

¿Existen las adicciones sin sustancias?



¿Existen las adicciones sin sustancias?

Instituto Deusto de Drogodependencias

¿Existen las adicciones sin sustancias?

Edición a cargo de
M.^a Teresa Laespada y Ana Estevez

2013
Universidad de Deusto
Bilbao

Serie Drogodependencias, vol. 29

Comité de Redacción

María Teresa Laespada Martínez.
Elisabete Aróstegui Santamaría.
Pablo Gómez de Maintenant de Cabo.
Ioseba Iraurgi Castillo.
Iñaki Markez Alonso.
José Javier Meana Martínez.

Comité Asesor Científico

Luis Felipe Callado Hernando.
Domingo Comas.
Nieves Corcuera Bilbao.
Fernando Fantova Azcoaga.
Ane Miren Gabilondo Urkijo.
Juan Manuel González de Audikana de la Hera.
José Félix Marcos Frías.
Eusebio Megías Valenzuela.
Jesús Antonio Pérez de Arrospide.
María Purificación Pinilla Tejero.
Federico Ruiz de Hilla Luengas.
Javier Ruiz Fernández.

Página web del IDD: www.idd.deusto.es

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Ilustración de portada: © LIT Images

© Los directores de la edición
© Los autores de sus respectivos textos
© Publicaciones de la Universidad de Deusto
Apartado 1 - 48080 Bilbao
e-mail: publicaciones@deusto.es

ISBN: 978-84-15759-28-7

Depósito legal: BI - 130-2014

Impreso en España/Printed in Spain

Índice

Lista de autores	9
Presentación	11
Introducción	13
Capítulo 1. Internet: ¿adicción o no adicción?, por <i>H. Matute</i>	19
Capítulo 2. La importancia de los factores cognitivos en la adicción al juego, por <i>F.J. Labrador</i>	39
Capítulo 3. Juego en adolescentes: nuevas formas, mismas consecuencias, por <i>A. Estevez</i>	53
Capítulo 4. De la adicción a Internet al trastorno del juego en Internet, por <i>X. Carbonell</i>	73
Capítulo 5. Adicciones con y sin sustancia: paralelismo, por <i>A. Oliva, L. Antolín-Suárez, P. Ramos, L. Jiménez, A. Jiménez-Iglesias, M.C. Moreno y M.V. Hidalgo</i>	87
Capítulo 6. Nuevas tecnologías: desde la adicción hasta la rehabilitación, por <i>S. Jiménez-Murcia, R. Granero, N. Aymami, M. Gómez-Peña, L. Moragas, A. del Pino-Gutiérrez, J.J. Santamaría, J.M. Menchón, F. Fernández-Aranda</i>	101

Capítulo 7. Oportunidades, retos y uso sin abuso de Internet, smartphones y videojuegos, por <i>J. Flores</i>	117
Capítulo 8. Adicción al amor, por <i>C. Sirvent</i>	127

Lista de autores

Helena Matute Greño

Catedrática de Psicología Experimental, Departamento de Fundamentos y Métodos de la Psicología, Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, Bilbao.

Francisco Labrador Encinas

Catedrático de Modificación de Conducta y Director del máster de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Ana Estevez Gutiérrez

Doctora en Psicología. Profesora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos de la Universidad de Deusto, Bilbao.

Xavier Carbonell Sánchez

Doctor en Psicología, Vicedecano de Postgrado e Investigación y profesor titular de la Universidad Ramon Llull - FPCEE Blanquera.

Alfredo Oliva Delgado

Doctor en Psicología y Profesor Titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla.

Lucía Antolín-Suárez

Doctora en Psicología y Profesora Ayudante Doctora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla.

Pilar Ramos Valverde

Doctora en Psicología y Profesora Contratada Doctora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla.

Lucía Jiménez García

Doctora en Psicología y Profesora Contratada Doctora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla.

Antonia Jiménez-Iglesias

Doctora en Psicología y Profesora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla.

M.^a Carmen Moreno Rodríguez

Doctora en Psicología y Catedrática del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla.

M.^a Victoria Hidalgo García

Doctora en Psicología y Profesora Titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla.

Susana Jiménez-Murcia

Doctora en Psicología, Especialista en Psicóloga Clínica, y Coordinadora de la Unidad de Juego Patológico del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Bellvitge, IDIBELL y CIBEROBN, Barcelona.

Jorge Flores Fernández

Fundador y Director de PantallasAmigas.

Carlos Sirvent Ruiz

Médico psiquiatra. Fundador y Director de la Fundación Instituto Spiral.

Presentación

Hace exactamente 25 años, pasados ya los primeros años de la transición española, fue cuando un grupo de profesionales del ámbito clínico comenzaba a dar las primeras señales de aviso de la presencia creciente y notable de personas que se acercaban a la atención sanitaria demandando ayuda por abuso y dependencia a sustancias entonces nada convencionales en la sociedad española. Fueron los y las profesionales de la medicina, especialmente la psiquiatría quienes se enfrentaron en primer lugar.

La falta de información y evidencia científica sobre cuestiones, algunas de ellas muy elementales hoy en día, dieron lugar a intervenciones iniciales bien intencionadas pero de escasa eficacia clínica y con criterios y disparidad clínica.

Pero la conjunción de intereses y el trabajo en red entre la comunidad científica y la práctica clínica, así como la presencia creciente de otros profesionales vinculados a la educación, psicología, sociología, criminología y algunas otras disciplinas, dieron lugar al desarrollo de todo un marco conceptual y teórico sobre la intervención en drogodependencias del que nos alimentamos y construimos sobre ello hoy en día.

Parto de esta reflexión, porque hace 25 años la confluencia de preocupaciones e intereses de distintos profesores de la Universidad de Deusto, de profesionales de la red pública sanitaria vasca y de las organizaciones no gubernamentales posibilitó la creación del Instituto Deusto de Drogodependencias (IDD) que ha dedicado todos estos años a indagar, estudiar, investigar y crear foros donde debatir ideas, opiniones y crear ciencia para mejorar la intervención en el área de las drogo-

dependencias. Desde entonces, hemos preparado profesionalmente a unos cuantos cientos de personas que actualmente están ejerciendo su profesión y destreza por muchas partes del mundo.

Sin temor y sin prejuicios el IDD ha ido abordando cuestiones espinosas y de complicado afrontamiento en momentos históricos concretos que años más tarde quizás se incorporaban con cierta normalidad en el elenco de tratamientos o intervenciones a desarrollar en drogodependencias. Hemos afrontado debates con el ánimo de ayudar a construir pensamiento científico y evidencia científica para que la intervención profesional, se haga desde la disciplina que se haga, cuente con herramientas suficientes para tener garantía de éxito en el quehacer diario. Debo señalar que este abordaje ha ido siempre realizado con serenidad, esa que la Academia impone para dar tiempo a que aquello que parece oportuno, novedoso o útil acumule datos suficientes para mostrarlo, procurando no caer en tendencias falaces o argumentos carentes de justificación.

Por ello, toda esta línea de trabajo ha estado marcada siempre por dos líneas que hemos procurado no traspasar nunca; la primera se refiere, lógicamente a una cuestión ética, todo lo dicho, debatido y enseñado parte del más escrupuloso respeto a los Derechos Humanos, a la Igualdad de derechos y responde al respeto y la solidaridad hacia quienes han corrido peor suerte. Y, la segunda se refiere a la necesidad de guardar criterios científicos; de debatir y enseñar aquello que tenga soporte tras la investigación contratada o tenga evidencia científica y práctica contrastada. Es decir, sólo lo que la comunidad científica y el reconocimiento profesional establecen como intervenciones válidas son aquellas que hemos mostrado y debatido con rigor y seriedad.

Precisamente desde este punto de partida, este libro aborda las adicciones sin sustancia, comportamentales o conductuales. De ahí la interrogación de su título. Más allá de ser retadores hacia el lector para estimular su lectura, se trata, más bien, de mostrar que no existe acuerdo sobre si existe o no conductas adictivas más allá de las drogas, con la única excepción reconocida por el juego patológico.

María Teresa Laespada
Instituto Deusto de Drogodependencias-
Universidad de Deusto
Bilbao, diciembre 2013

Introducción

Adicciones sin sustancia, adicciones comportamentales, adicciones conductuales... existe toda una terminología aún sin concretar que quiere referirse a la presencia creciente de desajustes compulsivos de la conducta y que sin mediar sustancias adictivas, están siendo clasificadas como conductas adictivas.

Tradicionalmente nos hemos sujeto a la terminología dependencia para referirnos a la conducta compulsiva y desajustada en la que la ingestión de una sustancia causaba un deterioro o malestar clínicamente significativo en los sujetos. Sin embargo, con el transcurrir de los años y desde la clínica práctica se comenzaron a tratar y diagnosticar conductas que, sin sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y acarreaban todas las características que las dependencias con sustancias tenían.

El debate se abría entonces, entre quienes consideran que tales conductas aun cuando pudieran ser disruptivas y/o compulsivas no debían clasificarse como adictivas y quienes, por el contrario, aventuraban que aunque no existiera sustancia adictiva la conducta se manifiesta de forma muy similar a las dependencias tóxicas luego tales conductas debían ser consideradas adictivas.

Así, en los últimos años han ido surgiendo corrientes científicas que avalan una línea y la contraria. Se están llevando a cabo multitud de proyectos de investigación desde las dos líneas teórico-argumentales y mientras las revistas científicas en adicciones comienzan a publicar con cierta profusión resultados de investigaciones que avalan ambas alternativas, parece que cuaja con mayor facilidad la tendencia a considerar que puede existir conducta adictiva o compulsiva, sin sustancias. Pero,

curiosamente, desde las estructuras más estrictas y científicamente más avaladas para el reconocimiento de tales conductas como adictivas, no acaban de reconocerlas como tales, nos referimos a los manuales diagnósticos DSM-V, su anterior el IV-TR o el CIE-10.

Únicamente la ludopatía ha sido reconocida y avalada como conducta adictiva, si bien como trastorno del control de los impulsos. Pero ello ha permitido abrir toda una línea de trabajo clínico perfectamente reconocido sobre este trastorno adictivo.

Tal es así, que en varias investigaciones y encuestas que llevamos a cabo nosotros, el IDD, en el municipio de Vitoria-Gasteiz trabajamos en la elaboración de estadísticas y prevalencias del juego patológico para esa ciudad. En el año 2012 por vez primera, la encuesta Euskadi y Drogas también recoge cifras de juego y sitúa la prevalencia de jugadores excesivos en 0,3 % de la CAPV, es decir, algo más de 4.000 personas.

Esta misma encuesta se aventura a medir el abuso de internet y para ello toma el test de adicción de Orman para cifrar el uso problemático de internet en 1,6 % de la población vasca, cifra evidentemente muy reducida si tenemos en cuenta que la penetración de internet en la población vasca superará ya el 70 % de los hogares vascos.

Es innegable que vivimos tiempos de cambio. Vivimos tiempos exponenciales donde todo parece multiplicarse por el altavoz de los medios de comunicación y conductas disruptivas llevadas a cabo por colectivos muy reducidos pueden verse en el escenario de lo social como si de pandemias se tratase por el efecto multiplicador que produce una noticia muchas veces repetida.

Manuel Castells con la clarividencia que le caracteriza publicaba un artículo en la Vanguardia titulándolo «Internetfobia» y hacia una alegoría a las dificultades que en algunos colectivos existen para aceptar los cambios y las transformaciones sociales, situando ya Internet como si de la electricidad se tratase.

Es innegable también que vivimos tiempos donde toda conducta puede ser susceptible de ser patologizada por su morbosidad y extendida falsamente a colectivos donde quizás, sólo hacen un uso abusivo, pero uso al fin y al cabo.

Pero tampoco puede cerrarse los ojos a la evidencia. Cada vez con mayor profusión se presentan conductas compulsivas que acarreamos un importante malestar a la persona o su entorno y que requieren de atención clínica oportuna. ¿Son adicciones?, ¿son trastornos de control de los impulsos?, no hay nada definitivo. La controversia está presente en los círculos científicos y académicos y los manuales diagnósticos no acaban de recogerlos como tales.

Y mientras la comunidad científica no se ponga de acuerdo sobre cómo tratar estos desajustes de la conducta, el escenario se abre para que todo se transforme en adicción y se banalice en exceso. Así se mezclan cuestiones que sí son recogidas y reconocidas como las ludopatías con otras de más dudosa clasificación como adicciones como las adicciones al sexo, a las dependencias emocionales, a las compras, al trabajo, a internet, a la vigorexia.... Y un sinfín de posibilidades pueden abrirse a ser considerados trastornos adictivos.

Es necesario que vayamos arrojando luz sobre comportamientos que desde las distintas ópticas profesionales exigen respuestas, desde la educación, el tratamiento clínico, la sociedad, los medios de comunicación y eso es lo que intentamos realizar en esta publicación.

Hemos solicitado a investigadores y profesionales de reconocido prestigio en esta materia para que muestren desde la evidencia científica y/o la práctica clínica las teorías que sustentan, hipótesis de trabajo o pareceres ajustados a su experiencia clínica.

No pretendemos cerrar el debate, ni mucho menos. Pretendemos acercar el debate en sus justos términos a la comunidad de profesionales que trabajan con personas y que en el quehacer diario deben enfrentarnos un día y otro a decisiones delicadas, de tal modo que puedan hacerlo a la luz de información contrastada.

Pretendemos dar herramientas para la reflexión y discursos coherentes desde la evidencia científica y desde la academia con largo recorrido para que mientras las líneas de debate sigan abiertas, se pueda trabajar con los mejores conocimientos posibles, con las mejores herramientas de las que disponemos en la actualidad.

Por ello a lo largo de este texto se exponen datos y reflexiones que ayudan a situarse frente a las nuevas adicciones y conocer más en profundidad los nuevos retos que se presentan.

En el primer capítulo, Helena Matute bajo el sugerente título, adicción o no adicción, esa es la cuestión, plantea las dificultades de calificar la existencia de adicción a Internet, a pesar de que se esté hablando de ello de forma profusa. Por ello, su sugerencia pasa por considerar terminología más precisa como «uso patológico de Internet» o «uso problemático» o «abuso de Internet», por considerarlos más neutros y que a partir de ahí la ciencia podrá avanzar, ya que no se presupone ninguna causa o explicación y se deja más abierto al debate. También sugiere la necesidad de tipologizar a los sujetos objeto de esta conducta en tres grandes grupos y centrarse en aquellos que manifiestan una conducta problemática sólo con internet y eliminando otras cuestiones.

En segundo lugar, Francisco Labrador aborda las razones para que las personas sigan jugando a pesar de la reiterada experiencia de daño económico, familiar, social, laboral, etc. Tal y como se describe en este capítulo se hace un recorrido por los diferentes factores que pueden intervenir en el desarrollo y mantenimiento de la conducta de juego patológico. Uno de los aspectos que más resultados ha obtenido han sido la presencia de sesgos o distorsiones cognitivas que llevan a pensar que se puede ganar en el juego. Sin embargo, estos sesgos no son exclusivos de los jugadores. Las personas sin problemas de juego también presentarían sesgos cognitivos, incluso en elevados porcentajes, aunque eso sí menores que los jugadores. Como consecuencia, en el tratamiento debería incluirse una intervención dirigida a modificar las distorsiones de los jugadores, en especial las más relevantes.

En tercer lugar, Ana Estévez se centra en analizar el juego entre adolescentes. Las nuevas tecnologías, especialmente internet, permiten configurar nuevos tipos de juego patológico que la población adolescente es especialmente vulnerable. Estévez presenta los resultados de una investigación llevada a cabo en una muestra amplia de adolescentes y jóvenes. Entre sus conclusiones sostiene que el juego ocasiona graves consecuencias en quienes lo sufren. Alerta sobre los nuevos escenarios de juego cuya disponibilidad y anonimato podrían incrementar, sobre todo en chicos adolescentes, conductas problemáticas de juego que dieran lugar durante la edad adulta ayudasen a desarrollar juego patológico.

En cuarto lugar, Xabier Carbonell realiza una reflexión sobre las consideraciones para la inclusión y no inclusión en el DSM V de las adicciones sin sustancia. El juego patológico deja el apartado de los trastornos de control de los impulsos y pasa a incluirse en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Las adicciones tecnológicas requieren estudios posteriores y en algunas adicciones como la adicción al sexo o a las compras muestran poca evidencia para su consideración como trastornos mentales. Es una reflexión en la que se analizan especialmente los denominados MMORPG que se trata de videojuegos que permiten a miles de jugadores introducirse en un mundo virtual de forma simultánea a través de Internet e interactuar entre ellos. Este tipo de juegos virtuales no tienen apuesta y son diferentes a los anteriores juegos ya que entre otras cosas, se juegan en grupo y algunos estudios muestran buena adaptación de quienes los utilizan.

En quinto lugar, Alfredo Oliva, estudia en su capítulo el paralelismo entre las adicciones sin sustancia y las adicciones con sustancia. Por ello, estudia los componentes de los trastornos adictivos tales como la falta de control y la dependencia en las adicciones sin sustancia. Los re-

sultados de este estudio han servido para poner de relieve la importancia del autocontrol como factor de protección para prevenir el surgimiento de comportamientos adictivos y de problemas emocionales, por lo que su promoción debería ser un objetivo importante de la educación tanto familiar como escolar.

En sexto lugar, Susana Jiménez, ha realizado una actualización de la situación actual del juego en España, presentando algunos de los resultados de una unidad de tratamiento, perteneciente a la red sanitaria pública. Asimismo, se ha hecho especial hincapié en la evolución de este trastorno a lo largo de los años y cómo el juego de apuesta a través de Internet está sufriendo un auge significativo en los últimos tiempos, favoreciendo un cambio de perfil en el jugador, especialmente en relación a variables como edad o nivel de estudios. Unido a esto, ha presentado una aproximación al fenómeno de las nuevas tecnologías como herramientas terapéuticas y describe las características de un serious game diseñado en el marco de un proyecto Europeo, y aplicado a pacientes con diagnóstico de juego patológico.

En séptimo lugar, Jorge Flores presenta una intervención concreta, el programa de intervención con adolescentes «pantallas Amigas» desde el que se aborda el modo de realizar un uso adecuado de las tecnologías de la información y comunicación y los riesgos que el mal uso o abuso puede acarrear. Flores sitúa los riesgos de Internet no tanto por su abuso como su mal uso y porque al otro lado de la conexión pueden existir riesgos sociales que ya existen en el ámbito off line pero que la facilidad de on line multiplica su amplitud. En último lugar, aborda el uso de videojuegos como una oportunidad para la población adolescente, sin eludir el análisis del riesgo que pueden acarrear.

En octavo lugar y como cierre del libro, Carlos Sirvent aborda un área completamente distinta pero cuestión espinosa donde las haya, que ha ocupado muchas páginas de literatura y artículos en los últimos años. La adicción al amor. No son muchos los autores que se adentran en la interpretación y reconocimiento del amor como desencadenante de conductas adictivas, a pesar de que desde el imaginario colectivo son muchas las ocasiones que se utilizan vocablos relacionados con la adicción o la dependencia para referirse a una conducta que daña a las personas implicadas. Sirvent, lejos de presentar resultados de sus investigaciones, desarrolla un discurso elaborado y construido con perfecta sintonía desde la filosofía, antropología, literatura, historia y análisis de los comportamientos y conductas relacionados con el amor. Sirvent sostiene «Un adicto al amor no lo es por querer mucho, sino por querer mal, por sufrir más allá de lo admisible, por padecer unas consecuencias que sobrepasan el precio que hay que pagar por gozar del amor».

Todos los capítulos de este libro merecen lecturas sosegadas desde el más puro estilo académico, sin embargo, Sirvent elabora un capítulo especial, que merece su lectura entretenida, gozar de sus palabras y de un discurso fluido, rico, estimulante pero adornado por y apoyado sobre grandes teóricos que pueden sostener sus afirmaciones.

A las dos editoras de este libro sólo nos resta agradecer la participación de cada uno de los autores. Cada cual desde hontananzas diferentes, desde experiencias dispares elabora y aporta su granito de arena para esto que nos estimula, avanzar en el conocimiento desde la ciencia, la práctica y la experiencia de cada uno y cada una. Solo deseamos que sea del gusto del lector y pueda servirle en su quehacer diario.

M.^a Teresa Laespada y Ana Estevez
Facultad de Psicología y Educación.
Universidad de Deusto

Capítulo 1

Internet: ¿Adicción o no adicción?

H. Matute

Se enfrascó tanto en su lectura, que se le pasaban las noches leyendo de claro en claro, y los días de turbio en turbio; y así, del poco dormir y del mucho leer se le secó el cerebro de manera, que vino a perder el juicio.

Cervantes

Corría el año 1995 cuando el psiquiatra Iván Goldberg envió una famosa broma a varios foros de discusión online en los que se reunían psiquiatras y psicólogos para discutir asuntos profesionales. En aquel mensaje describía Goldberg la existencia de un nuevo síndrome, que él mismo bautizó como Síndrome de Adicción a Internet. Su descripción incluía una serie de criterios diagnósticos y daba toda la impresión de estar copiada literalmente del DSM, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* que edita la Asociación Americana de Psiquiatría (1994, 2013) y que es el más utilizado por los profesionales de todo el mundo. Tuvo éxito. Numerosos profesionales reenviaron el mensaje. Algunos de ellos porque les hizo gracia, otros porque pensaron que era cierto, y aún otros porque vieron cómo una excelente oportunidad de negocio que no podían dejar pasar se presentaba ante sus ojos. Más pronto que tarde la prensa se hizo eco del mensaje, la gente empezó a hablar de lo adictivo que era Internet, y la broma de Goldberg siguió dando la vuelta al mundo a través de listas de correo electrónico que aún hoy podemos localizar gracias a los grupos de Google. La adicción a Internet había comenzado (véase Matute, 2003 para más detalle).

Fue cuestión de meses. Ese mismo año, 1995, Kimberly Young, doctora en psicología, fundaba la primera clínica privada para el tratamiento de la adicción a Internet. En 1996 ella misma publicaba los dos primeros artículos confirmando la existencia de la adicción a Internet. Uno de los dos artículos era el estudio de un caso de una persona; el otro proponía un sencillo cuestionario de 8 ítems para determinar qué internautas eran adictos y requerían tratamiento (Young, 1996a, 1996b). En 1998 publicaba también Young el primer libro que defendía la existencia de la adicción a Internet (Young, 1998). El síndrome de adicción a Internet, por tanto, y esto es sumamente importante, no nace de la investigación científica, ni siquiera de un consenso útil entre profesionales tras un debate sosegado, sino de intereses comerciales. Es algo que debe cuando menos hacernos saltar todas las alarmas del pensamiento crítico.

Pero vayamos por partes. ¿Qué hubo antes del mensaje de Goldberg? Si retrocedemos unos pocos años, pongamos hasta 1991, podremos encontrar estudiantes y profesores, generalmente de carreras de ingeniería informática, descubriendo en sus universidades los grandes beneficios de la comunicación a distancia, y el acceso a grandes bases de datos situadas en otros lugares del mundo. Internet era solo una de las muchas redes incipientes que podían usarse entonces. La World Wide Web (WWW) se publicó en el mes de agosto de ese mismo año, pero no sería un servicio gratuito y abierto a todos hasta 1993. El correo electrónico existía, pero si alguien piensa que se parecía en algo al que se usa hoy en día debería darse un paseo por un museo donde se expongan tablillas de arcilla para entender su relación con la escritura actual. No había ni menús, ni colores, ni archivos adjuntos, ni libreta de direcciones. Solo comandos aparentemente sin sentido que había que memorizar y que cambiaban cada vez que el administrador del sistema introducía alguna modificación en aquellas máquinas gigantescas compartidas, lo que ocurría con bastante frecuencia, para poder así escribir, borrar, o enviar un mensaje, o comprobar si llegaba alguno a nuestro nombre. Poco más permitía aquel email. Y a pesar de todo, nuestros futuros ingenieros allí estaban, a todas horas, absolutamente obnubilados, descubriendo las enormes posibilidades que aquel nuevo mundo comenzaba a ofrecerles. «Wow, esto es adictivo» decían luego en la cafetería. Y volvían el día siguiente durante la media hora diaria que tenían asignada en la sala común.

Es en ese mismo año, 1991, cuando unos meses antes del nacimiento de la WWW, podemos localizar ya el primero de esos mensajes de admiración y fascinación absoluta por el nuevo mundo que está naciendo. Es el primer mensaje del que tenemos constancia, enviado a una

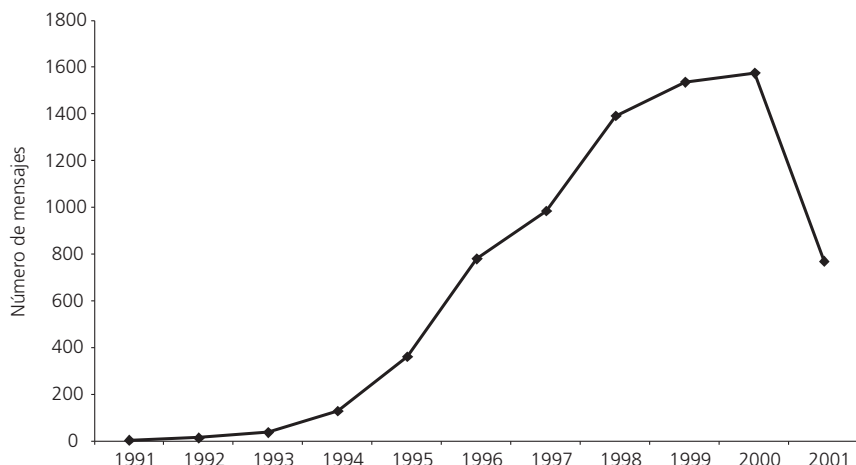


Figura 1

Evolución del número de mensajes enviados a listas de correo electrónico y grupos de noticias entre los años 1990-2001 que contenían las expresiones «Net addiction» o «Internet addiction»

El número de mensajes encontrado en la búsqueda es cero en 1990 y 4 en 1991. Como puede observarse, los mensajes sobre adicción a Internet registran un espectacular incremento a partir de 1995, año en que Goldberg envía su famoso mensaje, y año también de la creación de la primera clínica virtual para el tratamiento de los adictos a Internet (véase el texto principal). A partir de 2001 observamos una fuerte disminución, pero ésta está, muy probablemente, causada por la sustitución de las antiguas listas de correo electrónico y grupos de noticias por los blogs y otras formas de comunicación online. La figura es una adaptación de los datos presentados por Matute y Vadillo (2012).

lista de correos, en el que un usuario comenta lo adictiva y fascinante que es esta nueva forma de comunicación (véase Matute y Vadillo, 2012). La Figura 1 refleja los resultados de la búsqueda realizada por Matute y Vadillo (2012), mostrando el número de entradas que se obtienen al buscar en los antiguos grupos de noticias y listas de correo electrónico recopilados hoy por Google, términos como «Net addiction» e «Internet addiction».

Es interesante resaltar pues que el término adicción a Internet empezó a utilizarse incluso antes de que la WWW pasara a ser un servicio público y gratuito. En ese contexto puede entenderse más fácilmente la importancia de la broma de Goldberg cuando en 1995

envió la parodia del DSM acerca del nuevo Síndrome de Adicción a Internet. Hay que notar, no obstante, que la forma en que utilizaban el término los primeros moradores de la red venía a ser la misma con que hoy en día utilizamos expresiones como «me voy a volver adicto a esta serie televisiva» o «tengo verdadera adicción al deporte», o «el pastel de manzana de mi abuela es absolutamente adictivo». Es decir, no se utilizaba el término, hasta la apertura de la primera clínica virtual en 1995, como algo con verdaderas connotaciones de adicción o de patología, sino como sinónimo de fascinación, agrado, afición.

¿Existe, por tanto, la adicción a Internet como patología? ¿Es realmente adictivo el uso de Internet? ¿Es el uso de Internet adictivo como lo es el uso de las drogas? ¿Aporta realmente valor diagnóstico la categoría de adicción, frente a otras alternativas? Si realmente es adictivo el uso de Internet, ¿debemos potenciar su uso en las escuelas y centros de trabajo como estamos haciendo? ¿No sería posible, si se demostrara que se trata de un producto adictivo, denunciar a quienes fomentan su uso entre los menores? Y en el caso de que no sea adictivo, ¿no serían denunciables todas las clínicas y profesionales que dicen poder curar una adicción que no es real?

Son muchas las preguntas que nos hacemos y muchos los profesionales que han defendido la utilización del diagnóstico de adicción para el uso excesivo de Internet (p. ej., Alonso-Fernández, 2003; Bai y cols., 2001; Echeburúa, 1999; Young, 1998). Pero también se ha argumentado no solo que Internet no tiene propiedades adictivas, sino incluso que puede haber verdadero peligro en extender al uso de Internet esta categoría diagnóstica, en principio reservada para las adicciones a las sustancias (p. ej., Matute, 2003; Matute y Vadillo, 2012). Es una cuestión que los profesionales deberíamos dilucidar lo antes posible porque la confusión que en esta disputa estamos transmitiendo a la sociedad es muy grande. Veamos de momento qué nos indica a día de hoy el diccionario sobre el significado de la palabra adicción.

Definición

Según el Diccionario de la Real Academia Española (s/f), *adicción* significa «Hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por la afición desmedida a ciertos juegos». La Academia recoge también una segunda acepción: «Asignación, entrega, adhesión», pero indica que está en desuso. Finalmente, consultado el significado de la palabra *adictivo*, encontramos: «Dicho es-

pecialmente de una droga: Que, empleada de forma repetida, crea necesidad y hábito». En resumen, no parece que la utilización de los términos «Adicción» o «Adictivo» sea lo más recomendable desde el punto de vista del uso adecuado del idioma para referirnos a los posibles problemas que pueda estar causando una determinada tecnología. Excepto, claro está, en el supuesto de que queramos utilizar el término de manera metafórica, pero no suele ser ésta la manera más recomendable de utilizar el lenguaje en ciencia, debido a la confusión que acabaría provocando la utilización de varios significados para un único vocablo. Desde este punto de vista, por tanto, no recomendaríamos definir Internet como medio adictivo ni utilizar el diagnóstico de adicción para las personas que hacen mal uso de la red.

