediante un ensayo clínico la eficacia de escitalopram, un inhibidor de la recaptación de serotonina (ISRS) en esta población. En una fase inicial del estudio, 19 sujetos caracterizados como adictos a Internet recibieron tratamiento en régimen abierto con 20 mg de escitalopram durante 10 semanas. El 64% de los sujetos mostraron al final de ese periodo una reducción significativa en el tiempo de uso de Internet, además de una mejoría en su funcionamiento global. Posteriormente, los sujetos en la muestra fueron asignados de forma aleatoria y a doble ciego a recibir tratamiento activo o placebo durante 9 semanas. Al término de este periodo, en cambio, la mejoría alcanzada persistía pero sin que se observaran diferencias entre el grupo experimental y el grupo placebo. Estos resultados llevaron a los autores a considerar que no se podía descartar que la respuesta inicial advertida en la fase abierta del estudio fuera debida a un efecto placebo.

Otros dos estudios recientes han valorado la posible eficacia de bupropión en esta población. Este fármaco, con propiedades como inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina, ha demostrado su eficacia como antidepresivo, como tratamiento en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y como tratamiento en la deshabituación a nicotina

(por sus propiedades para disminuir el craving). Han, Hwuang y Renshaw (2010) realizaron un estudio mediante neuroimagen funcional en una muestra de 11 sujetos descritos como adictos a juegos on-line y 8 controles sanos. En su estudio, los casos presentaban a nivel basal mayores niveles de activación en córtex prefrontal dorsolateral, giro parahipocampal izquierdo y lóbulo occipital izquierdo en comparación con los casos control ante la exposición a estímulos relacionados con el juego. Tras seis semanas de tratamiento con bupropión, los sujetos refirieron una disminución del tiempo de juego y una menor experiencia de anticipación y preocupación, presentando además una reducción significativa en la activación en las áreas corticales referidas respecto a las imágenes basales. Este mismo grupo de investigadores ha realizado otro estudio con el mismo compuesto (Han y Renshaw, 2012). Una muestra de 50 sujetos que presentaban uso problemático de Internet vinculado a juegos on-line y que además cumplían criterios de trastorno depresivo participaron en un ensayo clínico doble-ciego controlado con placebo de 12 semanas de duración (8 semanas de tratamiento activo y 4 semanas de finales de seguimiento). El grupo que recibió bupropión experimentó una reducción significativa en la clínica depresiva y en el tiempo de exposición a Internet comparado con placebo al final de periodo de tratamiento activo. Estas diferencias no se mantuvieron sin embargo al final de periodo de seguimiento.

Estas limitadas observaciones iniciales invitan a ser ampliadas al amparo de las mejoras necesarias en la metodología antes de poder determinar el posible papel terapéutico de los antidepresivos en esta población. Como ya se ha descrito, una dificultad significativa (extensible a los estudios con otros fármacos) reside en la ausencia de definiciones operativas en estos trastornos, que permitan calibrar la adecuación del diagnóstico, su gravedad y los indicadores de respuesta a la intervención.

5.2.2. Estabilizadores del humor

Los fármacos estabilizadores del humor constituyen el tratamiento de referencia en el trastorno bipolar. Pero además es reconocido el papel terapéutico del carbonato de litio y determinados anticonvulsivantes como

fármacos anticomulsivos por su capacidad de mejorar el control de impulsos. Los fundamentos farmacodinámicos del efecto de estos fármacos son divergentes entre ellos: el valproato y sus derivados ejercen sus efectos a través de sus acciones sobre la transmisión gabaérgica; la carbamacepina modula en base a sus efectos sobre los canales del calcio la transmisión sináptica, mientras que el mecanismo terapéutico del litio sigue siendo incierto. Se especula por otro lado que todos ellos, a través de sus acciones sobre los sistemas de segundos mensajeros en la membrana neuronal, desarrollan su actividad terapéutica interrumpiendo los procesos de kindling o facilitación. La teoría del kindling propone que estimulaciones repetidas subumbrales de una neurona generan potenciales de acción, que en última instancia constituyen un fenómeno de sensibilización que predispone a la descarga sináptica. Este modelo ha sido demostrado como posible factor causal de crisis convulsivas y su traslación más especulativa en lo concerniente al trastorno bipolar propone que la sensibilización de la amígdala a través de un fenómeno de kindling podría estar detrás de la fisiopatología del trastorno, así como de la eficacia de los agentes estabilizadores del humor. El concepto de facilitación también se ha propuesto como uno de los fenómenos posiblemente implicados en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos adictivos.

La eficacia del carbonato de litio, carbamacepina y valproato en el tratamiento de trastornos por control de impulsos está avalada por algunos estudios. Igualmente se han propuesto algunos de estos agentes como fármacos eficaces en el manejo de trastornos adictivos, tanto en pacientes afectos de trastorno bipolar o sin él.

Otros fármacos con actividad anticonvulsivante, tales como topiramato, gabapentina o pregabalina, que ejercen sus efectos igualmente modulando la actividad gabaérgica o antiglutamatérgica (e indirectamente desarrollan efectos sobre la transmisión dopaminérgica mesolímbica implicada en el circuito de recompensa) se postulan así mismo como agentes terapéuticos para el tratamiento de trastorno por control de impulsos. Así, el topiramato ha demostrado eficacia en ensayos clínicos controlados en el tratamiento del

juego patológico. A pesar de su potencial como posibles agentes terapéuticos, hasta la fecha ningún estudio ha explorado la eficacia de los mismos en el tratamiento de adicciones tecnológicas.

5.2.3. Antagonistas de receptores opioides

El marcado solapamiento fenomenológico entre los trastornos adictivos por sustancias, el juego patológico y las adicciones tecnológicas, indica la presencia de procesos subyacentes compartidos entre estos trastornos que implican alteraciones en el circuito de recompensa como se ha descrito. El papel que los péptidos opioides ejercen en la modulación de la actividad dopaminérgica mesolímbica es la clave de la eficacia de los antagonistas de receptores opioides en los trastornos adictivos.

A través del antagonismo de receptores opioides, estos compuestos inhiben la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, un fenómeno esencial en la cascada neurobioquímica responsable de la inferencia de experiencias placenteras. Este efecto farmacológico se ha postulado como potencialmente eficaz en el manejo del craving y la prevención de recaídas: el bloqueo de la capacidad de los opioides endógenos de disparar la liberación de dopamina ante estímulos potencialmente reforzadores interfiere en la vía de refuerzo de las conductas problema. Naltrexona y Nalmefene, dos compuestos con actividad antagonista de los receptores opioides, han demostrado eficacia en el tratamiento de trastornos por usos de sustancias, pero también en el juego patológico. Hasta la fecha, una única comunicación de un caso ha evaluado la eficacia de naltrexona en el tratamiento de adicciones tecnológicas. Bostwick y Bucci (2008) comunicaron una remisión sostenida en un paciente de 31 años de edad que presentaba un uso compulsivo de cibersexo tras la suplementación del tratamiento con 150 mg de naltrexona.

5.2.4. Antipsicóticos atípicos

Las propiedades serotoninérgicas de fármacos antipsicóticos atípicos tales como la olanzapina, la risperidona, el aripiprazol o la quetiapina les confieren su posible papel terapéutico en el tratamiento de la psicopatología vinculada

al control de impulsos y la compulsividad. Existen ensayos clínicos que avalan la eficacia de la suplementación con estos fármacos en el tratamiento del trastorno obsesivocompulsivo resistente al tratamiento habitual. A su vez, se ha valorado la posible utilidad terapéutica de algunos antipsicóticos atípicos en el tratamiento de trastornos por control de impulsos y trastornos adictivos, si bien los resultados en estas indicaciones son más modestos. Un único estudio sobre un caso aislado ha informado sobre la experiencia terapéutica en el tratamiento de adicciones tecnológicas con antipsicóticos atípicos. Atmaca (2007) comunicó una mejoría en la compulsividad en el uso de Internet en un varón de 23 años de edad que recibió tratamiento combinado con quetiapina 200 mg/día y citalopram. Fuera de este caso no hay constancia de otras comunicaciones, quedando por ello igualmente pendiente de ensayos apropiados la determinación del papel terapéutico de estos fármacos.

5.2.5. Farmacoterapia de la comorbilidad en las adicciones tecnológicas

Como se ha expuesto a lo largo de este texto, son muchas las evidencias que indican la frecuente presencia de psicopatología comórbida asociada a las adicciones tecnológicas. Este aspecto merece la atención del clínico, en tanto y cuanto el abordaje terapéutico a menudo debe partir de un enfoque integrador que considere la importancia de la patología psiquiátrica asociada al fenómeno adictivo, a menudo constituyente de verdaderos estados de patología dual. Desde esta perspectiva, revisaremos a continuación aspectos relevantes referentes a diferentes estrategias de tratamiento farmacológico que a menudo pueden desempeñar un papel importante atendiendo a la premisa de la frecuente comorbilidad.

A) Adicción a Internet y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Diversos autores han señalado tasas de prevalencia destacables de TDAH en muestras de adolescentes en tratamiento por uso problemático de Internet (Ha et al., 2006; Yen et al., 2007). Este trastorno se considera un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia de disfunción ejecutiva y

desinhibición neuroconductual, parcialmente atribuible a disfunciones en la actividad del córtex prefrontal. La presencia de esta disposición neurobiológica parece estar detrás del papel que este trastorno puede tener como factor de vulnerabilidad para el desarrollo de adicciones. Al hilo de estas evidencias, un estudio evaluó la eficacia del tratamiento con metilfenidato en sujetos diagnosticados de TDAH que presentan adicción a Internet vinculada a juegos on-line (Han et al., 2009). En este estudio 62 adolescentes recibieron tratamiento con una dosis media de 30 mg de metilfenidato de liberación retardada durante 8 semanas, experimentando una mejoría clínica significativa tanto en la clínica de su TDAH como en la implicación en el uso de Internet.

B) Hostilidad, ansiedad social y adicción a Internet

El modelo de Caplan (2007) respecto a la naturaleza psicopatológica de la vulnerabilidad en la adicción a Internet propone el concepto de ansiedad social como elemento nuclear en muchos de los casos. Este autor sugiere que cogniciones preexistentes caracterizadas por elevada autocrítica, expectativas negativas respecto a uno mismo y un contexto general de falta de confianza en la propia representación anidan en la preferencia del sujeto por relaciones sociales vehiculizadas a través de elementos tecnológicos, que finalmente puede conducir un abuso de los mismos. Algunas investigaciones clínicas en torno a usuarios problemáticos de Internet apoyan este concepto. Por otro lado, otros estudios destacan la expresión en usuarios problemáticos de Internet (sobre todo en casos de juegos online) de elementos caracteriales/temperamentales de hostilidad y limitada empatía, pero también de búsqueda de sensaciones y evitación del daño (Mehroof y Griffiths, 2010). Resulta por ello difícil establecer perfiles homogéneos de usuarios con problemas. Un estudio multicéntrico reciente realizado en diferentes países de la Unión Europea (incluyendo la participación de un centro español) propone entre sus conclusiones una aproximación a la descripción de perfiles de usuarios típicos (Dreier et al., 2012). Los datos de este estudio destacan una realidad clínica en difusión creciente entre los profesionales implicados en el abordaje de pacientes con formas específicas de adicción a Internet,

principalmente los juegos on-line; un perfil de los sujetos vulnerables destaca por rasgos de dureza, capacidad hedónica limitada, retraimiento emocional y dificultades en la interacción social. Todos estos rasgos en no pocas ocasiones se aproximan a características fenomenológicas propias de los trastornos del espectro autista o de las psicosis no afectivas (desde una perspectiva categorial), o de los trastornos de personalidad del clúster A (desde una visión dimensional). Esta perspectiva de estos trastornos sin embargo ha encontrado hasta la fecha limitado eco en las investigaciones existentes, quedando por tanto sujeta a una aproximación especulativa. Aun así, algunos estudios epidemiológicos han documentado prevalencias significativas de psicosis no afectivas en población con uso problemático de Internet (Mittal, Dean y Pelletier, 2013; Ha et al., 2006). Las posibilidades terapéuticas de determinados agentes farmacológicos en el contexto de comorbilidad descrito son nuevamente tributarias de investigación.

5.2.6. Resumen sobre recomendaciones en el tratamiento farmacológico

Desafortunadamente, las limitaciones conceptuales actuales pesan demasiado a la hora de poder desarrollar recomendaciones específicas de cara al abordaje farmacológico de las adicciones tecnológicas. No obstante, y como se ha recogido en el texto, también son crecientes los datos que orientan las posibles intervenciones. Atendiendo al propio proceso adictivo en sí, las crecientes evidencias en torno a ciertos paralelismos con otras adicciones apoyan la investigación en torno al papel terapéutico que los fármacos "antiadicción" pueden tener en esta población. Agentes que modulen la actividad las vías dopamínergicas mesolímbicas en el circuito de recompensa, o agentes que influyan en otras vías monoaminérgicas implicadas en la actividad del circuito córtico-tálamo-estriatal, pueden tener un papel facilitador en la deshabituación y prevención de recaídas.

Por otro lado, tanto en adultos como adolescentes, la presencia de psicopatología comórbida con el proceso adictivo es más bien la norma y no la excepción. En no pocos casos el proceso adictivo a una tecnología surge en el contexto de determinadas disposiciones caracteriales, o incluso al amparo de trastornos clínicos francos. La intervención específica sobre tales

disposiciones es fundamental para el éxito del proyecto terapéutico. Un adolescente con rasgos caracteriales que lo sitúen próximo a una visión hostil de su entorno, con anhedonia social, rasgos de alexitimia y elementos narcisistas, que a su vez se asocien a otros elementos clínicos (en última instancia potencialmente indicadores de un posible trastorno en el neurodesarrollo) como disfunción ejecutiva y clínica de déficit de atención, puede resultar refractario a la intervención psicoterapéutica esencial para resolver un estado de uso problemático de juegos de rol on-line. La inclusión en su plan terapéutico de estrategias de tratamiento farmacológico que puedan abordar las dificultades sintomáticas acompañantes, o que puedan contribuir a resolver el malestar derivado de intentos de deshabitación, puede resultar igual de relevante.

6

Guía para posibles pacientes

6.1. ¿Qué son las adicciones a las nuevas tecnologías?

Las adicciones a las nuevas tecnologías son adicciones conductuales, es decir, dependencias que no implican el consumo de una sustancia. Por tanto, las adicciones a las TIC aparecen cuando una persona genera una dependencia psicológica a un dispositivo tecnológico (Internet, redes sociales, móvil y videojuegos) y como consecuencia de esta adicción conductual experimenta repercusiones negativas (salud, vida social, familia, trabajo, etc.).