Podría argumentarse que no es la Real Academia quien determina el uso del idioma en el día a día, menos aún en los ámbitos profesionales especializados. Podría argumentarse también que hoy en día el término adicción se utiliza en muchos más sentidos que aquellos que admite la Real Academia. Y para comprobarlo no necesitamos más que darnos un breve paseo por Internet, o por las revistas profesionales, y encontraremos innumerables ejemplos de utilización del término «adictivo» para describir las propiedades de un deporte, una novela, o incluso una relación de pareja. Es evidente que sí, podemos usar el término de manera metafórica en el sentido de afición, entusiasmo, incluso en el sentido de dependencia emocional. Y de hecho se utiliza de esta forma. Pero si decidimos usarlo de esta manera en contextos profesionales, ¿no deberíamos buscar otro término para describir las verdaderas adicciones a las sustancias?

Esto sería recomendable, en primer lugar, porque utilizando el mismo término para la adicción a Internet y a las sustancias vamos a terminar confundiendo de manera muy peligrosa a los adolescentes que se acercan por primera vez a las drogas si les decimos que las drogas o el alcohol son adictivos como lo es Internet. Puede ser peligroso utilizar el mismo término para las adicciones a sustancias y el abuso de una tecnología, pues podríamos dar a entender que las drogas no encierran verdadero peligro.

Y en segundo lugar, como ya comentábamos anteriormente, porque en ciencia es muy importante que todos podamos saber en todo momento a qué nos estamos refiriendo cuando utilizamos un término u otro. La definición ha de ser clara y precisa. Si cada uno de nosotros utiliza de manera diferente un mismo término científico o profesional será imposible avanzar, incluso comunicarse. Por muchas medidas y estadísticas que elaboremos del fenómeno en cuestión, nunca estaremos midiendo y evaluando lo mismo. Los datos serán papel mojado.

En cualquier caso, podríamos argumentar, sería cuestión de ponernos de acuerdo todos los investigadores y profesionales en una definición y una terminología, pues lo importante en el contexto científico y profesional especializado es que las categorías diagnósticas sean útiles, independientemente de su valor o aceptación lingüística en la población general. Esto es algo que requiere consenso profesional y científico.

Consenso

Es el DSM, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 1994, 2013), el instrumento que refleja el consenso alcanzado por los profesionales de la salud mental. Cuando ya hace años se popularizó la idea de la adicción a Internet y las voces más cautas se elevaban recordando a profesionales y medios de comunicación que no había consenso sobre ello y que la adicción a Internet no había sido incluida en el DSM, o que este manual reservaba el término adicción, como la Real Academia, para las adicciones a las sustancias, la respuesta solía ser siempre la misma: «el problema es que el DSM va siempre por detrás de la sociedad, no ha incluido aún la adicción a Internet porque es una patología muy nueva, pero la incluirá probablemente en la siguiente revisión que se publique, etc.»

La más reciente revisión del DSM, el DSM-5, publicado en 2013 (American Psychiatric Association, 2013), tampoco ha incluido la adicción a Internet. Y no ha sido por lentitud o por desconocimiento, sino que su inclusión ha sido desestimada de forma explícita después de un largo y muy elaborado debate, con el que podremos estar o no de acuerdo, pero que ha durado varios años y que ha considerado los diversos aspectos, argumentos, e intereses, esgrimidos por los diferentes grupos profesionales, así como los datos disponibles que recomendaban tanto su inclusión como su exclusión. Lo único relacionado con la adicción a Internet que sí ha sido incluido, pero no como patología, sino como fenómeno que requiere ser investigado, es el «Internet Gaming Disorder», que se refiere muy especialmente a los juegos multijugador que sí parecen ser, al menos por el momento, una de las actividades que más problemas están causando en la red. No obstante, tampoco el posible trastorno provocado por estos juegos se incluye, por el momento, como patología adictiva, sino como posible desorden que requiere ser estudiado.

Datos

Si, tal y como ya hemos comentado, la historia de la adicción a Internet no es la de una patología real, su definición tampoco es aceptada por la Real Academia, su existencia como categoría diagnóstica tampoco está consensuada por los profesionales de la salud mental, ¿por qué hay tantos profesionales que siguen defendiendo su existencia? ¿Cuáles son los datos disponibles?

Los datos existentes a día de hoy son tremendamente confusos. En la revisión publicada por Matute y Vadillo (2012) se describen diversos estudios que muestran que los datos varían enormemente dependiendo del estudio que consultemos, la forma en que se define la adicción, el cuestionario utilizado para medirla, y otra serie de factores que no es sencillo catalogar. En función de cómo acordemos que se define y que se mide la adicción a Internet, podremos encontrar desde un 66% de usuarios adictos (según datos de Young [1998], que recordemos, es la fundadora de la primera clínica privada para tratar la adicción a Internet, y por tanto posiblemente interesada en cifras elevadas), hasta el 8,8% en nuestro país en la actualidad (según datos de lasdrogas.info, web de referencia sobre adicciones en España, pero que utiliza el mismo cuestionario de 8 ítems de Young (1996b; véase Figura 2), o el 3,5% de usuarios adictos del que informan Whang y sus colaboradores (2003). Estos datos son tan diferentes que realmente nos dicen poco.

Incluso autores como Block (2008), que defendieron abiertamente la postura de incluir la adicción a Internet en el DSM (aun reconociendo su personal conflicto de intereses al ser el propietario de la patente de un software diseñado para reducir el tiempo online), admiten que no hay datos claros, tampoco en Estados Unidos. Los datos más alarmantes provienen por lo general de países asiáticos, donde la cultura y las modas juveniles han acrecentado tremendamente el problema (lo que por otro lado podría también estar indicando que en buena medida se trata de un problema cultural más que de una adicción), y se trata además, por lo general, de datos presentados en congresos, no se trata de estudios científicos publicados en revistas de revisión por pares, de modo que resulta imposible conocer su grado de fiabilidad. En cualquier caso, los datos sobre la incidencia de la adicción a Internet, como estamos viendo, son en principio tan variables como lo es la propia definición del síndrome, y como veremos que son también los instrumentos de medida. Tratándose además Internet de una tecnología que tantas personas utilizan a diario, tanto en el tiempo de trabajo y estudio, como en el tiempo de ocio, y que permite además realizar tantas

lasdrogas.info

lasdrogas.info

Instituto para el Estudio de las Adicciones
Declarado de interés para la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

EUROPEAN ACTION ON DRUGS

ACTUALIDAD ▾ ADICCIONES ▾ GUÍAS ▾ RECURSOS ▾ PARTICIPA ▾ NOSOTROS ▾

Estás en: Inicio / Adicciones / Internet / Adicciones - Internet

Adicciones - Internet

¿Cuánto tiempo llevas conectad@?

Millones de páginas de información listas para su visualización en cualquier momento y desde cualquier parte, innumerables listas de discusión, chats y la facilidad de enviar mensajes electrónicos a cualquier parte del mundo, han abierto nuevos interrogantes sobre la sociedad de la información y las nuevas tecnologías como Internet. **¿Crea adicción Internet? ¿Tengo NetAdicción?**

Qué es la adicción a Internet

La Doctora Kimberly Young, de la Universidad de Pittsburg y creadora del Center for On-Line Addiction ha establecido una serie de criterios para diagnosticar el Síndrome de la Adicción a Internet (InfoAddiction Disorder, IAD).

“La adicción a Internet es un deterioro en el control de su uso que se manifiesta como un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Es decir, la persona 'netdependiente' realiza un uso excesivo de Internet lo que le genera una distorsión de sus objetivos personales, familiares o profesionales.”

— Doctora Kimberly Young

Según la Dra. Young, responder afirmativamente a cinco o más de las siguientes cuestiones es una señal clara de alarma:

1. ¿Se siente preocupado con Internet (piensa sobre la actividad on-line anterior o anticipa la sesión on-line futura)?
2. ¿Siente la necesidad de usar Internet durante más tiempo cada vez que se conecta para lograr la misma satisfacción?
3. ¿Ha hecho repetidamente esfuerzos infructuosos para controlar, reducir, o detener el uso de Internet?
4. ¿Se siente inquieto, malhumorado, deprimido, o irritable cuando ha intentado reducir o detener el uso de Internet?
5. ¿Se queda on-line/conectado más tiempo del que originalmente había planeado?
6. ¿Ha sufrido la pérdida de alguna relación significativa, trabajo, educación u oportunidad social debido al uso de Internet?
7. ¿Ha mentido a los miembros familiares, terapeuta u otros para ocultar la magnitud de su uso de Internet?
8. ¿Usa Internet como una manera de evadirse de los problemas o de ocultar algún tipo de malestar (e.), sentimientos de impotencia, culpa, ansiedad, depresión)?

Nadie está seguro sobre cuántas personas están afectadas por el uso adictivo de Internet. Pero si consideramos las estimaciones de otras adicciones como el alcoholismo o el juego patológico, podría decirse que aproximadamente pueden presentar problemas de adicción a Internet entre un 5-10% de todos los usuarios.

Figura 2

Página web de LasDrogas.info, sitio web de referencia en nuestro país, perteneciente al Instituto para el Estudio de las Adicciones, y declarado de interés para la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

En esta web se propone la utilización del primer cuestionario de 8 ítems de Young (1996b) como medida (y definición) de la adicción a Internet y se estima que alrededor del 5-10% de los usuarios de Internet podrían presentar problemas de adicción (véase el texto principal para contrastar otros datos, medición, y definición del problema).

actividades que antes requerían aparatos diversos (hablar por teléfono, ver la televisión, escuchar música, leer, ir de compras, charlar con amigos, ir al banco, buscar información...), pensar en una categoría diagnóstica de adicción para quien utilice en mayor medida o con mayor intensidad este medio no parece lo más adecuado, y así ha sido recogido en la más reciente edición del DSM (American Psychiatric Association, 2013).

Medida

Además de la definición y el consenso hay otra cuestión que parece crucial a la hora de decidir si existe o no la adicción a Internet y que hará que la balanza de los datos se incline hacia uno u otro lado. Es la cuestión de cómo medimos la adicción.

El cuestionario que más se ha utilizado y se sigue utilizando para medir la adicción a Internet es un sencillo cuestionario de 8 ítems desarrollado por Young en 1996 (Young, 1996a). Este cuestionario se encuentra aún hoy reproducido y disponible en numerosos sitios web, clínicas virtuales, y centros de referencia sobre adicciones (como es el caso de LasDrogas.info en nuestro país; véase Figura 2), de manera que cualquier usuario puede estimar por sí mismo su nivel de adicción. Curiosamente, sin embargo, se trata de un cuestionario que, por lo que sabemos, no ha sido aún validado ni sometido a una investigación rigurosa. La propia Young lo sustituyó en 1998 por un cuestionario de 20 ítems (también disponible en español en lasdrogas.info). Este segundo cuestionario, que aborda la cuestión con algo más de profundidad que el primero, utiliza criterios diagnósticos adaptados a partir de los utilizados en el diagnóstico de los trastornos de adicción a las sustancias, según el DSM, así como criterios propios de los trastornos del juego patológico. Este cuestionario sí ha sido objeto de investigación sistemática por diversos autores (Chang y Law, 2008). Según investigación realizada en 2004 por Widyanto y McMurrin, este cuestionario muestra una adecuada consistencia interna.

El principal problema que encontramos sin embargo, a día de hoy, con relación al problema de la medida de la adicción, es el exceso de cuestionarios existente y la poca o nula coincidencia entre los factores que miden unos y otros (véase Matute y Vadillo, 2012, para una revisión). No obstante, uno de los cuestionarios actuales que ha mostrado una buena consistencia interna y una adecuada fiabilidad test-retest es el de Demetrovics y colaboradores (2008), realizado a partir del cuestionario de 20 ítems de Young (1998). Es interesante desta-

car que este cuestionario, como muchos de los que se realizan en la actualidad, no se llaman ya, por lo general, cuestionarios de adicción a Internet, sino cuestionarios de uso problemático de Internet o de uso patológico, lo cual nos dice bastante sobre el cambio que está teniendo lugar en el área y sobre lo que intentan medir. No intentan ya medir adicción, ni demostrar que se trate de una adicción, sino demostrar únicamente si se está realizando un mal uso de la red, un uso que haga daño al individuo en cuestión o a las personas cercanas y significativas para él o ella.

Es interesante el cambio planteado en estos nuevos instrumentos pues medir uso inadecuado o problemático o patológico de Internet puede llevarnos a un mucho mayor consenso que intentar medir una adicción como posible causa del trastorno, lo que con toda probabilidad generará un mayor y más rápido avance científico y profesional en los próximos años, al tratarse ya ahora de un término neutral, meramente descriptivo, que no presupone etiología concreta. Pensamos que este es probablemente un gran avance que permitirá detectar más fácilmente a las personas que hacen mal uso de Internet y proporcionarles la ayuda que pudieran necesitar.

Cuando a veces hay problemas

Es indudable que a pesar de todo lo que hemos comentado en las páginas precedentes, hay muchas personas que tienen problemas en Internet. Ahora bien, ¿es esto debido a que Internet es adictivo o a que se hace un mal uso de la tecnología? Como ya indicábamos arriba, la mayoría de los investigadores que estudian estos problemas recomiendan, cada vez más, utilizar los términos «uso patológico de Internet» o «uso problemático» o «abuso de Internet» (p. ej., Caplan, 2002; Demetrovics y cols., 2008; Hansen, 2002; Shapira y cols., 2003; Yellowlees y Marks, 2007). Son los términos que quisiéramos recomendar desde aquí, porque se trata de términos neutros, algo que en ciencia es esencial para poder avanzar, pues se limitan a describir un problema y no presuponen ninguna causa o explicación (ya sea de adicción o de otro tipo), facilitando por tanto el consenso en la descripción y medición del problema y dejando abierta la cuestión más teórica y discutible sobre la verdadera causa (adicción o no).

En publicaciones previas (Matute, 2003; Matute y Vadillo, 2012) hemos defendido la existencia de tres tipos diferentes de usuarios entre los que a menudo han sido clasificados como adictos (o como usuarios con problemas). Pensamos que es esencial diferenciar claramente en-

tre los tres tipos, pues poco o nada tienen realmente que ver unos con otros. En realidad solo uno de los tres tipos podría quizá requerir algún tipo de actuación o terapia para solucionar su problema de uso excesivo o patológico de Internet son los siguientes:

Grupo 1. Como niños con zapatos nuevos

En el primer grupo de usuarios estarían aquellos que llevan menos de un año en la Red y están aún obnubilados, pasan en Internet todo el tiempo que pueden, conociendo gente, haciendo amigos, jugando, enviando bromas, charlando... necesitan mucho tiempo para ir aprendiendo. Están descubriendo todo un mundo nuevo y fascinante.

La misma Young (1998) reconoció que el 83% de las personas que su cuestionario clasifica como adictos son personas que llevan menos de un año en la Red. Lo interesante es que entre aquellos que llevan más de un año, el porcentaje de adicción desciende al 17%, siempre según Young, que es la mayor defensora de la idea de adicción como causa del uso problemático de Internet. Por tanto, en principio no creo que debamos preocuparnos por una supuesta adicción que se pasa sola, al cabo de un año aproximadamente, o que en cualquier caso, acaba por pasarse una vez que el usuario conoce ya la red, le resulta ya menos sorprendente, empieza a cansarse de las bromas de correo que se repiten una y otra vez, etc. Difícilmente podría un problema de adicción, o unas supuestas propiedades adictivas de un determinado medio, explicar un comportamiento problemático que se normaliza por sí solo con el tiempo.

En este mismo grupo debemos incluir también a muchos de esos niños y adolescentes a los que se les pasa la supuesta adicción con la edad, en cuanto tienen menos tiempo libre. Probablemente el hecho de que se cure con la edad, lo cual está también bien documentado (Chou y cols., 2005; Demetrovics y cols., 2008; Kandell, 1998; Tsai y Lin, 2003) es asimismo otro índice de que no se trata de una adicción ni es, en principio, preocupante. Las verdaderas adicciones no remiten con la edad.

Grupo 2. Personas con problemas, pero no de Internet

Un segundo grupo estaría formado por todas aquellas personas con problemas, que se muestran deprimidas en Internet, ansiosas, solitarias, violentas... Se ha escrito mucho por ejemplo sobre la rela-

ción entre adición a Internet y soledad o depresión (Bai y cols., 2001; Kraut y cols. 1998; Shapira y cols., 2000; Whang y cols., 2003). Incluso se ha propuesto que Internet sería la causa de la depresión de muchas de estas personas, pero lo cierto es que a día de hoy no podemos ya saber si hay más personas deprimidas en Internet o fuera de Internet sin confundir necesariamente alguna otra variable. Porque si bien es cierto que puede haber diferencias en el nivel de depresión de jóvenes y ancianos, o en el nivel de aislamiento de personas que viven en grandes ciudades o en pueblos pequeños, independientemente de que usen o no Internet, lo que va a resultar ya imposible a día de hoy es encontrar dos grupos de personas de la misma edad, de la misma clase social, nivel educativo, medio urbano o rural, equivalente nivel de inteligencia y de sociabilidad etc., es decir, dos grupos que sean equivalentes en todas las variables que pudieran estar afectando el resultado, y diferentes únicamente en que uno de los grupos usa Internet y el otro no. A día de hoy es ya prácticamente imposible encontrar estas muestras para poder investigar si efectivamente Internet causa o no problemas en la sociedad. Es más, incluso en el supuesto de que consiguiéramos demostrar que hay más deprimidos, o alcohólicos, o paranoicos, en Internet que fuera de Internet, seguiríamos sin saber si es Internet quien propicia el problema o si son las personas con más problemas quienes tienden a refugiarse más en Internet.

Muchas personas pueden tener un simple problema de hábito de estudios que propicia el que pasen mucho tiempo en Internet, pues resulta más entretenido que estudiar. Pueden tener también problemas de depresión, de pareja, de soledad, de adición a las drogas o al alcohol, de dificultades para relacionarse... pero incluso aunque estos problemas correlacionen con el uso de Internet, como a menudo se ha observado (Bai y cols., 2001; Kraut y cols. 1998; Shapira y cols., 2000; Whang y cols., 2003). el verdadero problema de estas personas no es Internet. En realidad, culpabilizar de un problema de pareja o de estudios o de drogadicción a las supuestas propiedades adictivas de la red puede no ser la mejor forma, ni la más responsable, de abordar todos estos problemas tan dispares. Propongo que dejemos por tanto en este segundo grupo a todas aquellas personas que tienen problemas y que pasan mucho tiempo en Internet, pero que su verdadero problema no es Internet. Son personas que muy posiblemente requieran ayuda psicológica, pero no para tratar una adicción, sino un problema de depresión o de relaciones sociales o de hábitos de estudio. Propongo por tanto centrar la discusión sobre si Internet es o no adictivo y perjudicial en las personas del Grupo 3.

Grupo 3. Personas a las que el uso de Internet está haciendo daño

Está tan extendido su uso que en realidad ni siquiera podemos saber ya qué es normal en el uso de Internet, pues hasta cierto punto depende de aspectos como cuánto tiempo estemos obligados a usar Internet para el trabajo, o cuántos objetos y actividades cotidianas estemos sustituyendo con Internet. Es evidente que una persona que pase sus días en Internet y utilice la red en sustitución tanto de la vieja enciclopedia que tenía en casa, como de la línea telefónica, la televisión, el correo, los libros, la música, hará un uso mucho mayor de Internet que aquella que siga utilizando estos servicios en su formato tradicional. Pero es muy cierto también que porque una persona esté leyendo en Internet en lugar de en papel, o viendo series en Internet en lugar de en televisión, o comprando en Internet en lugar de en el centro comercial, no podríamos decir que se trata de una persona adicta; ni siquiera de una persona que utiliza Internet de manera excesiva o problemática (aunque lo utilice con una frecuencia muy superior a la media). Es decir, no es el criterio del número de horas en Internet el que nos marca la existencia de un posible problema. Es más bien el hecho de que la persona se esté haciendo daño a ella misma o a sus allegados.

Y qué duda cabe de que a pesar de todo lo que hemos comentado en las páginas precedentes hay ocasiones en que efectivamente encontramos personas a las que parece que Internet está destrozando la vida, destrozando todos sus proyectos, devorando su tiempo y produciendo una patología difícil de clasificar en los grupos anteriores. Son estos casos en los que deberíamos centrarnos al hablar de una posible adicción a Internet, al ser únicamente estos los que, en principio, estarían causados por el uso de Internet. Descontemos por tanto, en primer lugar, a todas aquellas personas que pasan muchas horas en la red pero que están aún bajo los efectos de la novedad. Descontemos también a todos aquellos que tienen problemas de pareja, de estudios, de amistades, de aislamiento, de depresión, y pasan mucho tiempo en Internet pero no es Internet lo que causa su problema. Y dejemos únicamente a aquellas personas que no tenían ningún problema previo, que han superado ya ese primer año de deslumbramiento con las novedades que ofrece Internet, y que a pesar de todo pasan en Internet mucho más tiempo del que quisieran y se están haciendo daño a sí mismas o a las personas que son importantes para ellas. Estos deberían ser los casos a tener en cuenta si queremos demostrar que Internet es realmente adictivo; que si no fuera por Internet no estarían estas personas perdiendo su tiempo, su vida y su salud. ¿Demuestran

realmente estos casos la existencia de una adicción o lo que demuestran es un uso patológico de la red, y existe, al menos en principio, la posibilidad de explicarlos de manera alternativa?

Propuesta

Quisiera argumentar en primer lugar, que pese a que en los casos problemáticos incluidos en el Grupo 3 sí podría hablarse de un uso patológico de Internet, sería conveniente no hablar de adicción y hablar en cambio de uso patológico, o de abuso, o uso excesivo (véase Matute, 2003; Matute y Vadillo, 2012). Las principales justificaciones para ello son los que ya hemos esgrimido con anterioridad. Por un lado, el daño que, como ya comentamos anteriormente, podría estar causando el diagnóstico de adicción en niños y jóvenes que se acerquen por primera vez a las drogas y que acaben pensando que son tan poco peligrosas como lo es Internet para la gran mayoría de las personas. Por otro lado, la necesidad de utilizar un término neutral (abuso o uso patológico de Internet) que describe el problema, pero que no presupone causa o explicación alguna. De esta forma podemos proponer explicaciones alternativas, incluso para estos casos patológicos, que quizá poco o nada tengan que ver con la adicción.

Condicionamiento

Dado que todo lo analizado hasta ahora parece indicar que no se trata de una adicción, y dado que tampoco existe consenso profesional para utilizar el diagnóstico de adicción en estos casos de problemas producidos por el uso de Internet, considero que es muy necesario considerar la posibilidad de que las personas que realmente no tienen otros problemas que requieran atención o tratamiento y cuyo único problema parece deberse a las propiedades supuestamente adictivas de Internet, podrían estar mostrando un condicionamiento instrumental en lugar de una adicción.

Es cierto que a menudo, y sobre todo a nivel coloquial, se suele asumir que adicción es casi sinónimo de condicionamiento, pero conviene recordar que si bien las adicciones incluyen a menudo diversos aspectos del condicionamiento, son bastante más complejas y no se limitan a él. Merece la pena recordar y profundizar un poco en el concepto del condicionamiento para analizar cómo podría dar cuenta de muchos de los casos que estamos considerando como potencialmente adictivos.

Ejemplos de condicionamiento observamos en el niño que aprende a portarse mal para llamar la atención de los padres, y también la rata que, en la caja de Skinner, aprende a presionar una palanca para conseguir comida, reforzando de esta manera la conducta de presionar palancas, de modo que, en el futuro, cada vez que se encuentre cerca de una palanca y tenga hambre tenderá a presionarla de nuevo.

Se ha solido argumentar que el hecho de presionar palancas está fuera del control voluntario de la rata, que cada vez que se encuentre cerca de una palanca se sentirá impelida a presionarla de manera automática, sin ningún tipo de capacidad para poder modificar este comportamiento. Desde este punto de vista, podríamos llegar a decir incluso, que la rata es adicta a presionar palancas: en cuanto tiene delante una palanca algo absolutamente involuntario le impulsa a presionarla. Pero no, no es cierto. Y esto es importante y suele ser origen de una gran confusión. El condicionamiento instrumental no produce respuestas automáticas e incontrolables. No desarrolla la rata ninguna tolerancia ni dependencia al hecho de presionar palancas: si le damos la oportunidad de conseguir comida realizando otra conducta totalmente diferente realizará la otra conducta, o presionará la palanca, en función de cuál de las dos conductas sea más o menos costosa, cuál produzca un pienso más sabroso, etc. Es más, numerosos experimentos han mostrado que si el tipo de comida que está acostumbrada a conseguir presionando la palanca, llamémoslo «Pienso A», hacemos que se convierta en algo aversivo y nauseabundo para esa rata (asociándolo con alguna sustancia que provoque malestar gástrico), lo que hará la rata la próxima vez que vea la palanca será sencillamente no tocarla (p. ej., Adams y Dickinson, 1981). Es decir, la rata no muestra la más mínima adicción por presionar la palanca; solamente una tendencia a presionarla si de esa forma obtiene algo que desea. Dejará de presionar la palanca en cuanto ésta deje de producir los resultados deseados, o en cuanto el resultado que el animal sabe que conseguirá presionando esa palanca (p. ej., el Pienso A) deje de interesarle. Y presionará la palanca con menos frecuencia si existen otras formas alternativas y variadas de obtener los mismos premios o reforzadores. Esto es importante si queremos que una persona deje de «presionar la palanca» de Internet: deberá buscar la forma de obtener la misma gratificación, o su equivalente, por medio de otra conducta alternativa. Si lo consigue, será sencillo para ella reducir el uso de Internet.

En otro momento se pensó que el condicionamiento funcionaba de forma automática e incontrolable, por mera asociación E-R (Estímulo-Respuesta), que obligaría al organismo a emitir la respuesta de manera automática al encontrarse con el estímulo. Esta idea ha per-

manecido a menudo viva en la psicología aplicada, y es una de las que a menudo lleva incluso a muchos profesionales a confundir adicciones con condicionamientos. A nivel de investigación se ha comprobado que esto no es así, y que además de las asociaciones Estímulo-Respuesta se aprenden otra serie de asociaciones que son tan importantes como aquellas y que sirven precisamente para que el organismo no emita la conducta si no le interesa obtener el resultado que sabe que producirá en presencia de ese estímulo. Son las asociaciones Respuesta-Consecuencia, que en los primeros años no se contemplaron por todo lo que implican de intencionalidad en la conducta del organismo: realizamos una conducta cuando deseamos obtener determinada consecuencia. Este tipo de asociaciones no descartan la existencia de asociaciones Estímulo-Respuesta más automáticas, que se evidencian especialmente en la formación de hábitos, pero las complementan y nos proporcionan una fotografía mucho más realista de lo que está ocurriendo en muchos de los condicionamientos que aprendemos a diario. El lector interesado en completar la información sobre los diferentes tipos de asociaciones que se desarrollan en el condicionamiento podrá encontrarla en cualquier libro de Psicología del Aprendizaje publicado en los últimos 10-15 años aproximadamente (p. ej., Domjan, 2003; Pellón y Huidobro, 2004; Pineño, Vadillo y Matute, 2007).

Teniendo esto en cuenta, lo que propongo es, por tanto, que de la misma manera que la rata que está presionando palancas con mucha frecuencia para conseguir comida sabemos que no muestra una adicción a presionar palancas sino un condicionamiento, tampoco la persona que utiliza Internet con frecuencia está reflejando una adicción, sino un condicionamiento. El condicionamiento puede llegar a ser muy potente. Probablemente sea un excelente ejemplo de condicionamiento instrumental la persona que obtiene en Internet los reforzadores sociales que no obtiene fuera de la red, quizá por timidez, por vivir en una zona aislada, por tener algún tipo de defecto físico, o simplemente por falta de tiempo para relacionarse. Si esto es así, no debería extrañarnos que vuelva a Internet una y otra vez en busca de esos reforzadores tan deseados y tan necesarios para cualquier persona: aprobación, apoyo social, cariño, reconocimiento social, influencia, amistad. Si por la razón que sea no los consigue fuera de la red pero sí los consigue en Internet, lo que deberá evaluar es si efectivamente quiere usar menos Internet porque se está haciendo daño a sí misma o a otras personas. Y si es así, será prioritario encontrar la forma de obtener esos reforzadores fuera de la red, de manera que deje de ser necesario buscarlos online (véase también Madrid, s/f; Matute, 2003, y

Matute y Vadillo, 2012, para diversas estrategias que pueden utilizarse para reducir el tiempo online).

Condicionamientos, en cualquier caso, sufrimos todos nosotros, todos los días, y en todos los órdenes de la vida. El condicionamiento puede ser tanto beneficioso como perjudicial, y lo que es muy importante destacar aquí es que el resultado del condicionamiento no es otra cosa que un comportamiento aprendido, y por tanto, lo mismo que se aprende puede desaprenderse y extinguirse. Explicar a una persona que dedica excesivo tiempo a Internet que el problema que tiene no es que Internet sea adictivo sino que ella ha aprendido unos patrones de comportamiento que podría desaprender si se lo propusiera es muy importante, pues hace recaer nuevamente la responsabilidad en la persona, así como en su deseo (o no) de obtener gratificaciones de manera diferente a como las está obteniendo. Reduce además la carga de enfermedad que conlleva el diagnóstico de adicción, para incrementar sin embargo las connotaciones educativas y de entrenamiento y técnicas que son necesarias para vencer un condicionamiento. Se trata de desaprender un hábito adquirido y para lograrlo hay técnicas basadas en la evidencia que podemos utilizar (p. ej., Martin y Pear, 2007), y muchas de ellas podrán ser incluso puestas en práctica por el propio usuario sin necesidad de un seguimiento constante por parte del terapeuta.