El porqué de estas nuevas adicciones es un hecho algo complicado de explicar. Se puede decir que en cada época histórica se producen cambios socioculturales que provocan la aparición de nuevos trastornos. Y que en este periodo, uno de los cambios más significativos que se produce en nuestra sociedad es la irrupción de las TIC, que en algunos casos comporta la aparición de las adicciones tecnológicas. Así, podemos decir que el uso de las nuevas tecnologías es una conducta normal y frecuente, que produce sensaciones positivas (diversión, placer, bienestar, etc.). Pero cuando se realiza un mal uso de las TIC, esta conducta normal puede convertirse en adictiva, lo que conlleva sensaciones negativas (vacío, ira, depresión, soledad, aburrimiento, etc.) cuando el usuario, por algún motivo, no puede acceder a ellas (Internet) o utilizarlas (móvil o videojuegos).

6.2. ¿Qué probabilidades tengo de "engancharme" a las TIC?

En nuestra sociedad, el relativamente fácil acceso a las TIC no implica que todo el mundo acabe teniendo problemas con estos dispositivos tecnológicos, ya que existe un gran volumen de personas que utilizan cada día estas

tecnologías y solo un número reducido de sujetos presenta un uso problemático o adictivo.

Así, las personas que presentan mayor riesgo o probabilidad de desarrollar un abuso o una dependencia a las TIC son las que tienen, antes de empezar a utilizar estos dispositivos tecnológicos, una serie de características de personalidad y unas carencias personales concretas (cognitivas, habilidades sociales, personalidad...). De modo, que estas personas usarían las TIC para compensar estos déficits o carencias (Alario, 2006; Arias et al., 2012; Echeburúa, 1999; Viñas et al., 2002).

6.3. ¿Qué factores de riesgo se relacionan con las adicciones a las TIC?

Las adicciones a las nuevas tecnologías presentan diferentes factores de riesgo, algunos comunes para las TIC en general, y otros específicos para cada una de ellas (Alano, 2006; Arias et al., 2012; Echeburúa, 1999). Esto es así, porque determinados aspectos de una persona le predispondrían a desarrollar con más facilidad una adicción, como puede ser la dependencia a un dispositivo tecnológico.

En este apartado se observan diversos factores de riesgo relacionados con las adicciones a las nuevas tecnologías. Revise estos factores y, si es el caso, puede que llegue a identificar alguno de estos elementos. Si es así, no quiere decir que vaya a ser un adicto a las TIC, sino que debe ir con más cuidado que otras personas, porque tiene más riesgo de tener problemas con estos dispositivos tecnológicos. Además, si valora que alguno de estos aspectos, además de un posible factor de riesgo para desarrollar una dependencia a las TIC, es un problema que tiene desde hace tiempo, no lo dude y busque ayuda profesional, ya que, de lo contrario, esta dificultad puede comportarle otros inconvenientes, como puede ser, en este caso, refugiarse en las TIC para compensar estas deficiencias.

A) Factores de riesgo de las adicciones a las nuevas tecnologías

Existen muchos motivos (antes de empezar a usar las TIC) que pueden

incidir en que la práctica de una conducta cotidiana, como es el conectarse a Internet, el utilizar el móvil o el jugar a los videojuegos, puedan llevar a una persona a un abuso o a una dependencia. A continuación se citan distintos factores de riesgo a las TIC, es importante que los revise y que se cuestione las preguntas que se le hacen, para que usted mismo pueda valorar y reflexionar sobre ellos.

- Características de personalidad

Las características de personalidad que aumentan la vulnerabilidad de una persona de desarrollar una adicción a las TIC son:

- 1.Estado de ánimo habitual depresivo y ansioso: ¿es una persona que se siente generalmente triste, afligida, inquieta o preocupada?
- 2.Estilo inadecuado de afrontamiento de los problemas diarios y cotidianos (sensaciones físicas y psicológicas negativas): ¿es una persona a la que le cuesta habitualmente sobreponerse a las molestias físicas (dolores, insomnio, fatiga...) y superar las dificultades psicológicas (disgustos, preocupaciones, responsabilidades, aburrimiento...)?
- 3.Sensación constante de fastidio y desgana: ¿es una persona que se siente generalmente aburrida y desanimada?
- 4.Búsqueda continua de emociones nuevas: ¿es una persona que necesita experimentar constantemente sensaciones nuevas?
- 5.Rechazo constante del aspecto físico o imagen corporal: ¿es una persona que se encuentra usualmente insatisfecha con su cara, cuerpo y apariencia física?

- Problemas de personalidad

Los problemas de personalidad que pueden hacer más frágil a una persona para presentar una dependencia a las TIC son:

1. Timidez excesiva o introversión extrema: ¿es una persona generalmente muy reservada e introvertida?
2. Falta de autoestima personal: ¿es una persona que habitualmente se valora y se quiere poco a sí misma?
3. Necesidad extrema de experimentar emociones fuertes: ¿es una persona que busca asiduamente y de forma exagerada sensaciones fuertes?
4. Falta de madurez personal: ¿es una persona que por norma general se comporta de forma inmadura?
5. Inestabilidad emocional: ¿es una persona que experimenta con frecuencia altibajos emocionales?
6. Impulsividad desmedida: ¿es una persona que generalmente actúa por arrebatos e impulsos?
7. Vulnerabilidad excesiva al estrés: ¿es una persona a la que generalmente le afectan demasiado las prisas y el estrés?
8. Estilo inadecuado de afrontamiento de las tensiones diarias: ¿es una persona que acostumbra a sobrellevar muy mal las dificultades cotidianas?
9. Bloqueo ante las dificultades diarias: ¿es una persona que se bloquea mucho y con asiduidad ante los problemas del día a día?
10. Carencia de objetivos personales: ¿es una persona que destaca por tener pocas metas o ambiciones personales?
11. Carencia de actividades gratificantes o recursos de tiempo libre: ¿es una persona que cuenta con pocas actividades o aficiones que le gusten y que le motiven?

- Problemas en la relación social

Determinadas dificultades en el ámbito de las relaciones con otras personas pueden ser aspectos relevantes en la posible aparición de la adicción a las TIC:

- 1.Dificultad para establecer y mantener relaciones sociales: ¿es una persona a la que le cuesta habitualmente comenzar y mantener relaciones con otras personas?
 - 2.Tendencia a rehusar los contactos sociales: ¿es una persona que evita generalmente las relaciones con otras personas?
 - 3.Carencia de vínculos sociales significativos: ¿es una persona que cuenta usualmente con pocas relaciones sociales íntimas (amigos, familiares...)?
 - 4.Sobrevaloración personal y necesidad constante de admiración (narcisista): ¿es una persona que generalmente se sobrevalora, sobreestima sus habilidades y que necesita de una admiración constante por parte de los demás?
 - 5.Necesidad de sobresalir sobre los demás: ¿es una persona que siempre necesita destacar por encima de las otras personas?
 - 6.Necesidad constante de rivalizar y competir con los demás: ¿es una persona que constantemente se muestra con ganas de competir y medirse con otras personas?
- Trastornos psicológicos previos o actuales

Algunos trastornos psicológicos que una persona padeció en el pasado o que padece en el presente pueden influir para que sea una persona más vulnerable con relación a la adicción a las herramientas tecnológicas:

- 1.Trastornos depresivos, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad social y hostilidad social: ¿es una persona que padeció o padece síntomas de depresión, de dificultades de atención, de fobia social o de resentimiento social muy acentuado?

2. Adicciones a sustancias o psicológicas: ¿es una persona que tuvo o tiene una dependencia a sustancias (alcohol, cocaína...) o una adicción psicológica (juego, compras...)?

- Problemas afectivos previos

Se cuentan con una serie de problemas afectivos anteriores a la utilización de las TIC, que pueden influir para que una persona que hace uso de estos dispositivos tecnológicos pueda desencadenar una adicción a los mismos:

1. Carencia de cariño o soporte familiar: ¿es una persona que considera que en su pasado tuvo falta de cariño o apoyo en su entorno familiar...)?

2. Carencia de ayuda o comprensión social: ¿es una persona que considera que en su vida contó con poco apoyo o refuerzo en su entorno social...?

- Problemas cognitivos previos

Varios problemas cognitivos pasados y precedentes al uso de las TIC pueden influir para que una persona que utiliza estas herramientas tecnológicas presente una dependencia de las mismas:

1. Fantasía personal desbordada: ¿es una persona que siempre ha destacado por ser muy imaginativa y fantasiosa?

2. Tendencia fácil a la distracción: ¿es una persona que constantemente se ha distinguido por ser muy distraída y despreocupaba?

3. Dificultad de concentración: ¿es una persona que siempre se ha caracterizado porque le ha costado mantener la atención y el interés en las cosas?

- Circunstancias personales actuales

Determinadas circunstancias personales que le suceden a una persona pueden ser factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de una

adicción a las TIC:

- 1.Sensación de tristeza y ansiedad: ¿es una persona que se encuentra en el momento presente afligida y ansiosa?
- 2.Carencia de cohesión familiar: ¿es una persona que considera que su familia se encuentra actualmente poco unida?
- 3.Búsqueda de recompensa inmediata: ¿es una persona que se caracteriza en el presente por esperar el premio y la recompensa inmediata?
- 4.Tendencia a dejarse influir por los demás: ¿es una persona a la que le cuesta posicionarse ante los demás y que en este momento de su vida se deja influenciar fácilmente por los otros?
- 5.Experimentación de un estrés excesivo: ¿es una persona que considera que en el periodo actual se encuentra sometida a mucho estrés por diferentes motivos personales (fracaso académico, problemas de trabajo, ruptura afectiva...)?
- 6.Sensación de vacío personal: ¿es una persona que en la actualidad se encuentra en un estado de vacío existencial por varios motivos (aislamiento, paro, emigración...)?

B) Factores de riesgo en el abuso del móvil

En el abuso del móvil existen una serie de factores específicos para esta TIC, por lo que se considera que existen personas que cuentan con unas características y con unas dificultades propias de su personalidad que les hace más vulnerables a desarrollar el abuso con el dispositivo de telefonía móvil (Castellana et al., 2007; Turbi, 2009).

- Características de personalidad

Las características que pueden influir para que una persona que utiliza el móvil abuse de este dispositivo tecnológico son:

- 1.Sensación constante de depresión y ansiedad: ¿es una persona que acostumbra a sentirse habitualmente triste, afligida, inquieta o ansiosa?
- 2.Carácter serio, severo y poco flexible: ¿es una persona que se caracteriza por ser seria, rígida y adusta?
- 3.Extroversión: ¿es una persona que generalmente se muestra muy abierta y comunicativa con los demás?

- Problemas de personalidad

Determinados problemas de personalidad que presenta una persona que utiliza el móvil pueden predisponerle a realizar un abuso de esta TIC:

- 1.Baja autoestima: ¿es una persona que generalmente se quiere poco a sí misma y que se infravalora?
- 2.Sensación de inferioridad: ¿es una persona que siente habitualmente que es menos que los demás?

C) Factores de riesgo en la adicción a los videojuegos

En la adicción a los videojuegos también aparecen factores específicos de riesgo relacionados con esta TIC, que se relacionan con características y problemas de personalidad del usuario que hace uso de este aparato tecnológico (Turbi, 2009).

- Características de personalidad

Las características que pueden influir para que una persona que juega a los videojuegos desarrolle una adicción a esta TIC son:

- 1.Sensación constante de depresión y ansiedad: ¿es una persona que se siente constantemente triste, depresiva, inquieta o ansiosa?

- Problemas de personalidad

Los problemas de personalidad que pueden influir para que una persona que juega a los videojuegos presente una dependencia hacia ellos son:

- 1.Impulsividad desmedida: ¿es una persona que generalmente actúa por arrebatos e impulsos?
- 2.Baja autoestima: ¿es una persona que generalmente se quiere poco a sí misma y se infravalora ante los demás?
- 3.Sensación de inferioridad: ¿es una persona que se siente habitualmente inferior a los otros?

6.4. ¿Cuándo debo alertarme sobre mi uso de las TIC?

Ahora es el momento de que usted mismo valore su uso de las TIC. Es decir, si su uso es normal, controlado y saludable, tal vez no sienta la necesidad de seguir leyendo, pero ¿y si no es así? Tal vez está preocupado porque hay algún aspecto que no tiene claro; entonces, esta es su sección. A continuación se le muestran los primeros signos de alerta en las nuevas tecnologías, como son Internet y redes sociales, el teléfono móvil inteligente y los videojuegos (Echeburúa y Corral, 1994).

Si observa que algunos de estos signos de alerta coinciden con su caso, no se alarme. Simplemente plantéese que tal vez está comenzando a abusar de las TIC y debe hacer una reflexión y seguir alguna de las indicaciones que le damos más adelante para moderar su uso. Cuando una persona utiliza los diferentes dispositivos tecnológicos (Internet, móvil y videojuegos) puede tener un uso "normal", un "abuso", que daría lugar a la aparición de signos de alerta (Echeburúa y Corral, 1994) o un uso "patológico", que conllevaría el diagnóstico de la adicción a las TIC. Pero, antes de llegar a una adicción a las TIC, la persona muestra pequeños indicadores de descontrol que, si son detectados por la propia persona o por alguien de su entorno, pueden reconducirse con mucha más facilidad que si el uso de la TIC ya es adictivo. De ahí la importancia de revisar los siguientes indicadores y de mostrarse atento por si comienza a observar alguno de estos indicios en su actual

relación con las TIC.

A) Signos de alerta en el uso de Internet y las redes sociales

Cuando se navega por Internet o se accede a las redes sociales es importante revisar estos indicios y reflexionar sobre ellos para poder hacer pequeños cambios y retomar el control del uso de las TIC.

1. Cuando se despierta y se acuesta: ¿se da cuenta de que lo primero que hace es conectarse a Internet o a las redes sociales?
2. Cuando por algún motivo no tiene acceso a la red: ¿se da cuenta de que pide y utiliza los dispositivos tecnológicos de otras personas para conectarse a Internet?
3. Cuando alguien le sorprende navegando: ¿se da cuenta de que rápidamente se desconecta de la red, cambia de pantalla o esconde el dispositivo tecnológico (ordenador, móvil...) para que no le "pillen in fraganti"?
4. Cuando piensa sobre el tiempo de conexión a la red y redes sociales: ¿se da cuenta de que pasa demasiado tiempo navegando y de que empieza a tener problemas de sueño?
5. Cuando reflexiona sobre sus contactos sociales: ¿se da cuenta de que habla frecuentemente con personas que no conoce y con las que simplemente tiene contacto por Internet?
6. Cuando valora su vida social fuera de la red: ¿se da cuenta de que ha reducido mucho sus actividades sociales?
7. Cuando medita sobre su actividad académica y laboral: ¿se da cuenta de que ha disminuido su rendimiento en los estudios y en el trabajo?
8. Cuando revisa sus gastos personales: ¿se da cuenta de que tiene cargos inusuales en su tarjeta de crédito y de que cuenta con cargos extras en la

factura de Internet?

9. Cuando reflexiona sobre su estado de ánimo: ¿se da cuenta de que generalmente se encuentra retraído/a y malhumorado/a sin razón alguna y que se ha convertido en una persona más reservada?

B) Signos de alerta en el uso del móvil

Cuando utiliza el móvil, es interesante que considere los siguientes signos de alerta y piense sobre ellos, con el objetivo de que si observa algún indicio problemático pueda reconducir su comportamiento.