Resumen y conclusiones

A lo largo de este trabajo hemos visto, en primer lugar, que no existen motivaciones históricas para aceptar la existencia de la adicción a Internet. Hemos visto también las dificultades que plantea la definición del término, que no se ajusta a lo que sugiere el diccionario, y que podría incluso producir efectos indeseados si los jóvenes que se acercan por primera vez a las drogas acabaran pensando que la adicción no es peligrosa ya que es algo parecido a la adicción a Internet. Tampoco existe consenso profesional y el diagnóstico de adicción a Internet ha sido explícitamente excluido de la más reciente edición del DSM, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). No existe tampoco una medida unificada o aceptada para poder cuantificar la posible adicción, y los cuestionarios más recientes suelen utilizar ya el nombre de «Cuestionario de uso problemático de Internet», más que «Cuestionario de adicción a Internet». Los datos existentes, por otro lado, son tremendamente confusos y variables, tanto como lo son la definición y los instrumentos de medida que se utilizan.

Por todo ello las recomendaciones que quisiera hacer llegar desde aquí serían las siguientes:

- a) Utilizar la categoría más neutra de «uso problemático» o «uso patológico» de Internet en lugar de la categoría de adicción, de modo que la cuestión más teórica y discutible sobre la causa posible del problema quede abierta y que no confundamos la investigación de un problema (uso problemático) con el de su posible causa (adicción o no).
- b) Dividir en tres grupos diferentes a las personas que suelen ser clasificadas como adictas a Internet y centrarnos únicamente en aquellas personas que tienen problemas que sean debidos únicamente a Internet y que además hayan superado ya el año inicial de deslumbramiento con las novedades de la red.
- c) Considerar la posibilidad alternativa de que los pocos casos incluidos en el grupo de uso problemático de Internet puedan en realidad ser debidos a un condicionamiento, más que a una adicción, y deban ser, por tanto, tratados como tales.

Referencias

- Adams, C.D. & Dickinson, A. (1981). Instrumental responding following reinforcer devaluation. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 33B, 109-122.
- Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA Ediciones.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (DSM-5). Washington, DC: Author.
- Bai, Y.-M., Lin, C.-C., & Chen, J.-Y. (2001). Internet addiction disorder among clients of a virtual clinic. *Psychiatric Services*, 52, 1397.
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet Addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165 (3), 306-307.
- Chang, M. K., & Law, S. P. M. (2008). Factor structure for Young's Internet Addiction Test: A confirmatory study. *Computers in Human Behavior* 24, 2597-2619.
- Chou, C., Condrón, L., & Belland, J. C. (2005). A review of the Research on Internet addiction. *Educational Psychology Review*, 17, 363-388.
- Demetrovics, Z., Szeredi, B., & Rózsa, S. (2008). The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods* 2008, 40 (2), 563-574.
- Domjan, M. (2003). *Principles of Learning and behavior*. 5th edition. Belmont, CA: Thomson/Wadsworth. [Traducción española: Principios de aprendizaje y conducta. (5.ª Edición). Madrid: Thomson-Paraninfo].

- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hansen, S. (2002). Excessive Internet usage or «Internet addiction»? The implications of diagnostic categories for student users. *Journal of Computer Assisted Learning*, 18, 232-236.
- Kandell, J. J. (1998). Internet addiction on campus: The vulnerability of college students. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 11-17.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53, 1017-1031.
- Madrid, N. (s/f). *La adicción a Internet. Psicología Online*. Disponible en <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/nacho/ainternet.htm>
- Martin, G., & Pear, J. (2007). *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla* (8.ª edición). Madrid: Prentice Hall.
- Matute, H. (2003). *Adaptarse a Internet: Mitos y realidades sobre los aspectos psicológicos de la red*. La Coruña: La Voz de Galicia.
- Matute, H. & Vadillo, M. A. (2012). *Psicología de las nuevas tecnologías: De la adicción a Internet a la convivencia con robots*. Madrid: Síntesis.
- Pellón, R., & Huidobro, A. (Eds.) (2004). *Inteligencia y aprendizaje*. Barcelona: Ariel.
- Pineño, O., Vadillo, M. A., & Matute, H. (Eds.) (2007). *Psicología del Aprendizaje*. Badajoz: Abecedario.
- Real Academia Española (s/f) *Diccionario de la lengua española*. Edición electrónica, en línea, con actualizaciones periódicas, consultada por última vez el 2 de diciembre de 2013 en <http://rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck, P. E., Jr., Khosla, U. M., & McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57, 267-272.
- Shapira, N. A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S. T., Lazoritz, M., Gold, M. S., & Stein, D. J. (2003). Problematic Internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depresión & Anxiety*, 17, 207-216.
- Tsai, C. C., & Lin, S. S. (2003). Internet addiction of adolescents in Taiwan: an interview study. *Cyberpsychology and Behavior*, 6(6), 649-652.
- Whang, L. S., Lee, S., & Chang, G. (2003). Internet over-users' psychological profiles: A behavior sampling analysis on Internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 143-150.
- Widyanto, L., & McMurrin, M. (2004). The psychometric properties of the Internet addiction test. *CyberPsychology & Behavior*, 7, 443-450.
- Yellowlees, P.M. & Marks, S. (2007). Problematic Internet use or Internet addiction? *Computers in Human Behavior*, 23, 1447-1453.
- Young, K. S. (1996a). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899-902.
- Young, K. S. (1996b). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Paper presented at the 104th Annual Meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.[Este artículo fue publi-

cado posteriormente con el mismo título, en 1998, en *CyberPsychology & Behavior*, 1, 237-244.]

Young, K. S. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction—and a winning strategy for recovery*. New York: Wiley.

Capítulo 2

La importancia de los factores cognitivos en la adicción al juego

F.J. Labrador

1. Introducción

El juego patológico es un fenómeno poco accesible a explicaciones lógicas. ¿Por qué juega un jugador patológico? ¿Por qué una persona sigue gastando su tiempo y su dinero en una actividad como el juego, a pesar de que su reiterada experiencia le tiene que haber puesto de relieve que, a la larga, el juego solo le produce problemas económicos, familiares, sociales, laborales, etc.? La respuesta más sencilla y acertada es que, como el resto de las personas, juega para obtener una recompensa, juega para ganar un premio. Pero si juega reiteradamente a medio o largo plazo sólo puede perder, las expectativas de ganancia en el juego se reducen conforme más frecuente sea la conducta de jugar. ¿Por qué entonces un jugador que ha jugado reiteradamente y ha podido comprobar que a la larga siempre pierde, sigue jugando. Se han desarrollado muchas y muy diversas estrategias para tratar de explicar esta desafiante paradoja, se tratarán de revisar a continuación las principales.

2. Variables sociodemográficas

Una de las primeras direcciones para buscar explicaciones a casi todo problema nuevo en Psicología (y en otras áreas) ha sido, dirigirse a identificar las características sociodemográficas de los jugadores patológicos para ver si a partir de éstas se podían establecer diferencias.

Se han considerado aspectos como la edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, características sociales y educativas, etc, con el objetivo de constatar si alguno de éstos puede caracterizar a los jugadores como grupo frente a los no jugadores. Pero los resultados son poco alentadores, no es posible establecer un perfil sociodemográfico que caracterice al jugador. Hay jugadores patológicos jóvenes y adultos, hombres y mujeres, de todos los niveles socioeconómicos y con todos los posible niveles educativos. Con todo de forma sistemática ha aparecido, tanto en España como en países de su entorno, que los problemas de juego patológico son más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres, señalándose diferencias desde 3:1 hasta 10:1

En esta misma línea se ha atendido también a factores familiares, tales como la presencia de problemas de juego o alcohol en la familia, una disciplina familiar inapropiada (ausencia, inconsistencia o permisividad), desorganización familiar o valores familiares que se apoyan sobre todo en los símbolos materiales, pero los resultados no aclaran mucho más (un análisis más completo puede consultarse en Labrador y Becoña, 1994; Fernández-Alba y Labrador, 2005).

3. Variables personales

El paso siguiente ha sido, como es habitual, tratar de identificar características de la propia persona que predispongan o favorezcan su inclinación al juego. Para lograr este objetivo se ha trabajado en dos direcciones, búsqueda de factores biológicos y de factores de personalidad.

3.1. Factores biológicos

Con respecto a los factores biológicos, se han desarrollado diversas líneas de investigación, entre las que pueden señalarse las siguientes (Saiz 2005): Problemas de impulsividad y déficits de atención, disfunción del sistema noradrenérgico, déficits serotoninérgicos o en la transmisión de serotonina, alteraciones en el gen receptor de la dopamina D₂, alteraciones de los sistemas de opiáceos endógenos, etc. Los resultados son escasamente concluyentes, incluso con frecuencia contradictorios, presentándose además el problema de si la alteración biológica es causa, producto o mero acompañante del juego patológico. Además, es cuestionable el valor real de estos factores biológicos, dado el escaso efecto que parecen tener en la población cuando el juego no está legalizado (Labrador, 2012).

3.2. Factores de personalidad

Alternativamente se ha buscado algún rasgo o característica de personalidad que facilite o permita explicar el desarrollo de esta adicción. La investigación sobre rasgos generales como neuroticismo, extroversión o psicoticismo ha obtenido resultados contradictorios (Blaszczynski y McConaghy, 1989; Dickerson, Cunningham, England, y Hinchey, 1991; Roy, Custer, Lorenz, y Linnoila, 1989). También se han buscado diferencias en factores más específicos, como el Locus de control (Kweitel y Allen, 1998), y en especial el factor de «búsqueda de sensaciones» (Zucherman, 1979). Pero ni los trabajos sobre dimensiones o factores generales de personalidad, ni los dirigidos al estudio de factores más específicos han llegado a algo más que obtener resultados poco precisos y contradictorios, sin avances en las posibilidades de explicar este problema. Como en muchos otros ámbitos de la psicología, explicar la conducta de juego por un factor interno único suele ser una estrategia poco eficaz.

4. Factores de condicionamiento clásico y operante

Otras líneas de explicación como las desarrolladas a partir de modelos de condicionamiento (clásico y operante) y aprendizaje humano, han tenido una mayor eficacia explicativa. Factores como el modelado de padres, familiares y amigos, el condicionamiento de la activación, o el efecto operante de los premios sobre la conducta de juego (especialmente relevante en los primeros momentos), sin duda son importantes y deben tenerse en cuenta. De hecho es frecuente encontrar en la historia inicial de los jugadores patológicos la presencia de uno o más premios importantes en los primeros momentos. No obstante, aunque aportan una información interesante, no parecen lo suficientemente decisivos para explicar la complejidad de la conducta del juego patológico.

5. Características del juego

Es evidente que no se juega lo mismo a todos los juegos de azar, ni todos los juegos de azar tienen la misma capacidad para generar problemas a los jugadores. Diversas variables o características de los juegos los hacen más proclives a facilitar la aparición de problemas en los jugadores, a continuación se consideran algunas de las más relevantes.

En primer lugar se han de tener en cuenta las *variables situacionales*, y entre ellas la considerada más relevante parece ser la *accesi-*

bilidad al juego. Tanto la accesibilidad histórica al mismo (permite una cierta integración cultural, caso de la Lotería de Navidad en España), como especialmente la accesibilidad actual, pues si el juego está accesible permitirá o hará más fácil su práctica. Así, en España, es muy fácil acceder a las máquinas recreativas, omnipresentes en casi cualquier bar o cafetería, lo que han colaborado a la alta frecuencia de su uso, mientras que las dificultades para acceder a los casinos, en especial en las grandes ciudades, ha sido relevante a la hora de limitar su uso.

Otros aspectos que deberían ser muy importantes, tales como la tasa de devolución de premios, o las probabilidades reales de ganar, suelen ser poco consideradas por los jugadores a la hora de acceder al juego.

Con respecto al propio juego es de destacar la importancia del *poter adictivo* que tiene cada juego. Ente los factores que incrementan este valor adictivo, además de su accesibilidad ya considerada, están: que permita apuestas bajas, jugar de forma continuada y reiterada, la posibilidad de obtener premio de forma inmediata, la presencia de estímulos que atraigan la atención sobre el juego o los resultados (sonidos, luces, etc.) o un cierto grado de tensión emocional durante el juego.

También hay que destacar la capacidad del juego para generar cierta ilusión de control en el jugador, utilizando estrategias para intentar enmascarar la noción de azar, entre ellos dotar al jugador de un papel activo, facilitar la percepción de habilidad con relación al juego, el nivel de complejidad el mismo y el tipo de contacto con el juego.

Finalmente no se deben perder de vista los aspectos lúdicos y sociales del juego. Para algunas personas el juego se convierte en una forma habitual de diversión y, en muchos casos, una diversión que comparte con amigos o conocidos (juegos de cartas, bingo, casinos, apuestas deportivas, etc).

6. Nivel de activación

Ya desde los primeros momentos se ha defendido la idea de que los juegos de azar son excitantes, y que esa excitación que producen puede ser una de las causas más importantes, para el desarrollo y mantenimiento del juego patológico.

La consideración de la activación o excitación como factor determinante del juego ha facilitado la defensa del juego como una adicción, una adicción en la que la activación podría estar provocando las sensaciones de *deseo* («craving») y, en consecuencia, «empujando» al jugador a jugar de forma reiterada y sin control. En este sentido, se considera al ju-

gador patológico como un adicto más, en el que, como en los adictos a la heroína o al alcohol, aparecerían efectos de tolerancia y síndrome de abstinencia, pero a falta de una droga física, serían la activación y sus alteraciones la «droga» responsable de estos efectos. Los jugadores experimentarían durante el juego niveles de excitación o activación extraordinariamente elevados, que los percibirían muy placenteros y serían un factor determinante del desarrollo y mantenimiento de su conducta de juego patológico. La ausencia de juego, y en consecuencia la caída de los niveles de excitación, llevaría al desarrollo del «síndrome de abstinencia», que empujaría a los jugadores a su conducta de juego como forma de conseguir reducir este síndrome de abstinencia y alcanzar los niveles de activación-excitación percibidos como óptimos (Labrador y Rubio, 2010).

Pero la evidencia empírica, no permite asegurar el valor de la activación en el desarrollo y mantenimiento de la conducta de juego. Ni siquiera hay evidencia suficiente para confirmar que se da esa activación especial en los jugadores patológicos y no en el resto de las personas, en especial cuando están jugando (Diskin, Hodgins y Skitch, 2003; Griffiths, 1993; Labrador y Rubio 2012; Rubio, Fernández-Alba, Labrador, Salgado, y Ruiz, 2002). Las conclusiones de Labrador y Rubio (2010) al respecto pueden ser ilustrativas:

A la luz de los resultados parece la alternativa más aconsejable orientar los esfuerzos en el estudio del juego patológico en otras direcciones. Desde un punto de vista teórico es difícil que cambios tan toscos como las alteraciones de la TC, la RDE, u otros índices psicofisiológicos similares, que simplemente reflejan una menor o mayor activación simpática general, puedan precisar aspectos tan concretos como el por qué en un determinado momento una persona se acerca al juego, por qué después de acercarse y con independencia de otros aspectos sigue o no jugando, y por qué, posteriormente, cuando su vida está completamente destrozada sigue jugando o decide dejarlo (Labrador y Rubio, 2010, p. 162).

7. Factores cognitivos

7.1. Los sesgos o distorsiones cognitivas

Dado que el resultado del juego de azar no es predecible ni controlable, y que la esperanza matemática y/o lógica de ganancia es negativa y tanto más cuanto más se juegue, ¿por qué juega un jugador a juegos de azar, en especial por qué juega de forma reiterada? La explicación más plausible es que juega porque tiene ciertos pensamientos

irracionales (sesgos o errores cognitivos) en relación con el juego. Sólo si una persona considera que puede predecir o controlar los resultados del juego, parece lógico que juegue, incluso que arriesgue cantidades importantes de dinero, confiando en que finalmente va a conseguir el premio. Pero la realidad es que los juegos de azar, por definición, no son controlables ni predecibles.

El desarrollo de sesgos o errores cognitivos es relativamente frecuente en el comportamiento humano. Las personas no manejan ni analizan la información proveniente de su entorno como lo hace un científico. En especial, cuando una persona ha de enfrentarse a tareas complejas, cuyos resultados son inciertos o difícilmente predecibles, como son las tareas basadas en probabilidades complejas (caso de los juegos de azar). Enfrentadas a este tipo de retos, es habitual que las personas, en lugar de considerar o calcular las probabilidades reales, lo que supondría una tarea ardua o incluso irrealizable, trata de simplificar toda esa información inmanejable, atendiendo sólo a una parte de ésta, «sesgando» o «distorcionando» la realidad. Esta simplificación facilita la tarea, pues considerando sólo una pequeña parte de la información es posible controlarla. Pero puede tener también efectos negativos, pues es posible que al sesgar la información ésta no represente de forma adecuada la realidad, por lo que puede llevar a extraer conclusiones inadecuadas.

En el caso de los juegos de azar, estos sesgos cognitivos pueden llevar a conclusiones irracionales sobre las probabilidades de predecir o controlar los resultados de una actividad controlada por el azar, es decir, impredecible e incontrolable. Por si no queda claro el poder de las distorsiones cognitivas referidas a los juegos de azar, puede ser pertinente en este momento delimitar el concepto de juego de azar. Por definición, un juego de azar es aquel juego que no da la oportunidad al jugador de utilizar su habilidad o de influir en el resultado de ninguna manera, puesto que el resultado está *controlado*, como su nombre indica, por el azar. Aunque en muchos juegos de azar, como en las máquinas recreativas, se dé al jugador la posibilidad de interactuar con la máquina para intentar influir en el resultado, en realidad es la probabilidad preestablecida en la máquina (en este caso marcado por las tasas de devolución impuestas por el estado) y, no la habilidad, la que determina los resultados del juego.

7.2. Principales distorsiones cognitivas en el juego

En los juegos de azar, los «sesgos» o distorsiones cognitivas pueden ser muy variados, puede considerarse que se pueden controlar los

resultados o al menos predecirlos, que se tiene algo especial llamado «suerte» que determinará el éxito, o interpretara de manera inadecuada el resultado del juego al tener en cuenta sólo las veces que se ha ganado sin considerar todas las veces que se ha jugado. Sesgos o pensamientos irracionales de este tipo pueden explicar por qué una persona se implica de forma excesiva en una actividad que a la largo sólo produce pérdidas. Aunque se han considerado un número importante de distorsiones o sesgos cognitivos, entre los sesgos cognitivos considerados más importantes en el juego pueden señalarse los siguientes (Labrador, 2010):

- Ilusión de control*: Creencia en que el resultado del juego depende más de la actuación propia que del azar. Se piensa que ciertas estrategias permitirán controlar el juego y ganar. Algunas características de los juegos, como la presión para tomar decisiones (apretar o no botones en máquinas recreativas), ayudan a generar este sesgo cognitivo. Así, muchos juegos (ruleta, blackjack, tragaperras, etc) están diseñados de forma tal que los jugadores deban tomar constantemente decisiones, lo que facilita la sensación de estar influyendo en el resultado.
- Predicción de resultados*: El jugador piensa que puede predecir el resultado del juego. Esta capacidad puede deberse a aspectos «mágicos» como una intuición, una sensación o evento especial, pero es más frecuente que se deba a aspectos más realistas y activos, como haber estudiado el desarrollo del juego (análisis de jugadas anteriores o de la frecuencia de los premios, etc.). Es posible que el jugador tenga claro que es el azar el que controla el juego y él no puede hacer nada por controlarlo, por lo menos puede predecirlo.
- Azar como proceso autocorrectivo*. Se piensa que el azar es un proceso que se autocorriga, en el que una desviación en cierta dirección lleva a una desviación en la dirección opuesta. En concreto, en el juego, se piensa que la probabilidad de un evento futuro aumenta tanto más cuanto mayor haya sido la aparición del evento contrario en las jugadas anteriores. Es decir, si al lanzar una moneda ha salido cara, es más probable que la vez siguiente salga cruz. Como si el resultado de la primera tirada influyera en la segunda, en lugar de ser eventos independientes. La misma distorsión provoca pensar que tras un gran número de jugadas sin premio es más probable que aparezca éste en la siguiente, o que el premio será mayor cuanto más tiempo lleve sin salir.
- Suerte como responsable de los resultados*. El concepto de «suerte» hace referencia a un aspecto no definido ni preciso,

pero que se considera como un factor que determina los resultados del juego. El jugador considera que tiene algo especial, «la suerte», bien de forma permanente o episódica, gracias a la cual se ven muy incrementadas sus posibilidades de ganar, con independencia de las acciones que lleve a cabo durante el juego. Es posible que el jugador considere que no puede ni controlar ni predecir los resultados del juego, pero tiene esa cosa especial, «la suerte», que le hará ganar en el juego.

- *Sesgo de las explicaciones post hoc*. Tras la realización de la jugada, aunque los resultados vayan en contra de sus predicciones o estrategias, el jugador no se sorprende sino que interpreta lo ocurrido de forma tal que cree que realmente predijo el resultado. Si cree que predijo los resultados adversos pasados considerará que también puede predecir los resultados futuros. Este sesgo se convierte en un obstáculo para el aprendizaje, ya que cuando se cree que los resultados adversos se predijeron también se cree que pueden ser predichos en el futuro, de manera que la presencia o no de presentimientos u otras claves irrelevantes determinará el carácter futuro de los resultados.
- *Atribución flexible*. Tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias (factores personales) y los fracasos a influencias de otro tipo (factores externos). El jugador considera que tiene las habilidades necesarias para ganar en el juego, pero a veces se interponen algunos eventos accidentales que impiden obtener éxito, no obstante, él sigue disponiendo de estas habilidades, por lo que acabará ganando.
- *Perder por poco*. El jugador considera que ha estado «cerca» de ganar por la supuesta proximidad del resultado a su opción. Es decir, si en lugar del tener el número premiado (3345) tiene un número próximo (3346) no considera que ha perdido, sino que «casi» ha ganado. Como si fuera diferente perder por poco o por mucho. Perder por poco o casi ganar puede extenderse hasta casi cualquier resultado (mi numero comenzaba o acababa por la misma cifra, tiene las mismas cifras pero en distinto orden, tiene tres cifras iguales, etc.). Este fenómeno alienta al jugador a pensar que lo que está haciendo funciona y que cada vez está más cerca del premio, que «se está acercando» a ganar.
- *Correlación ilusoria y Supersticiones*. Se considera que algunas variables o eventos que no tienen realmente ninguna relación, están relacionadas. Este pensamiento suele surgir a partir de alguna asociación accidental (iba de rojo el día que gané en el bingo, o me había santiguado tres veces, etc.). Pensar que ciertas

conductas pueden sobre el resultado del juego puede facilitar comportamientos extravagantes (decir palabras cariñosas u obsenas a la máquina, ir a jugar con cierta prenda, etc.)

- Fijación en las frecuencias absolutas*. Se tiene en cuenta la frecuencia absoluta (número de veces que se ha ganado), sin considerar la frecuencia relativa (porcentaje de las jugadas en que se ha veces ganado). El jugador sólo considera lo que ha ganado sin tener en cuenta el total de lo invertido.
- Heurístico de la disponibilidad*. La facilidad con la que un evento puede ser rescatado de la memoria afecta a la probabilidad considerada a la hora de establecer los juicios. Es esperable que a través de la publicidad que se hace de los ganadores de lotería, o del estruendo llamativo de una máquina recreativa cuando da premios, se recuerden mejor estos episodios de ganancias que los de pérdidas y por ello se juzguen como más probables.
- Personificación de la máquina*: Consiste en la atribución de cualidades humanas a la máquina, como por ejemplo intenciones o sentimientos. El jugador atribuye a la máquina voluntad propia o capacidad de tomar decisiones para darle premios o quitárselos, para engañarle. La máquina es la responsable de que consiga o no los premios, pese a su esfuerzo, etc. Por eso el jugador habla con la máquina, haciéndole comentarios, reproches o peticiones, etc. (Por ejemplo, «Me estás engañando», «Hoy me parece que le caigo bien a la máquina» «Tú, imbécil (a la máquina) ¿quieres darme ya un premio?»).

Los sesgos y la frecuencia con que aparecen en cada jugador pueden ser muy dispares, pero el resultado es similar: de una u otra forma (controla el proceso o predice el resultado, tiene «suerte», etc.), el jugador está convencido de que conseguirá ganar en los juegos de azar. Con este convencimiento es muy difícil que deje de jugar, en especial si ya ha entrado en la espiral de pérdidas importantes de dinero e intento de recuperación. Si está convencido que ganará, el juego se presenta como la forma más rápida y segura de recuperar el dinero.

7.3. Investigaciones sobre las distorsiones cognitivas en el juego

Se han desarrollado un número considerable de investigaciones encaminadas a identificar la presencia de distorsiones cognitivas en los jugadores patológicos (Gaboury y Ladouceur, 1989; Griffiths, 1994; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996, Fernández-Alba, Labrador,

Rubio, Ruiz, Fernández, y García, 2000; Labrador y Fernández-Alba, 2002; Labrador y Mañoso, 2005). La presencia de distorsiones cognitivas, en jugadores patológicos, se ha constatado utilizando dos tipos de procedimientos: a) Observación de las verbalizaciones de los jugadores durante el juego («método de pensar en voz alta») y b) Autoinformes retrospectivos.

En los trabajos de nuestro equipo de investigación en la Universidad Complutense (ver Labrador, 2010), hemos encontrado, considerando tanto la observación de las verbalizaciones, como los autoinformes retrospectivos, que:

- a) Los jugadores patológicos tienen un elevado porcentaje de pensamientos irracionales durante el juego al respecto de las estrategias para ganar (97%).
- b) Este porcentaje de pensamientos irracionales durante el juego al respecto de las estrategias para ganar es significativamente superior al de las personas sin problemas de juego (97% frente a 83%).
- c) El tipo de errores o sesgos cognitivos de jugadores patológicos y personas sin problemas de juego es diferente. Entre los jugadores patológicos predominan *Azar como proceso autocorrectivo*, *Predicciones* y *Personificación de la máquina*. Entre las personas sin problemas de juego *Ilusión de Control*, *Creencia en la suerte* y *Fijación en frecuencias absolutas*.
- d) La aplicación de un tratamiento psicológico que incluye entre las técnicas aplicadas *control estimular*, *reestructuración cognitiva* y *exposición*, es eficaz para mejorar a los jugadores reduciendo de forma significativa la conducta de juego.
- e) Tras el tratamiento psicológico se produce, en los jugadores patológicos, una modificación en los sesgos referidos a *Azar como proceso autocorrectivo*, *Predicciones* y *Personificación de la máquina*, de forma que ya no se diferencian en éstas de las personas sin problemas de juego.

La figura 1 puede servir para ilustrar este proceso de cambio en las distorsiones cognitivas como consecuencia del tratamiento psicológico. Pueden verse las diferencias en distorsiones cognitivas entre los jugadores antes del tratamiento y las personas del grupo de control sin problemas de juego. Puede verse que no en todas las distorsiones las puntuaciones de los jugadores son superiores a las de las personas del grupo de control. De hecho en algunas de las distorsiones son superiores las puntuaciones de las personas sin problemas de juego. También puede observarse el cambio que se produce en las distorsiones de los jugadores

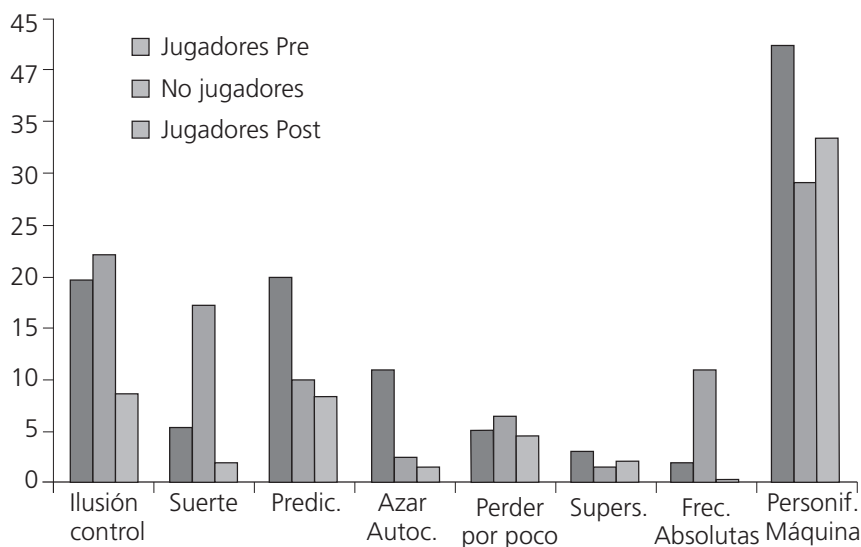


Figura 1

Puntuaciones en los 8 tipos de distorsiones cognitivas de los jugadores antes y después del tratamiento y de un grupo de control sin problemas de juego

(Labrador, 2010)

después del tratamiento, cambio que no sólo lleva a reducir los valores previos al tratamiento, sino también a valores similares o inferiores a los del grupo de control.

7.4. Consideraciones finales

En resumen: parece que en el desarrollo y mantenimiento de la conducta de juego patológico es determinante la presencia de sesgos o distorsiones cognitivas que le lleven a pensar que puede ganar en el juego. Pero estos sesgos no son exclusivos de los jugadores. Las personas sin problemas de juego también presentan sesgos cognitivos, incluso en elevados porcentajes, aunque eso sí menores que los jugadores. Sería interesante poder establecer un punto de corte, tanto para identificar personas en riesgo y realizar un trabajo preventivo, como para el tratamiento de los jugadores patológicos (¿Hasta dónde corregir los sesgos?). También el tipo de sesgos es diferente. La conclusión

no es que los jugadores patológicos lo son porque tienen sesgos cognitivos respecto al juego, lo que los distingue de los no jugadores es que tienen más sesgos y también «algunos» sesgos especiales o simplemente diferentes. Es decir, todas las personas tienen sesgos, pero sólo los que tienen determinados tipos de sesgos y de determinada intensidad, parecen propensos al desarrollo de problemas con el juego.

Las implicaciones de estos resultados de cara a la evaluación y al tratamiento de los problemas de juego patológico son importantes. Por lo que hace referencia a la evaluación es evidente que debe perfilarse una análisis más específico de las distorsiones cognitivas, centrándose especialmente en los tipos de distorsiones que han aparecido más relevantes para los jugadores patológicos. Esta evaluación debe mantenerse a lo largo del tratamiento y seguimiento para constatar como evolucionan los sesgos más importantes. Por lo que hace referencia al tratamiento debe incluirse una intervención dirigida a modificar las distorsiones de los jugadores, en especial las más relevantes. Una actuación centrada en estos tres tipos de sesgos debería ser más eficaz y también tener efectos más rápidos, implementando en consecuencia de forma sustancial el valor de los tratamientos del juego patológico.

Por último, conviene no perder de vista una perspectiva más general del problema del juego patológico. Se está ante un problema complejo y que está determinado o facilitado por muchos factores. Parece fuera de duda que las distorsiones son uno de estos factores, incluso es posible que sea uno de los más relevantes. Pero se han de tener en cuenta toda otra serie de factores que sin duda están colaborando al desarrollo del problema. La accesibilidad al juego o su capacidad para producir distorsiones, determinadas características de las personas y también del ambiente habitual en que se desarrollan, consideraciones sociales sobre el juego o los jugadores y leyes reguladoras de éste, efectos momentáneos frente a consecuencias demoradas, etc.

8. Referencias bibliográficas

- Blaszczynski, A. P. y McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *The international Journal of the Addictions*, 24: 337-350.
- Dickerson, M., Cunningham, R., England, S. L. y Hinchey, J. (1991) On the determinants of persistent gambling: III. Personality, prior mood, and poker machine play. *International Journal of the Addictions*, 26, 531-548.
- Diskin, K. M., Hodgins, D. C. y Skitch, S. A. (2003). Psychophysiological and subjective responses of a community sample of video lottery gamblers in

- gambling venues and laboratory situations. *International Gambling Studies*, 3, 95-104.
- Fernández-Alba, A. y Labrador, F. J. (2002). *Juego patológico*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Alba, A., Labrador, F. J., Rubio, G., Ruiz, B., Fernández, O. y García, M. (2000). Análisis de las verbalizaciones de jugadores patológicos mientras juegan en máquinas recreativas con premio: Estudio descriptivo. *Psicothema*, 12, 654-660.
- Fernández-Alba, A. y Labrador, F. J. (2005) Sociodemographic, psychopathological and clinical characteristics of pathological slot-machine gamblers in treatment: A descriptive study of Spanish male gamblers. *International gambling studies*, 5, 113-122.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 13-23.
- Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1989) Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 411-420.
- Griffiths, M. D. (1993). Tolerance in gambling: an objective measure using the psychophysiological analysis of male fruit machine gamblers. *Addictive Behaviours*, 18 (3), 365-372.
- Griffiths, M. D. (1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85, 351-369.
- Kweitel, R. y Allen, F. C. L. (1998) Cognitive processes associated with gambling behaviour. *Psychological Reports*, 82: 147-153.
- Labrador, F. J. (2010) Sesgos cognitivos de los jugadores patológicos: implicaciones terapéuticas. En E. Echeburúa; E. Becoña y F.J. Labrador *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J. (2012) Juego Patológico. En M. A. Vallejo (Ed.) *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid: Dykinson (ISBN: 9788490310489).
- Labrador, F. J. y Becoña, E. (1994) Juego patológico: Aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En J. L. Graña (Eds.) *Conductas adictivas*. Madrid: Debate. ISBN 84-7444-813-1.
- Labrador, F. J., Fernández-Alba, A., y Mañoso, V. y Larroy, C. (2004). Cognitive changes in types of cognitive distortions in pathological gamblers after psychological treatment. *Comunicación presentada al XXVIII Internacional Congreso of Psychology*. Beijing (China) 8-13 de agosto.
- Labrador, F. J. y Fernández-Alba, A. (2002): Pathological gambling treatment. Eds. Claes von Hofsten & Lars Bäckman (Eds.): *Psychology at the turn of the millennium*, vol 2: *Social developmental and clinical perspectives*. (pp. 271-301) Nueva York: Taylor & Francis.
- Labrador, F. J. y Mañoso, V. (2005) Cambio en las distorsiones cognitivas de jugadores patológicos tras el tratamiento: comparación con un grupo control. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 7-22.
- Labrador, F. J. y Rubio, G. (2010) La activación como factor determinante del juego patológico. En E. Echeburúa; E. Becoña y F.J. Labrador. *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.

- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V. y Linnoila, M. (1989) Personality factors and pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 80, 37-39.
- Rubio, G., Fernández-Alba, A., Labrador, F. J., Salgado, A. y Ruiz, B. (2002). Evaluación de la activación durante el juego en máquinas recreativas con premio: análisis comparativo de una muestra de jugadores patológicos y una muestra normal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28 (118), 213-233.
- Saiz, J. (2005). *Tratamiento farmacológico del juego patológico*. Conferencia pronunciada en la Jornada sobre Juego Patológico. Fundación Gaudium, Madrid 1 de Diciembre.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the original level of arousal*. Hillsdale, IL: Lawrence Erlbaum.

Capítulo 3

Juego en adolescentes: nuevas formas, mismas consecuencias¹

A. Estevez

1. Introducción teórica

El juego con apuesta es un fenómeno social muy extendido que forma parte de nuestra cultura. Cuando el juego se convierte en problemático, da lugar al juego patológico. Según el DSM-IV-TR (APA, 2001), se trata de un trastorno consistente en el fracaso del control de los impulsos y se manifiesta a través de un comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, que altera de una manera muy importante la vida de la persona que la padece y de su entorno. Según el nuevo DSM-V (APA, 2013), el juego patológico pasará a ser considerado como una adicción comportamental dentro de la categoría «Uso de sustancias y trastornos adictivos».

El perfil ha variado enormemente en estos últimos años. Anteriormente, estaba compuesto por hombres con una media de edad de 40 años de edad mientras que en la actualidad se trata de jóvenes de 15 a 35 años, muchos de ellos estudiantes, que juegan cada vez más horas (Estévez, Herrero y Sarabia, 2013). Asimismo, este estudio ha mostrado que los jóvenes ludópatas se han iniciado en el juego antes de la mayoría de edad a pesar de la prohibición para acceder al juego antes de los 18 años. El inicio temprano en el juego durante la

¹ Los resultados que se presentan en el siguiente artículo han sido obtenidos gracias a la financiación de la ONCE a través de la I edición del Certamen Internacional ONCE de Investigación sobre Juego Responsable.

adolescencia se ha asociado a una mayor gravedad de la problemática en edad adulta (Rahman et al., 2012).

Autores como Volberg, Gupta, Griffiths, Ólason y Delfabbro (2010) han mostrado que la adicción al juego es un problema que ha tenido una gran prevalencia con valores muy altos en jóvenes y adolescentes, que varían desde un 3% a un 18%, en función de diferentes factores.

Del mismo modo que sucede con población adulta, la problemática de juego patológico interfiere de manera muy importante en todos los ámbitos de la vida (Yip et al., 2011), por lo que su estudio es trascendental de cara a poder anticipar posibles estrategias tanto de evaluación como de intervención. A pesar de ello, existen pocos estudios realizados con jóvenes y adolescentes y juego patológico.

La adolescencia es una etapa del desarrollo durante la cual el sujeto puede resultar especialmente vulnerable. Los problemas de juego patológico entre adolescentes se han asociado con números problemas psicológicos. Por ejemplo, con elevados niveles de sintomatología depresiva (Molde, Pallesen, Bartone, Hystad, y Johnsen, 2009), aumento del riesgo de alcohol y abuso de sustancias (Hardoon, Derevensky, y Gupta, 2002), riesgo de ideación suicida e intento suicida (Gupta y Derevensky, 1998), elevada ansiedad (Ste-Marie, Gupta, y Derevensky, 2006); mala salud en general (Potenza et al., 2002) o bajo rendimiento académico (Wynne, Smith, y Jacobs, 1996). Algunos estudios consideran que el inicio temprano en el juego está asociado en mayor medida al consumo de drogas (Lynch, Maciejewski, y Potenza, 2004). Estudios recientes como el Estévez, Herrero y Sarabia (2013) han encontrado que en población jugadora joven y adolescente, diariamente consumen el 47,1% tabaco, el 5,9% alcohol, el 7,5% tranquilizantes, el 14,9% cannabis, y el 6% cocaína, alucinógenos, speed o éxtasis.

Existen teorías que inciden en los aspectos internos de los y las jugadores patológicos asociados a la problemática. Como señalan autores como Korman et al. (2008), las personas con problemas de juego usan éste como primera estrategia de regulación emocional con el fin, según Beaudoin y Cox (1999), de aliviar o escapar de las presiones de su vida. Por tanto, el estudio de las diferentes estrategias de regulación emocional y el juego patológico serían de gran interés.

Otros aspectos también relacionado con la personalidad de los jugadores y jugadoras patológicas serían la búsqueda de sensaciones, según la cual, los jugadores y jugadoras patológicos serían vistos como personas que necesitarían intensa estimulación, cambio, aventura y riesgo (Hammelstein, 2004) y la impulsividad (Bonnaire, Bungener y Varescon, 2006), por lo que su estudio sería también muy importante en estas edades.

Una de las estructuras cognitivas más arraigadas y profundas son los esquemas cognitivos profundos denominados también esquemas inadaptados tempranos, que se encontrarían en el origen de numerosos trastornos psicológicos (McGinn y Young, 1996). Los esquemas suelen ser rígidos y se elaborarían a lo largo de la vida y determinarían las conductas, los pensamientos, sentimientos y relaciones de la persona con los demás (Wills y Sanders, 1997). En un estudio realizado por Estévez y Calvete (2007) se evaluó si las personas con juego patológico presentaban esquemas negativos disfuncionales con muestra de jugadores adultos. Los resultados mostraron que las personas con juego patológico puntuaban más alto en numerosos esquemas disfuncionales, sobre todo, en los dominios de desconexión y rechazo y autonomía deteriorada. Sería importante hacer este estudio con muestra jugadora joven y adolescente y ver las diferencias con jóvenes y adolescentes de población general para comparar.

Por otro lado, existen teorías que muestran que no sólo hay que tener en cuenta los factores internos de personalidad para explicar el enganche de los jóvenes y adolescentes al juego sino que habría que profundizar en aspectos externos tales como el tipo de juego.

En la actualidad, los escenarios de juego han cambiado de manera considerable. Los espacios on line a los que se accede mediante diferentes soportes conforman los nuevos escenarios de juego para la población joven y adolescente. La facilidad de acceso y la privacidad es mucho mayor. La disponibilidad de los juegos y su accesibilidad facilitan la adicción al juego (Ochoa y Labrador, 1994). En el caso de los juegos on line, poder jugar a través de cualquier dispositivo conectado a la red y su disponibilidad las 24 horas, hacen que el juego online sea mucho más accesible que el presencial. Unido a esto, la privacidad también ayudaría a aumentar los problemas con el juego, ya que las personas podrían jugar delante del ordenador de su casa o desde aplicaciones en el móvil, sin la preocupación sobre qué pensarán las personas que están alrededor, al contrario de lo que ocurre en un bar o en un casino (Estévez, Herrero y Sarabia, 2013).

Las apuestas por Internet, tanto de azar como deportivas, han aumentado el crecimiento del gasto en el juego y el incremento progresivo de los problemas derivados de esta actividad (González, 2010). Estas diferencias con respecto del juego presencial, han dado lugar a numerosos estudios que han hallado mayores niveles de riesgo de problemas de juego patológico entre los jugadores de la modalidad on line en comparación con los jugadores presenciales (Brunelle et al., 2012; Olason et al., 2011; Wood y Williams, 2011).

Unido a esto, la oferta de juegos es cada vez más amplia en este colectivo con una publicidad dirigida expresamente hacia jóvenes y adolescentes. Autores como King, Delfabbro, y Griffiths (2010) o McBride

y Derevensky (2009) han señalado que la facilidad misma de acceso al juego con dinero, especialmente a través de las nuevas tecnologías, ha podido ser uno de los principales motivos que ha permitido su difusión entre la juventud.

Las características estructurales del propio juego y las diferentes formas de presentación determinan la medida de la capacidad adictiva (Chóliz, 2010). Uno de los juegos que aún no ha sido estudiado ha sido el juego on line (Chóliz, 2013). Por ello, es importante conocer dentro del perfil del jugador joven y adolescente cuales son las características asociadas al mismo.

En esa línea, es importante señalar que la prevalencia de las mujeres jugadoras es inferior a la de los jugadores y, además, demandan tratamiento con menor frecuencia (Echeburua, 1992; Ocho, Labrador, 1994). En jóvenes y adolescentes estos datos son escasos. Estudios como el de Estévez, Herrero y Sarabia (2013) han encontrado que en las nuevas modalidades de juego on line y apuesta deportiva son los chicos adolescentes quienes consumen esas modalidades de juego. Las chicas, por su parte, acuden muy puntualmente y, normalmente, con sus parejas.

Como se ha visto anteriormente, el perfil del jugador ha cambiado, y se desconoce de qué manera el juego online estaría actuando sobre la conducta de juego y los problemas derivados de la misma en jóvenes y adolescentes. Algunos estudios apuntan a que el juego online podría estar asociado a una mayor gravedad de las consecuencias de esta conducta (Scholes-Balog y Hemphill, 2012), pero se requiere una mayor profundización en esta área. Por ello, los objetivos de este estudio han sido estudiar las diferencias en función de si hay una problemática o no de juego patológico en impulsividad, búsqueda de sensaciones, regulación emocional, sintomatología psicológica disfuncional y estructuras inadaptadas tempranas en jóvenes y adolescentes. Este estudio también ha realizado estas diferencias en función del género y también en función de si el juego se ha realizado on line u off line.

2. Método

2.1. Muestra

La muestra total de estudio está compuesta por 1.312 personas. Los y las participantes en la investigación provienen principalmente de centros escolares, universitarios y grupos de tiempo libre de la CAV y

de asociaciones y centros asociados a la FEJAR (Federación Española De Jugadores de Azar Rehabilitados).

El análisis de los resultados obtenidos en la prueba SOGS-RA (Winters, Stinchfield, y Fulkerson, 1993) permite identificar dos grupos en la muestra total. Un grupo de personas que no presentan problemas de juego patológico y otro grupo de personas que presentan problemas de juego patológico. A partir de ello, se realizó una clasificación de la muestra total en dos grupos: muestra no problema de juego compuesto por 1.241 personas y muestra problema de juego patológico compuesto por 71 personas.

La edad de las personas que forman la muestra no problema de juego se distribuye en edades comprendidas desde los 12 a los 30, siendo la media de edad 17,16 años y la desviación típica de 2,49. Con respecto al género, la muestra no problema de juego se distribuye entre 695 hombres, que suponen un 56% y 546 mujeres que suponen un porcentaje del 44%.

La edad de las personas que forman la muestra problema de juego se distribuye en edades comprendidas desde los 14 a los 30, siendo la media de edad 19,27 años y la desviación típica de 4,65. La muestra problema de juego la componen mayoritariamente hombres (57) suponiendo un porcentaje de 81,4 así como 13 mujeres que suponen un porcentaje de 18,6.

2.2. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron los que a continuación se describen.

Juego Patológico. South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA) (Winters et al., 1993). Se trata de una adaptación del SOGS (Lesieur y Blume, 1987), que evalúa la gravedad de los juegos de azar en población adolescente de entre 15 y 18 años. Adaptado al español por Secades y Villa (1998) hace hincapié en la frecuencia de juego, así como de los comportamientos asociados a su problemática. Incluye además preguntas sobre la participación en el juego por parte de los padres. Se compone 16 ítems (12 puntuables) con formato de respuesta dicotómico (sí o no). La aplicación puede llevarse a cabo de forma tanto individual como colectiva, siendo necesarios para su cumplimentación alrededor de 15 minutos. Las puntuaciones finales se distribuyen en tres categorías: no jugador (si no contesta afirmativamente a ningún ítem), jugador en riesgo (contesta afirmativamente a 2 o 3 ítems) y jugador problema (contesta afirmativamente a 4 o más

ítems). En cuanto a la validez, muestra buena validez convergente, ya que correlaciona positivamente con otros autoinformes (r entre 0,44 y 0,81). En cuanto a la fiabilidad, los coeficientes alfa oscilan entre 0,79 y 0,92 en muestras españolas.

En este cuestionario, se han incluido también el juego a las cartas por dinero, juego a cara o cruz por dinero, apostar en juegos de habilidad, como billar, bolos, etc., apostar en deportes de equipo, apostar en carreras de caballos o de perros, jugar al bingo por dinero, jugar a los dados, jugar en máquinas tragaperras, raspar cartones para ganar premios, jugar a la bonoloto, quiniela, etc., video póker, póker on line, otros juegos de juegos, juegos de casino en general, rifas, cupón diario, cuponazo, cupón de fin de semana, cupón extraordinario, súper once, 7/39 y rascas de la Once. En estos juegos se ha preguntado sobre si se ha producido a lo largo de la vida, durante los últimos 12 meses y si se ha realizado on line y off line.

Sintomatología Disfuncional. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1997). Es un instrumento multidimensional que cuestiona al individuo sobre la existencia e intensidad de 90 síntomas psiquiátricos y psicósomáticos. Se responde a través de una escala Likert de 0 (el síntoma no me molesta en absoluto) a 4 (me molesta de manera extrema), en función de la molestia que le hayan ocasionado en los últimos siete días. Explora nueve factores o dimensiones sintomáticas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ira-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Es autoaplicado, pudiendo responderse tanto individual como colectivamente. Está destinado a personas de entre 13 y 65 años de edad.

Dificultades en Regulación Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS; Gratz y Roemer, 2004). Es un cuestionario que mide dificultades de regulación emocional, a través de cinco factores: descontrol emocional, rechazo emocional, interferencia cotidiana, desatención emocional y confusión emocional. Se responde a través de una escala Likert de cinco grados, y consta de 28 ítems que miden la frecuencia con la que ocurren las afirmaciones en la vida del sujeto. Se puede aplicar individual o colectivamente, requiriéndose alrededor de 10 minutos para ello. Los valores de consistencia interna en la adaptación española (Hervás y Jódar, 2008) son satisfactorios (alpha de Cronbach de la escala total = 0.93; el valor de alpha en las distintas subescalas oscila entre 0.73 y 0.91).

Conducta Impulsiva. MULTICAGE CAD-4 (Pedrero et al., 2007). Es un instrumento para valorar conductas adictivas, con o sin sustancia: abuso o dependencia del alcohol, juego patológico, adicción

a sustancias, trastornos de la alimentación, adicción a Internet, adicción a videojuegos, gasto compulsivo y adicción al sexo. Cada uno de estos aspectos se explora mediante cuatro preguntas que reproducen el esquema del CAGE (Hayfield, McLeod, y Hall, 1974): auto-percepción del problema, percepción por parte de convivientes, sentimientos de culpa asociados y signos de abstinencia o incapacidad para controlar la conducta. Está destinado a hombres y mujeres de entre 14 y 90 años. Es autoaplicado, y puede realizarse tanto individual como colectivamente. Se requieren entre uno y tres minutos para contestarlo. Consta de 32 ítems con formato de respuesta dicotómico (sí o no). Los valores de consistencia interna son satisfactorios (α de Cronbach de la escala total = 0,86; las subescalas muestran valores superiores a 0,70). La fiabilidad test-retest a los 20 días fue de $r = 0,89$. La validez de criterio también es adecuada (permite detectar entre el 90 y el 100% de los casos ya diagnosticados), así como la validez de constructo (el análisis factorial exploratorio identifica como independientes las 8 escalas propuestas, que explican en conjunto el 63,8% de la varianza total).

Búsqueda de Sensaciones (Inventario de Búsqueda de Sensaciones de Arnett; AISS; Arnett, 1994). Es un inventario que valora la búsqueda de sensaciones como la tendencia a correr riesgos y la predisposición a experimentar sensaciones novedosas e intensas. Consta de 20 ítems, de los cuales 10 valoran la intensidad y 10 la novedad. El formato de respuesta es en escala Likert de cuatro puntos, de la A («Me describe muy bien») a la D («(No me describe en absoluto)»). Se puede aplicar de manera individual o colectiva, para lo que se necesitan alrededor de cinco minutos, y está pensada para personas de 16 a 28 años. En la adaptación española (Ferrando y Chico, 2001) muestra un alfa de Cronbach de 0.70 en la escala total, y entre 0.50 y 0.64 para el resto de escalas.

Esquemas cognitivos. Cuestionario de esquemas - forma reducida (SQ-SF; Young y Brown, 1994). El SQ-SF es un cuestionario de 75 ítems que evalúa quince esquemas tempranos inadaptados. Cada esquema es medido por cinco ítems, en escala Likert del 1 («Totalmente falso») a 6 («Me describe perfectamente»). En este estudio se incluyeron 6 de dichos esquemas: imperfección, dependencia, apego, subyugación, inhibición emocional y autocontrol, los cuales obtuvieron buenos valores de consistencia interna en su adaptación española (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005).

Autoestima. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1989). Es un instrumento que sirve para medir la autoestima. Consta de 10 ítems en formato de respuesta Likert de cuatro puntos, de 1

(«Muy en desacuerdo») a 4 («Muy de acuerdo»). El rango de puntuaciones es de 10 a 40, considerándose que una puntuación entre 10 y 24 equivale a autoestima baja, de 25 a 35 autoestima normal, y de 36 a 40 autoestima elevada. En su validación a población española, se obtuvieron buenos valores psicométricos. Muestra un alfa de Cronbach de 0,87, y una fiabilidad test-retest de $r=0,74$ en el intervalo de un año. En cuanto a la validez de constructo, esta escala correlaciona de manera negativa con el SCL-90-R ($r=-0,61$), y correlaciona significativa aunque moderadamente con la Escala de Actitud hacia la Alimentación (EAT) ($r=0.40$).

2.3. Procedimiento

En primer lugar, se contactó con la muestra explicando la naturaleza del estudio. La carta explicativa contenía los aspectos que a continuación se detallan: entidad que solicita y realiza el estudio; estructura, contenido y objetivos del estudio; duración y aspectos que se van a medir; posibilidad de realizar el estudio tanto en papel como a través de internet; metodología de recogida de cuestionarios; consentimiento informado; voluntariedad de la realización; confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos y teléfono y mails de los investigadores para contactar. Este estudio ha tenido la aprobación ética por parte de la universidad.

Los cuestionarios se han recogido tanto en formato de papel como a través de un cuestionario on line. En el caso de los cuestionarios de papel, en la mayoría de los casos, se han desplazado a los centros para recoger los datos. En relación al cuestionario on line, el contenido de las preguntas ha sido el mismo que el utilizado en papel.

La recogida de datos se realizó durante el 2012 y se realizó una devolución generalizada de los resultados.

3. Resultados

3.1. Diferencias en función de si hay problemática o no de juego

A continuación, se presentan las diferencias de medias de las variables conducta adictiva impulsiva, sintomatología psicológica disfuncional, esquemas cognitivos, regulación emocional, búsqueda de sensaciones y autoestima en función de la problemática o no de juego en cada uno de los grupos.

Tabla 1
Diferencias de medias en función de la problemática de juego en cada una de los grupos

	Problema juego		No Problema juego		t
	Media	DT	Media	DT	
Impulsividad	7.06	4.96	3.35	3.42	8.17***
Abuso alcohol	0.91	1.15	0.42	0.83	4.69***
Abuso juego	1.41	1.78	0.08	0.27	21.98***
Abuso drogas	0.63	1.19	0.33	0.82	2.81**
Conducta alimentaria impulsiva	0.47	0.94	0.51	1.04	-0.32
Abuso internet	1.17	1.50	1.00	1.42	1.00
Abuso videojuegos	0.74	1.38	0.44	1.02	2.27*
Abuso gasto	1.13	1.46	0.37	0.83	7.04***
Conducta sexual impulsiva	0.42	0.98	0.21	0.65	2.53**
Ansiedad	10.70	8.59	7.26	6.34	4.30***
Ansiedad fóbica	4.61	5.90	2.20	3.51	5.31***
Somatización	13.00	10.32	10.17	7.95	2.83**
Obsesión-compulsión	12.90	8.71	10.08	7.24	3.11**
Sensibilidad interpersonal	9.62	7.90	7.52	6.66	2.53**
Depresión	15.74	12.66	11.46	9.49	3.57***
Ira-hostilidad	8.06	6.20	5.57	5.10	3.89***
Ideación paranoide	7.19	5.38	5.48	4.61	2.96**
Psicoticismo	9.25	8.52	5.61	6.12	4.70***
Imperfección	10.96	6.12	8.58	4.22	4.40***
Dependencia	10.88	6.03	9.08	4.19	3.36***
Apego	10.59	6.37	8.70	4.16	3.52***
Subyugación	11.97	6.30	9.82	4.61	3.62***
Inhibición emocional	12.53	7.37	9.99	5.23	3.80***
Autocontrol	13.44	6.70	11.03	5.29	3.61***
Regulación total	66.28	19.03	57.47	16.53	3.71***
Desatención	11.29	4.51	9.59	3.67	4.45***
Rechazo	16.25	6.91	13.07	5.70	2.96**
Confusión	8.64	3.07	7.61	2.78	-0.50
Interferencia	9.99	4.58	10.25	4.34	3.64***
Descontrol	20.12	8.52	16.95	6.94	4.27***
Autoestima total	29.59	6.25	32.04	5.62	-3.48***
Búsqueda de sensaciones	45.76	7.32	48.36	7.68	-2.72**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Como puede verse en la tabla anterior, los jugadores patológicos jóvenes y adolescentes han puntuado significativamente más alto en conductas impulsivas de juego, consumo de alcohol, drogas, abuso de videojuegos, gasto y conducta sexual. Con respecto de la sintomatología psicológica, presentan puntuaciones más altas en ansiedad, ansiedad fóbica, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ira-hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. En relación con las estructuras inadaptadas tempranas, puntúan más alto en imperfección, dependencia, apego, subyugación, inhibición emocional y autocontrol emocional. En los aspectos de regulación emocional, se dan puntuaciones más elevadas en regulación emocional, desatención, rechazo y descontrol emocional. Asimismo, también han puntuado más alto en autoestima y en búsqueda de sensaciones.

Por último, no se han encontrado diferencias entre abuso de internet y conducta impulsiva alimentaria.

3.2. Diferencias en función del género

En este apartado, en primer lugar aparecerán las diferencias de medias en función del género en la conducta de juego en población sin problemática de juego. Como puede verse, en la tabla siguiente, los chicos jóvenes y adolescentes tienen una problemática mayor de juego patológico en mayor medida que las chicas.

Tabla 2

Diferencias de medias en función del género en cada una de los grupos

	No problema juego		<i>t</i>
	Media (DT)		
	Hombre	Mujer	
Trastorno Juego	0.10 (0.30)	0.05 (0.22)	3.10**

Seguidamente se presentan las diferencias de medias de las variables conducta adictiva impulsiva, síntomas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ira-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo), esquemas cognitivos, regulación emocional, búsqueda de sensaciones y autoestima en función del género en cada uno de los grupos.

Tabla 3
**Diferencias de medias en función del género
en jóvenes con problema de juego**

	Media (DT)		t
	Hombre	Mujer	
Impulsividad	53.93 (6.04)	49.90 (10.50)	1.74
Abuso alcohol	0.80 (1.25)	0.60 (0.52)	0.51
Abuso juego	2.48 (1.63)	3.00 (1.41)	-0.62
Abuso drogas	0.54 (1.16)	0.12 (0.35)	2.14*
Conducta alimentaria impulsiva	0.39 (0.80)	0.44 (1.01)	-0.17
Abuso internet	0.61 (1.28)	1.00 (1.41)	-0.89
Abuso videojuegos	0.41 (1.07)	0.00 (0.00)	2.99**
Abuso gasto	1.67 (1.68)	0.70 (1.25)	2.14*
Conducta sexual impulsiva	0.48 (1.03)	0.10 (0.32)	2.30*
Ansiedad	9.95 (9.19)	6.20 (4.49)	2.03*
Ansiedad fóbica	4.14 (5.49)	1.80 (2.49)	2.23*
Somatización	11.64 (9.99)	8.60 (8.71)	0.91
Obsesión-compulsión	11.09 (9.42)	9.50 (7.56)	0.51
Sensibilidad interpersonal	8.82 (7.89)	7.00 (5.23)	0.70
Depresión	16.89 (13.30)	12.00 (8.80)	1.12
Ira-hostilidad	6.75 (6.29)	4.90 (4.17)	0.90
Ideación paranoide	6.72 (5.65)	4.70 (4.30)	1.08
Psicoticismo	8.79 (8.37)	4.40 (4.72)	2.39*
Imperfección	11.25 (6.57)	8.10 (3.69)	2.16*
Dependencia	9.89 (6.19)	7.00 (4.40)	1.41
Apego	9.89 (6.66)	8.20 (5.07)	0.76
Subyugación	11.00 (6.07)	7.30 (3.77)	2.57*
Inhibición emocional	12.98 (7.71)	7.70 (4.22)	2.10*
Autocontrol	13.09 (6.97)	8.90 (4.56)	2.45*
Regulación total	65.82 (20.38)	61.80 (16.07)	0.59
Desatención	11.28 (4.00)	10.80 (5.05)	0.34
Rechazo	16.92 (7.32)	15.20 (6.14)	0.70
Confusión	8.39 (2.75)	9.20 (3.39)	-0.83
Interferencia	9.79 (4.43)	9.30 (4.76)	0.32
Descontrol	19.44 (8.44)	17.30 (6.68)	0.76
Autoestima total	29.77 (6.13)	30.40 (6.38)	-0.30
Búsqueda de sensaciones	48.84 (10.24)	51.69 (10.06)	-0.84

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Como ha podido verse en la tabla anterior, existen puntuaciones significativamente más altas en hombres en las variables de abuso de drogas, videojuegos, gasto y conducta sexual impulsiva. También puntúan más alto en sintomatología ansiosa y psicoticismo. Con respecto de los esquemas cognitivos disfuncionales también puntúan de manera más alta en los esquemas de Imperfección, Subyugación e Inhibición Emocional. En el resto de las variables no se han encontrado diferencias significativas. Estos datos tienen que tratarse con cautela ya que el número de mujeres jugadores ha sido significativamente inferior que el de los hombres. Es importante seguir haciendo estudios en esta línea.