1. Cuando alguien le sorprende utilizando el móvil: ¿se da cuenta de que rápidamente lo apaga o lo esconde para que no le "pillen in fraganti"?
2. Cuando reflexiona sobre el tiempo de uso del móvil: ¿se da cuenta de que pasa demasiado tiempo utilizándolo y de que incluso trasnocha por usarlo, por lo que comienza a tener problemas de sueño?
3. Cuando por algún motivo no puede utilizar su móvil (batería, saldo...): ¿se da cuenta de que pide el móvil a otras personas para utilizarlo?
4. Cuando por alguna causa no es posible usar el móvil (debe apagarlo, está sin cobertura...): ¿se da cuenta de que se siente "perdido" e incluso experimenta ansiedad o estrés por no poder utilizarlo?
5. Cuando valora su "relación con el móvil": ¿se da cuenta de que desarrolla conductas obsesivas-compulsivas con el teléfono (mirarlo continuamente, tenerlo siempre al alcance, comprobar siempre cualquier aviso: WhatsApp, SMS, llamada, correo electrónico...)?
6. Cuando piensa sobre las actividades sociales: ¿se da cuenta de que ha reducido el tiempo que dedica a aficiones con contacto social?
7. Cuando valora su relación con la familia y el grupo de amigos: ¿se da cuenta de que pasa mucho menos tiempo con sus amistades y familiares?

8. Cuando reflexiona sobre sus estudios y trabajo: ¿se da cuenta de que rinde menos en estas áreas porque usa en exceso o está "demasiado pendiente" del móvil?
9. Cuando revisa su economía personal: ¿se da cuenta de que tiene cargos extras en su tarjeta de crédito o en su factura de móvil y de que tal vez ha tenido problemas con su pareja o familia por el importe del recibo del móvil?
10. Cuando valora su estado de ánimo: ¿se da cuenta de que está más irritable y arisco sin razón aparente y de que se ha vuelto más hermético?

C) Signos de alerta en el uso de los videojuegos

Cuando se juega a los videojuegos, es útil que reconsidere los signos de alerta que se le presenten y que reflexione sobre ellos, para detectar si presenta algún indicio problemático y pueda corregirlo.

1. Cuando se despierta y se acuesta: ¿se da cuenta de que lo primero que hace es encender el dispositivo tecnológico y jugar una partida de videojuegos?
2. Cuando por algún motivo no puede jugar a videojuegos en su dispositivo tecnológico: ¿se da cuenta de que pide y utiliza la TIC a otras personas para poder mantener una partida de videojuegos?
3. Cuando alguien le sorprende jugando: ¿se da cuenta de que rápidamente se desconecta del videojuego, y apaga o esconde el dispositivo tecnológico (ordenador, móvil...) para que no le "pillen in fraganti"?
4. Cuando piensa sobre el tiempo de práctica de videojuegos: ¿se da cuenta de que pasa demasiado jugando y de que empieza a tener problemas de sueño por este motivo?
5. Cuando revisa sus actividades cotidianas: ¿se da cuenta de que ha reducido en exceso el tiempo que dedica a tareas cotidianas (comer,

dormir, estudiar, charlar...) por estar jugando a los videojuegos?

6. Cuando reflexiona sobre sus contactos sociales: ¿se da cuenta de que habla con asiduidad a personas que ni siquiera conoce personalmente, pero con las que juega frecuentemente partidas de videojuegos?
7. Cuando valora su vida social fuera de la Red: ¿se da cuenta de que ha reducido mucho sus actividades sociales porque prefiere estar jugando?
8. Cuando piensa sobre su actividad académica y laboral: ¿se da cuenta de que ha disminuido su rendimiento en los estudios y en el trabajo porque dedica demasiado tiempo a los videojuegos?
9. Cuando revisa sus gastos personales: ¿se da cuenta de que tiene cargos inusuales en su tarjeta de crédito, o de que ha necesitado o pedido dinero extra para comprar videojuegos nuevos?
10. Cuando reflexiona sobre su estado de ánimo: ¿se da cuenta de que generalmente se encuentra más triste o irritable sin causa aparente y que se ha convertido en una persona más reservada?

6.5. ¿Qué debo hacer si quiero moderar mi uso de las TIC?

Las tecnologías de la información y de la comunicación se han convertido en instrumentos imprescindibles en nuestra vida. Cada vez menos personas conciben su vida sin Internet o sin el teléfono móvil. Pero como hemos comentado anteriormente, en ocasiones se puede abusar de estas tecnologías y aparecen las primeras señales de alarma; es entonces cuando resulta muy importante reconducir esta conducta para prevenir un problema más serio más adelante. A continuación le damos una serie de pautas que le pueden facilitar este proceso:

1. Primero, debe identificar la TIC problemática y, una vez lo haya hecho, debe seguir los consejos generales y específicos e intentar moderar su uso.

2.Segundo, debe señalar los consejos y pautas que cree que debe seguir y apuntarlas en un papel.

3.Tercero, debe repasar cada día las pautas que se había planteado y comprobar diariamente si está cumpliendo con sus propósitos. Si no es así, debe preguntarse qué es lo que está fallando para que no alcance sus objetivos (como falta de motivación o dificultad para hacerlo).

A) Consejos para realizar un uso adecuado de las TIC

Si usted presenta algún "problemilla" con el uso de las TIC en general, preste atención a los siguientes consejos:

1.Conectarse a Internet en un espacio común.

2.Conectarse a Internet cuando le vaya bien y tenga tiempo libre.

3.No conectarse a Internet siguiendo un horario fijo y variarlo diariamente.

4.Evitar conectarse a Internet cuando tengo tareas pendientes (domésticas, académicas, laborales, familiares).

5.Evitar usar Internet cuando este "mal".

6.Evitar conectarse cuando necesite "desconectar" de los problemas y busque evadirse de la realidad.

7.Establecer un tiempo límite de conexión a Internet (máximo de 90 a 120 minutos al día.

8.Utilizar algún aparato externo que avise cuando acabe el tiempo programado de conexión a Internet (alarma, reloj...).

9.Bloquear o no utilizar las aplicaciones de Internet de las que abusa y en las que se descontrola.

10.Utilizar Internet cuando tenga un motivo claro (buscar una información

o contactar con alguien).

11.Evitar relacionarse solo por Internet.

12.Evitar dedicar todo su tiempo libre a usar Internet.

B) Consejos para realizar un uso adecuado del móvil

Si usted presenta algún "descontrol" cuando utiliza el móvil, es importante que repase las siguientes indicaciones:

1.Usar el móvil cuando le vaya bien y tenga tiempo libre.

2.Evitar usar el móvil cuando tenga tareas pendientes (domésticas, académicas, laborales, familiares...) pendientes.

3.Establecer un tiempo límite de uso del móvil.

4.No utilizar y desinstalar las aplicaciones del móvil de las que abuse y en las que se des controle (WhatsApp, juegos...).

5.Utilizar el móvil cuando tenga un motivo claro (llamar a alguien, enviar un mensaje...).

6.Evitar dedicar todo su tiempo libre a usar el móvil.

7.Utilizar el móvil solo cuando tenga una necesidad (profesional, académica, familiar o social...).

8.Poner un límite al tiempo que dedica a utilizar el móvil.

9.Establecer un límite en el dinero que quiere gastar en el uso del móvil.

10.Evitar relacionarse solo con otras personas con el móvil.

C) Consejos para realizar un uso adecuado de los videojuegos

Si usted muestra alguna dificultad para controlar su participación en los videojuegos, valore los siguientes consejos:

1. Jugar en un espacio común.
2. Jugar más en grupo que en solitario.
3. Establecer un tiempo límite de juego (60 minutos al día).
4. Utilizar algún aparato externo que le avise cuando deba finalizar su tiempo de juego (alarma, reloj).
5. Elegir con criterio cuando debe comprar o participar en un nuevo videojuego, poniendo como criterio sus valores personales, las habilidades que requiere el juego...).

6.6. ¿Cuándo debo preocuparme seriamente por mi uso de las TIC?

Usted debe preocuparse por una posible adicción a las TIC cuando presente una dependencia psicológica intensa y repercusiones negativas graves, tanto intrapersonales (por ejemplo, depresión o ansiedad) como interpersonales (por ejemplo, trabajo o familia). Si se encuentra en este apartado, es porque identificó los signos de alerta, intentó poner en práctica, solo o con ayuda de alguien, los consejos para moderar el uso de las TIC pero no obtuvo resultados satisfactorios. Si es así, tal vez es porque el mal uso ya se encontraba muy avanzado y seguramente presenta alguno de estos síntomas nucleares de una adicción a las TIC (Echeburúa, 1999; Griffiths, 1997):

1. Se siente incapaz e impotente de poder controlar la conducta con las TIC (Internet, móvil, videojuegos) una vez que empieza a utilizar este dispositivo, llegando a perder totalmente la noción del tiempo que pasa utilizándolo.
2. Experimenta un deseo, un ansia o una necesidad irresistible cuando quiere utilizar las TIC, de forma que se siente muy eufórico cuando las utiliza y se siente irritable y ansioso cuando por algún motivo debe

dejarlas.

3. Observa que el uso de las TIC está ocasionando efectos muy perjudiciales y graves en diferentes ámbitos de su vida, debido a que ha descuidado los principales hábitos de su vida por utilizar en exceso las TIC.

Existen una serie de indicadores críticos que los profesionales utilizan para diagnosticar una adicción a las TIC. De esta forma, los siguientes puntos orientan al clínico a valorar si una persona presenta una adicción a Internet, a los videojuegos o un abuso del móvil (Echeburúa, 2003; Turbi, 2009). Si no tiene todavía clara su situación, puede plantearse las cuestiones que aparecen en este apartado. Si contesta afirmativamente a la mayoría de las preguntas, comience a preocuparse.

A) Internet

Las cuestiones que son relevantes con relación al uso de Internet son:

1. ¿Utilizo Internet más tiempo del que quiero?
2. ¿Tengo dificultades para finalizar mi conexión a Internet aunque quiera hacerlo?
3. ¿Experimento alguno de estos síntomas cuando no puedo conectarme por algún motivo a Internet (por ejemplo, ansiedad, depresión, irritabilidad)?
4. ¿Necesito pasar cada vez más tiempo conectado a Internet para sentirme bien?
5. ¿Oculto a los demás el tiempo de uso de Internet (entre 20-40 horas)?
6. ¿Duermo pocas horas (menos de 5) por estar conectado a Internet?
7. ¿El uso excesivo de Internet está afectando a mi vida cotidiana?
8. ¿He disminuido o descuidado la práctica de aficiones, actividades

sociales, relaciones familiares, tareas académicas o laborales por estar conectado?

9.¿He recibido quejas por parte de alguien de mi entorno (por ejemplo, jefe, mujer, hijos) por estar conectado a Internet?

10.¿Pienso constantemente en Internet aunque no esté conectado?

11.¿He intentado de alguna forma limitar el uso de Internet (desconectarme, ponerme un tiempo máximo de conexión) sin llegar a conseguirlo?

B) Teléfono móvil

Las preguntas que es importante que se haga respecto a su uso del móvil son:

1.¿Necesito pasar cada vez más tiempo utilizando el móvil para sentirme bien?

2.¿Experimento alguno de estos síntomas cuando no puedo usar el móvil porque debo apagarlo, no tengo cobertura o batería (ansiedad, depresión, irritabilidad)?

3.¿Utilizo el móvil cada vez con más frecuencia de la que debo? (tolerancia)

4.¿Uso el móvil cada vez más tiempo del que quiero?

5.¿Tengo dificultades para controlar el uso del móvil o para dejar de utilizarlo, aunque quiera hacerlo?

6.¿He intentado de alguna forma limitar el uso del móvil (poner el móvil en silencio, apagarlo, bloquear llamadas entrantes) sin llegar a conseguirlo?

7.¿El uso excesivo del móvil está afectando a mi vida cotidiana?

- 8.¿He disminuido o descuidado la práctica de aficiones, actividades sociales, relaciones familiares, tareas académicas o laborales por estar usando el móvil?
- 9.¿Me siento angustiado e impaciente cuando no recibo inmediatamente una respuesta a mis mensajes escritos?
- 10.¿Necesito comprobar continuamente el estado del teléfono y de sus aplicaciones?
- 11.¿Soy consciente de que el móvil me está perjudicando pero no puedo hacer nada por evitarlo?

C) Videojuegos

Las cuestiones significativas en tomo al uso de los videojuegos son:

- 1.¿Necesito pasar cada vez más tiempo jugando a los videojuegos para sentirme bien?
- 2.¿Experimento alguno de estos síntomas cuando no puedo jugar a los videojuegos (ansiedad, depresión, irritabilidad...)?
- 3.¿Juego a los videojuegos cada vez con más frecuencia de la que debo? (tolerancia).
- 4.¿Juego a los videojuegos cada vez más tiempo del que quiero?
- 5.¿Tengo dificultades para controlar el juego de los videojuegos o para dejar de utilizarlo, aunque quiera hacerlo?
- 6.¿He intentado de alguna forma limitar el juego a los videojuegos sin llegar a conseguirlo?
- 7.¿El juego excesivo a los videojuegos está afectando a mi vida cotidiana?
- 8.¿He disminuido o descuidado la práctica de aficiones, actividades

sociales, relaciones familiares, tareas académicas o laborales por estar jugando a los videojuegos?

9.¿Me siento angustiado e impaciente cuando debo abandonar una partida del videojuego?

10.¿Soy consciente de que los videojuegos me están perjudicando pero no puedo hacer nada por evitarlo?

Otro buen indicador de su problema con las TIC puede ser valorar las consecuencias negativas que su mal uso le han comportado (Arias et al., 2012; Alario, 2006; Echeburúa y Corral, 1994). Si reconoce la mayoría de ellas en su vida, también debe empezar a plantearse que las cosas no van del todo bien y que tal vez es el momento para reflexionar y afrontar la situación derivada del uso de las TIC.

a)Nivel psicológico. Las repercusiones a nivel psicológico que conlleva el uso patológico de las TIC son varias. Las más importantes son experimentar sensación de malestar; sentir pérdida de autocontrol personal; tener sensación de soledad; padecer depresión y ansiedad; mostrar inestabilidad emocional; manifestar agresividad; experimentar confusión entre el mundo real y el ficticio; mostrar una fantasía desbordada; tener cambios de humor; mostrar impaciencia e irritabilidad; disminuir la autoestima; aumentar los pensamientos obsesivos.

b)Nivel académico y laboral. Las consecuencias a nivel académico y laboral que comporta la dependencia a las TIC son diversas. Destacan el bajar el rendimiento académico; el reducir la concentración en el estudio o el trabajo; el disminuir la productividad laboral y el tener conflictos académicos o laborales.

c)Nivel tiempo libre. A nivel de tiempo libre, el uso patológico de las TIC plantea una serie de cambios significativos en esta área, como son dedicar la mayor parte del ocio a utilizar la nueva tecnología y abandonar las aficiones o actividades de tiempo libre.