3.3. Diferencias en consecuencias según juego on line vs. off line

Los datos siguientes son preliminares y como puede verse en la tabla siguiente, los jóvenes y adolescentes con juego on line en relación con el off line presentan niveles más elevados de gasto, sintomatología ansiosa y depresiva, variables como el psicoticismo, somatización y

Tabla 4
**Diferencias de medias en función de si el juego
ha sido realizado on line vs. off line**

	On line	Off line	t
	Media (DT)	Media (DT)	
Abuso gasto	1,13 (1,360)	,42 (,858)	3,162**
Ansiedad	12,56 (11,117)	8,30 (6,627)	2,479*
Ansiedad Fóbica	6,06 (7,585)	2,52 (3,835)	3,514***
Somatización	16,31 (11,706)	11,69 (8,226)	2,19*
Obsesión Compulsión	15,38 (9,040)	11,46 (7,508)	2,047*
Depresión	19,13 (15,011)	12,96 (9,855)	2,428*
Psicoticismo	12,38 (11,837)	6,47 (6,462)	3,501***
Apego	13,06 (7,407)	8,96 (4,259)	3,700***
Subyugación	12,94 (6,826)	10,21 (4,738)	2,241*
Inhibición emocional	15,06 (7,576)	10,36 (5,310)	3,446**
Autocontrol emocional	14,94 (7,663)	11,52 (5,344)	2,486*
Confusión emocional	9,19 (3,953)	7,69 (2,806)	2,075*
Descontrol emocional	21,19 (9,261)	17,14 (7,000)	2,261*
Desregulación emocional	66,31 (20,873)	58,30 (16,482)	1,903*

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

obsesión-compulsión, en los esquemas disfuncionales de apego, subyugación, inhibición emocional y autocontrol emocional y en el descontrol, desregulación y confusión emocional.

En esta tabla no se han incluido las variables en las que no se han encontrado diferencias como son el abuso de alcohol, drogas, videojuegos o en los esquemas disfuncionales de imperfección y dependencia.

4. Discusión

El primer objetivo ha sido analizar las diferencias entre jugadores y no jugadores jóvenes y adolescentes. Como se ha visto, la problemática de juego se ha asociado con puntuaciones significativamente más altas en conductas impulsivas de juego, consumo de alcohol, drogas, abuso de videojuegos, gasto y conducta sexual. También se han encontrado puntuaciones más elevadas en sintomatología psicológica disfuncional, búsqueda de sensaciones y autoestima. Estos resultados son coincidentes con los estudios realizados que muestran que en jóvenes y adolescentes el juego patológico tiene consecuencias graves que interfieren con la vida (Estévez, Herrero y Sarabia, 2013; Gupta y Derevensky, 1998; Hardoon, Derevensky, y Gupta, 2002; Lynch, Maciejewski, y Potenza, 2004; Molde et al., 2009; Ste-Marie, Gupta, y Derevensky, 2006).

En relación con las estructuras inadaptadas tempranas, puntúan más alto en imperfección, dependencia, apego, subyugación, inhibición emocional y autocontrol emocional. Estos datos van en concordancia con el estudio realizado por Estévez y Calvete (2007) que ha mostrado que existían diferencias significativas con puntuaciones mayores en los esquemas de imperfección, dependencia y subyugación con muestra de jugadores adultos.

Más concretamente, el esquema de Imperfección o Culpa describe el sentimiento de que uno/a internamente es defectuoso/a, imperfecto/a, no querido/a o poco válido/a en los aspectos relevantes de la vida (por ejemplo, en el trabajo, los estudios, las relaciones sociales, etc.). El esquema de dependencia se relaciona con personas que piensan que no son capaces de afrontar las responsabilidades cotidianas de una manera competente sin la ayuda de otras personas. El esquema de apego consiste en un vínculo y cercanía emocional excesivos con las personas significativas, como por ejemplo, los padres y madres o la pareja. El esquema de subyugación implica renunciar a los propios derechos debido a que uno/a se siente coaccionado por los demás. Estas personas sacrifican sus propias necesidades y deseos para agradar a los demás o para satisfacerlos. Por último, la inhibición emocional in-

cluye el énfasis exagerado por controlar los sentimientos y conductas espontáneas a fin de evitar cometer errores y evitar críticas.

En los aspectos de dificultades de regulación emocional, puntúan más alto en regulación emocional, desatención, rechazo y descontrol emocional. Estos datos van en concordancia con los estudios que han mostrado que la mala regulación emocional ha sido considerada un factor que aumenta las conductas externalizantes y de riesgo (Curry y Youngblade, 2006; Silk, Steinberg, y Morris, 2003). La desatención emocional, se define como la incapacidad para dedicar recursos atencionales a la información atencional. La escala de rechazo emocional evalúa la tendencia de la persona a juzgar de forma negativa su propia experiencia emocional y, como consecuencia, a reaccionar con vergüenza o con malestar ante sus propias emociones. La escala del descontrol emocional consiste en una sensación de desbordamiento debido a la intensidad emocional y la sensación de persistencia de los estados emocionales negativos. Su interferencia con la vida se muestra en la escala interferencia cotidiana (Gratz y Roemer, 2004).

Uno de los aspectos a destacar es que no se han encontrado diferencias en el abuso de internet. Estos datos pueden deberse a que el uso de internet está generalizado en la población juvenil. Datos como los presentados por Lenhart, Smith, Purcell y Zickhur (2010) han mostrado que el 93% de los jóvenes y adolescentes se conectan a la red.

En segundo lugar, se estudian las diferencias de género entre jugadores y jugadoras patológicas. Como se ha señalado anteriormente, los chicos jóvenes juegan más que las chicas adolescentes. Estos resultados son coherentes con los estudios previos presentados anteriormente y los datos que las entidades como la FEJAR manejan a este respecto.

Por otro lado, existen puntuaciones significativamente más altas en hombres jugadores en las variables de conducta impulsiva de consumo de drogas, videojuegos, gasto y sexo. También puntúan más alto en sintomatología ansiosa y psicoticismo. Algunos de estos datos podrían estar referidos también al hecho de ser chicos adolescentes. Por ejemplo, en el informe de Drogas y Escuela VIII (2012) se muestra que el consumo de drogas, salvo alcohol, es más elevado en chicos adolescentes. En el tema de los videojuegos Rosell, Sánchez-Carbonell, Graner y Beranuy (2007) señalaron que los chicos adolescentes los utilizaban más que las chicas. En la conducta sexual autoras como Puente et al. (2011) mostraron que los chicos adolescentes tenían más conductas impulsivas sexuales. Otros aspectos es necesario seguir estudiándolos para encontrar los perfiles específicos en estas edades.

Con respecto de los esquemas cognitivos disfuncionales también puntúan de manera más alta en los esquemas de imperfección, subyu-

gación e inhibición emocional. Estos resultados son coherentes con lo encontrado por Estévez y Calvete (2007) en población jugadora.

En el resto de las variables no se han encontrado diferencias significativas. Estos datos tienen que tratarse con cautela ya que el número de mujeres jugadores ha sido significativamente inferior que el de los hombres. Es importante seguir haciendo estudios en esta línea.

Por último, se han estudiado las diferencias entre el juego on line y off line en jóvenes y adolescentes. Los resultados preliminares han mostrado que existen diferencias en el gasto, sintomatología ansiosa y depresiva, variables como el psicoticismo, somatización y obsesión-compulsión, en los esquemas disfuncionales de apego, subyugación, inhibición emocional y autocontrol emocional y en el descontrol, desregulación y confusión emocional. Los tipos de juego están sufriendo cambios, sobre todo, debido a la amplia, variada oferta y la accesibilidad de los mismos. Internet a través de ordenadores, smartphones, dispositivos móviles etc. ha facilitado el acceso en cualquier lugar a todo tipo de contenidos relacionados con el juego. Aunque la prevalencia sigue siendo baja en este momento estos mismos autores predicen que Internet ocasionará graves problemas en los jugadores patológicos (Griffiths, y Parke, 2010). Por esta razón, estudios en esa línea serán necesarios para evaluar el papel que juegan las nuevas tecnologías en la problemática de juego.

Como ha podido verse, el juego en jóvenes y adolescentes es un problema que ocasiona graves consecuencias en quienes los sufren. Los nuevos escenarios de juego con una disponibilidad y anonimato mayor podrían incrementar durante una etapa vulnerable como la adolescencia, sobre todo en chicos adolescentes, conductas problemáticas de juego que dieran lugar durante la edad adulta ayudasen a desarrollar juego patológico. Es necesario seguir desarrollando estudios que profundicen en las características de vulnerabilidad de este colectivo en esta edad para generar programas de prevención y tratamiento adecuados.

5. Bibliografía

- Abbott, M. W., Volberg, R. A., y Ronnberg, S. (2004). Comparing the New Zealand and Swedish national surveys of gambling and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20, 237-258. doi:10.1023/B:JOGS.0000040278.08853.c0
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales D.S.M-IV-TR*. Barcelona: Masson.

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arnett, J. (1994). Sensation seeking: a new conceptualization and a new scale. *Personality and Individual Differences*, 16(2), 189-296.
- Beaudoin, C. M., y Cox, B. J. (1999). Characteristics of problem gambling in a Canadian context: A preliminary study using a DSM- IV-based questionnaire. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 483-487.
- Bonnaire, C., Bungener, C. y Varescon, I. (2006). Pathological gambling and sensation seeking – How do gamblers playing games of chance in cafe's differ from those who bet on horses at the racetrack? *Addiction Research and Theory*, 14(6): 619-629.
- Brunelle, N., Leclerc, D., Cousineau, M., Dufour, M., Gendron, A., y Martin, I. (2012). Internet gambling, substance use, and delinquent behavior: An adolescent deviant behavior involvement pattern. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 364-370. doi:10.1037/a0027079
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., y Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire--Short Form: Structure and Relationship with Automatic Thoughts and Symptoms of Affective Disorders. *European Journal Of Psychological Assessment*, 21(2), 90-99. doi:10.1027/1015-5759.21.2.90
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Graner, C. y Beranuy, M. (2007) El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 3 (28), 196-204.
- Chóliz, M. (2010). Experimental Analysis of the Game in Pathological Gamblers: Effect of the immediacy of the reward in slot machines. *Journal of Gambling Studies*, 26, 249-256.
- Chóliz, M. (2013). Una propuesta de juego responsable en la situación española actual. *Infocop*, 61, 4-6.
- Curry, L. A., y Youngblade, L. M. (2006). Negative affect, risk perception, and adolescent risk behavior. *Applied Developmental Psychology*, 27, 468-485.
- Derogatis, L. R. (1997). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual por the Revised version*. Baltimore: Johns Hopkins University, School of Medicine.
- Drogas y Escuela VIII (2012). *Las drogas entre los escolares de Euskadi treinta años después*. Bilbao: Instituto de Drogodependencias.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4, 7-20.
- Engwall, D., Hunter, R. y Steinberg, M. (2004). Gambling and other risk behaviors on university campuses. *Journal of American College Health*, 52, 245-255.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 18, 23- 43.
- Estévez, A., Herrero, D. y Sarabia, I. (2013). *Factores facilitadores de conductas adictivas de juego patológico en jóvenes y adolescentes*. ONCE: Documento técnico no publicado.

- Ferrando, P. J., y Chico, E. (2001). The construct of sensation seeking as measured by Zuckerman's SSS-V and Arnett's AISS: A structural equation model. *Personality and Individual Differences*, 31, 1121-1133.
- González, A. (2010). Juego patológico: concepto, comorbilidad y tipologías. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 79-88). Madrid: Pirámide.
- Gratz, K., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Griffiths, M. D., y Parke, J. (2010). Adolescent gambling on the Internet: A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 59-75.
- Gupta, R., y Derevensky, J. L. (1998). An empirical examination of Jacobs' General Theory of Addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*, 14(1), 17-49.
- Hammelstein, P. (2004). Faites vos jeux! another look at sensation seeking and pathological gambling. *Personality and Individual Differences*, 37, 917-931.
- Hardoon, K., Derevensky, J. y Gupta, R. (2002) *An Examination of the Influence of Familial, Emotional, Conduct and Cognitive Problems, and Hyperactivity Upon Youth Risk-Taking and Adolescent Gambling Problems*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Ontario, 113.
- Hayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire validation of a new alcoholism screening instrument. *American journal of Psychiatry*, 131. 1121-1123.
- Hervas, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- King, D., Delfabbro, P., y Griffiths, M. (2010) The convergence of gambling and digital media: implications for gambling in young people. *Journal Gambling Studies*, 26, 175-187.
- Korman, L. M., Collins, J., Dutton, D., Dhayananthan, B., Littman-Sharp, N., y Skinner, W. (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies*, 24, 13-23.
- Lenhart, A., Purcell, K., Smith, A. y Zickuhr, K. (2010). *Social Media & Mobile Internet Use Among Teens and Young Adults*. Retrieved from Pew Internet & American Life project website:<http://www.pewinternet.org/Reports/2010/Social-Media-and-Young-Adults.aspx>
- Lesieur, H. R., Blume, S. B. (1987):The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*. 144, 1184-1188.
- Lynch, W. J., Maciejewski, P. K. y Potenza, M. N. (2004). Psychiatric Correlates of Gambling in Adolescents and Young Adults Grouped by Age at Gambling Onset. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1116-1122.
- McBride, J. y Derevensky, J. (2009). Internet gambling behavior in a sample of online gamblers. *Journal Mental Health Addiction*, 7, 149 - 167.

- McGinn, L. K. y Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In: Salkovskis, P. M. (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182-207). New York: Guilford.
- Molde, H., Pallesen, S., Bartone, P., Hystad, S., y Johnsen, B. (2009). Prevalence and correlates of gambling among 16 to 19-year-old adolescents in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(1), 55-64. doi:10.1111/j.1467-9450.2008.00667.x
- Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés Editores.
- Olason, D. T., Kristjansdottir, E., Einarsdottir, H., Haraldsson, H., Bjarnason, G. y Derevensky, J. (2011). Internet Gambling and problem gambling among 13 to 18 year old adolescents in Iceland. *Journal Mental Health Addiction*, 9, 257-263.
- Pedrero Pérez, E. J., Rodríguez Monje, M. T., Gallardo Alonso, F., Fernández Girón, M., Pérez López, M., y Chicharro Romero, J. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos del control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. [Validation of a tool for screening of impulse control disorders and addiction: MULTICAGE CAD-4]. *Trastornos Adictivos*, 9(4) 269-278.
- Potenza, M. N., Fiellin, D. A., Heninger, G. R., Rounsaville, B. J., y Mazure, C. M. (2002). Gambling: An addictive behavior with health and primary care implications. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 721-732.
- Puente, D., Zabaleta, E., Rodríguez-Blanco, T. Cabanas, M., Monteagudo, M., Pueyo, M. J., Jané, M. Mestre, N. Mercader, M. y Bolívar, B. (2011). Diferencias de género en conductas sexuales de riesgo en adolescentes en Cataluña. *Gaceta sanitaria*, 25(01), 13-9.
- Rahman, A. S., Pilver, C. E., Desai, R. A., Steinberg, M. A., Rugle, L., Krishnan-Sarin, S., et al. (2012). The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 675-683.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Scholes-Balog, K. E. y Hemphill, S. A. (2012). Relationships between online gambling, mental health, and substance use: a review. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(12), 688-692.
- Secades, R., y Villa, A. (1998). *El juego patológico: prevalencia, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: España: Pirámide, S.A.
- Silk, J. S., Steinberg, L., y Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74, 1869-1880.
- Ste-Marie, C.; Gupta, R. & Derevensky, J. (2006). Anxiety and social stress related to adolescent gambling behavior and substance use. *Journal of Child & Adolescent Substance Use*, 16(4), 55-74.
- Volberg, R. A., Gupta, R., Griffiths, M. D., Ólason, D. T., y Delfabbro, P. (2010). An international perspective on youth gambling prevalence studies. *International journal of adolescent medicine and health*, 22(1), 3-38.

- Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M.-C. O., y Hoffman, J. H. (2009). The association of form of gambling with problem gambling among American youth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 105-112. doi: 10.1037/a0013536
- Wiebe, J., Single, E. y Falkowski-Ham, A. (2001). *Measuring Gambling and Problem Gambling in Ontario*. Canadian Centre on Substance Abuse and Responsible Gambling Council (Ontario), Ottawa. Descargado el 14 de enero de 2013 de http://www.responsiblegambling.org/articles/CPGL_report-Dec4.pdf
- Wills, F. y Sanders, D. (1997). *Cognitive Therapy: Transforming the Image*. London: Sage
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D. y Fulkerson, J. (1993). Patterns and characteristics of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 9, 375-386.
- Wood, R., y Williams, R. (2011). A comparative profile of the Internet gambler: Demographic characteristics, game play patterns, and problem gambling status. *New Media & Society*, 13, 1123-1141. doi:10.1177/1461444810397650
- Wynne, H. J., Smith, G. J., y Jacobs, D. F. (1996). *Adolescent gambling and problem gambling in Alberta*. Prepared for the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. Edmonton, AB: Wynne Resources Ltd.
- Yip, S. W., Desai, R. A., Steinberg, M. A., Rugle, L., Cavallo, D. A., Krishnan-Sarin, S. y Potenza, M. N. (2011). Health/Functioning Characteristics, Gambling Behaviors, and Gambling-Related Motivations in Adolescents Stratified by Gambling Problem Severity: Findings from a High School Survey. *The American Journal on Addictions*, 20, 495-508.
- Young, J. E., y Brown, G. (1994). *Young Schemas Questionnaire-S1*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.

Capítulo 4

De la adicción a Internet al trastorno del juego en Internet

X. Carbonell

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 diversión y aprendizaje en su sentido más amplio.

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, como no, por los juegos deportivos.

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 online, denominados *Massively Multiplayer Online Role-Playing Games* (MMORPG) pueden ser adictivos y se han descrito casos de *adicción* (Beranuy, Carbonell, & Griffiths, 2012).

1. Diferencias entre los videojuegos tradicionales y los MMORPG

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 se une a un clan o *guild*. Mediante combates contra otros personajes y aventuras (*quests*) aumenta niveles y experiencia. 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 el *Everquest* o el *Final Fantasy*.

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 sólo 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, Davies, & Chappell, 2003).

Otra característica propia de los MMORPG es que son un *mundo persistente*, es decir, un mundo que sigue su curso y no es necesaria la presencia del jugador. 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, Griffiths & 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 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 desapercibidas. 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 si 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.

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 y/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 y/o familiares. Jugar es también un lugar donde se puede experimentar sensación de equipo, aliento y diversión (Cole y Griffiths, 2007). Estos autores 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; y d) escape recreacional.

Para Yee (2006) los tres componentes principales son logro, socialización e inmersión. Basados en el modelo de Yee, Fuster, Carbonell, Chamarro y Oberst (2013) 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 (Douse y Mcmanus, 1993) es falso en la inmensa 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*. 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 clan (Yee, 2006). En relación con este aspecto social del juego, (Longman, O'Connor & 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 obsesiva-

mente 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 como la pasión obsesiva se relaciona con el volumen de horas de juego, estados de tensión post-juego 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 auto-excluyentes y que, en algunos casos, están fuertemente relacionadas. Los MMORPG también se pueden entender 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, Blinka, & Ledabyl, 2008), en especial por su componente disociativo (Fuster et al., 2012).

3. El DSM- V y la adicción a los videojuegos

3.1. El DSM-V 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 se encuentra en la sección III, reservada a las condiciones que requieren estudio posterior. En esta sección 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*). En el juego patológico, se arriesga algo de valor —habitualmente dinero— con la esperanza de obtener algo de mayor valor; no es, por lo tanto, un trastorno por juego en internet en el que se juega sin dinero (*gaming*). La adicción a videojuegos se considera dentro del espectro adictivo y no del impulsivo-compulsivo como se había sugerido (Block, 2008).

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 horas 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 (ver cuadro 1).

Cuadro 1

Criterios diagnósticos de la adicción a videojuegos en el DSM V

Uso persistente y recurrente de internet para jugar, frecuentemente con otros jugadores, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo indicado por cinco (o más) de los siguientes criterios en un período de 12 meses.

1. Preocupación por los juegos de Internet.
2. Síntomas de abstinencia cuando se retira el juego (irritabilidad, ansiedad o tristeza, pero no se evidencian síntomas psicofarmacológicos de abstinencia).
3. Tolerancia (tiempo).
4. Intentos fracasados de control.
5. Pérdida de interés en otras actividades.
6. El uso de los juegos se mantiene a pesar de los problemas psicosociales.
7. Ha engañado a familiares, terapeutas, amigos sobre el tiempo que juega.
8. Se usa internet para escapar o aliviar de un estado de ánimo negativo (desesperanza, culpa, ansiedad).
9. Ha puesto en peligro o perdido relaciones significativas, carrera profesional o educativa.

¿Por qué incluir la adicción a videojuegos y no otras adicciones conductuales? En 1995, el psiquiatra Iván 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 emergence 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, Beranuy, & Bellés, 2009) y el interés por la posible adicción a los videojuegos, juegos de rol *online*, televisión y teléfonos móviles ha dado lugar a lo que se ha denominado «adicciones tecnológicas» o adicción a las pantallas. En este sentido, el punto esencial del DSM es que contempla la adicción a una aplicación de internet, los videojuegos en línea pero no tiene en cuenta una hipotética adicción a Internet (ver cuadro 2).

Cuadro 2

Las adicciones conductuales en el DSM-IV y en el DSM-V

DSM IV y DSM IVTR
EJE 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
DSM V* Axis I
SUBSTANCE-RELATED AND ADDICTIVE DISORDERS
SUBSTANCE-RELATED DISORDERS: Alcohol, Caffeine, Cannabis, Hallucinogens, Inhalants, ...
NON SUBSTANCE-RELATED DISORDERS: Gambling disorders
Section 3
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-V la adicción a los videojuegos en línea ha recibido un reconocimiento que no tenía. 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. Petry y O'Brien (2013) comentan que otras conductas no causan angustia y deterioro significativos y que su inclusión en el DSM-V disminuiría la credibilidad de los trastornos psiquiátricos y ponen como ejemplo la adicción al chocolate. 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 ni son mundos persistentes ni permiten crear personajes ni son abiertos.

Sin embargo, el DSM-V no contempla otras posibles adicciones tecnológicas. La adicción al móvil, por ejemplo, no merece ni un comentario en la nueva edición (ver cuadro 3). ¿A qué se debe este posicionamiento del DSM V? Para dar respuesta a esta pregunta tenemos que especular y lanzar nuestra hipótesis. El mal uso de las tecnologías de la información y la comunicación pueden ser conductas excesivas, que pueden ocasionar negativas consecuencias familiares leves, sobre todo en jóvenes y

Cuadro 3

Las adicciones conductuales a partir del DSM V

Juego Patológico: Eje I, Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos .
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.
Adicciones tecnológicas: —<i>Internet Gaming Disorder</i>: Condición que merece un estudio posterior. —Redes sociales online como Facebook y Pornografía en línea: No se consideran análogas al <i>Internet Gaming Disorder</i>. —Adicción a Internet: El uso recreacional o social de internet no es un trastorno. —Adicción al móvil: no se menciona en el manual.

adolescentes; pueden ser 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; 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.

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

¿Qué elemento distinguiría una adicción de lo que hemos denominado conducta excesiva, malestar transitorio o adaptación tecnológica? Si pensamos en los líquidos que ingerimos los humanos (agua, zumos, leche, etc.) tan solo un tipo de ellas tiene poder adictivo. Son los líquidos que contienen alcohol. Algo similar ocurre con el juego. Hay muchos tipos de juego practicados por niños y adultos pero sólo se considera juego patológico el que implica apuestas y en el que, 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, Griffiths y Parke (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. Pensemos en las «gold farming» en la que los trabajadores invierten largas jornadas laborales para obtener pócimas, escudos, armas, etc. que se venden a jugadores occidentales. 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 & 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, Fuster, Chamarro y Oberst (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 sólo pueden ser patológicas, si el personaje es vivenciado como más real que la persona. En base a esta hipótesis, la única tecnología de la información y de la comunicación 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 & Brunson, 2011). Así, podemos distinguir el uso de chats, como el antiguo *Messenger*, o la participación en redes sociales, como *Facebook*, *Tuenti* o *Twitter* 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 de proporcionar mayor satisfacción que su verdadero yo (Carbonell, Talarn, Beranuy & Oberst, 2009). En casos extremos, el avatar puede ser más importante que el jugador. El jugador vuelve al mundo real para alimentarse y descansar pero su verdadera vida se desarrolla 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 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 sólo 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, Taiwan y China.

Un razonamiento similar podemos utilizar en el caso del teléfono. Los teléfonos tradicionales y los teléfonos inteligentes se usan para comunicarse. Ya que las llamadas, *sms* y *whatsapps* 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.

3.3. *La confusión creada por el DSM V*

El nacimiento de la adicción a videojuegos como categoría de estudio ha nacido con algunos errores de base que es necesario comentar. Cuando Petry y O'Brien (2013) comentan la génesis de los criterios del DSM V, explican que se basaron en un estudio previo de Tao et al. (2010). Este estudio se realizó en un hospital militar chino con adictos a internet pero los autores no especifican si los participantes eran adictos a internet en general o, específicamente, adictos a videojuegos en línea. Por tanto, han utilizado los criterios para diagnosticar la adicción a Internet (un diagnóstico que no existe según el manual) y los han aplicado a la adicción a videojuegos. En los criterios nada refleja la especificidad de los MMORPG como la identificación con el avatar, la motivación para el juego (logro, socialización, etc.) o la presión grupal. De hecho, volviendo a la parodia de Goldberg, podríamos cambiar el término «internet games» por el de «internet» y diagnosticar una adicción a Internet. Petry y O'Brien (2013) en su editorial no citan a Mark Griffiths, posiblemente el autor más reconocido sobre adicción al juego y adicciones tecnológicas. Puesto que no podemos pensar que no conocen al autor hemos de pensar que prescinden voluntariamente de sus aportaciones.

Una segunda crítica, es que el manual postula que el «internet gaming disorder» es comúnmente conocido como «internet use disorder» o como «internet addiction» lo que se aleja de la práctica habitual en la comunidad científica. Se ha generado una abundante bibliografía sobre MMORPG, bien diferenciada de la literatura sobre internet en general y de aplicaciones o usos específicos como pornografía, apuestas, comunicación, etc.

3.4. *Para finalizar*

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-V, 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.

Referencias bibliográficas

- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (Fifth Edit.). Washington: American Psychiatric Association.
- Beranuy, M., Carbonell, X., & Griffiths, M. D. (2012). A Qualitative Analysis of Online Gaming Addicts in Treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 149-161. doi:10.1007/s11469-012-9405-2
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet Addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 306-307.
- Carbonell, X., Fuster, H., Chamarro, A., & Oberst, U. (2012). Adicción a Internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del psicólogo*, 33(2), 3-13.
- Carbonell, X., Guardiola, E., Beranuy, M., & Bellés, A. (2009). A bibliometric analysis of the scientific literature on Internet, video games, and cell phone addiction. *Journal Of The Medical Library Association: JMLA*, 97(2), 102-107. doi:10.3163/1536-5050.97.2.006
- Carbonell, X., Talar, A., Beranuy, M., & 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.
- Charlton, J. P., y Danforth, I. D. . (2007). Distinguishing addiction and high engagement. *Computers in Human Behavior*, 23, 1531-1548.
- Cole, H., y Griffiths, M. D. (2007). Social interactions in Massively Multiplayer Online Role-Playing Gamers. *Cyberpsychology & behavior*. 10(4): 575-583. doi:10.1089/cpb.2007.9988.
- Douse, N. y Mcmanus, I. . (1993). The personality of fantasy game players. *British Journal of Psychology*, 84(4), 505-509.
- Fuster, H., Carbonell, X., Chamarro, A., & Oberst, U. (2013). Interaction with the Game and Motivation among Players of Massively Multiplayer On-line Role-Playing Games. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E43. doi:10.1017/sjp.2013.54
- Fuster, H., Oberst, U., Griffiths, M., Carbonell, X., Chamarro, A., & Talar, A. (2012). Psychological motivation in online role-playing games: A study of Spanish World of Warcraft players. *Anales De Psicología*, 28(1), 274-280.
- 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. doi:DOI 10.1007/s11469-009-9229-x
- Griffiths, M. D., Davies, M. N. , & Chappell, D. (2003). Breaking the Stereotype: The case of online gaming. *Cyberpsychology & behavior*, 6(1), 81-91.
- Griffiths, M. D., Davies, M. N. , & Chappell, D. (2004). Demographic Factors and Playing Variables in online computer game. *cyber*, 7(4), 479-487.
- Lafranière, M.-A., Vallerand, R. J., Donahue, E. G., & Lavigne, G. L. (2009). On The Costs and Benefits of Gaming: The Role of Passion. *CyberPsychology & Behavior*, 12(3), 285-290.
- Longman, H., O'Connor, E., & Obst, P. (2009). The Effect of Social Support Derived from World of Warcraft on Negative Psychological Symptoms. *CyberPsychology & Behavior*, 12(5), 563-566.

- Lortie, C., y Guitton, M. (2011). Social organization in virtual settings depends on proximity to human visual aspect. *Computers in Human Behavior*, 27, 1258-1261.
- Ng, B. D., & Wiemer-Hastings, P. (2005). Addiction to the internet and online gaming. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 8(2), 110-3. doi:10.1089/cpb.2005.8.110
- Petry, N. M., & O'Brien, C. P. (2013). Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*, 108(7), 1186-1187. doi:10.1111/add.12162
- Przybylski, A. K., Weinstein, N., Ryan, R. M., & Rigby, C. S. (2009). Having to versus wanting to play: background and consequences of harmonious versus obsessive engagement in video games. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 12(5), 485-92. doi:10.1089/cpb.2009.0083
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A., & Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20(2), 149-160.
- Smahel, D., Blinka, L., & Ledabyl, O. (2008). Playing MMORPGs: connections between addiction and identifying with a character. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 11(6), 715-8. doi:10.1089/cpb.2007.0210
- Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y., & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, 105(3), 556-64. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02828.x
- Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., ... Marsolais, J. (2003). Les passions de l'âme: On obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(4), 756-767. doi:10.1037/0022-3514.85.4.756
- Widyanto, L., Griffiths, M. D., & Brunnsden, V. (2011). A psychometric comparison of the Internet Addiction Test, the Internet-Related Problem Scale, and self-diagnosis. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 14(3), 141-9. doi:10.1089/cyber.2010.0151
- Wood, R. T., Griffiths, M. D., & 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. doi:10.1089/cpb.2006.9.772

Capítulo 5

Adicciones con y sin sustancia: paralelismo

A. Oliva, L. Antolín-Suárez, P. Ramos, L. Jiménez, A. Jiménez-Iglesias, M.C. Moreno y M.V. Hidalgo

1. El autocontrol y las adicciones

El enorme impacto que las nuevas tecnologías de la información han tenido en nuestra sociedad, especialmente en las generaciones más jóvenes, ha llevado a que aumente la preocupación social sobre las consecuencias negativas que se pueden derivar de su uso. Es cierto que hay datos que indican claros efectos beneficiosos sobre el desarrollo de niños y adolescentes, como las mejoras en la percepción visual, en la planificación y desarrollo de estrategias, en el fácil acceso a la información, etc. En otros aspectos, como la influencia del uso de redes sociales en internet sobre la constitución y mantenimiento de las relaciones sociales, la evidencia disponible es más controvertida y compleja, como ha revelado un reciente estudio llevado a cabo por investigadores de la universidad de Wisconsin-Madison. En este estudio realizado sobre estudiantes de dicha universidad se analizaron tanto las actividades llevadas a cabo en Facebook y los motivos para usarlo como la relación que estas actividades y motivos tenían con el ajuste social de estos jóvenes universitarios. Los resultados indicaron que diferentes actividades en Facebook tienen diferentes implicaciones de cara al ajuste social y bienestar de los universitarios, y que a la hora de estudiar los efectos del uso de redes sociales en internet debe tenerse en cuenta el tipo de actividad más que el tiempo de dedicación (Yang y Brown, 2013).

Pero hay que reconocer que cada vez son más los estudios que apuntan al enorme poder adictivo de estas nuevas tecnologías y los efectos negativos que pueden derivarse de un uso intensivo de las mis-

mas. Una primera preocupación se deriva de la cantidad de tiempo que adolescentes y jóvenes, aunque también adultos, dedican al uso de estas tecnologías, que según algunos estudios podría superar las seis horas diarias (Echeburúa y Corral, 2009). Ello supone una menor dedicación a otro tipo de actividades cotidianas que hasta hace poco eran muy habituales, tales como hacer deporte, leer libros o conversar con los amigos.

Pero lo que parece ser el mayor riesgo derivado del uso de las nuevas tecnologías es su capacidad para crear adicciones que representen una verdadera dependencia y falta de control sobre su comportamiento. El hecho de que algunos de los mecanismos cerebrales relacionados con el autocontrol están aún inmaduros en chicos y chicas adolescentes les sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de estas adicciones (Oliva, 2007) .

No obstante, hay que diferenciar entre el uso frecuente de las nuevas tecnologías y la adicción a las mismas, ya que lo que lleva a una conducta a convertirse en adictiva no es tanto su frecuencia como la dependencia que crea, con una clara pérdida de control por parte del sujeto y una importante interferencia en su vida cotidiana. Esos dos aspectos, la pérdida de control y la dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de realizar la conducta, serían los factores claves para etiquetar un comportamiento como adictivo. El uso adictivo de internet puede llegar a causar eventualmente un importante malestar y un deterioro funcional de la vida del sujeto con efectos negativos sobre el rendimiento académico, la interacción social, los intereses ocupacionales o los problemas de conducta.

La definición de la adicción a internet, que es la que ha generado más literatura empírica, se basa en las definiciones de las adicciones a las sustancias. No obstante, esta equiparación entre las dos adicciones resulta controvertida para algunos expertos que consideran que se asemeja más a un comportamiento compulsivo. Así, la compulsión se basa en los principios de dependencia, necesidad y deseo, y está más dirigida a la reducción de la ansiedad que a la obtención del placer, es decir, está reforzada negativamente. En cambio, en la adicción se dan tanto componentes relacionados con la reducción de ansiedad o dolor como con la búsqueda del placer. Es decir mezclaría tanto conductas impulsivas como compulsivas, y refuerzos negativos y positivos.

Otra diferencia entre compulsión y adicción tendría que ver con los cambios físicos, sobre todo cerebrales, generados por la segunda. Así, los individuos con adicción a las drogas no son capaces de abandonar su adicción sin experimentar consecuencias derivadas de esos cambios cerebrales. Sin embargo, sobre este asunto hay nuevos datos proce-

dentes de estudios con técnicas de neuroimagen que apuntan la existencia de importantes cambios estructurales y funcionales en el cerebro de las personas con adicción a internet (Lin F., Zhou Y., Du Y., Qin L., Zhao Z. et al., 2012). De acuerdo con estos estudios la adicción a internet causa daños similares a los que experimentan sujetos que muestran adicciones a sustancias como la cocaína o el alcohol, y que afectan principalmente a la mielinización de vías que conectan diversas zonas del cerebro, lo que se traduce a nivel comportamental en déficits en el procesamiento de emociones, la atención ejecutiva, la toma de decisiones y el control de los impulsos.

El hecho de que las adicciones a sustancias y a internet tengan en común las dificultades para controlar los impulsos ha llevado a algunos investigadores a plantear la importancia del autocontrol como factor de riesgo, lo que justificaría la comorbilidad entre ambos trastornos encontrada por algunos estudios.

Para algunos autores este autocontrol tiene que ver con la fuerza de voluntad para regular la conducta de cara a la supresión de tentaciones y a la consecución de objetivos valiosos a largo plazo (Baumeister, Vohs y Tice, 2007). El trabajo de esta competencia autorreguladora sería anular e inhibir impulsos socialmente inaceptables y regular los propios comportamientos, pensamientos y emociones (Tangney, Baumeister y Boone, 2004). Por lo tanto, supone priorizar una respuesta acorde con ciertos valores morales y sociales, y que permite conseguir objetivos valiosos a largo plazo, frente a otra respuesta gratificante inmediata. Para ello debe inhibir acciones y demorar recompensas (Dukworth y Kern, 2011). Aunque muchas teorías enfatizan la faceta inhibidora del autocontrol, no hay que olvidar que dicha inhibición suele estar al servicio de la consecución de objetivos importantes. Así, algunos autores proponen dos tipos diferentes de autocontrol, uno de carácter inhibitorio relativo a la regulación y control de los impulsos, y otro iniciador, encargado de poner en marcha las conductas dirigidas a alcanzar una meta. Estos autores han encontrado que mientras que el control inhibitorio tiene mayor capacidad para predecir la menor incidencia de conductas problemáticas, el iniciador predice mejor conductas positivas o deseables (de Ridder, de Boer, Lugtig, Bakker, y van Hooft, 2011; Myrseth y Fishbach, 2008; Wills et al., 2007).

Si los modelos que vinculan autocontrol con función ejecutiva han empleado para su evaluación pruebas de ejecución de tareas, estos últimos modelos, más vinculados al ámbito de la investigación de la psicología clínica y de las diferencias individuales, se han servido fundamentalmente de cuestionarios, cumplimentados tanto por el mismo sujeto como por informantes externos, como padres y profesores. Como han

señalado Dukworth y Kern (2011) en un reciente meta-análisis sobre la validez convergente de las medidas de autocontrol en el que se compararon las pruebas de función ejecutiva, las tareas de demora de gratificación y los cuestionarios, fueron estos últimos los que mostraron una mayor validez convergente. La Self-Control Scale, o su versión reducida la Brief-Self-Control Scale (Tangney et al., 2004), ha sido utilizada en más de 60 estudios, especialmente en su versión breve, mostrando buenos índices de fiabilidad y validez (Carver, Sinclair y Johnson, 2010; Gailliot, Schmeichel, y Baumeister, 2006).

2. Un estudio empírico

2.1. Método

Un estudio llevado a cabo en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla nos sirvió para analizar la relación existente entre la adicción a internet y el consumo de sustancias, así como la asociación que guarda el autocontrol con ambos comportamientos y con los síntomas ansioso-depresivos (Oliva et al., 2012). La muestra de esta investigación incluyó a 1601 adolescentes y jóvenes de la comunidad autónoma de Andalucía, con edades comprendidas entre los 12 y 34 años de edad. Los sujetos fueron seleccionados por un sistema de rutas aleatorias y entrevistados en su domicilio.

Los instrumentos que se emplearon en este estudio fueron:

- Autocontrol*. Se utilizó una adaptación propia del *Brief Self-control Scale* (Tangney et al., 2004). En su versión original incluye 13 ítems en formato tipo likert), pero los análisis realizados que se describen más adelante aconsejaron reducir su número a 9 ítems y tres factores: contención, reflexión y disciplina. El total de la escala obtuvo un fiabilidad de $\alpha = .77$.
- Adicción a internet (Internet Addiction Test, IAT)* (Young, 1998). Esta escala, traducida al español por el equipo de investigación responsable de este estudio, mide los comportamientos asociados al uso adictivo de internet que incluyen la compulsión, el escapismo y la dependencia, y los problemas relacionados con el uso adictivo en el ámbito personal, laboral y social de adolescentes y jóvenes. Al igual que ocurrió con la escala de autocontrol, los análisis realizados aconsejaron su reducción a 10 ítems, que fueron los que configuraron la escala definitiva. El índice de fiabilidad fue de α de Cronbach = .94.

- Consumo de sustancias.* Se administró un cuestionario o escala que consta de una serie de preguntas, elaboradas por Oliva, Parra y Sánchez-Queija (2008), que hacen referencia al consumo de tabaco, alcohol y hachís, porros o marihuana. La fiabilidad de la escala fue de $\alpha = .70$.
- Ansiedad-depresión* (*Youth Self Report*, YSR y *Adult Self Report*, ASR, de Achenbach y Rescorla, 2001, 2003). Se utilizó la subescala de ansiedad-depresión del YSR, en el caso de los sujetos de menos de 19 años, y la misma subescala del ASR cuando tenían 19 años o más. El índice de fiabilidad para los menores de edad fue de .74, mientras que en el caso de las personas mayores de 18 años dicho índice se situó en .81 puntos.

2.2. Resultados

La adicción a internet

Atendiendo a la existencia/ausencia de adicción a internet, en la figura 1 se observa que solo un 0,76% de los adolescentes y jóvenes andaluces presentan un nivel grave de adicción. El 99,24% restante realiza un uso no adictivo de internet (77,35%) o presenta una adicción moderada (21,88%).

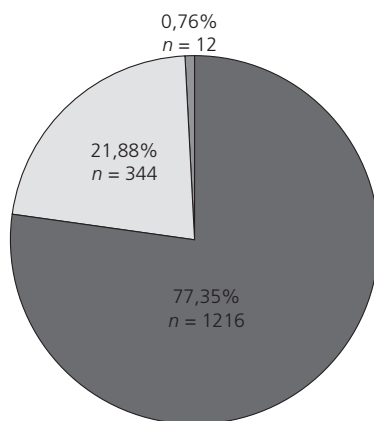


Figura 1
**Grado de adicción a internet,
entre los adolescentes y jóvenes andaluces**

*Autocontrol, adicción a internet, consumo de sustancias
y ansiedad-depresión*

En la tabla 1 se presentan las correlaciones parciales, tras controlar la edad, entre las variables del estudio. En ella se puede ver cómo tanto la puntuación total en la escala de autocontrol como las puntuaciones de las tres subescalas se relacionaron de forma significativa con las variables de ajuste. Así, el mayor autocontrol se asoció con puntuaciones más bajas en adicción a internet, ansiedad-depresión y consumo de sustancias. También se observaron correlaciones significativas entre la adicción a internet y el consumo de sustancias y la sintomatología ansioso-depresiva. No obstante, y a pesar de ser significativa la correlación entre el consumo de sustancias y la adicción a internet, su tamaño del efecto fue bajo, lo que indica que dicha asociación es bastante débil.

Tabla 1
**Correlaciones parciales entre las variables del estudio
(controlando la edad)**

	I	II	III	IV
I. Autocontrol				
II. Uso diario internet	-.02			
III. Adicción internet	-.38***	.38***		
IV. Consumo sustancias	-.38***	.02	.15***	
V. Ansiedad-depresión	-.26***	.02	.27***	.06*

p* < .05 and p** < .01, *** p < .001.

Aunque hubo una correlación significativa entre el uso intensivo y la adicción a internet, la magnitud de esta correlación fue de una magnitud media, lo que indica que se trata de variables claramente diferenciadas. Es decir, no todos los sujetos que hacían un uso intensivo de internet mostraron adicción. Para comprobar si era el autocontrol elevado lo que protegía a dichos sujetos de caer en un comportamiento adictivo se compararon las puntuaciones en la escala de autocontrol de los sujetos que hacían un uso intensivo y presentaban puntuaciones muy altas en la escala de adicción, con las de quie-

nes haciendo el mismo uso intensivo puntuaban alto en dicha escala. Como puede observarse en la figura 2, los sujetos con adicción se situaron muy por debajo en las puntuaciones en autocontrol (26,32 frente a 30,81), $F(1, 371) = 41,21, p = .000$.

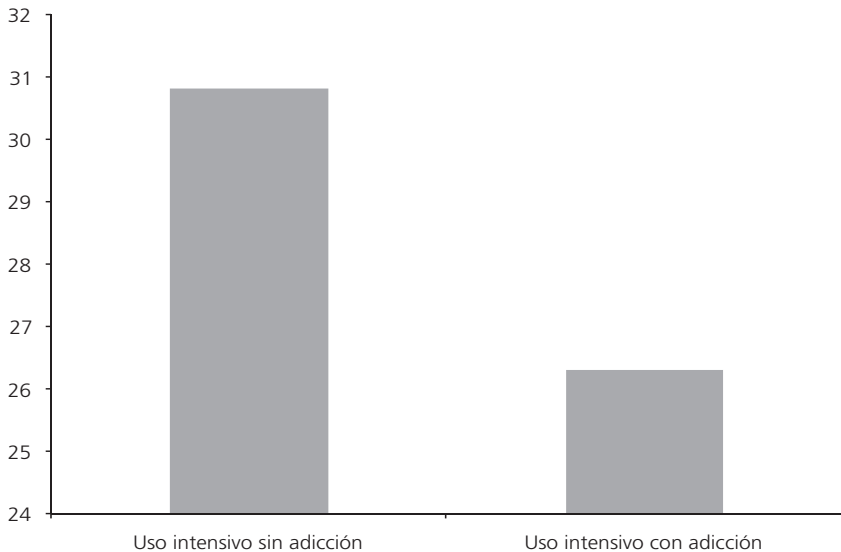


Figura 2

Puntuaciones en autocontrol de los sujetos con uso intensivo de internet sin adicción y con uso intensivo y adictivo

Trayectorias evolutivas del autocontrol en chicos y chicas

El análisis de las puntuaciones en autocontrol en función del sexo y la edad de los sujetos de la muestra mostró diferencias significativas tanto por sexo, obteniendo las chicas puntuaciones más elevadas que los chicos, como por edad. No hubo efectos de interacción significativos, lo que indica que no hubo diferencias entre sexos en las trayectorias evolutivas seguidas por el autocontrol. Como puede observarse en la figura 3, en ambos sexos se produjo un ligero descenso entre los 12-14 años y los 15-19 años, para luego iniciar un ascenso progresivo. Así, los post-hoc realizados sin diferenciar entre sexos indicaron que las puntuaciones fueron significativamente mayores en el grupo de 30-34 años, que en los de

12-14, 15-19 y 20-24. El grupo de 25-29 años también se situó de forma significativa por encima del de 15-19. Por último, el grupo de 12-14 años obtuvo puntuaciones superiores que el de 15-19, que fue el que puntuó más bajo. El resto de diferencias entre grupos no resultaron significativas.

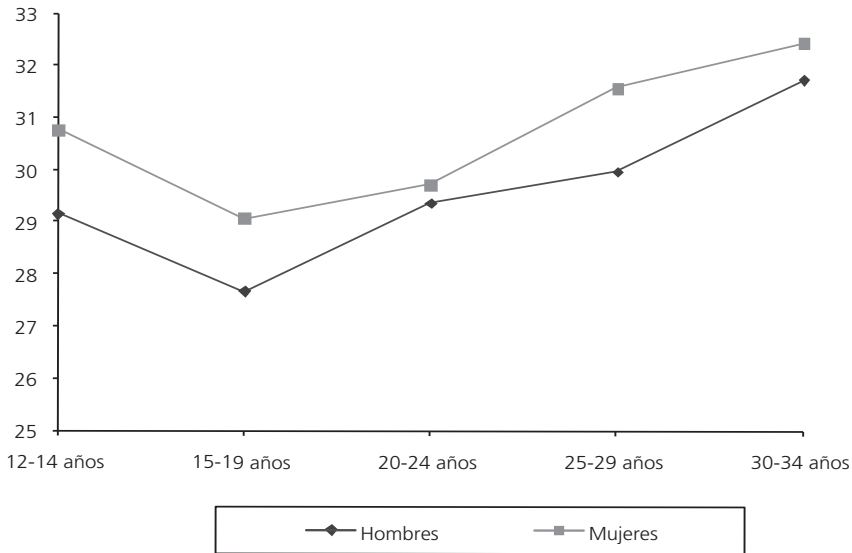


Figura 3
**Puntuaciones en la escala de autocontrol
en función de sexo y edad**

*Trayectorias evolutivas de la adicción a internet y del consumo
de sustancias en chicos y chicas*

En cuanto a las trayectorias seguidas por las puntuaciones en la escala de adicción a internet, como se puede observar en la figura 4, esta trayectoria mostró el perfil contrario a la del autocontrol, puesto que aumentó entre los 14 y 19 años, para descender significativamente a partir de ese momento.

En cambio, el consumo de sustancias mostró un aumento significativo, y especialmente acusado, durante la adolescencia media y tardía, hasta los 24 años en el caso de las chicas y los 29 en el de los chicos. A partir de esas edades comenzó a descender (Figura 5).

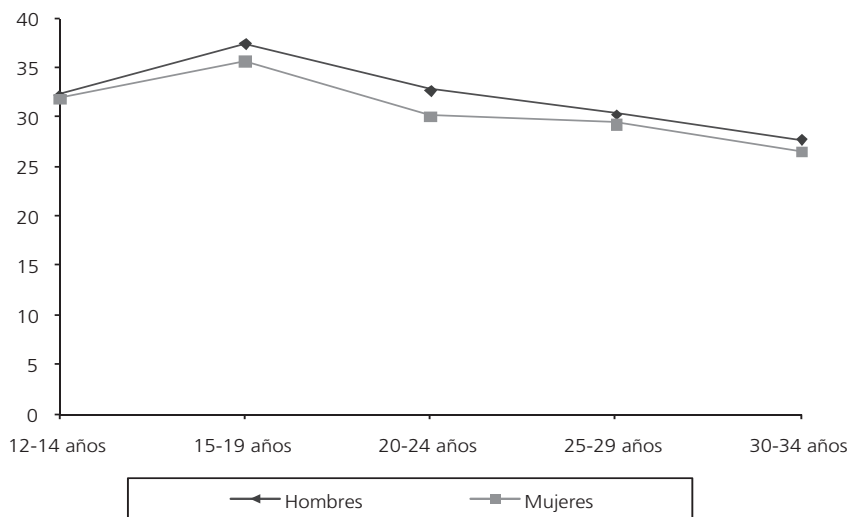


Figura 4

Puntuaciones en la escala de adicción a internet en función de sexo y edad

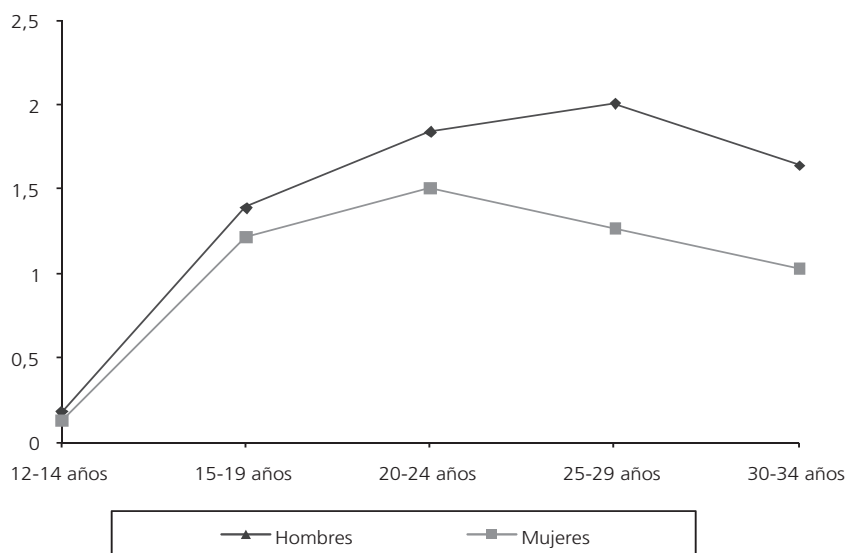


Figura 5

Puntuaciones en consumo de sustancias en función de sexo y edad

2.3. Conclusiones

Los resultados de este estudio han servido para poner de relieve la relación entre el autocontrol y la adicción a internet, el consumo de sustancias y los síntomas ansioso-depresivos. Si tenemos en cuenta que la compulsión, la pérdida de control y la persistencia en una conducta a pesar de las consecuencias negativas derivadas, son elementos esenciales para considerar un comportamiento como adictivo, no resulta sorprendente que el bajo autocontrol muestre una relación significativa con la adicción a internet y con el consumo de sustancias, que además correlacionaron significativamente. El hecho de que la correlación entre estos dos comportamientos sea baja indica que aunque puedan compartir algunos factores de riesgo, como el bajo autocontrol, se trata de problemas diferentes. Por otra parte, mientras que el caso del consumo de sustancias se consideró simplemente la frecuencia de uso, en el caso de internet se tuvo en cuenta el nivel de uso adictivo. Así, aunque hubo una significativa correlación positiva entre el número de horas diarias de uso de internet y la puntuación en la escala de adicción, también encontramos un importante número de sujetos que hacían un uso intensivo de internet sin que llegase a ser adictivo. Y el autocontrol fue una variable clave en marcar la diferencia entre un uso intensivo y un uso adictivo, ya que las puntuaciones en autocontrol fueron significativamente superiores entre aquellos sujetos que haciendo un uso intensivo de internet no desarrollaron un comportamiento adictivo. Además, mientras que el autocontrol mostró una relación significativa y de magnitud media con la adicción a internet, no se relacionó con el tiempo dedicado a navegar. Como han señalado Echeburúa y Corral (2009), lo que define una conducta como adictiva no es tanto la frecuencia con la que se realiza, como el establecimiento de una dependencia que interfiere seriamente en su vida cotidiana, y lógicamente el autocontrol va a ser determinante de la pérdida de control del sujeto sobre ese comportamiento.

Resulta muy interesante la asociación encontrada entre el bajo autocontrol y los síntomas ansioso-depresivos, que bien podría justificarse por el hecho de que las dificultades para la comprensión y la regulación de las emociones y los estados de ánimo han sido postuladas como importantes factores de riesgo para el desarrollo de esta sintomatología (Bradley, 2000; Garnefski y Kraaij, 2006; Papadakis et al., 2006). Aunque la escala utilizada en nuestro estudio se refiere fundamentalmente al autocontrol de la conducta, como han señalado Koole, van Dillen y Sheppes (2011) la autorregulación de la conducta y la autorregulación de las emociones están tan estrechamente entrelazadas que resulta complicado decir cuándo termina una y comienza la otra.

En cuanto a las diferencias en función de la edad, se observó un aumento en el uso adictivo de internet a partir de los 15 años para comenzar a descender gradualmente a partir de los 19. Así, fue el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años el que mostró las puntuaciones más altas en la escala de adicción a internet. Se observó una tendencia que fue muy similar, aunque en sentido inverso, en las puntuaciones en la escala de autocontrol, en ambos sexos. Esta tendencia evolutiva supuso un ligero descenso a partir de los 14 años para alcanzar los niveles más bajos entre los 15 y los 19 años y un incremento progresivo a lo largo de la adultez temprana, de forma que fueron los sujetos de 30 años o más quienes mostraron un mayor autocontrol. Aunque la tendencia evolutiva observada fue similar en ambos sexos, las chicas obtuvieron puntuaciones más altas en autocontrol, aunque hay que señalar que los tamaños del efecto fueron muy bajos.

El descenso en autocontrol observado en plena adolescencia puede resultar sorprendente, ya que podría esperarse que las competencias de autorregulación fuesen madurando poco a poco tras la infancia. No obstante, y como se comentó en la introducción, el equilibrio entre los circuitos neurológicos que ponen en marcha los impulsos y los que tratan de controlarlos se ve afectado por los cambios hormonales y cerebrales que acontecen tras la pubertad. Como han apuntado Casey, Jones y Somerville (2011), el cerebro adolescente se parecería a un vehículo con un motor de una gran potencia pero que posee unos frenos insuficientes para controlar la fuerza de ese motor. Ello explicaría la mayor vulnerabilidad del adolescente al desarrollo de comportamientos adictivos (Chambers, Taylor y Potenza, 2003).

Sin embargo, a lo largo de la adolescencia se produce un fortalecimiento de las conexiones entre la corteza cerebral y otras áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento de la información emocional, como el sistema límbico, que va a permitir un avance claro en la regulación emocional y conductual con la consiguiente disminución de la impulsividad con la llegada de la adultez (Weinberger, Elvevag y Giedd, 2005). En la medida en que las diferentes estructuras cerebrales vayan integrándose, las respuestas del adolescente ante distintas situaciones se basarán en el trabajo conjunto de diversas áreas. Así, si a principios de la adolescencia la autorregulación conductual dependía de forma exclusiva de un inmaduro córtex prefrontal, a finales de esta etapa, y en la adultez, la responsabilidad del control estará repartida entre varias áreas cerebrales, evitando la sobrecarga de zonas pequeñas y haciéndolo más eficaz (Luna et al., 2001).

Los resultados de estos estudios han puesto de manifiesto la importancia del autocontrol como factor de protección para prevenir el surgi-

miento de comportamientos adictivos y de problemas emocionales, por lo que su promoción debería ser un objetivo importante de la educación tanto familiar como escolar.

Referencias

- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT, EE.UU.: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 396-403.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect Regulation and the Development of Psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Cao, F., Su, L., Liu, T., & Gao, X. (2007). The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *European Psychiatry*, 22, 466-71.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011). Braking and accelerating of the adolescent brain. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 21-33.
- Chambers, R. A.; Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neuro-circuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052.
- De Ridder, D. T. D., de Boer, B. J., Lugtig, P., Bakker, A. B., & van Hooft, E. A. J. (2011). Not doing bad things is not equivalent to doing the right thing: Distinguishing between inhibitory and initiatory self-control. *Personality and Individual Differences*, 50, 1006-1011.
- De Ridder, D., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M., & Baumeister, R. F. (2012). A meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16, 76-99.
- Duckworth, A. L., & Kern, M. L. (2011). A meta-analysis of the convergent validity of self-control measures. *Journal of Research in Personality*, 35, 259-268.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). Las adicciones con o sin droga: una patología de la libertad. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (Coords), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 29-42). Madrid: Pirámide.
- Gailliot, M. T., Schmeichel, B. J., & Baumeister, R. F. (2006). Self-regulatory processes defend against the threat of death: Effects of mortality salience, self-control depletion, and trait self-control on thoughts and fears of dying. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 49-62.
- Garnefski, N. y Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.