- d) Nivel social. En el ámbito social, la dependencia a las TIC se refleja de forma muy notable, de modo que la persona adicta a las TIC comienza a mostrar desinterés por los demás; a reducir la relación social con el círculo cotidiano; a disminuir la actividad social habitual; a mostrar aislamiento social y substituir relaciones reales por relaciones virtuales, a medida que se adentra en la adicción.
- e) Nivel conyugal y familiar. En la relación con la pareja y con la familia también aparecen consecuencias muy destacadas, como son el decir mentiras a la pareja e hijos sobre el motivo y tiempo de uso de las TIC; el descuidar e incumplir actividades cotidianas de la rutina familiar; el tener conflictos familiares y el disminuir la comunicación con los familiares.
- f) Nivel fisiológico. Aunque en principio parece que la adicción a las TIC solo tiene repercusiones en la forma de pensar y de actuar, también tiene muchas repercusiones a nivel fisiológico, como son: experimentar mucha euforia y sentir elevada activación; padecer trastornos de sueño; sentir fatiga y cansancio; padecer más enfermedades (alteración del sistema inmunitario, deterioro de la salud por cansancio, descuido de la higiene diaria...); tener desnutrición; adoptar un estilo de vida sedentario; desarrollar obesidad; padecer cefaleas y migrañas; tener ojos resecaos y fatigados; experimentar problemas musculares; tener agotamiento mental; aumentar el riesgo de epilepsias y convulsiones; desarrollar el síndrome del túnel carpiano; tener dolores de espalda.

6.7. ¿Cuándo debo buscar ayuda psicológica profesional para solucionar mi problema de abuso o adicción con las TIC?

Un problema psicológico, como puede ser una adicción a las nuevas tecnologías, debe tratarse igual que un problema físico. Es decir, cuando tenemos dolor de cabeza recurrimos a nuestros remedios (tomar un analgésico, hacer relajación...) o solicitamos ayuda a nuestros familiares, pero si no obtenemos resultado, acabaremos por consultar al médico. Cuando tenemos una dependencia de una tecnología, debemos intentar solucionar el

problema por nuestra cuenta o con ayuda externa, pero si no lo logramos es conveniente acudir a un psicólogo especializado en el tratamiento de los trastornos relacionados con las nuevas tecnologías para que nos ayude.

6.8. ¿Cuándo debo buscar ayuda psicológica profesional para solucionar mi adicción psicológica a una aplicación de las TIC, pero no a las TIC?

Tal vez tiene claro que necesita ayuda, pero no sabe si su adicción es a las nuevas tecnologías o si las utiliza para apostar en línea, para comprar cosas, para mirar pornografía, etc. Entonces no estaríamos hablando de una adicción a las nuevas tecnologías, sino de una adicción al juego, a las compras o al sexo y usted utilizaría Internet como un medio para llevar a cabo su adicción.

Lo mismo pasa si usted utiliza el teléfono para telefonar continuamente al tarot, a concursos o a líneas eróticas. Se trata de una adicción al tarot, al juego o al sexo, pero no de una adicción a las TIC. De este modo, las TIC pueden ser un medio para el desarrollo de múltiples adicciones psicológicas, pero son adicciones que también pueden aparecer y desarrollarse sin ellas. Así, en estos casos, la recomendación es la misma que en el caso de la adicción a las TIC, lo mejor puede hacer es acudir a un psicólogo especializado para que le ayude.

6.9. ¿Cómo puedo colaborar en el tratamiento de mi abuso o adicción a las TIC?

Cuando se tiene una dependencia de las nuevas tecnologías, el paso más difícil es tomar la determinación de que se necesita ayuda y buscarla. Una vez que ya ha contactado y acudido al psicólogo especializado en las nuevas tecnologías es importante que siga las recomendaciones de su terapeuta y que se plantee trabajar en equipo con él, es decir:

1. Sea siempre sincero con su terapeuta y proporcionele todos los detalles relativos a su uso con las TIC.
2. Acuda a todas las sesiones de tratamiento y de seguimiento.

3. Siga todas las indicaciones terapéuticas, y si las incumple en alguna ocasión, sea sincero y coménteselo a su terapeuta.
4. No finalice el tratamiento por su cuenta, aunque ya se encuentre bien y espere a que le den el alta.
5. No se olvide durante el tratamiento de las razones por las que quería cambiar cuando lo inició.
6. Identifique las situaciones de riesgo con las TIC y aprenda las estrategias que le indique el terapeuta para superarlas.
7. No se derrumbe si tiene recaídas o fallos en el tratamiento.

7

Guía para padres y familiares

En todas partes se puede observar a niños pequeños y grandes usar dispositivos electrónicos con tanta naturalidad como si hubiesen nacido con ellos. Lo que es cierto; nacieron después de esta tecnología. Sus padres probablemente ya crecieron con el ordenador personal, pero como un instrumento que usaron para trabajar, y más adelante también para su propio entretenimiento o para enviar mensajes electrónicos. Ocasionalmente, para jugar, pero los ordenadores iban lentos y sus juegos de hace 20-30 años eran simples comecocos, que daban para entretenerse un rato, nada más. Sus padres crecieron con la radio y la televisión, y en su infancia quizás fueron observados con recelo por sus propios padres por su excesivo consumo de televisión. Pero como a los hoy abuelos también les solía gustar la televisión, era frecuente que toda la familia se reuniera delante del aparato, incluso y especialmente en el momento de las comidas. Ya entonces las voces críticas advertían contra los peligros del consumo no apropiado, en cuanto a horas o contenido no apto para niños (sexo, violencia) y contra la pérdida de la comunicación en la familia.

Hoy en día, la presencia de la televisión (que tampoco tiene mucho que ver con la de aquella época, tanto por calidad de imagen y sonido como por prestaciones y número de canales) se considera completamente normalizada en los comedores de las familias, e incluso en las habitaciones de los niños y adolescentes. Igual que la generación de los abuelos por el tema de la televisión, hoy la generación de los padres se preocupa por las TIC: ordenador (portátil o de sobremesa), tableta, smartphone y aparatos de televisión cada vez más sofisticados, conectados al ordenador para mejorar la imagen de la pantalla o para grabar y ver programas en un horario a medida del usuario. La tendencia es, o bien tener varios dispositivos con funciones cada vez más parecidos, o bien usar con preferencia uno de ellos para usar aplicaciones antes reservadas para otro (por ejemplo, emails e Internet por teléfono, mirar películas en la tableta, etc.). Los niños aprenden a usar

muchas funciones de los TIC antes de aprender a leer y escribir, y sue len superar pronto a sus padres en la habilidad con la que usan estos instrumentos. No es infrecuente que los padres consulten a los hijos adolescentes por un problema con el ordenador o por determinadas funciones en el smartphone. Ahora también son los hijos los que "inician" a los padres en el uso de determinadas aplicaciones del smartphone o del tableta bajándoles apps que les pueden interesar. En generaciones anteriores, no era hasta bien entrada en la adolescencia que los hijos superaban en conocimientos (generalmente adquiridos en el colegio de la mano de los profesores) a sus padres. Un adolescente podía saber más matemáticas o dominar mejor un idioma o un instrumento musical que sus padres, pero la existencia del inglés o de un piano no era algo desconocido para los padres, y eran los padres quienes fomentaban su aprendizaje. Con la televisión, los padres no siempre controlaban las horas de consumo ni el contenido que sus hijos veían, pero veían la televisión, sabían manejarla y podían controlar su uso si lo deseaban, mientras hoy en día, dominar estos medios y ejercer un control sobre ellos es mucho más complicado.

En los colegios se fomenta el uso de los TIC, y dependiendo de los recursos y la filosofía del centro, los TIC se están convirtiendo en un instrumento de aprendizaje no solamente útil, sino hasta imprescindible. La intención de las políticas educativas es que cada alumno tenga su ordenador ("Uno por uno"). Los alumnos aprenden a usar las TIC (por ejemplo, hacer una presentación con el programa power point) y luego aprenden mediante estas tecnologías (por ejemplo, consultar información en Internet). Se considera que en determinados contextos, las TIC brindan oportunidades de aprendizaje que la enseñanza tradicional no es capaz de ofrecer. Existe ya un amplio cuerpo de estudios científicos en tomo a esto, y por eso se promueve el uso de las TIC en educación infantil. Los padres incluso compran DVD o aplicaciones diseñados para niños de corta edad para estimular su capacidad intelectual.

El uso sistemático de las TIC para el aprendizaje también tiene sus detractores: fundamentado en estudios científicos, se ha criticado que los alumnos tienen problemas de ortografía y de expresión lingüística porque

hacen "copiar y pegar" en vez de leer y escribir; en vez de guardar materia en el cerebro, lo guardan en la "nube" y no entrenan su capacidad memorística; que tienen dificultades de relaciones con otros, porque ya no hacen una comunicación face-to-face sino por Facebook; que pasan demasiadas horas con juegos digitales en detrimento del juego "real" o del estudio; y que el multitasking electrónico (usar varios dispositivos o aplicaciones a la vez) produce déficit de atención (para un resumen de estos estudios, véase Spitzer, 2013).

Los niños y adolescentes pasan mucho tiempo con las nuevas tecnologías y no siempre sus padres se dan cuenta hasta qué punto las TIC dominan el horario de sus hijos. En el alba de las nuevas tecnologías, algunas personas tenían un ordenador solo en el puesto de trabajo, por ejemplo para redactar un texto o intercambiar mensajes electrónicos. Ahora todo lo que se puede hacer con un ordenador se puede hacer con un dispositivo que se guarda en el bolso o en el bolsillo del pantalón. Así se produce una inmediatez y una mezcla de todos los contextos privados, públicos y laborales. Las nuevas tecnologías y sus múltiples usos se han vuelto algo habitual e imprescindible.

Los niños, a medida que van conociendo estos dispositivos y dominando su uso, piden a sus padres que se los compren, y luego pasan cada vez más horas al día con ellos. Del ordenador familiar al portátil del niño; del teléfono fijo al móvil de la madre y al móvil propio; del móvil simple, reciclado de un modelo anterior de los padres o abuelos, al smartphone y tableta de última generación; y del videojuego mediante consola al videojuego por CD; y del "comecocos" del smartphone del padre al juego interactivo por Internet. Muchas veces, incluso usan varios dispositivos y aplicaciones a la vez. Frecuentemente, los adolescentes, cuando supuestamente están haciendo los deberes, tienen abierto el libro y la carpeta a la vez que el ordenador, por ejemplo, para hacer una búsqueda en tomo del tema. Pero, al mismo tiempo, tienen abierto su Facebook para estar al corriente de los continuos posts de los amigos, escriben y contestan whatsapps, y, encima, tienen puestos los auriculares del móvil para escuchar música. La mayoría de estos chicos y chicas dirían que no les supone ningún problema atender todo a la vez, pero

algunos estudios científicos indican lo contrario (véase Ophir, Nass y Wagner, 2009).

Lo que parece grave es que estos adolescentes afirman incluso que, si no hacen todo a la vez o si se produce un pequeño vacío, se aburren (por ejemplo, mientras se va abriendo una página, mientras esperan la respuesta a un mensaje de texto). Se ha discutido que es esta la verdadera "adicción" a las nuevas tecnologías: no las horas que se pasan con ellas y que los juegos por Internet se hayan convertido en el juego favorito de los adolescentes, sino el no soportar el vacío que se produce cuando no se está conectado, o el sufrir miedo a perderse alguna cosa importante. "Porque si no estoy conectado, mis amigos sí lo pueden estar, y pueden intercambiar información que puedo perderme, si no estoy permanentemente on-line". Este último fenómeno se ha descrito como FOMO (fear of missing out, miedo a perderse algo) (Przybylski, Murayama, DeHaan y Gladwell, 2013).

En este contexto son muy relevantes las redes sociales on-line (RSO), siendo Facebook la más conocida. Las RSO permiten que los usuarios dispongan de su página web, dónde pueden crear un perfil que les da la posibilidad de contar quiénes son, hablar de sus gustos e intereses y compartir información con sus contactos o con su lista de "amigos". Son comunidades virtuales, en las que se exponen datos en distintos formatos (fotografías, vídeos, enlaces, etc.) que los demás usuarios pueden visualizar y también comentar. El disponer de las tecnologías actuales ha generado nuevas formas de comunicarse y de relacionarse. Los usuarios construyen una identidad on-line mediante una elección estratégica de qué mostrar y cómo mostrarlo (Walther, 2007). El anonimato representa un factor clave para estas variaciones. En los entornos "anónimos" como los chats se observó que las personas tienden a presentarse y a actuar de manera distinta según el entorno en el que se encuentran, es decir, que on-line mostraban unas características diferentes que en un entorno off-line. Si bien es cierto que las RSO no suelen ser anónimas y que los contactos on-line son personas con las que también se tiene una relación fuera del ámbito de Internet, las RSO permiten manejar múltiples identidades, falsear, ocultar y alterar datos personales y, en general,

mostrar una imagen deseable de uno mismo. El estudio de Harman, Hansen, Cochran y Lindsey (2005) mostró que los adolescentes que falsifican más la información enviada a partir de Internet tienen más carencias en habilidades sociales, una autoestima más baja, ansiedad más elevada y mayor grado de agresión. Las redes sociales on-line estimulan el número de relaciones y por la frecuencia en que se reciben feedbacks en sus perfiles así como su tonalidad (positiva o negativa). De esta manera, un feedback positivo mejora la autoestima y el bienestar social y un feedback negativo lo disminuiría (Valkenburg, Schouten y Peter, 2006).

También es importante destacar que existe un perfil diferencial entre hombres y mujeres en cuanto al uso de las nuevas tecnologías. Mientras en las dos grandes aplicaciones de Internet relacionadas con conductas adictivas, la pornografía online y los videojuegos (especialmente los de tipo MMROPG) existe una predominancia de hombres "enganchados", en otras aplicaciones o tecnologías la ratio de género parece más equilibrada, aunque difiere la forma en que se usa la tecnología. Respecto al uso del teléfono móvil, Beranuy, Oberst, Carbonell y Chamarro (2009) comentan que los hombres usan el móvil predominantemente para aspectos comerciales, de coordinación y de entretenimiento, mientras las mujeres los usan mucho más para establecer y mantener relaciones sociales. Estos autores encontraron más consecuencias negativas del uso del teléfono móvil para mujeres que para hombres y concluyeron que esto puede ser debido a que las mujeres tratan con más información cargada de aspectos emocionales. Conjuntamente con la tendencia a la rumiación que experimentan muchas mujeres, este factor emocional las puede hacer más vulnerables a estrés psicológico y, consecuentemente, a síntomas psicopatológicos.

En cuanto a las RSO, las chicas también son más propensas a utilizarlas como elemento comunicativo y relacional, mientras que los chicos compatibilizar este uso con las diversas aplicaciones que se ofrecen desde estos portales como forma de entretenimiento. Además, las mujeres tienden a revelar más información que los hombres, quizás porque fueron socializadas para ser más abiertas, empáticas y reveladoras, mientras que los hombres

tienden a ser más cerrados, menos expresivos y menos emocionales. Manago, Graham, Greenfield y Salikman (2008) comentan que hay una presión sexual sobre la mujer que podría afectar negativamente al desarrollo de la propia identidad. Las mujeres aparecen como figuras que se vinculan y se implican más en las relaciones y a la vez como físicamente más atractivas. Aunque los hombres cada vez reciben más presión para mostrarse atractivos, las chicas tienden a una presentación más sexualizada y a ser sexualmente más expresivas que los chicos en las redes sociales. Esta comparación social puede influir en el autoconcepto y la autoestima de los usuarios (Gonzales y Hancock, 2010; Renau, Oberst y Carbonell, 2013). En algunos estudios se había concluido que en los jóvenes aparecen diferencias de género en su presentación on-line y que éstas fomentan un perfil estereotipado de acuerdo con los valores culturales, aunque los resultados de las investigaciones son controvertidas (Carteasen, 2009; Renau, Carbonell y Oberst, 2012). De todas formas, parece que se conservan y se aumentan características "exclusivas" típicas, como por ejemplo la agresividad en los chicos.

En resumen, el conocimiento y el uso de las nuevas tecnología por parte de los niños es inevitable e imprescindible, pero debemos controlar que se haga de forma adaptativa. Adaptativo significa que el uso no comporta ningún riesgo para el desarrollo mental y psíquico, para la salud física y mental ni para el bienestar psicológico.

7.1. Riesgos del uso no saludable de las nuevas tecnologías

En lo que sigue se desglosaran los posibles riesgos de un uso no apropiado de las TIC; se refieren, por un lado, al contenido, y por otro, a la forma en qué se usan las tecnologías, y se pueden clasificar de la siguiente manera:

7.1.1. Riesgo de desorientación

Dominio técnico no es igual a uso adaptativo. El mero dominio técnico de los dispositivos no significa saberlos usar con criterio. Computer literacy (alfabetización digital) significa usar esta tecnología sabiamente. No significa saber usar el navegador de Internet, sino saber cómo buscar mediante el

navegador. Si en el colegio a su hijo le han encargado un trabajo sobre "la luna", no es suficiente que sepa introducir "luna" en la barra de búsqueda de su navegador, porque en 0,28 segundos obtendrá 344.000.000 resultados, entre los cuales no sabrá elegir. De hecho, un problema que va en aumento en educación secundaria y en las universidades es que los adolescentes y Jóvenes no han aprendido a buscar con criterio y se limitan a "copiar y pegar" de tres o cuatro fuentes, habitualmente de entre los primeros que han aparecido después de introducir el término en el buscador. Por eso es imprescindible que sigan existiendo los manuales escolares como fuente de información preseleccionada para guiar de forma didáctica el proceso de aprendizaje del niño. Y por supuesto, la persona del profesor.

7.1.2. Posible riesgo para la capacidad cognitiva y el rendimiento escolar

Como se ha dicho antes, las consecuencias sobre la capacidad cognitiva de un uso masivo de las nuevas tecnologías, en especial los juegos por ordenador, todavía están por ver. Aunque existen estudios que indican que este tipo de juegos no perjudican el aprendizaje, hay otros que sí pudieron demostrar que las capacidades cognitivas quedan afectadas, y que el uso habitual disminuye la capacidad de atención y concentración de los niños de forma persistente, especialmente cuando se practica el multitasking.

7.1.3. Riesgo por contenidos peligrosos

Hay dos tipos de contenidos que han sido objeto de debate entre los investigadores y en los medios de comunicación, la violencia y el sexo, o mejor dicho, la pornografía. Ahora ya existen potentes sistemas de bloqueo de contenidos no deseados y es necesario que los padres los tengan activados.

- a) Violencia. Las personas, nuestra personalidad y nuestro "yo" es el producto de nuestra dotación genética más nuestras experiencias. Un niño que ha experimentado violencia, emigración, pobreza, etc., hará una construcción de la personalidad muy diferente que un niño que ha crecido en un entorno seguro y protector. Nadie duda de esto cuando se trata de experiencias reales. ¿Pero qué pasa con las experiencias

virtuales, con juegos cada vez más realistas y "reales" y con gráficas cada vez más sofisticadas? Ya en época de la televisión se discutían ampliamente los posibles efectos nocivos de programas y películas con contenido violento y sexual, y parece que la restricción que se intentaba establecer al respecto (por ejemplo, indicando que tal y cual película no es apta para niños) se ha ido disolviendo paulatinamente a favor de una actitud laxa al respecto. Pero cada vez que se produce un crimen violento cometido por adolescentes, sea un asesinato aparentemente sin sentido de un anciano o una matanza en un colegio, los medios de comunicación avivan la discusión de hasta qué punto existe una influencia de los videojuegos violentos en la conducta de los niños, sobre todo en el sentido de una progresiva insensibilización hacia el sufrimiento ajeno. Es cierto que la abrumadora mayoría de los niños que ven estos videojuegos violentos no cometen ningún crimen, pero todavía no existe una respuesta definitiva sobre la influencia de los videojuegos violentos. Es cierto que la violencia atrae sobre todo a los chicos, y se ha argumentado que si no le compramos la pistola de juguete, cogerá un palo con que apuntar al compañero de juego y dirá "bang". Pero nos extrañaría que del palo en sustituto de pistola al tiroteo masivo con decenas de enemigos virtuales matados en los juegos de egoshooter no hubiera diferencia. Tolerar el "bang" y el palo en el juego infantil es una cosa, fomentar el consumo y la práctica de violencia lúdica es otra.

b) Pornografía. Al igual que la violencia, la pornografía es algo que interesa mucho más a los varones. Las mujeres la consumen mucho menos que ellos, y si lo hacen, suelen consumirla en formas más convencionales. El interés por el sexo es normal a partir de la adolescencia, y en anteriores épocas el interés por contenidos eróticos se intentaba satisfacer mediante dibujos, literatura, fotos, películas pornográficas, todo ello de acceso restrictivo. Ahora bastan un par de clics para tener acceso a imágenes de alto contenido pornográfico, en variaciones y prácticas de cuya existencia la generación de los padres (ni hablar de los abuelos) probablemente no se había percatado. Igual que con la violencia, la mayoría de los adolescentes que consumen pornografía dura por Internet

no por ello se convierten en perversos sexuales; a veces es al revés: una persona con inclinaciones particulares buscará un contenido que las satisfaga. Pero a un joven que ha visto todo ya, ¿qué le queda por descubrir cuando se acerca a una persona real que le atrae?

7.1.4. Riesgo por contactos e interacciones no adaptativas

A) Ciberbullying, stalking, grooming

El riesgo puede emerger por contactos con desconocidos o salir de los contactos conocidos. Grooming (en inglés, "acicalar") hace referencia a una serie de conductas y acciones deliberadamente emprendidas por un adulto para ganarse la amistad y la confianza de un menor, con el fin de usar el vínculo emocional para abusar de él, o incluso para introducirlo a la pornografía infantil. El stalking es una forma de acoso que consiste en la persecución ininterrumpida e intrusiva a una persona con la que se pretende iniciar o restablecer un contacto personal contra su voluntad (seguirla en la calle, espiarla, llamarla por teléfono, enviarle mensajes de texto, incluso amenazarla y cometer actos violentos contra ella). Muchas veces se trata de una obsesión patológica del stalker hacia su víctima, pero también se puede tratar de un hostigamiento con el fin de conseguir información de la víctima, un recurso para hacerle la vida difícil o hasta imposible.

La variante más conocida de este tipo de hostigamiento es el ciberacoso (o cyberbullying, del inglés bully: matón); se trata del uso de información electrónica y medios de comunicación tales como el correo electrónico, redes sociales, blogs, mensajería instantánea, mensajes de texto y teléfono móvil para acosar a un individuo o grupo, mediante ataques personales difamatorios. El ciberacoso implica un daño recurrente y repetitivo infligido a través de medios electrónicos. Cometido por un adulto, puede constituir un delito penal. El bullying entre niños y adolescentes siempre ha existido, pero ahora, con las nuevas tecnologías, el acoso y la intimidación se hacen más fáciles, porque ya no requiere la presencia física para hacerlo y el o los acosadores se sienten protegidos y anonimizados por el medio electrónico; además, se puede hacer de forma más masiva y más continuada. Además, los

dispositivos electrónicos permiten el envío de insultos, amenazas, texto difamatorio e imágenes ofensivas para la víctima a terceros, en teoría a "todo el mundo". Precisamente porque las agresiones se producen mediante una pantalla donde no se requiere la presencia de la víctima y porque habitualmente no conlleva agresión física, los acosadores pueden tener menos consciencia de estar cometiendo un delito grave. Pero el daño psicológico infligido puede ser mucho más grave que el físico. En alguna ocasión, los ataques fueron tales que conllevó al suicidio de la víctima adolescente.

B) Riesgo por uso no adaptativo de las redes sociales

Desde que en el año 2004 se creó Facebook, el uso de esta red y de otras (Tuenti, Twitter, etc.) ha aumentado exponencialmente. Mediante estas redes no solo es posible, como en los chats y correos electrónicos, enviar y recibir mensajes en un tiempo muy corto, sino encontrar amigos y conocidos, estar en permanente contacto virtual con ellos y compartir información y recursos (fotografías, enlaces a páginas web, noticias, etc.). Antes, era normal que los adolescentes (especialmente las chicas), después de llegar a casa, llamaran por teléfono a algún amigo o amiga del que se habían despedido a la puerta del colegio hacía media hora para hablar de cosas personales, importantísimas para ellos/ellas. Ahora se abre Facebook y se está en contacto con toda la red de amigos a la vez.

En la etapa evolutiva de la adolescencia los "iguales" (los chicos y chicas de la misma edad) tienen una función muy importante y se convierten en la referencia para todo: su rendimiento escolar, sus opiniones y actitudes, su apariencia física, etc. A través de Facebook pueden dar y recibir feedback permanente de cómo los ven y cómo son vistos. Y están al corriente de todas las actividades que hacen sus amigos y amigas. Esta comparación permanente puede producir una presión social importante, especialmente para las chicas. Mientras los chicos tienen una tendencia a usar Facebook como medio práctico de intercambiar información (actividades, deberes), para las chicas la constante comparación y monitorización de lo que hacen, piensan y sienten sus amigas se vuelve en algo esencial para la construcción de su identidad. Y en una fuente de autoestima (si se sienten valoradas) o de baja autoestima y

depresión (si tienen la impresión de que las otras tienen más amigas, se presentan de forma más atractivas o hacen más actividades interesantes).

7.1.5. Riesgo por consecuencias negativas para la vida familiar y social

El uso excesivo de las nuevas tecnologías puede conllevar consecuencias negativas para la vida familiar y para las relaciones con otros niños. El estar constantemente conectado implica que no se puede relacionar adecuadamente con las personas que están presentes. El niño "ciberadicto" va dejando de participar en la comunicación y en las actividades familiares, deja de relacionarse con los amigos fuera de Internet y se va aislando progresivamente.

7.2. ¿Qué niños están en mayor riesgo y cuáles son los signos de alarma?

Los niños tímidos, niños con problemas emocionales, niños con pocos amigos, niños con baja autoestima, niños aburridos o desmotivados, niños que viven en una situación conflictiva en la familia, son los que siempre han tenido la tendencia de refugiarse en un mundo de fantasías y participar menos en los acontecimientos de su entorno. Pero ahora se pueden refugiar en un mundo virtual, donde la fantasía le viene proporcionada por la pantalla del ordenador, un mundo repleto de avatares, escenarios atractivos, batallas a ganar y premios a conseguir. Este mundo puede llegar a ocupar un espacio muy grande en la mente del niño y desplazar el mundo real. El niño que al principio buscaba consuelo y evasión en el juego virtual caerá en la trampa de perder la conexión con la realidad y preferir el mundo virtual al real. En este sentido, se ha discutido mucho sobre los juegos tipo Massively Multiplayer Online Role-Playing Game (MMORPG), que se consideran los más adictivos. Los niños y adolescentes varones con trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) parecen tener una mayor riesgo de desarrollar una adicción a este tipo de entretenimientos (Yoo et al., 2004).

Los posibles signos de alarma son:

- La conexión o el videojuego ocupa gran parte del tiempo libre del niño; si

se le dejara, prácticamente no haría otra cosa.

- El niño manifiesta con vehemencia su deseo de conectarse a Internet/jugar el videojuego y presenta malestar cuando no está conectado.
- Gran dificultad por parte de los padres de limitar el uso, discusiones constantes entre padres e hijo por el tiempo y la forma en que usa internet/videojuego.
- El problema se manifiesta especialmente en torno a Juegos MMOPRG y redes sociales en línea.
- El niño es reacio o tiene dificultades para hacer amistades en el mundo real.
- Desatención, problemas de concentración, bajada del rendimiento escolar.

7.3. Consejos y pautas para reducir el consumo de las tecnologías en los niños y adolescentes

De lo anteriormente expuesto se deducen los siguientes consejos para controlar y delimitar el uso de las TIC. Estos consejos son generales y no se hace una diferencia explícita de edad. Obviamente, cuanto más pequeños son los niños, más restrictivos y controladores hay que ser.

7.3.1. Evitar la iniciación prematura en el uso de las TIC

Retrasar el inicio en el teléfono móvil; habitualmente, los niños en primaria lo piden con mucha insistencia alegando que todos los compañeros de clase ya tienen uno. Pero si se pregunta a otros padres, estos suelen estar en la misma situación: no quieren ceder a la demanda de su hijo o hija, pero temen que él o ella vaya a quedar "marginado". De todos modos, cuando se le regala el primer móvil: que sea el modelo más sencillo, con las prestaciones mínimas (ahora ya son difíciles de conseguir), deshabilitar la función de Internet y con tarjeta prepago. Así los padres tienen la seguridad que siempre pueden llamar o que el niño puede llamar, pero es más difícil que le dé otro

uso.

7.3.2. No sobrevalorar el uso didáctico de determinados juegos electrónicos

Aunque un juego tenga la clasificación de didáctico, es importante que los padres lo conozcan bien y, al menos en ocasiones, jueguen con sus hijos. A la hora de escogerlo, dejarse orientar por profesores y no caer en las trampas de la publicidad. Evitar el uso del juego como "canguro" o cuando hay problemas de aprendizaje. Algunos padres comentan que su hijo diagnosticado con déficit de atención con hiperactividad parece "más concentrado" cuando juega. No se engañen: el juego capta su interés y motivación, pero no por ello aprenderá a concentrarse mejor en el colegio.

7.3.3. Pautar un horario de conexión

A ser posible, los padres deben estar presentes cuando sus hijos usan el ordenador, para estar al tanto de las aplicaciones que usan y cómo las usan; si lo necesitan para hacer los deberes, asegurarse de que usen las páginas adecuadas. Es mejor colocar el ordenador en un espacio familiar común, no en la habitación del niño. También es importante compartir actividades con los hijos, jugar con ellos, hacer las comidas conjuntamente, y sobre todo, no permitir el uso de ningún aparato durante las actividades y comidas familiares, ni siquiera la televisión; los adultos tampoco deben hacerlo. Ya en la época del inicio de la televisión había voces que lamentaban la pérdida de la interacción entre padres e hijos, una merma de la comunicación en familia y que los padres usaban la televisión como canguro para que ellos se pudieran dedicar a otras cosas (aunque solo fueran las tareas de la casa). La unión familiar se producía muchas veces de forma que la familia se reunía delante del televisor para ver un programa juntos, pero esto no era interacción o comunicación. Este problema seguramente se ha agudizado con las nuevas tecnologías. Muchos padres se quejan de que sus hijos adolescentes, aunque se apaguen todos aparatos, sigan usando los mensajes de texto de sus móviles "solo un momento" o para "contestar un mensaje superurgente", con la subsecuente interrupción de la conversación familiar.