- Koole, S. L., van Dillen, L. F., & Sheppes, G. (2011). The self-regulation of emotion. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications* (pp. 101-112). New York & London: Guilford.
- Lin, F., Zhou, Y., Du, Y., Qin, L., Zhao, Z., et al. (2012) Abnormal White Matter Integrity in Adolescents with Internet Addiction Disorder: A Tract-Based Spatial Statistics Study. *PLoS ONE* 7(1): e30253.
- Liu, J., Gao, X. P., Osunde, I., Li, X., Zhou, S. K., et al. (2010) Increased regional homogeneity in internet addiction disorder: a resting state functional magnetic resonance imaging study. *Chinese Medical Journal*, 123, 1904-1908.
- Luna, B., Thulborn, K. R., Munoz, D. P., Merriam, E. P., Garver, K. E., Minshew, N. J. et al. (2001). Maturation of widely distributed brain function subserves cognitive development. *Neuroimage*, 13, 786-793.
- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25, 239, 254
- Oliva, A. et al. (2012). *Uso y riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes andaluces*. Sevilla: Aguacalera.
- Papadakis, A. A., Prince, R. P., Jones, N. P., & Strauman, T. J. (2006). Self-regulation, rumination, and vulnerability to depression in adolescent girls. *Development and Psychopathology*, 18, 815-829.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72, 271-324.
- Weinberger, D. R., Elvevag, B., & Giedd, J. N. (2005). *The adolescent brain: A work in progress*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy
- Wills, T. A., Murry, V. M., Brody, G. H., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Walker, C., & Ainette, M. G. (2007). Ethnic pride and self-control related to protective and risk factors: Theoretical model for the Strong African-American Families Program. *Health Psychology*, 26, 50-59.
- Yang, C. C. y Brown, B. B. (2013). Motives for using Facebook, patterns of Facebook activities, and Late adolescents' social adjustment to College. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 403-416.
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1, 237-244.
- Yuan, K., Qin, W., Wang, G., Zeng, F., Zhao, L., et al. (2011) Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder. *PLoS One* 6: e20708.
- Zhou, Y., Lin, F.C., Du, Y. S., Qin, L. Dd, Zhao, Z. M., et al. (2011) Gray matter abnormalities in Internet addiction: A voxel-based morphometry study. *European Journal of Radiology*, 79: 92-95.

Capítulo 6

Nuevas tecnologías: desde la adicción hasta la rehabilitación

*S. Jiménez-Murcia^{a,b,c}, R. Granero^{b,d}, N. Aymamí^a, M. Gómez-Peña^a,
L. Moragas^a, A. del Pino-Gutiérrez^{a,e}, J.J. Santamaría^a J.M. Menchón^{a,c,f},
F. Fernández-Aranda^{a,b,c}*

Introducción

El juego ha sido una actividad de entretenimiento y ocio desde la Antigüedad. De hecho, existen evidencias de que el hombre prehistórico ya jugaba (Fontbona, 2008). A lo largo de los siglos, el juego en España ha pasado por distintas situaciones, desde la prohibición de todo tipo de juego con apuesta, hasta la legalización en 1977 (Jiménez-Murcia, Fernández-Aranda, Granero & Menchón, 2013). Un aspecto de interés, por el impacto que ha tenido en el panorama del juego de apuesta en España, fue la autorización de las máquinas recreativas con premio, en 1981. Su ubicación en bares y restaurantes y, por tanto de muy fácil acceso, contribuyeron a que el gasto en juego en España aumentara de forma muy significativa, así como el número de jugadores (Becoña, 2009). En los últimos años, la proliferación de juegos online, de carácter global, más allá de cualquier frontera geográfica, obligó al Estado a redactar una nueva ley de juego que regulaba esta actividad. Según la Memoria Anual publicada por la Dirección General de Ordenación del Juego, en 2011, las cantidades jugadas en España fueron de 26.585 millones de euros, un 2,8% menor respecto a 2010. En cuanto a su distribución por tipos de juego, un 37% correspondieron a Loterías y Apuestas del Estado, un 7% a ONCE, un 35% a máquinas, un 8% bingos, un 6% a casinos y un 7% a juego *online*. Si no se tiene en

cuenta este tipo de juego, el gasto en juego habría descendido cerca de un 9%, mientras que esta cifra se situó en 2,8%, debido al auge del juego *online* que ascendió hasta un 30% (Dirección General de Ordenación del Juego, 2011). Según este informe, también las loterías y apuestas no sólo no disminuyeron, sino que sufrieron un incremento del 5.4% en 2011.

Datos asistenciales de una unidad asistencial

La actividad asistencial de la Unidad de Juego Patológico del Servicio de Psiquiatría, del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), se ha mantenido estable desde 2006. El número de primeras visitas por año se sitúa en torno a 350. Con el objetivo de analizar el perfil del paciente con diagnóstico de juego, que solicita tratamiento en una unidad especializada, pasamos a describir una serie de variables sociodemográficas y clínicas, que pueden ser útiles para observar la evolución del trastorno a lo largo de los años, concretamente desde 2003 a 2012.

La muestra consistió en 2.364 jugadores patológicos, que fueron atendidos de forma consecutiva en esta unidad. Todos los pacientes fueron diagnosticados según el cuestionario basado en los criterios DSM-IV de Stinchfield (2003) y validada en población española (Jiménez-Murcia et al., 2009). Los diagnósticos, además, fueron confirmados por tres psicólogos clínicos y un psiquiatra, con más de 15 años de experiencia en esta patología.

Características sociodemográficas de la muestra

Al comparar la evolución de las variables sociodemográficas, a lo largo de los años, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad media de los pacientes, en el momento de la consulta (41.7 años, DE = 13.4), edad de inicio de los problemas de juego (36.5 años, DE = 13.1), tasa de mujeres (12.0%) o nacionalidad (solo un 6.8% de los pacientes habían nacido fuera de España). Sin embargo, la proporción de pacientes que estaban solteros mostró un incremento significativo, en los últimos años (desde un 28.1% en 2005 hasta un 40.4% en 2012), y la prevalencia de sujetos empleados disminuyó desde un 66% hasta un 40.7%. También se observaron cambios en el nivel de estudios, a pesar de que éstos no mostraron una evolución lineal.

Interpretando estos hallazgos, observamos que los aspectos diferenciales observados en el perfil de los jugadores patológicos, probablemente reflejan los cambios sociales y económicos sufridos en España.

Otro resultado de interés, al analizar la evolución a lo largo de los años, es el aumento del juego *online*, en detrimento de los otros tipos de juego con apuesta populares en España, incluso de las máquinas recreativas con premio o «tragaperras» como coloquialmente se las conoce. Este tipo de juego ha sido durante años, el principal juego problema de las personas con este trastorno (Jiménez-Murcia et al., 2013). Tradicionalmente, el juego patológico se ha asociado a determinados tipos de juego (Griffiths, Wood, Parke, & Parke, 2007; Griffiths, Wood & Parke, 2008). Diversos estudios han mostrado el alto potencial adictivo de las máquinas, tanto por sus características situacionales como estructurales y tecnológicas (Griffiths, 1999; Odlaug Marsh, Kim & Grant, 2011).

El juego *online* en España

A pesar de todo, el juego es para la mayoría de personas una actividad que no pasa de ser una distracción. Sin embargo, para otras, entre el 1.4-1,9% de la población adulta en nuestro país, el juego es un trastorno de graves consecuencias (Becoña, 2009).

El juego patológico se ha definido como un fracaso progresivo y crónico de resistir el impulso de jugar, convirtiéndose en una conducta problemática que daña y lesiona todas las áreas de la vida del individuo (APA, 2000). Esta actividad suele iniciarse en la adolescencia o juventud, siendo en el caso de las mujeres más tardío (Granero et al., 2009), con un impacto económico y social muy elevado. Aunque, como ya se ha mencionado, las máquinas han sido (y de hecho siguen siendo) el principal juego problema de los individuos que presentan este trastorno, tanto en España como en Europa (Becoña, 2009). Sin embargo, desde hace menos de una década, ha aparecido una nueva forma de juego que sin duda incrementará las tasas de jugadores patológicos. Nos referimos al juego online, es decir el juego de apuesta a través de internet (SEC, 2011).

El proceso es común a todos los jugadores patológicos, varones mayoritariamente. Sin embargo, entre el juego presencial y el *online*, podría existir un aspecto sociodemográfico claramente diferencial, concretamente el nivel de estudios, que sería superior en el juego a través de Internet.

Siguiendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR; APA, 2000), los

síntomas que pueden presentarse tanto en este cuadro clínico como en el juego patológico tradicional serían: 1) preocupación excesiva por el juego, 2) necesidad de apostar cantidades crecientes para conseguir la excitación deseada, 3) fracaso repetido por controlar o detener esta conducta, 4) inquietud o irritabilidad cuando se intenta reducir o parar el juego, 5) utilización del juego para escapar de estados emocionales negativos, 6) persistencia en esta actividad con el fin de intentar recuperar el dinero perdido, 7) mentir sistemáticamente a las personas del entorno más cercano para ocultar la conducta de juego y los problemas derivados de ella, 8) delinquir para seguir financiando el juego, 9) arriesgar o perder las relaciones interpersonales debido a esta conducta, 10) tener la confianza en que los demás van a seguir proporcionando recursos económicos para salir de las situaciones desesperadas.

Modificaciones en el DSM-5: trastorno de juego

Recientemente, sin embargo, ha sido publicada la quinta revisión de este manual diagnóstico, conocida como DSM-5 (APA, 2013). Básicamente, los cambios han consistido en el cambio de nombre, que ha pasado a ser Trastorno de Juego, en sustitución del término Juego Patológico, por considerarse que el término «patológico» llevaba implícito un significado negativo, peyorativo (Potenza, 2013). Otro de los aspectos relevantes que ha sido modificado ha sido su clasificación, pasando de pertenecer a la categoría de Trastornos del Control de los Impulsos en las ediciones anteriores, a la de «Trastornos Adictivos y relacionados con Sustancias» en el DSM-5. Asimismo, con esta nueva versión, es necesario especificar si el trastorno tiene un carácter episódico o persistente, si está en remisión temprana (abstinencia entre 3 y 12 meses), o mantenida (más de 12 meses). Además, es posible establecer el nivel de gravedad, considerando que el cumplimiento de 4-5 criterios sería leve, 6-7 moderado y 8-9 grave. Otro cambio significativo ha sido la reducción del punto de corte, para el establecimiento del diagnóstico, que ha pasado de 5, en el DSM-IV-TR, a 4 en el DSM-5. Esta modificación ha sido el resultado de los estudios que han demostrado que reducir el punto de corte incrementa la sensibilidad en la identificación del trastorno y mejora la precisión diagnóstica (Jiménez-Murcia et al., 2009; Stinchfield, 2005; Stinchfield et al., 2005;). Finalmente, el DSM-5 ha eliminado el criterio sobre actos ilegales, como parte del trastorno. Este criterio se definía como la comisión de falsificación, fraude, malversación y robo, para financiar la conducta de juego. Sin embargo, mientras que la preocupación por el juego y el deseo de recuperar las

pérdidas son los síntomas más frecuentes, incluso en los casos más leves, la presencia de actos ilegales está directamente relacionada con la severidad y un peor pronóstico del trastorno (Strong & Kahler, 2007). Además, el criterio de actos ilegales no discrimina mejor la presencia del trastorno, ni la precisión diagnóstica. Estudios realizados en población general y clínica, demuestran que este criterio raramente se observa en ausencia de otros y, generalmente, se asocia a los cuadros más graves (Petry et al., 2013).

Juego tradicional *versus* juego online

Aunque no existe una clara diferenciación entre jugadores patológicos en general y los de apuestas a través de Internet, hay una serie de características que hacen del juego online sea potencialmente más atractivo y/o más adictivo. Estas características serían: 1) La accesibilidad durante 24 horas al día, reducidas tarifas actuales de conexión a Internet (cada vez más y más asequibles para muchas personas), 2) anonimato, 3) conveniencia (el juego se desarrolla en un ambiente cercano y familiar, lo que reduce la percepción de riesgo), 4) posibilidad de escapar de los problemas y de las preocupaciones a través de esta actividad, 5) fácil desconexión del entorno, 6) desinhibición (Internet facilita que los usuarios se muestren más abiertos y comunicativos emocionalmente), 7) rapidez entre apuesta y resultado de la misma apuesta (fenómeno altamente adictivo), 8) posibilidad de interacción virtual (es decir, el individuo no es un mero espectador pasivo, como puede serlo en otros entretenimientos), 9) simulación (la mayoría de páginas de juego *online* permiten aprender a jugar con «demos», en las que no se apuesta dinero real, lo que puede inducir también a una disminución de la percepción del riesgo), 10) aislamiento (en el juego *online* esta característica se produce desde el principio, a diferencia de en otros tipos de juego, en los que hay un componente más social, especialmente en la primera fase del trastorno).

Si tuviéramos que establecer un perfil del paciente que acude a consulta profesional por problemas de juego sería un varón, con una edad media de 40 años, que ha iniciado su conducta de juego en la juventud habiéndose convertido en un problema al cabo de unos 5 años, activo laboralmente y casado. Refiere haber empezado a jugar con la idea de ganar dinero, o bien por costumbre social (con amigos o compañeros de trabajo, en el caso de los jugadores tradicionales, no así en los de juego online). De forma progresiva, ha ido aumentando la frecuencia de juego y el tamaño de la apuesta, hasta que se ha convertido

en una actividad diaria, en la que invierte todo el dinero del que puede disponer. Cree que juega para recuperar el dinero perdido, pero afirma que el juego también le sirve para escapar de los problemas y de los estados emocionales negativos. En ocasiones, la progresión de la enfermedad también ha coincidido con algún factor estresante vital. Generalmente, reinvierte los premios y es, al terminar de jugar y ser consciente de lo que ha pasado, cuando se siente intranquilo, deprimido y culpable. Explica que mil veces se ha prometido a sí mismo que no volvería a pasar (a veces, ha invertido todo el dinero del sueldo en un solo episodio de juego) y, sin embargo, cuando ha vuelto a disponer de dinero, o se ha sentido abatido o frustrado, ha vuelto a jugar. Se siente arrepentido y desesperado por haber mentido a la familia y haber gastado tanto dinero. Cree que le ha fallado a todo el mundo. Reconoce que la familia le ayudado algunas a veces a salir del problema (dejándole dinero para pagar las deudas) y en cambio él, ha vuelto a jugar.

Similitudes y diferencias entre el juego patológico y la adicción a las nuevas tecnologías

En la Unidad de Juego Patológico, del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge, nos planteamos un estudio, en el que pretendíamos comparar tres grupos de individuos, uno de pacientes con distintos tipos de adicciones tecnológicas (entre ellas el juego de apuesta a través de Internet), otro de jugadores patológicos tradicionales y finalmente un tercero de controles sanos. Para ello, analizamos más de 1.000 pacientes consecutivos que habían acudido a nuestra Unidad, entre 2005 y principios de 2009, de los cuales alrededor del 9% presentaban adicción a nuevas tecnologías. Los resultados que obtuvimos mostraron, en primer lugar, que los distintos subtipos de adicciones tecnológicas (juego *online*, otras aplicaciones de Internet y móvil) no se diferenciaban entre sí, ni en cuanto características clínicas ni tampoco en perfiles de personalidad. Asimismo, los dos grupos de pacientes (jugadores patológicos y adictos a nuevas tecnologías) presentaban alteraciones marcadas en el estado de ánimo, al ser comparados con los controles sanos. Éste era un resultado esperable, en cuanto a que trabajos anteriores habían ya demostrado, especialmente en juego patológico, la elevada asociación con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (Kessler et al., 2008). Otro dato interesante era las similitudes en los perfiles de personalidad, entre los pacientes con juego patológico y los que presentaban adicciones tecnológicas. En ambos casos, se caracterizaba por elevados niveles en búsqueda de sensaciones

y novedad, impulsividad, baja tolerancia al aburrimiento y a la monotonía, dificultades en el manejo de situaciones problemáticas, independencia, individualismo y reserva. En definitiva, estos resultados estarían en concordancia con otros estudios realizados en distintos países, que confirmaban que dadas las similitudes clínicas y comportamentales de estos pacientes los programas de tratamiento podían ser muy similares (Jiménez-Murcia et al., 2011).

Tratamiento del juego patológico

La información sobre el tratamiento del juego patológico todavía adolece de ciertos conceptos erróneos ¿Qué se conoce realmente acerca del tratamiento del juego patológico en general, ya sea a juegos tradicionales o a través de internet? ¿Son eficaces? ¿Es cierto el mito de que estos trastornos no se pueden curar?

La investigación sobre resultados de tratamiento demuestra que es un trastorno que puede tratarse con éxito. Diversas publicaciones coinciden al señalar que los tratamientos psicológicos son los más eficaces, asociándose a una mejoría significativa tanto a corto como a largo plazo (Cowlshaw et al., 2012). Estudios realizados en nuestra unidad con amplias muestras de pacientes, que habían solicitado tratamiento profesional por su problema de juego, mostraron que el tratamiento psicológico, concretamente de orientación cognitivo-conductual, era eficaz en la mayoría de pacientes, siendo la tasa de abandonos durante el tratamiento del 30% y la de recaídas del 23,9% (Jiménez-Murcia et al., 2007). Al comparar el estado clínico del paciente al iniciar el tratamiento y al finalizarlo, se observaban también cambios significativos en psicopatología (alteraciones emocionales) y severidad de la conducta de juego. El riesgo de abandono y recaída decrecía significativamente tras la quinta sesión de terapia (Jiménez-Murcia et al., 2012). Es decir, parecía ser positivo un esfuerzo inicial tanto por parte del paciente, como de los familiares y también de los terapeutas. En esta misma línea, ¿podemos predecir el éxito o el fracaso de una terapia?, ¿existen datos al respecto? Los estudios científicos han demostrado que los factores asociados a una pobre respuesta al tratamiento son niveles elevados de ansiedad y depresión (en cuyo caso el juego puede actuar como una forma de aliviar estos estados) y en general, gravedad de la psicopatología asociada, larga evolución de la enfermedad en el momento de iniciar tratamiento, mayor gravedad del trastorno, baja motivación al cambio y elevada impulsividad y búsqueda de sensaciones (Dunn, 2012; Ledgerwood y Petry, 2006; Melville et al., 2007). Sin embargo,

algunos rasgos de personalidad como la persistencia (autoexigencia, ambición, capacidad de esfuerzo y superación) parecen ser factores relacionados a buena respuesta al tratamiento (Jiménez-Murcia et al., 2009; Gómez-Peña et al., 2012).

Otro aspecto a tener en cuenta es que a pesar de las similitudes observadas entre los pacientes con el diagnóstico de juego patológico (ya sea *online* o presencial), también es cierto que existe cierta heterogeneidad en el trastorno (Álvarez-Moya et al., 2010). Así, aunque los programas de tratamiento pueden ser similares, es decir basados en una serie de técnicas comunes en todos los casos, también es necesario evaluar y establecer las características específicas de cada paciente. De este modo, al diseñar el plan de intervención conviene disponer de una serie de criterios para determinar la conveniencia de aplicar las distintas modalidades de intervención (individual, grupal, familiar, con tratamiento farmacológico combinado, coordinado con otros especialistas de ámbitos diversos, etc.) (Jiménez-Murcia et al., 2006).

En primer lugar, el objetivo se centrará en detener la conducta de juego, por lo que las técnicas conductuales de control de estímulos (control de dinero y evitación de situaciones de riesgo, como las conexiones a páginas de Internet, entrar en bares con máquinas o autoprohibirse la entrada de bingos y casinos) serán de utilidad en este sentido. Las técnicas cognitivas para tratar las creencias irracionales y el pensamiento mágico asociado al juego y la psicoeducación sobre las probabilidades de ganar en el juego de apuesta, serán también eficaces. El incremento de la confianza con los familiares o las personas significativas del entorno del paciente, será también un aspecto a conseguir. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento al estrés, el aumento de la autoestima y la solución de problemas pueden ser estrategias terapéuticas necesarias para superar el trastorno. Las actividades de entretenimiento y ocio alternativas son especialmente adecuadas en un programa de deshabituación del juego.

Finalmente, hay que tener en cuenta los recursos terapéuticos necesarios para abordar los trastornos asociados al juego (abuso o dependencia de drogas o alcohol, depresión, problemas legales y financieros, etc.). De este modo, el objetivo del tratamiento, será restablecer el estilo de vida previo al trastorno y mejorar todas las áreas de la vida del sujeto afectadas o deterioradas por su enfermedad (Jiménez-Murcia et al., 2007).

En definitiva, el juego patológico en general y más concretamente *online* es un trastorno reconocido como tal desde hace relativamente pocos años y por ello aún queda mucho por hacer, pero los avances son cada vez mayores en este área. Ello, sin duda, se ha visto reflejado

no tan sólo en los resultados de la investigación más básica, sino también a nivel clínico, como por ejemplo en el hecho de que muchos pacientes identifiquen y reconozcan antes el problema, con lo que cada vez es menos frecuente ver largas evoluciones de la enfermedad, presentando asimismo mayor motivación para llevar a cabo un tratamiento y por ello, mejor resultado de los programas de intervención.

Nuevas tecnologías y salud

Cada vez más, profesionales de la salud están empezando a interesarse en enfoques terapéuticos eficientes (en términos de coste/eficacia) e innovadores. Debido a esta razón, la utilización de las nuevas tecnologías como potenciales herramientas terapéuticas está siendo explorada por distintos grupos clínicos y de investigación, tanto nacionales como internacionales (Botella et al. 2013; Claes et al., 2012; Fernández-Aranda et al., 2012). Su aplicación en el tratamiento de trastornos somáticos y psicológicos y su potencial eficacia como complementario terapéutico, está siendo motivo de interés general (Barnett Cerin, & Baranowski 2011 Coyle, Matthews, Sharry, Nisbet, & Doherty, 2005).

Las razones que han llevado a investigadores y clínicos a la aplicación de estas nuevas estrategias terapéuticas, se basan no solo en el deseo de aprovechar todas las ventajas de las nuevas tecnologías, sino también en hacer más accesibles programas y tratamientos a los que, de otro modo, sería difícil acceder, por ejemplo en zonas rurales o en lugares donde los dispositivos asistenciales para determinadas patologías muy específicas son escasos.

Dentro de las nuevas tecnologías, los *serious games*, o videojuegos con fines terapéuticos, han demostrado su eficacia en diversos campos, como en el entrenamiento de habilidades y competencias específicas, manejo del dolor y modificación de emociones, conductas y actitudes (Santamaría et al., 2011). Según Griffiths (2004), las intervenciones con videojuegos, podrían tener un éxito considerable, especialmente si son diseñados específicamente para trabajar problemas concretos o habilidades específicas. En general, las razones que explicarían los aspectos beneficiosos de los videojuegos serían: 1) requieren altos niveles de atención y concentración, así como reacción en forma de respuestas motoras y cognitivas; 2) permiten la posibilidad de superación, es decir de adquirir una serie de habilidades y competencias que se incrementan progresivamente a medida que va aumentando la dificultad en el juego; 3) atraen a la mayoría de personas, ya que son

entretenidos y motivadores; 4) facilitan la inmersión en las tareas que se están realizando y desconexión del entorno (especialmente útiles en situaciones como en las curas de niños que han sufrido graves quemaduras, por ejemplo); 5) implican de forma intensiva al individuo; 6) incluso producen cambios en la actividad cerebral (Egerton et al., 2009; Han et al., 2011; Wilkinson et al., 2008).

En el Hospital Universitario de Bellvitge, en Barcelona, junto a otros centros de ingeniería y biotecnologías, de cinco países europeos más, se desarrolló **Playmancer** (www.playmancer.eu), que fue una iniciativa de la Unión Europea, con el propósito de diseñar y aplicar un videojuego con fines terapéuticos, dirigido a intervenir en trastornos relacionados con la impulsividad, como el juego patológico. Más allá de los síntomas específicos (que ya se trataban con la terapia habitual que seguían todos los pacientes), se pretendió intervenir en los aspectos subyacentes al trastorno y que son menos susceptibles al cambio, tratamientos tradicionales. Estos aspectos a los que nos referimos son, por ejemplo, la impulsividad, déficits de regulación emocional, baja tolerancia a la frustración, escaso autocontrol, dificultad en la planificación de tareas y objetivos, baja solución de problemas, etc. (Fernández-Aranda et al., 2012; Jiménez-Murcia et al., 2009).

Como todo *serious game*, el videojuego iba más allá de lo puramente lúdico, aunque sin olvidar que también pretendía ser entretenido. Sin embargo, el objetivo principal era poder conseguir cambios actitudinales, conductuales y emocionales en los pacientes en los que se aplicaba. En este videojuego, además, se registraban las respuestas del paciente frente al escenario (reacciones fisiológicas que se captaban a través de cinco biosensores y respuestas emocionales que se recogían a partir de una cámara que grababa las expresiones faciales). Todas estas medidas interactuaban con las distintas tareas que propiciaba el videojuego. Éste se desarrollaba en una isla de un archipiélago (de ahí que el nombre del videojuego fuera *Islands*), en el que el sujeto debía progresar y avanzar, en base al logro de una serie de objetivos terapéuticos. Concretamente, se trataba de un videojuego de aventuras-simulación, en un escenario en el que el avatar se enfrentaba a distintos retos y/o situaciones, a través de los que podía entrenar las habilidades y/o actitudes que se pretendían incrementar (p.e. resolución de problemas, control de reacciones impulsivas, afrontamiento de distintas situaciones asociadas a frustración, manejo de emociones negativas, etc.). El paciente era confrontado con distintas situaciones, más o menos complejas, en función de su estado emocional, que se evaluaba de forma continua a través de biosensores y de su expresión facial. En el videojuego, solo se cambiaba de nivel, es decir, se progresaba, si el

estado emocional del sujeto era de calma, relajación, control y planificación. Así, el objetivo final no era ganar, en el sentido clásico de los juegos, sino conseguir una mayor capacidad de autocontrol. En todo momento, el paciente recibía *feedback* sobre sus logros.

El videojuego se aplicaba de forma complementaria a la terapia estándar, a los pacientes que acudían a tratamiento por su problema de juego patológico. Con el objetivo de controlar posibles efectos adversos del videojuego, éste solo se podía utilizar en el contexto hospitalario, siendo todas las sesiones supervisadas por un terapeuta. Cada sesión consistía en 20 minutos de juego. Antes y después de la exposición a los mini-juegos del *serious game*, el sujeto realizaba 3 minutos de relajación en uno de los escenarios de la isla, mientras oía una música relajante, sonidos de aves, etc. La frecuencia de las sesiones era semanal, realizándose un total de 10-12, coincidiendo con las visitas para la terapia estándar.

De este modo, este videojuego, hasta el momento actual, solo se ha podido utilizar en un contexto hospitalario, dado que, inicialmente, era necesario analizar de forma controlada su eficacia como terapia complementaria al tratamiento habitual indicado en esta patología. Asimismo, toda la tecnología y dispositivos que requería este procedimiento complicaban su uso, fuera de este entorno. De hecho, la plataforma del videojuego integraba distintos dispositivos como cinco biosensores (reacción galvánica de la piel, temperatura, frecuencia respiratoria, tasa cardíaca y saturación de oxígeno), medidos a través de un sistema basado en el MobiHealth MobileTM© y una cámara, que grababa las expresiones faciales del paciente, extrayendo algoritmos que permitían el reconocimiento de emociones (ira, diversión y aburrimiento). Estos dispositivos detectaban el estado emocional y las reacciones fisiológicas del sujeto de forma continua, durante toda la sesión de juego, mientras era confrontado a tareas específicas, que podían desencadenar tensión o estrés (dificultad para avanzar, conseguir objetos, etc.). En el momento en el que la plataforma detectaba un estado emocional negativo o reacciones fisiológicas sugestivas de un estado de estrés, el videojuego dirigía al avatar (paciente) a la zona de relajación (que consistía en un cielo estrellado, en el que debía unir las estrellas de distintas constelaciones, con respiraciones lentas y profundas), hasta que éste se relajaba.

Tomando en consideración el *feedback* de los pacientes, la mayoría refería una experiencia positiva después de la utilización de esta plataforma. De hecho, podríamos resumir los resultados en los siguientes puntos: 1) los pacientes con diagnóstico de juego patológico se sentían cómodos utilizando el videojuego (usabilidad entorno al 85%); 2) el vi-

deojuego era capaz de provocar respuestas emocionales y reacciones fisiológicas en los sujetos (al comparar éstas con las presentadas por sujetos control, los pacientes mostraban una sobre-reacción ante las distintas tareas); 3) era posible identificar emociones positivas y negativas asociadas a determinadas reacciones fisiológicas; 4) del mismo modo que en otros estudios, el entrenamiento en relajación y el *bio-feedback* continuo reducían significativamente la tensión y el estrés producido por distintas situaciones del videojuego.

Conclusiones

El propósito de este capítulo ha sido hacer una breve actualización de la situación actual del juego en España, presentando algunos de los resultados de una unidad de tratamiento, perteneciente a la red sanitaria pública. Asimismo, se ha hecho especial hincapié en la evolución de este trastorno a lo largo de los años y cómo el juego de apuesta *online* (a través de Internet) está sufriendo un auge significativo en los últimos tiempos, favoreciendo un cambio de perfil en el jugador, especialmente en relación a variables como edad o nivel de estudios.

Asimismo, hemos querido ofrecer una aproximación al fenómeno de las nuevas tecnologías como herramientas terapéuticas y describir las características de un *serious game* diseñado en el marco de un proyecto Europeo, y aplicado a pacientes con diagnóstico de juego patológico.

Finalmente, señalar que este proyecto de investigación ha contado con la financiación de la Unión Europea (Séptimo Proyecto Marco, I+D/FP7-ICT-215839-2007), Fondo de Investigación Sanitaria (FIS/ PI081573) y del CIBEROBN (Fisopatología de la Obesidad y Nutrición; CB06/03) del Instituto Carlos III.