El móvil, y también el de los padres, debe apagarse rigurosamente durante este rato; el niño "adicto" al smartphone puede buscar excusas y subterfugios para consultar sus mensajes "solo un momento", pero si se permiten excepciones (porque hoy el niño alega que está "esperando el mensaje de un amigo enfermo, pobre...", y mañana será otra cosa), los padres abren la puerta que haya más "excepciones", y así este tema se convierte en una lucha diaria. En general, es imprescindible que los padres pauten un horario para la conexión a Internet y que determinen el tiempo en que se pueden utilizar las tecnologías con fines lúdicos. A veces, los padres están inseguros por cuánto tiempo deben permitir la conexión. Pero no es tan importante el número de minutos u horas, sino que se establezca un horario que los padres crean convenientes para la edad del niño y que se respete a rajatabla. Por ejemplo, cada tarde media hora, siempre que antes se hayan hecho correctamente los deberes. En la mayoría de los niños, la observación del horario por parte de los padres basta.

7.3.4. Controlar el acceso

Cuando los niños se inician en una nueva aplicación de acceso privado (e-mail, chats, Facebook, etc.) se les concede su uso solo bajo la condición de que los padres conozcan la contraseña. Deben avisar que entrarán de vez en cuando para asegurarse de que el niño hace un uso adecuado de la aplicación. Muchos padres exigen que el niño les acepte como "amigo" en la red social on-line. Esto no es una garantía, ya que con la edad los niños aprenden a eludir este control paterno. En algunos smartphones existe por ejemplo una aplicación que permite un segundo nivel de privacidad. Mediante la contraseña habitual (el que se facilita a los padres) se da el acceso al contenido que se quiere revelar (por ejemplos fotos inocentes), pero existe una segunda capa mediante un código táctil a un contenido mucho más privado (por ejemplo fotos no tan inocentes).

7.3.5. Fomentar actividades off-line y un clima familiar de confianza y de intercambio

Aunque el control del acceso, la forma y el tiempo de uso de las TIC de los

padres es la prevención clave para una adicción a las nuevas tecnologías, no se debe olvidar que existe un mundo no virtual, un mundo real con actividades y personas reales. Los padres deben fomentar las actividades extraescolares (sin sobrecargarle con actividades) para que esté en contacto con otros niños de forma saludable. También deben dedicarle tiempo personal a su hijo. Si usamos el videojuego como canguro o porque no tenemos ganas de jugar con el niño, no nos debe extrañar que se convierta en un adicto. Como se ha dicho antes, en las actividades y comidas familiares, cualquier aparato electrónico (incluso la televisión) debe estar apagado. Se sobreentiende que se fomente, además, un clima de comunicación y confianza en la familia, para que los niños y adolescentes nos expresen cualquier problema o malestar que les comporte el uso de las nuevas tecnologías.

A propósito de un caso: "¿Lo apagas tú o lo apago yo?"

Pautar el horario de conexión a Internet (o de videojuego) es quizás la medida de control más utilizada por parte de los padres. La mayoría de los padres establecen este tipo de limitación, o al menos lo intentan, porque luego, dicen, los niños "no respetan el horario". Por eso nos parece apropiado presentar aquí el caso de unos padres que acudieron a nuestra consulta preocupados por el tiempo que su hijo empleaba en un juego de MMORPG.

Óscar era un chico de 10 años diagnosticado con TDAH leve-moderado; no tomaba medicación, porque en el colegio tiraba adelante, a pesar de sus dificultades para concentrarse durante mucho tiempo. Los padres habían observado que delante de la pantalla parecía más concentrado, y por esto pensaban que no podían ser muy restrictivos en relación al horario. Pero después de jugar durante mucho rato, Oscar se mostraba mucho más hiperactivo. A pesar de que la edad recomendada para este juego es de 12 años, Oscar ya lo estaba usando desde los 9, porque se había puesto pesado con sus padres, alegando que "todos" sus amigos ya lo tenían. En el momento de acudir a la consulta, los padres se manifestaban arrepentidos por habérselo concedido, pero decían que ya no podían echarse atrás. Al principio se había establecido un horario (una hora diaria), pero justamente el niño conseguía

sobrepasar este tiempo con las excusas típicas de los niños y adolescentes para no apagar el ordenador a la hora pactada y seguir jugando o estar conectados: "Pero mamá, me queda una vida" (refiriéndose a una vida virtual de una serie en un videojuego) o "pero papá, todas mis amigas todavía están conectadas al Facebook" o "si me desconecto ahora, mi guild pierde la batalla, y será por culpa mía, y luego mis amigos ya no querrán jugar conmigo". Los niños usan este tipo de excusas con el afán de hacerle sentirse culpable al progenitor por estropearle la vida social a su hijo o hija. En el caso de Oscar, este además montaba en cólera cuando el padre o la madre se le acercaban con la petición de apagar el ordenador. Los padres también usaban el juego on-line como premio y castigo, y como siempre había más premio, se iban aumentando las horas que Oscar pasaba delante de la pantalla. En el momento de acudir a la consulta, Oscar pasaba unas tres horas diarias jugando este juego.

Primero pactamos con los padres que había que reducir sustancialmente el tiempo de jugar. Ante el temor de los padres de que esto iba a acabar en una guerra diaria por la resistencia y las pataletas del niño, les explicamos lo siguiente: primero, es importante no dejarse enzarzar en el regateo de "unos minutos más". Con un aviso debe bastar. Pero muchos padres, cuando el niño no hace lo que se le ha pedido, repiten la orden, una y otra vez, primero por las buenas, mediante la persuasión, y luego por las malas, gritando y amenazando. Pero cuando le hemos explicado algo al niño y este no hace lo que le pedimos con palabras adecuadas para su edad, no es que el niño todavía no lo haya entendido, es que el niño no quiere entender. Es decir, si el niño no apaga el ordenador después de jugar el tiempo estipulado, por mucho que insistamos y le expliquemos que es malo para su salud, no lo va a hacer. Por más detalles y canciones que añadamos a la liturgia, el niño no reaccionará en la forma deseada. Más bien se vuelve "sordo" a las plegarias de su madre o padre. Después de la retahíla de sermones, al final, los padres suelen gritar una orden ("apágalo de una puñetera vez"), sobornar ("si lo apagas, luego podrás..."), chantajear ("si no lo apagas ahora mismo, luego no podrás...") o amenazar con un castigo. A los padres no les gusta mucho este "método del mafioso" (Oberst y Company, 2013), pero lo acaban haciendo,

alegando que "es lo único que funciona". Curiosamente, el ordenador o la videoconsola suele ser también la moneda de cambio para otras cosas: el castigo más usado en las familias es precisamente la restricción del uso de esta tecnología durante horas, días o semanas. Esto es un problema, porque de esta manera el uso se hace todavía más apetecible, y esto para un niño en riesgo de desarrollar una adicción es un gran problema. Entonces, ¿con qué pueden castigar los padres el sobreuso de la consola? Es justo lo que les pasaba a los padres de Oscar.

Lo que deben hacer los padres es establecer un horario, a ser posible de acuerdo con el niño. En el caso de Oscar, esto no era posible, ya que el niño se negaba a reducir el horario; por eso se pactó con los padres que a partir de ese momento el niño podía jugar 90 minutos, ni más ni menos. Y como era muy difícil que se respetara este horario porque el niño ya estaba muy "enganchado", no solo se fijó el tiempo sino también la hora, en este caso desde las 19.00 h a las 20.30 h, y se les insistía mucho a los padres para que controlasen que siempre fueran los 90 minutos exactos, ni un minuto más (pero tampoco ni un minuto menos), y se debía controlar mediante un cronómetro. Se les decía que si el niño quería apagar el ordenador antes, los padres le tenían que insistir que no se había acabado el tiempo y animarle para que continuara hasta llegar a los 90 minutos. Así el control de la situación se mantenía siempre en los padres y no en el niño. En el supuesto que Oscar siguiera jugando hasta agotar el tiempo, diez minutos antes del fin del tiempo (es decir, a los 80 minutos exactos) se le avisaba de que en diez minutos se acababa el tiempo; esta medida se usa para que el niño, que puede quedar absorto en el juego, se acuerde de que debe finalizar. Al final del tiempo, el padre o madre se tenía que presentar y decir "ahora se ha acabado el tiempo". En el caso que el niño se niegue a hacer caso o intente negociar ("¡solo una vida, por favor!"), los padres debían decir: "¿Lo apagas tú, o lo apago yo?". Si el niño no procedía a salir del juego y a apagar el ordenador o el videojuego, los padres debían cortar la conexión inmediatamente (apagar el ordenador ellos mediante el botón de apagado, desconectar el módem, etc.), pero sin más comentario. El "sin comentarios" (Oberst, 2010) es muy importante para evitar que se produzca, ante las protestas vehementes del

niño, una lucha entre él y los padres. Al principio, este corte brusco del suministro les resultó violento a los padres, porque no querían ser tan "duros" y "autoritarios" con su hijo ni "faltarle el respeto". Pero cortar el suministro después de un aviso claro que se refiere a una pauta establecida y conocida por el niño no es dureza ni falta de respeto: es una consecuencia lógica a una elección por parte del niño (Oberst, 2010; Oberst y Company, 2013).

Si se había pautado un horario, el niño ha sido avisado de que se acababa su tiempo y se le ha dejado la elección de finalizar el juego a tiempo y apagar el ordenador él mismo o arriesgarse a que lo haga el progenitor una vez acabado el tiempo, el que está faltando el respeto es el niño, no el padre. Y si el niño ve que los padres van en serio, el siguiente día o como muy tarde el tercero, ya no habrá discusiones: lo apaga y punto. Y esto es lo que pasó con Oscar. El primer día, al apagarle el padre el ordenador apretando un botón, el niño montó en cólera e hizo una pataleta descomunal. Los padres, preparados por nosotros en la consulta, la aguantaron sin comentarios. El segundo día se repitió la escena, pero a partir del tercero, Oscar se apresuraba con finalizar su juego en el momento del aviso. A partir de este momento, el juego de Oscar se limitaba a 90 minutos exactos y no había más problemas y discusiones entorno de si se le dejaba "un ratito" más. Cuando volvimos a ver a la familia al cabo de seis meses, los padres relataron que Oscar parecía haber perdido el interés por este tipo de juegos online. Sí que lo jugaba de vez en cuando, al igual que otros juegos, pero normalmente mucho menos que los 90 minutos permitidos.

En este caso, la clave estaba en que los padres no respetaban el horario establecido por ellos mismos. Al igual que a muchos otros padres, se dejaban convencer por las quejas y argumentos de su hijo concediéndole por ejemplo "una vida más". Con los niños que hacen un uso adaptativo de los videojuegos, alguna excepción de la regla no es problemática. Pero cuando el niño ya ha manifestado problemas debido a su uso excesivo o maladaptativo, apagar el aparato y "cortar por lo sano" al cabo del tiempo estipulado es la única manera de que el niño aprenda a gestionar su tiempo de conexión. Sabrá, por ejemplo, que cuando le llega el primer aviso, debe "gastar" la vida

que le queda y no empezar una nueva ronda. Si los padres hacen excepción de su propia regla, abren la puerta a "negociaciones" desagradables que acaben en discusiones y problemas. Si el niño ve que el padre va en serio y desconecta el sistema al cabo del tiempo pautado, se apresurará para acabar el juego a tiempo. El caso de Oscar ilustra que en muchos casos de niños "ciberadictos", el trabajo psicoeducativo con los padres es más importante que el tratamiento psicológico del niño afectado (Oberst, 2012).

8

Consejos saludables para padres y educadores

La humanidad vive un momento muy interesante. Desde hace unos años es interesante imaginar la sensación de incertidumbre y confusión de los ciudadanos de siglos anteriores ante los nuevos inventos y artefactos tecnológicos, es decir, los que vieron el nacimiento de la radio, el teléfono, la luz e, incluso, el de la imprenta. Se supone que deberían vivir con perplejidad y escepticismo las ventajas que estos aparatos les podía aportar a su vida cotidiana. ¡Y fíjense hoy! ¿Se imaginan un mundo sin radio, sin televisión, sin electricidad o sin teléfono? Y es que las (nuevas) tecnologías no dejan a nadie indiferente. Imagínense por un momento: si hace unos años, alguien hubiera predicho que se usaría un pequeño teléfono inalámbrico para comunicarse con cualquier persona en cualquier lugar y en cualquier momento (mobicuidad), ¿se lo hubieran creído? Muy probablemente no. El éxito de cada una de estas tecnologías se basa, principalmente, en la ruptura de la concepción clásica de las dimensiones de espacio y tiempo.

En este sentido, el binomio educación y tecnología es siempre controvertido. Más allá de la simple incorporación tecnológica en las escuelas, no exenta de problemáticas diversas, el debate en profundidad se encuentra esencialmente en buscar una auténtica renovación metodológica y una transformación educativa que permita estar a la altura de las circunstancias de la sociedad actual. Así mismo, el nuevo marco competencial exige cambios profundos en los procesos de enseñanza-aprendizaje en los que el alumno se convierta en el verdadero protagonista. Y la tecnología en general y las tecnologías de la información y la comunicación en particular son un gran medio y un gran pretexto para

conseguirlo. El problema va más allá de la simple utilización de la tecnología y tiene mucho más que ver con la capacidad creativa y de reinención de los roles que desempeñan la administración pública, las familias, los maestros y los educadores.

Y es que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) evidencian que se trabaja de la misma manera y se es esclavo de unas creencias educativas y organizativas típicas de sociedades de naturaleza más bien analógica (industrial, individual y rígida), que digital (informacional, cooperativa y flexible). En palabras de Paige (2000):

(...) verdaderamente, la educación es el único ámbito que aún debate la utilidad de la tecnología. Las escuelas continúan invariables en su mayoría a pesar de las numerosas reformas y de las inversiones crecientes en ordenadores y redes (...) todavía educamos a nuestros estudiantes sobre la base de un calendario agrícola, en un escenario industrial, y les decimos que viven en una edad digital.

8.1. El contexto y el entorno sociotecnológico

Muy a menudo las TIC se conciben única y exclusivamente como herramientas de trabajo o instrumentos de ocio. Esta visión un tanto reduccionista no deja margen para entender que se trata de nuevos lenguajes, nuevos códigos y nuevos alfabetos y, sobre todo, de nuevas formas de comunicación, de nuevos escenarios de participación y de nuevos espacios de encuentro y de creación de red social.

Resulta interesante remarcar esta evolución de Internet puesto que, como se puede comprobar, Internet como tal no existe si no es por la fuerza, la presencia y la perseverancia de sus usuarios en reinventar día a día el concepto de "compartir y construir" el conocimiento. Es decir, Internet toma sentido cuando es capaz de crear lazos y vínculos sociales y, sobre todo, cuando se muestra competente por movilizar a las personas más allá de sus pantallas. Por eso es por lo que se podría afirmar que las TIC se pueden considerar como el otro "espacio", el virtual, donde se generan multiplicidad

de sinergias sociales entre usuarios que de una u otra forma hubiera sido imposible que se relacionaran o se comunicaran. Este es el caso del fenómeno de las redes sociales como Facebook, Twitter, LinkedIn...

Por otra parte, destaca el éxito de los móviles como ejemplo paradigmático de un aparato que incorpora un nuevo lenguaje de comunicación (SMS y whatsapp) y, además, emerge como un nuevo espacio de comunicación personal y, en ocasiones muy especiales, de movilización social y ciudadana.

Un caso reciente es el de las redes sociales en línea (RSO). La historia de las redes sociales en línea tiene sus inicios en el 2003 coincidiendo con la recuperación de la economía digital ("burbuja de las puntocom") y a partir también de una interesante teoría sociológica denominada "los seis grados de separación" analizada y preconizada por Watts (2003). Esta teoría defiende la hipótesis de que es posible llegar a contactar con cualquier persona del mundo como máximo a partir de otras cinco personas. Sea como sea, el término red social a Internet tiene el significado de un lugar web que ofrece servicios y funcionalidades de comunicación diversos (blogs, wikis, foros, carteleras...) para mantener contacto con otros usuarios de la red. Por normal general, las redes sociales son temáticas en el sentido que se dedican a ciertos aspectos de la vida cotidiana (aficiones, relaciones profesionales, música, relaciones de pareja...). Por su parte, y tal y como mencionábamos antes, el factor principal que hace que las redes sociales sean tan populares radica directamente en este aspecto clave de la socialización virtual y en esta posibilidad actual de Internet de generar un sentimiento muy fuerte de pertenencia a una comunidad a partir de servicios y funciones para poder participar en ella y ser usuarios activos.

Facebook es el claro ejemplo de red social genérica donde los usuarios tienen la posibilidad de mostrarse al mundo y crear su red de amigos y contactos personales con el fin de tener "a todo el mundo conectado" y saber "de ellos en todo momento". Se puede afirmar que Facebook representa el nuevo espacio del cotilleo del siglo XXI. En cambio, Twitter es una red social o de microblogging en la que los usuarios comparten mensajes de menos de 140 caracteres en canales denominados hashtags acompañados del

símbolo #. El nombre de cada usuario viene precedido por una arroba (a,) y al acto de enviar un mensaje (en el que pueden adjuntarse también imágenes o vídeos) se le denomina tuitear. Por su parte, LinkedIn es otra red social, pero con finalidades de tipo profesional y laboral, donde los usuarios disponen de un ágora para darse a conocer, crear grupos de inquietudes, buscar complicidades profesionales y explorar vías de colaboración empresarial y comercial.

8.2. Retos, límites y riesgos de las herramientas tecnológicas más comunes

Como casi todas las herramientas, todos los lenguajes y todos los espacios, las redes sociales mal empleadas y mal entendidas pueden ser fuente de conflicto y confusión. Publicar fotografías sin el permiso expreso de los diferentes implicados en el retrato puede ser un primer ejemplo. De todos modos, las redes sociales permiten reencontrar y reactivar antiguos conocidos - a quienes quizás se había perdido la pista-, tener hilo directo con los actuales contactos y tener el sentimiento de tener a mano compañeros, amigos y familiares.

En definitiva, la tecnología es una posibilidad directa de estar muy cerca de personas que están físicamente muy lejos. En palabras de Marina (2004):

Los padres solos no pueden educar a sus hijos, hagan lo que hagan, porque no pueden protegerlos de otras influencias muy poderosas. Los docentes solos no pueden educar a sus alumnos por la misma razón. La sociedad tampoco puede educar a sus ciudadanos sin la ayuda de los padres y del sistema educativo. (...) Si queremos educar bien a nuestra infancia, es decir, educarla para la felicidad y la dignidad, es imprescindible una movilización educativa de la sociedad civil que retome el espíritu del viejo proverbio africano: "Para educar a un niño hace falta la tribu entera".

Es esta misma línea, es conveniente mencionar que las TIC no son herramientas exentas de peligros si caen en manos de personas desconsideradas o que desconocen el impacto emocional que pueden

provocar. Por tanto, es oportuno clasificar las herramientas tecnológicas más utilizadas por niños y adolescentes y recomendar una serie de hábitos saludables.

8.2.1. En cuanto al correo electrónico

- No responder nunca a mensajes agresivos o que induzcan o incluyan mensajes obscenos, amenazantes o hirientes.
- En el caso de que quieran darse de alta en algunos servicios electrónicos en los que se tendrá que tratar o comunicarse con personas desconocidas por medio de las herramientas electrónicas de chat, correo o mensajería más habituales, es altamente aconsejable disponer de varias cuentas de correo gratuito en servidores como Hotmail, Gmail o Yahoo en la que el nombre de usuario no comprometa la identidad real de la persona.
- Hay que sospechar de los correos electrónicos que regalan u ofrecen productos con mucha facilidad o bien piden nuestros datos personales para realizar alguna operación financiera.
- Cuando se reciba algún tipo de información sospechosa o amenazante, lo mejor que se puede hacer es reenviar el mensaje a la dirección de correo electrónico delitos.tecnologicos@policia.es.
- Existe una convención que ayuda tratar con educación y etiqueta la comunicación virtual y hacer un buen uso del correo electrónico.

8.2.2. En cuanto al chat y la mensajería instantánea

- Hay que tener en cuenta que la mayor parte de estos tipos de aplicaciones requieren una identidad, alias o nickname para poder entrar a chatear. Esto significa que nunca se debe poner el propio nombre en este tipo de formularios.
- A consecuencia de lo anterior, nunca se tiene la seguridad, ni la garantía, ni la confianza de saber exactamente quién es la otra persona que se en-

cuentra detrás de la pantalla. Hay que tener mucho cuidado en facilitar los datos personales (nombres, direcciones, números de teléfono, etc.).

- Es aconsejable huir de las "citas a ciegas" con desconocidos.
- Cuando se reciba algún tipo de información sospechosa o amenazante, es aconsejable reenviar el mensaje a delitos.tecnologicos@policia.es.
- Muchos programas o aplicaciones de mensajería permiten guardar una copia de la conversación mantenida en formato texto. Informar a niños y jóvenes de esta opción puede prevenir y aclarar posibles malentendidos.
- Existe una normativa en la red que ayuda tratar con educación y etiqueta la comunicación virtual y hacer un buen uso de la mensajería instantánea.

8.2.3. En cuanto a las redes sociales

- Hay que tener en cuenta que la mayor parte de estos tipos de aplicaciones requieren una identidad, alias o nickname para poder entrar a chatear. Esto significa que nunca se debe escribir el propio nombre en este tipo de formularios.
- Es bueno participar y estar bien conectado, siempre y cuando se consiga un adecuado equilibrio entre lo virtual y lo presencial.
- Hay que ser conscientes de lo que se publica o se cuelga en la Red. Es aconsejable pensarlo dos veces y, en caso de duda, que consulten a padres, maestros o educadores.
- Hay que ayudar a saber distinguir entre amigos, compañeros, conocidos y saludados.
- Existen manuales y documentos en la Red que ayudan a hacer un buen uso de las redes sociales.

8.2.4. En cuanto a la navegación web

- Es aconsejable realizar sesiones de navegación por Internet, es decir, planificar con niños y adolescentes qué direcciones visitarán y qué sitios webs se pueden encontrar por el camino.
- Si la situación, el contexto y las circunstancias lo permiten, es aconsejable también hablar sobre la existencia de las páginas pornográficas en la Red y aprovechar así para explicarles y comentarles la presencia en Internet de este tipo de contenidos. Manifestar cierto conocimiento y demostrar normalidad en estos temas por parte de los adultos ayuda crear un clima de confianza necesario entre padres e hijos en relación a cuestiones delicadas o sensibles.
- Como medida preventiva, es necesario emplear filtros y opciones de seguridad en el navegador, llegando a bloquear espacios webs no deseados.
- Hay que tener siempre el ordenador bien configurado y todas las herramientas de conectividad y de seguridad bien instaladas, ya que las ventanas emergentes suelen ser altamente peligrosas porque permiten distraer la navegación o porque sirven para instalar software malintencionado (spyware) provocando visitas inesperadas en el navegador.
- En cualquier caso, si se encuentra con páginas de contenido ilegal, racista o xenófobo, páginas que hacen apología del terrorismo, páginas de pornografía infantil o sobre tráfico de drogas es conveniente denunciarlas.

8.2.5. En cuanto a móviles

- Es aconsejable limitar el consumo de llamadas, así como establecer unas reglas claras de su uso.
- Hay que tener en cuenta que algunos SMS tienen un coste más elevado dado que suelen ser compras de logos, músicas, juegos o mensajes que

se pueden enviar en algunos concursos de cadenas de televisión. Cabe alertar que estos SMS son mucho más caros.

- Hay que advertir que el móvil es un aparato personal e intransferible. Es aconsejable no intercambiarlo con los compañeros, como si de un videojuego se tratara.
- El uso fraudulento de las cámaras de vídeo y fotográficas de los smartphones puede vulnerar los derechos de imagen personal.
- Hay que tener mucho cuidado a quién se facilita el número del teléfono. - La mayoría de teléfonos inteligentes actuales aportan su enorme potencialidad a partir del uso y descarga de apps (aplicaciones) o bien de la activación de servicios de geolocalización. Es muy importante que sean conscientes sobre qué aplicaciones se descargan y qué servicios se encuentran activos.

8.2.6. En cuanto a videojuegos

- Es aconsejable limitar las horas frente a la consola de juegos y negociar/pactar su uso.
- Es aconsejable también poder conocer qué tipos de juegos tienen y cuáles se cambian con los compañeros de la escuela.
- Es conveniente que padres y maestros conozcan qué tipos de juegos existen en el mercado y estén al día de las marcas de consolas y aparatos electrónicos.
- Es aconsejable que padres y maestros jueguen con los niños y comenten con ellos la dinámica del juego.
- Es necesario combinar el uso de Internet, la televisión y los videojuegos con otras actividades que desarrollan de diferente forma la creatividad y las capacidades personales y sociales.

- Se juega en videoconsolas que permiten participar en línea. Para ello es necesario identificarse con dirección de correo electrónico y nickname; es primordial en este sentido preservar en todo momento la identidad real.

8.2.7. En cuanto a la televisión

- Es aconsejable ver la televisión en familia, conjuntamente.
- Es aconsejable limitar las horas de dedicación a la televisión de forma que se negocie o se pacte con los niños o adolescentes.
- Hay que pensar en introducir una educación en comunicación en las escuelas que ayude a "leer y escribir" de forma audiovisual.
- Es necesario combinar el uso de Internet, la televisión y los videojuegos con otras actividades que desarrollan de diferente forma la creatividad y las capacidades personales y sociales (ocio, teatro, deporte, etc.)
- En la actualidad, el hábito de ver la televisión se centra más en el uso de portales de televisión a la carta o bien de canales de vídeo on-line como Vimeo (<http://www.vimeo.com>) y Youtube. Es necesario poner reglas y consultar con ellos los canales y las subscripciones de acceso más habituales.
- Los usuarios también pueden crear contenido audiovisual fácilmente y colgar en la red sus propias producciones.

8.3. El uso y abuso de las nuevas tecnologías en el ámbito familiar: consejos saludables

8.3.1. En cuanto a actitudes y comportamientos en casa

- Hablen y dialoguen con sus hijos y maestros. El hecho de que los niños perciban en los adultos una actitud de curiosidad y preocupación ayuda a tratar los temas de forma abierta y positiva ante los retos que presenta la

sociedad y la tecnología.

- Conozcan realmente qué consumen, qué programas de televisión ven, qué juegos de ordenador compran, qué valores se esconden detrás y con quién juegan y se relacionan.
- Compatibilicen los juegos electrónicos con otras actividades de ocio (teatro, danza, lectura, ocio...).
- ¡Jueguen, chateen y naveguen con ellos! Exploreen conjuntamente las ventajas y los inconvenientes de las nuevas tecnologías.
- Vean la televisión con ellos. Es la mejor forma de saber qué ven y qué piensan.

8.3.2. En cuanto al concepto de identidad digital

Anteriormente ya se ha comentado que las tecnologías son mucho más que meras herramientas. Son nuevos lenguajes, nuevos códigos y nuevos alfabetos y, sobre todo, ante nuevas formas de comunicación, nuevos escenarios de participación y nuevos espacios de encuentro y de creación de red social. Por ello hay que recordar que la identidad digital es tan real o potente como la del mundo real, es decir, la dirección de correo electrónico, la cuenta de Twitter o Skype y el número de móvil son la puerta de entrada al mundo virtual y son la carta de presentación al mundo real. Esto supone tener mucho cuidado a quién se facilita esta información y cómo se emplea al navegar. Así, es aconsejable protegerse y disponer de diferentes direcciones de correo electrónico en función de la actividad que se desarrolle en Internet.

8.3.3. En cuanto a medidas preventivas con el ordenador

- Conozcan herramientas de control (opciones de seguridad del navegador).
- Establezcan reglas básicas de uso en casa y reglas de seguridad (creando cuentas limitadas).

- Coloquen el ordenador a la vista.
- Enseñen a los niños a navegar de forma segura, es decir, a páginas web conocidas y de confianza.
- Ante un posible problema, reaccionen a tiempo: hablando con ellos, contactando con las organizaciones adecuadas y denunciando cualquier acto ilegal.
- En la medida de lo posible y para determinadas edades es necesario que los padres o tutores dispongan de las credenciales de las cuentas de correo más habituales utilizadas por sus hijos.

8.4. Decálogo final de buenos usos y hábitos saludables tecnológicos

- 1.Crear espacios de diálogo y crítica sobre el uso y el consumo tecnológico en el ámbito personal y familiar.
- 2.Establecer un clima de confianza para que sus niños y adolescentes perciban que siempre le pueden tener a mano y que su aprecio por ellos es incondicional.
- 3.Interesarse por lo que sus niños y adolescentes consumen mediáticamente.
- 4.Jugar y navegar con los niños y adolescentes.
- 5.Pactar horarios y usos y ser coherentes con los acuerdos tomados. La autoridad moral (el ejemplo de los adultos ante el uso tecnológico) es también clave para exigir responsabilidades y compromisos.
- 6.En la medida de lo posible, colocar los aparatos tecnológicos en lugares visibles y en espacios comunes de paso.
- 7.Intentar combinar otras actividades de ocio en las puramente dedicadas al ocio tecnológico.

8. Transmitir que la tecnología es capaz de generar una realidad virtual que tiene sus propias reglas de juego y donde cada individuo tiene la posibilidad de disponer de una identidad digital diferente a la del mundo real.
9. Hacer que se lo piensen dos veces antes de publicar, enviar mensajes o dar sus datos personales a través de los aparatos tecnológicos.
10. Proteger su ordenador con un firewall y un antivirus actualizado para navegar de forma segura por Internet.

Bibliografía

Con el propósito de poner en práctica unos principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo de las fuentes bibliográficas empleadas por los autores en este libro se encuentra disponible en la página web de la editorial: www.sintesis.com.

Las personas interesadas se lo pueden descargar y utilizar como más les convenga: conservar, imprimir, utilizar en sus trabajos, etc.

Alano, S. (2006). "Tratamiento de un caso crónico de adicción a Internet". Cuadernos Medicina Psicosomática, 79-80, 71-88.

Andreassen, C.S.; Torsheim, T.; Brunborg, G. S., y Pallesen, S. (2012). "Development of a Facebook Addiction Scale". Psychological Reports, 110(2), 501-517.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition). Washington: APA.

Back, M.; Stopfer, J.; Vazire, S.; Gaddis, S.; Schmukle, S., y Gosling, S. (2010). "Facebook profiles reflect actual personality, not self-idealization". Psychological Science, 3, 372-374.

Beranuy, M.; Carbonell, X., y Griffiths, M. D. (2012). "A Qualitative Analysis of Online Gaming Addicts in Treatment". International Journal of Mental Health and Addiction, 11(2), 149-161.

Beranuy, M.; Chamarro, A.; Graner, C., y Carbonell, X. (2009). "Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil". Psicothema, 21 (3), 480-485.

Beranuy, M.; Oberst, U.; Carbonell, X., y Chamarro, A. (2009). "Problematic Internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students:

- The role of emotional intelligence". *Computers in Human Behavior*, 25, 1182-1187.
- Caplan, S. E. (2007). "Relations among loneliness, social anxiety, and problematic Internet use". *Cyberpsychology & Behavior*, 10(2), 234-242.
- Carbonell, X.; Fuster, H.; Chamarro, A., y Oberst, U. (2012). "Adicción a Internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles". *Papeles del psicólogo*, 33(2), 3-13.
- Carbonell, X.; Talar, A.; Beranuy, M., y Oberst, U. (2009). "Cuando jugar se convierte en un problema: el juego patológico y la adicción a los juegos de rol online". *Aloma*, 25, 201-220.
- Cartensen, T. (2009). "Gender in Trouble in Web 2.0: gender relations in social networks cites, wikis and weblogs". *International Journal of Gender, Science and Technology*, 1, 105-127.
- Charlton, J. P., y Danforth, 1. D. (2007). "Distinguishing addiction and high engagement". *Computers in Human Behavior*, 23, 1531-1548.
- Chóliz, M., y Marco, M. (2012). *Adicción a Internet y redes sociales: Tratamiento psicológico*. Madrid: Alianza Editorial.
- Chóliz, M.; Villanueva, V., y Chóliz, M. C. (2009). "Ellas, ellos y su móvil: Uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia". *Revista Española de Drogodependencias*, 34(1), 74-88.
- Cole, H., y Griffiths, M. D. (2007). "Social interactions in Massively Multiplayer Online Role-Playing Gamers". *Cyberpsychology & Behavior*, 10(4), 575-583.
- Davis, R. A. (2001). "A cognitive-behavioral model of pathological Internet use". *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187-195.
- Cervantes, P., y Tauste, O. (2012). *Trankipap@s. Cómo evitar que tus hyos*

- corran riesgos en Internet. Barcelona: Oniro.
- Douse, N., y Mcmanus, 1. (1993). "The personality of fantasy game players". *British Journal of Psychology*, 84(4), 505-509.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin Drogas? Las Nuevas Adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburua, E., y De Corral, P. (2010). "Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto". *Adicciones*, 22(2), 91-95.
- Fuster, H.; Oberst, U.; Griffiths, M.; Carbonell, X.; Chamarro, A., y Talam, A. (2012). "Psychological motivation in online role-playing games: A study of Spanish World of Warcraft players". *Anales de Psicología*, 28(1), 274-280.
- García, J. A. (2013). "Adicciones tecnológicas: El auge de las redes sociales". *Health and addictions*, 13(1), 5-13.
- Gentile, D.A.; Choo, H.; Liau, A.; Sim, T.; Li, D.; Fung, D., y Khoo, A. (2011). "Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study". *Pediatrics*, 127(2), e319-e329.
- Goldstein, R. Z., y Volkow, N. D. (2011). "Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications". *Nat Rev Neurosci*, 12(11): 652-669.
- Goti, J.; Díaz, R., y Arango, C. (2013). "Protocolo de intervención en adolescentes con patología dual". En N.Szerman (Dir.), *Patología Dual. Protocolos de intervención*. Sociedad Española de Patología Dual. Madrid: Brainpharma - EdikaMed, S. L.
- Griffiths, M. D. (2010). "The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence". *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 119-125.

- Griffiths, M.D.; Davies, M. N., y Chappell, D. (2003). "Breaking the Stereotype: The case of online gaming". *Cyberpsychology & Behavior*, 6(1), 81-91.
- Griffiths, M.D.; Davies, M. N., y Chappell, D. (2004). "Demographic factors and playing variables in online computer game". *Cyberpsychology & Behavior*, 7(4), 479-487.
- Griffiths, M.D.; Meredith A. (2009). "Videogame addiction and treatment". *J Contemp Psychotherapy*, 39, 47-53.
- Ha, J.H.; Yoo, H.J.; Cho, 1. H.; Chin, B.; Shin, D., et al. (2006). "Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction". *J Clin Psychiatry*, 67(5):821-826.
- Han, D.H.; Hwuang, J. W., y Renshaw, P. F. (2010). "Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with internet video game addiction". *Exp Clin Psychopharmacol*, 18(4), 297-304
- Huanhuan, L., y Su, W. (2013). "The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents". *Children and Youth Services Review*, 35, 1468-1475.
- King, D.L.; Delfabbro, P.H.; Griffiths, M. D., y Gradisar, M. (2011). "Assessing clinical trials on Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation". *Clinical Psychology Review*, 31, 1110-1116.
- King, D.L.; Delfabbro, P.H.; Griffiths, M. D., y Gradisar, M. (2012). "Cognitivebehavioral approaches to outpatient treatment of Internet addiction in children and adolescents". *Journal of Clinical Psychology*, 68(11), 1185-1195.
- Ko, C.H.; Liu, G.; Hsiao, S.; Yen, J.; Yang, M., et al. (2009). "Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction". *Journal of*

Psychiatric Research, 43, 739-747.

Ko, C. 1-1.; Yen, J.Y.; Yen, C.F.; Chen, C. S., y Chen, C. C. (2012). "The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literatura". European Psychiatry, 27, 1-8.

Koo, C.; Wati, Y.; Lee, C. C., y Oh, H. Y. (2011). "Internet-addicted kids and South Korean government efforts: boot-camp case". Cyberpsychology & Behavior, 14(6), 391-394.

Laniado, N., y Pietra, G. (2004). Videojuegos, internety televisión. Barcelona: Oniro.

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., y Peter J. (2011). "Psychosocial causes and consequences of pathological gaming". Computers in Human Behavior, 27, 144-152.

Longman, H.; O'Connor, E., y Obst, P. (2009). "The effect of social support derived from World of Warcraft on negative psychological symptoms". Cyberpsychology & Behavior, 12, 563-566.

Manago, A.; Graham, M.; Greenfield, P., y Salikman, G. (2008). "Self-presentation and gender on MySpace". Journal of Applied Developmental Psychology, 29, 446-45 8.

Matali, J., y Alda, J. A. (2008). Adolescentes y nuevas tecnologías. Innovación o Addicción. Barcelona: Edebe.

Mehroof, M., y Griffiths, M. D. (2010). "Online gaming addiction: the role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety and trait anxiety". Cyberpsychology & Behavior, 13(3), 313-316.

Gómez, M., y Solís, J. 1. (2010). Ser padres en un mundo digital. Manuales Imprescindibles. Barcelona: Anaya Multimedia.

Ng, B. D., y Wiemer-Hastings, P. (2005). "Addiction to the internet and

- online gaming". *Cyberpsychology & Behavior*, 8(2), 110-113.
- Oberst, U. (2010). *El trastorno del niño consentido*. Lérida: Milenio.
- Oberst, U., y Company, R. (2013). *Posar límits al nen consentit*. Lérida: Pagés Editors.
- Petry, N. M., y O'Brien, C. P. (2013). "Internet gaming disorder and the DSM-5". *Addiction*, 108(7), 1186-1187.
- Prats, M. A. (2007). "De l'escola analògica a l'escola digital: novel·les formes d'ensenyar i aprendre". A Riera, J; Roca, E. *Reflexions sobre l'educació en una societat coresponsable*. Barcelona: Cossetània.
- Prats, M. A. (2011). "Competència del tractament de la informació i la competència digital". En Zabala, A. *Què, quan i com ensenyar les competències bàsiques a primària*. Barcelona: Graó.
- Przybylski, A.; Weinstein, N.; Ryan, R., y Rigby, C. (2009). "Having to versus wanting to play: background and consequences of harmonious versus obsessive engagement in video games". *Cyberpsychology & Behavior*, 12, 485-492.
- Przybylski, A.K.; Murayama, K.; DeHaan, C. R., y Gladwell, V. (2013). "Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out". *Computers in Human Behavior*, 29, 1841-1848.
- Sánchez-Carbonell, X.; Beranuy, M.; Castellana, M.; Chamarro, A., y Oberst, U. (2008). "La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno?". *Adicciones*, 20(2), 149-160.
- Smahel, D.; Blinka, L., y Ledabyl, O. (2008). "Playing MMORPGs: connections between addiction and identifying with a character". *Cyberpsychology & Behavior*, 11(6), 715-718.
- Spitzer, M. (2013). *Demencia digital*. Barcelona: Ediciones B.

- Vallerand, R.J.; Blanchard, C.; Mageau, G.A.; Koestner, R.; Ratelle, C.; Léonard, M., y Marsolais, J. (2003). "Les passions de l'âme: On obsessive and harmonious passion". *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(4), 756-767.
- Viñas, F.; Juan, J.; Villar, E.; Caparros, B.; Perez, I., y Comella, M. (2002). "Internet y psicopatología: las nuevas formas de comunicación y su relación con diferentes índices de psicopatología". *Clínica y Salud*, 13, 235-256.
- Volkow, N.; Wang, G.J.; Fowler, J. S., y Tomas, D. (2012). "Addiction circuitry in the human brain". *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 10, 321-336.
- Warden, N.L.; Phillips, J. G., y Ogloff, J. (2004). —Internet addiction". *Psychiatry, Psychology and Law*, 11, 280-295.
- Widyanto, L.; Griffiths, M. D., y Brunson, V. (2011). "A psychometric comparison of the Internet Addiction Test, the Internet-Related Problem Scale, and self-diagnosis". *Cyberpsychology & Behavior*, 14(3), 141-149.
- Wilson, R.E.; Gosling, S. D., y Graham, L. T. (2012). "A review of facebook research in the social sciences". *Perspectives on Psychological Science*, 7(3), 203-220.
- Winkler, A.; Dörsing, B.; Rief, W.; Shen, Y., y Glombiewski, J. A. (2013). "Treatment of internet addiction: A meta-analysis". *Clinical Psychology Review*, 33, 317-329.
- Wood, R.T.; Griffiths, M. D., y Parke, A. (2007). "Experiences of time loss among videogame players: An empirical study". *Cyberpsychology & Behavior*, 10(1), 38-44.
- Yee, N. (2006). "Motivations for play in online games". *Cyberpsychology & Behavior*, 9(6), 772-775.
- Yen, J.Y.; Ko, C.H.; Yen, C. F., et al. (2007). "The comorbid psychiatric

symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia and hostility". *Journal of Adolescence Health*, 41(1), 93-98.

Young, K. (1998). "Internet Addiction: The emergence of as new clinical disorder". *Cyberpsychology & Behavior*, 1(1), 237-244.

Young, K. (2007). "Cognitive behavior therapy with internet addicts: Treatment outcomes and implications". *Cyberpsychology & Behavior*, 10 (5), 671-679.

Índice

Relación de autores	10
Introducción	13
1. ¿Qué son las adicciones tecnológicas? Internet, MMORPG y redes sociales	15
1.1. Críticas al constructo de adicción aplicado a las tecnologías de la información y la comunicaci	17
1.2. Breve recorrido histórico de la adicción a las TIC	19
1.3. El teléfono móvil	21
1.3.1. Reforzadores intrínsecos y motivación del uso de móvil	22
1.3.2. Diferencias de uso de móvil en función del género y de la edad	27
1.4.1. Diferencias entre los videojuegos tradicionales y los MMORPG	28
1.4.2. Gratificación y motivación en los MMORPG	31
1.5. Las redes sociales on-line	32
1.5.1. Redes sociales en línea e identidad	34
1.5.2. Redes sociales en línea y estereotipos de género	35
1.5.3. Redes sociales en línea y adicción	36
1.6.1. La situación en España	37
1.6.2. Uso problemático de teléfono móvil	38
1.7. El DSM-5 y la adicción a los videojuegos	40
1.7.2. Las horas de juego y la comunicación alterada de identidad	43
2. Detección y evaluación	46

2.1. Adicción a Internet	48
2.2. El adolescente con adicción	52
2.3. Predictores de adicción a Internet	54
2.4. Necesidad de evaluar la comorbilidad	57
2.5. Instrumentos de evaluación	59
2.5.2. Evaluación del uso problemático de los juegos en línea	63
2.5.3. Evaluación del uso problemático del móvil	64
2.5.4. Evaluación del uso problemático de las redes sociales	65
3. Intervención en adolescentes	66
3.1. La adicción a las tecnologías en niños y adolescentes: aspectos diferenciales	68
3.1.1. Diagnóstico y detección precoz	69
3.1.2. Mecanismos etiológicos y comorbilidad	71
3.2. Estrategias de intervención	76
3.2.2. Técnicas cognitivas	80
3.2.3. Técnicas conductuales	83
3.2.4. Intervenciones familiares	86
3.2.5. Grupos psicoeducativos, de terapia y autoayuda	88
3.2.6. Tratamiento farmacológico	89
3.2.7. Hospitalización total y parcial	91
3.2.8. Programas residenciales	92
Exposición de un caso práctico: Arnau	98
4. Intervención en adultos	109
4.1.2. Diagnóstico secundario o encubierto	111
4.1.3. Diagnóstico dual de las adicciones tecnológicas	112
4.2. Objetivos del tratamiento de las adicciones	114

tecnológicas	114
4.3. Características generales del programa terapéutico	119
4.3.1. Modalidades terapéuticas	121
4.4. Componentes terapéuticos del tratamiento	122
4.4.2. Componentes de la etapa de tratamiento	124
4.4.3. Componentes de la etapa de tratamiento de los problemas asociados	140
4.4.4. Componentes de la etapa de tratamiento de los trastornos psicopatológicos asociados	141