Referencias

- Álvarez-Moya E., Jimenez-Murcia, S., Aymami, M. N., Gomez-Peña, M., Grano R., Santamaria, J. J., Menchon, J. M., & Fernandez-Aranda, F. (2010). Subtyping study of a male pathological gambling sample. *Can J Psychiatry*, 55(8):498-506.
- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* (2013). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Barnett A, Cerin E, & Baranowski T. (2011). Active video games for youth: a systematic review. *J Phys Act Health*, 8(5):724-37.
- Becoña, E. Spain. In Meyer, G, Hayer, T. & Griffiths M. (Eds.). (2009). *Problem gambling in Europe. Challenges, prevention, and interventions*. New York: Springer, P. 281-298.
- Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R., & García-Palacios, A. (2010). Treating cockroach phobia with augmented reality. *Behavior Therapy*, 41(3), 401-413.
- Claes, L., Jiménez-Murcia S., Santamaría, J.J., Moussa, M.B., Sánchez, I., Forcano L., Magnenat-Thalmann, N, Konstantas, D., Overby, M. L., Nielsen, J., Bults R. G., Granero, R., Lam, T., Kalapanidas, E., Treasure, J., Fernández-Aranda F. (2012). The facial and subjective emotional reaction in response to a video game designed to train emotional regulation (Playmancer). *Eur Eat Disord Rev*, 20(6):484-9. doi: 10.1002/erv.2212. Epub 2012 Oct 24
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 14; 11:CD008937. doi: 10.1002/14651858.CD008937.pub2
- Coyle, D., Matthews, M., Sharry, J., Nisbet, A., & Doherty, G. (2005). Personal investigator: A therapeutic 3D game for adolescent psychotherapy. *Journal of Interactive Technology & Smart Education*, 2(2), 73-88.
- Dirección General de Ordenación del Juego. (2011). *Memoria Anual*, Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
- Dunn, K., Delfabbro, P., & Harvey, P. (2012). A Preliminary, Qualitative Exploration of the Influences: Associated with Drop-Out from Cognitive-Behavioural Therapy for Problem Gambling: An Australian Perspective. *Journal of Gambling Studies*, 28, 253-272
DOI 10.1007/s10899-011-9257-x
- Egerton, A., Mehta, M. A., Montgomery, A. J., Lappin, J. M., Howes, O. D., Reeves, S. J., et al. (2009). The dopaminergic basis of human behaviors: A review of molecular imaging studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(7), 1109-1132.
- Fontbona, M. (2008). *Historia del Juego en España. De la Hispania Romana a Nuestros Días Barcelona*: Flor del Viento.
- Granero, R., Penelo, E., Martínez-Giménez, R., Álvarez-Moya, E., Gómez-Peña, M., Aymamí, M. N, Bueno, B., Fernández-Aranda, F., & Jiménez-Murcia, S. (2009). Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. *Compr Psychiatry*, 50(2):173-80. doi: .1016/j.compsych.2008.07.005.
- Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernandez-Aranda, F., Savidou, L. G., Fröberg, F., Aymamí, N., Gómez-Peña. M., Pérez-Serrano, M., Del Pino-Gutiérrez, A., Menchón, J. M, Jiménez-Murcia, S. (2013). Is Pathological Gambling Moderated by Age? *Journal of Gambling Studies*, Mar 14. [Epub ahead of print].
- Griffiths, M. (1999). Gambling technologies: Prospects for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15, 265-283.

- Griffiths M. (2004). Betting your life on it. *BMJ*, 329(7474), 1055-6.
- Griffiths, M., Wood, R., Parke, J. & Parke, A. (2007). Gaming research and best practice: Gaming industry, social responsibility and academia. *Casino and Gaming International*, 3, 97-103.
- Griffiths, M., Wood, R., & Parke, J. (2008). Reducing addiction risk in developing online games. *World Online Gambling Law Report*, 7, 15-16.
- Han, D. H., Bolo, N., Daniels, M. A., Arenella, L., Lyoo, I. K., & Renshaw, P. F. (2011). Brain activity and desire for internet video game play. *Comprehensive Psychiatry*, 52(1), 88-95.
- Jiménez-Murcia, S., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M., Álvarez-Moya, E. M., Vallejo J. (2006). *Protocols de tractament cognitiu conductual pel joc patològic i d'altres addiccions no tòxiques*. Barcelona: Hospital Universitari de Bellvitge, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M., Jaurrieta, N., Sans, B., Rodríguez-Martí, J. & Vallejo, J. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 17(5): 544-552.
- Jiménez-Murcia, S., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Santamaría, J. J., Álvarez-Moya, E., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Penelo, E., Bueno, B., Moragas, L., Gunnard, K., Menchón, J. M. (2012). Does exposure and response prevention improve the results of group cognitive-behavioural therapy for male slot machine pathological gamblers? *Br J Clin Psychol*, 51(1):54-71. doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02012.x.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Menchón, J. M. (2013). Gambling in Spain: update on experience, research and policy. *Addiction*. doi: 10.1111/add.12232.
- Jimenez-Murcia, S., Stinchfield, R., Alvarez-Moya, E., Jaurrieta, N., Bueno, B., Granero, R., Aymamí, N. M., Gomez-Pena, M., Gimenez-Martinez, R., Fernandez-Aranda, F. (2009). Reliability, validity, and classification accuracy of a Spanish translation of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *J Gambl Stud.*, 25 (1):93-104.
- Jiménez-Murcia S., Álvarez-Moya, E., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Jaurrieta, N., Bove, F., & Menchón, J. M. (2009). Age of onset in pathological gambling: clinical, therapeutic and personality correlates. *Journal of Gambling Studies* 26 (2): 235-248. doi: 10.1007/s10899-009-9175-3.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Santamaría, J. J., Granero, R., Penelo, E., Gómez-Peña, M., Aymamí, M. N., Moragas, L., Soto, A. & Menchón, J. M. (2011). A comparative study between technological addictions and pathological gambling: more similarities than differences? *International Gambling Studies*, 11(3), 325-337.
- Kessler, R. C, Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A, Winters, K. C, & Shaffer, H. J (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med.*, 38(9), 1351-60. doi: 10.1017/S0033291708002900.

- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2006). What do we know about relapse in pathological gambling? *Clin Psychol Rev.* 26(2):216-28. Epub 2005 Dec 13. Review.
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clin Psychol Rev.* 27(8):944-58. Epub 2007 Mar 2. Review.
- Odlaug, B. L., Marsh, P. J., Kim, S. W., & Grant, J. E. (2011). Strategic vs non-strategic gambling: characteristics of pathological gamblers based on gambling preference. *Ann Clin Psychiatry*, 23, 105-112.
- Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., Grant, B. F., Hasin, D. S., & O'Brien, C. (2013). An Overview of and Rationale for Changes Proposed for Pathological Gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies*. Mar 23. [Epub ahead of print]
- Santamaría, J., Soto, A., Fernandez-Aranda, F., Krug, I., Forcano, L., Gunnard, K., et al. (2011). Serious games as additional psychological support: A review of the literature. *Cybertherapy and Rehabilitation*, 4(4), 469-476.
- SEC. Green Paper on on-line gambling in the internal market [Internet]. 2011. Disponible en: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0128:FIN:en:PDF>
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 160, 180-2.
- Stinchfield, R., Govoni, R., & Frisch, G. R. (2005). DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling: Reliability, validity, and classification accuracy. *American Journal on Addictions*, 14, 73-82.
- Stinchfield, R., Kushner, M. G., & Winters, K. C. (2005). Alcohol use and prior substance abuse treatment in relation to gambling problem severity and gambling treatment outcome. *Journal of Gambling Studies*, 21, 273-97.
- Strong, D. R., & Kahler, C. W. (2007). Evaluation of the continuum of gambling problems using the DSM-IV. *Addiction*, 102, 713-721.
- Wilkinson, N., Ang, R.P., & Goh, D.H. (2008). Online video game therapy for mental health concerns: A review. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 370-382.

Capítulo 7

Oportunidades, retos y uso sin abuso de Internet, smartphones y videojuegos

J. Flores

I. Enfoque y abordaje desde PantallasAmigas

Señas de identidad

PantallasAmigas promueve el uso seguro y saludable de las TIC (internet, videojuegos, smartphones/celulares) así como la ciudadanía digital responsable en la infancia y adolescencia. Con esta misión desarrolla una estrategia basada en cinco pilares básicos:

- Transversalidad de las acciones con otros aspectos educativos (educación para la igualdad, desarrollo sostenible...).
- Utilización de metodologías innovadoras (nuevos recursos didácticos, dinámicas, agentes...).
- Empleo de estrategias de comunicación educativa especialmente adecuadas para una generación de código claramente audiovisual.
- Fomento de valores universales (cooperación, solidaridad, respeto).
- Desarrollo de habilidades para la vida como competencias imprescindibles para el disfrute de una vida digital sana.

Las Habilidades para la Vida (HpV) fueron definidas por la OMS en 1993 y constituyen un elemento clave para la relación saludable de una persona consigo misma, con las demás personas y con el entorno. Se pueden definir en tres categorías (habilidades sociales e interpersona-

les, habilidades cognitivas y habilidades para la gestión de las emociones) y consisten en fortalecer estas diez destrezas:

1. El autoconocimiento.
2. La empatía.
3. La comunicación asertiva.
4. Las relaciones interpersonales.
5. La toma de decisiones.
6. La solución de problemas y conflictos.
7. El pensamiento creativo.
8. El pensamiento crítico.
9. El manejo de emociones y sentimientos.
10. Y el manejo de las tensiones y el estrés.

Cabría también hacer una mención especial a la resiliencia como capacidad fundamental de superar con éxito las situaciones críticas que en ocasiones sufren niños, niñas y adolescentes también en su vida online.

Todas estas capacidades son fundamentales para los chicos y las chicas de hoy en día que se enfrentan a situaciones nuevas en un entorno cambiante, el digital, que les aborda de forma constante con oportunidades y retos donde no pueden recurrir a la imitación, experiencia o consejo de personas mayores.

II. Oportunidades: ¿por qué y para qué usan las TIC?

No es preciso que insistan en que usemos las tecnologías. Tan pronto conocemos sus ventajas y son accesibles, las abrazamos. Esto ocurre mucho más intensamente en la etapa adolescente donde además tiene un componente identitario y de pertenencia al grupo de iguales. Pero ¿qué nos aportan las TIC?

En primer lugar, sirven para atender necesidades fundamentales del ser humano representadas en la pirámide de Maslow: autorrealización, reconocimiento, afiliación, seguridad, fisiológicas... En segundo lugar, proporcionan formas diferentes de realizar actividades que ya se venían haciendo relacionadas con el ocio, la cultura, el entretenimiento, el aprendizaje... Por último, permiten abordar retos inalcanzables sin el uso de las TIC como pueden ser pasar de situaciones de exclusión social a la inclusión e incluso el liderazgo, participar activamente en la vida social y política o conciliar la vida familiar/personal y laboral/académica.

III. Riesgos en el uso de las TIC

Retos de las TIC para la infancia y su clasificación

Los riesgos podían clasificarse en las siguientes categorías:

- Riesgos derivados de la existencia de contenidos nocivos, bien sean legales o ilegales.
- Riesgos personales provocados por la acción de otras personas por medio de las TIC. En este apartado destacan el ciberacoso sexual y el ciberbullying.
- Riesgos económicos por estafas o fraudes.
- Riesgos de comisión de un acto ilegal por desconocimiento, imprudencia, negligencia o por las acciones combinadas por terceras personas.
- Riesgos por uso abusivo de las TIC que deriva en consecuencias físicas (problemas musculoesqueléticos, visuales...) o psicosociales (estrés, falta de desarrollo de habilidades sociales...).

Estas dos últimas categorías difieren de las anteriores en tanto que el sujeto es el elemento activo y ejecuta la acción, mientras que en las anteriores es sujeto pasivo de las acciones de terceras personas.

Además de las anteriores categorías, con la popularización de las redes sociales cabría señalarse dos problemas que han alcanzado una gran relevancia y que tienen que ver con la «monitorización» de nuestras vidas y la difusión de las mismas por parte de cada cual pero también, y sobre todo, por las personas relacionadas y por las redes sociales. La gestión adecuada de la privacidad y de la identidad digital, cada vez más diferida y compleja, puede suponer un serio problema en determinadas ocasiones.

Relevancia de los riesgos de Internet

El panorama amplio y en ocasiones confuso de los riesgos que pueden aparecer al usar Internet hace que no siempre se focalice de forma equilibrada la atención, la ocupación para la prevención. Es complicado poder decir cuál es el riesgo más importante, salvo que se definan unos factores de relevancia y se analice cada caso. A priori, podrían indentificarse tres factores de relevancia:

- La gravedad de las consecuencias.
- La probabilidad de que el riesgo potencial se haga realidad.
- La facilidad con que puede ser prevenido o repelido.

Sobre la gravedad, parece que tanto el grooming como el ciberbullying pueden generar consecuencias muy severas en las víctimas. En relación a la probabilidad, parece ser más fácil sufrir el acoso entre iguales que ser víctima de acoso sexual y así lo muestran las estadísticas. Por último, el acoso sexual es inmediatamente perseguido mientras que el ciberbullying, con múltiples frentes y más difuso, no suele activar de forma tan inmediata los recursos policiales ni éstos ponen en fuga tan eficientemente a quien es perseguido como en los casos de acoso sexual.

Por todo ello cabe concluir que el riesgo más relevante en Internet es el ciberacoso entre iguales o ciberbullying donde se da una enorme desproporción entre las posibilidades de actuación de quien victimiza y las de prevención y reacción defensiva de la víctima. Este desequilibrio, en todo caso, se da siempre que existe una victimización intencionada utilizando el medio digital. La potencia de Internet y las condiciones del medio ponen en una situación de dominio absoluto a quien decide usar la Red para causar daño.

Evolución de los riesgos en Internet y factores

A la hora de analizar qué factores están ayudando a que los retos a los que nos enfrentamos con el uso de Internet sean cada vez más numerosos y variados hay que señalar los siguientes:

- disminución de la edad de inicio;
- aumento de la intensidad de uso (más lugares, más momentos...);
- convergencia de dispositivos y movilidad;
- ampliación del ancho de banda promedio;
- aparición permanente de nuevas funciones y posibilidades.

Retos inmediatos de importancia creciente

Con estos condicionantes a modo de catalizadores aparecen retos que van a cobrar importancia creciente entre los que caben señalar los juegos de azar y apuestas online, las redes sociales móviles y programas de mensajería instantánea (con lo que tienen de estar sujetos a la impulsividad de quien los usa y con funciones avanzadas como la geolocalización) y los juegos online multijugador (donde se baja la guardia a pesar de ser y funcionar también como redes sociales con optimas funciones de comunicación).

Las Redes Sociales como contextos sensibles

Las redes sociales no han supuesto la aparición de nuevos riesgos en Internet puesto que Internet ya era una gran red social y las redes sociales versiones acotadas y «customizadas» de Internet. Podemos decir que las redes sociales son una versión más intensa de Internet y que, como tal, genera más relaciones, más encuentros, más interacciones que derivan, a la postre, en problemas de ciberconvivencia y privacidad.

La privacidad, más allá de un derecho, es un factor de protección que debe ser defendido proactivamente frente a terceros y a las propias redes sociales de manera cada vez más intensa. Del mismo modo, cada cual es responsable de salvaguardar la privacidad de las demás personas. Se trata en definitiva de un ejercicio de ciudadanía digital, de ciberresponsabilidad.

IV. Uso intensivo de las TIC

Como es obvio, la primera distinción importante es diferenciar uso, abuso y adicción, más aún cuando se trata de herramientas TIC cuya utilización cotidiana, tanto en el ámbito personal como laboral es, por lo general, constante y en ocasiones intensiva.

Otro matiz importante que debe realizarse es que el abuso de una determinada tecnología no debe ser analizada tanto por el canal, contexto o medio utilizado (internet, smartphone, videojuego) sino por la función que cumple o necesidad que satisface (comunicación, entretenimiento...) Así, por ejemplo, es más acertado hablar de «enganche» a las ciberapuestas o a la mensajería instantánea que hablar de «enganche» a Internet o a los smartphones. Dada la convergencia de funciones y dispositivos, el qué o el cómo pierde relevancia frente al para qué.

Atendiendo de forma expresa al uso de Internet entre adolescentes en particular es posible identificar algunas circunstancias que fomentan el uso intensivo que, en ocasiones extremas, puede ser valorado sino clínicamente, sí socialmente, como adicción:

- El uso de las TIC proporciona recompensa inmediata.
- Existe permisividad social puesto que estar «conectado» no incrimina e incluso puede ocultarse.
- Ser competente digitalmente aporta reconocimiento.
- Se precisa un muy bajo umbral de entrada tanto de conocimiento como económico.

- Existe disponibilidad alta y creciente tanto en el tiempo (horas, días...) como en el espacio (portabilidad y movilidad).
- Soporta una presión de mercado importante con permanentes y estimulantes novedades.

¿Es posible pensar en alguna adicción comportamental diferente a las TIC que reúna todas estas características facilitadoras en tal grado de intensidad? No, menos aún si pensamos en adolescentes.

V. Los videojuegos

Uso didáctico de los videojuegos; oportunidad y necesidad

Los videojuegos actuales y las tendencias de mercado apuntan precisamente a la convergencia de dispositivos y canales; se trata de videojuegos que son jugados online desde videoconsolas u ordenadores pero cada vez más desde tablets o smartphones y que tienen un fuerte componente de red social.

Hoy en día, con una población juvenil y adolescente que ha crecido en medios interactivos, los videojuegos han pasado de ser oportunidad a convertirse en una necesidad, especialmente en entornos de aprendizaje informal. Éstas son algunas razones por las que deben ser tenidos muy en cuenta a la hora de diseñar metodologías y programas de formación y sensibilización:

1. Se produce una aproximación positiva y voluntaria. Toda experiencia de exposición previa a un videojuego ha sido por iniciativa propia por lo que cabe esperar una predisposición positiva a su utilización.
2. Existe un entorno lúdico e inmersivo que facilita la empatía y la apropiación de mensajes.
3. Hay posibilidad de realizar recogida de datos significativos del desarrollo del juego y de las características de quien juega, pudiendo incluso establecer adecuación y personalización del juego en tiempo real y comunicación bidireccional.
4. Aportan y estimulan opciones de viralización por lo que se crea sentimiento de comunidad y la consiguiente fidelización.
5. Es posible realizar versiones multilingües o personalizadas a coste reducido por lo que las opciones de aplicación se amplían.
6. La distribución, especialmente en el formato App es económica, flexible, controlable y medible.

7. El uso de videojuegos puede constituirse un fin en sí mismo en el marco de estrategias impulsoras de las TIC en el aula donde muchas veces existe carencia de contenidos de calidad.
8. Existen muy diferentes tipos de videojuegos y cada cual aporta el desarrollo de determinadas competencias por lo que es posible seleccionar de manera muy precisa lo más adecuado ahora que la oferta es realmente amplia y de calidad.
9. Hay diferentes juegos para cada perfil de jugador (ahora incluso que las personas más adultas y las mujeres están intensificando su participación) por lo que no existen barreras de entrada severas. Al mismo tiempo los videojuegos tienen códigos universales de uso que ayudan a compartir experiencias y logros.
10. Las diferentes plataformas no son ya un impedimento de peso que dificulte la adopción de soluciones. Las barreras técnicas y de compatibilidad son más una estrategia comercial que una dificultad real en la medida en que cada vez hay más juegos disponibles para diversas plataformas (por ejemplo Android, iOS) y software de desarrollo de alto nivel con resultados multiplataforma.

La nueva generación de videojuegos no es ya tan dependiente de las videoconsolas y sí más integradora y colaborativa por lo que se asemeja cada vez más al entorno digital que vivimos día a día. Además de ello, hasta hace pocos años, el mundo de los videojuegos era un entorno específico y concreto mientras que hoy en día, casi sin que nos demos cuenta, estamos participando de ese mundo con la mayor naturalidad. En definitiva, un acceso mayor y más natural de gran parte de la ciudadanía a este entorno.

Por último, cabe mencionar las ya conocidas virtudes de los medios interactivos de aprendizaje como son la adecuación a los ritmos y capacidades de quien los utiliza, la presentación estructurada de objetivos y estímulos y las posibilidades de registro y control del aprendizaje.

Aspectos críticos de los videojuegos online

Los videojuegos online pueden ser de muy diferente tipo, si bien comparten algunas características que es conveniente conocer.

1. Jugadores identificados y trazables

Al jugar online, al entrar e identificamos, posibilitamos que registren toda nuestra actividad y la asocien al perfil o usuario con

el que hemos iniciado la sesión. Esta información puede tener muchas lecturas y, las mismas, variadas finalidades. ¿Qué alcanzan a saber y analizar y con quién comparten esa información?

2. Publicidad contextual y personalizada

Un juego online se puede comportar en cierta manera como la página web de nuestro banco. Ya sabe quiénes somos, nuestras preferencias, expectativas o necesidades. Ofrece en cada momento aquello que desea proponernos o lo que espera que estemos buscando. ¿Manejan esa información de manera responsable?

3. Contactos con desconocidos y funciones de comunicación avanzadas

El atractivo añadido de poder jugar con otras personas está apoyado por funcionalidades (desde chat escrito a videollamada) que nos permiten participar en grupo ¿Somos conscientes de que cualquiera puede estar al otro lado?

4. Relajación de las pautas de control parental y de auto-protección

Cuando entramos en un sala de chat pública, tenemos presente que vamos a chatear y asociamos a esta práctica las medidas de protección frente a los consabidos riesgos. Sin embargo, cuando entramos a jugar, el fin lúdico prevalece y en esa actividad aceptamos la disparidad de edades propia de muchos videojuegos. ¿Se justifica realmente esta actitud? ¿Es segura?

5. Amenazas a la privacidad y barreras difusas con las redes sociales

En muchos casos, la red social que acompaña al videojuego es realmente potente y, en otros, resulta difícil diferenciar si un videojuego es en realidad una red social y viceversa. ¿No sería adecuado que nos ocupemos de los riesgos para la privacidad como lo hacemos con las redes sociales?

6. Incitación a juegos de apuestas o azar

Sin que sea una práctica generalizada, en ocasiones esta otra forma de juego que suponen las apuestas se integra de manera sibilina en los juegos online ya que, de alguna manera, es también juego. ¿Tenemos claro que esto puede suceder con aparente normalidad?

7. Dificultades añadidas a la supervisión parental

Aunque la edad media del videojugador supera los veinticinco años, la elevada curva de aprendizaje hace que muchos adultos apenas se hayan asomado a esta práctica. Si además consideramos la basta diversidad y complejidad existente, el entorno se vuelve inexpugnable. ¿Podemos los adultos permitirnos esa falta de supervisión?

8. Existencia de usos que suponen gasto económico

La moneda virtual y la posible equivalencia con moneda real hacen que en estos juegos se puedan manejar cantidades nada despreciables de dinero. En ocasiones, el ansia por lograr progresos puede desembocar en grandes desembolsos. También existe la posibilidad de obtener funcionalidades y avances sin más que pagar por ellos ¿Estamos al corriente del gasto potencial relacionado con los juegos online?

9. Mundo persistente... juego permanente

Se trata de entornos virtuales que, en ausencia del jugador, siguen evolucionando. Esto, añadido a su atractivo y a las técnicas de fidelización elaboradas por sus diseñadores, puede provocar cierta necesidad de jugar que degenera en un cuadro de uso abusivo, más probable aún si podemos intervenir desde el teléfono móvil. ¿Prestamos atención al número y a la duración de las sesiones de juego?

10. Dificultad de censo, catalogación y control

Por el mero hecho de estar online, su contenido y operativa pueden ser cambiados de manera muy rápida. Ello permite corregir deficiencias e incorporar mejoras con gran inmediatez pero también dificulta el adecuado censo, caracterización y seguimiento. ¿Tenemos suficientes referencias válidas para contrastar nuestras necesidades de información en relación a los videojuegos?

Capítulo 8

Adicción al amor

C. Sirvent

Introducción

La palabra amor es la más considerada de todos los idiomas. En buena medida el término adicción al amor es un pleonismo, ya que no hay amor que no sea adictivo, entonces ¿a qué me voy a referir a lo largo de la conferencia? Fernando Savater decía sobre la verdad troncal de la existencia de Dios que *el problema no es si existe Dios, sino qué entiende Vd. por semejante cosa*. Si no existe un concepto claro de Dios, de igual forma, ¿quién se atreve a definir el amor? Seleccionemos del diccionario de la RAE sinónimos de la palabra amor una vez eliminadas acepciones latinoamericanas y otras poco comunes (más del 50%):

Adoración, afección, afecto, afición, afinidad, amistad, anhelo, apego, apetito, aprecio, atracción, admiración, bienquerencia, cariño, cautivar, complacencia, deleite, deseo, devoción, dicha, dilección, disfrute, enamoramiento, encantamiento, encanto, estima, exaltación, exultación, felicidad, fervor, filantropía, flechazo, fruición, goce, gozo, gusto, idolatría, júbilo, pasión, placer, predilección, pretensión, propensión, querencia, querer, regodeo, satisfacción, seducción, simpatía, ternura, veneración y odio. Curiosamente el odio no solo es un antónimo, sino también un sinónimo como lo muestra este poema de P. Del Castillo donde la díada odio-amor es vida y muerte a la vez:

Me preguntas mientras me desenamoras,
Me olvidas, me arruinas.
Mi odio crece con el alba
Y se acentúa con el ocaso,
A mi familia olvido
Y por ti, ¡vivo!

No hay un solo amor sino múltiples formas de percibirlo. En un reciente reportaje sobre el amor de la revista de divulgación *Quo* entrevistaban a una filósofa, un escritor, un neurólogo, un biólogo, un psiquiatra, una cineasta, una directora de una agencia de dating (contactos online), una sexóloga, un psicólogo y un pintor. Todos daban descripciones diferentes. En realidad no es un amor sino distintos amores: amor romántico, amor de intimidad o compañero, psicológico, literario, filosófico, epicúreo, estoico, platónico. El sentimiento amoroso, el enamoramiento, incluso la pasión. Como ejemplo de la dificultad de tener un concepto claro del amor citaré este pleonismo de Fernando Pessoa «Amo como ama el amor. No conozco otra razón para amar que amarte».

Entonces ¿existe la adicción al amor?

Rotundamente, no. Y en consecuencia, a partir de ahora no voy a hablar del amor en sentido unívoco ni tampoco de la adicción como mero comportamiento adictivo. Me referiré a otra cosa que unas veces podría ser manía, otras, obsesión, otras apego y otras incluso dependencia. Sin embargo, adicción al amor —término chocante— es el elegido por su contundencia y —a pesar de sus insuficiencias— porque es el más claro. Enseguida lo comprobaremos

Adicción y amor, dos palabras llenas de contenido por separado pero que chirrían juntas. Aunque no sepamos muy bien qué sentido tienen, para verificarlo hicimos una curiosa averiguación. Decidimos invertir 1000 € insertando un anuncio en la prensa local de Asturias que más o menos decía «buscamos adictos al amor» para un estudio de la Universidad de Oviedo y el Departamento de Investigación Clínica del Instituto Spiral. Acudieron 85 personas de las cuales 71 tenían una importante carga de sufrimiento psíquico junto a variados síntomas. Se preguntarán qué tipo de personas nos llegaron. Las mujeres eran, efectivamente, «adictas al amor» pero los varones eran en su mayoría adictos al sexo preocupados no por su adicción sino por su excesivo gasto en prostitutas. En un posterior estudio hecho desde la universidad con un grupo control de 350 personas, encontramos un 8,4% de adictos al amor en grado leve (casi un 3% intenso) en porcentajes equivalentes de mujeres y hombres.

Ahora que se critica la sobreabundancia de adicciones, inventamos una más y —de añadidura— dirigida a lo más grande que nos brinda la naturaleza: el amor y su correlato: la adicción al amor. Se podría haber relativizado el término adjetivando la «*llamada* adicción al amor» o la «adicción a una *cosa llamada* amor». En definitiva, el título de esta conferencia debería ser «la *llamada* adicción a una *cosa llamada* amor». En definitiva, parece que hay una adicción a algo que no es exactamente el amor sino otra cosa.

Los dependientes emocionales no son patológicos por dependientes sino por las consecuencias extremas que puede reportar la dependencia. El problema es la inmensidad inabarcable del concepto amor. El adicto al amor se busca, se indaga activamente. No acude a las consultas, no tiene conciencia del problema, ni insight. En mi experiencia en la sanidad pública atendí toda suerte de pacientes: esquizofrénicos, depresivos, fóbicos, obsesivos, etc.; jamás me llegaron adictos al amor. Sin embargo, al rememorar los casos, muchos pudieran haber sido diagnosticados perfectamente de trastornos por amor. Si se emite un informe en el que haga constar *adicto al amor*, el profesional que lo lea pensará que no estás en tu sano juicio. Cuando se puso el mencionado anuncio en el periódico acudieron muchos voluntarios pero tímidamente y con reservas. Ellas por amor romántico, ellos por adicción al sexo; ambos por problemas de pareja o infidelidad. La adicción al amor en la mujer podría ser una forma de dependencia emocional y en el hombre, falsamente, adicción al sexo. Vayamos pues a matizar el concepto.

Concepto

Empecemos definiendo el término. Propongo la siguiente definición: «la adicción al amor consiste en «la perpetuación patológica del enamoramiento». Punto. Dicho de otra manera, «la eterna e insatisfactoria propensión al amor a través de una actitud dependiente».

Una clave en la adicción al amor es la mencionada actitud que favorece la dependencia y sus sucesivas recaídas. Esa actitud puede tener una impronta biológica —por ejemplo— en el buscador de sensaciones que se enamora sucesivamente, o biográfica en aquel que busca alimentar su ego o encontrar identidad de forma vicaria.

Por desgracia, la inmadurez de esta sociedad que nos toca vivir favorece el proceso. Atravesamos una época de desamor social, de injuria y denuesto, predomina como nunca el comentario negativo, el ataque a la imagen de las personas. El acoso escolar o bullying en la edad temprana, en la adolescencia, el deterioro o menoscabo del grupo social de referencia en pro de las relaciones virtuales. El natural gregarismo juvenil está dando paso a una relación a distancia a través de móviles e internet de tipo diádico y disposición reticular donde todos —chicos y chicas— comparten gustos y aficiones. Se van propiciando relaciones intensas y la vez superficiales en las que dos perfectos desconocidos se relacionan apasionadamente y pueden acabar enganchándose sin conocerse bien.

¿Qué dice la psicopatología de todo esto? La adicción al amor sería neurótica o desadaptativa, ya que el sujeto no pierde el sentido de realidad y sufre ansiedad además de todo el cortejo de síntomas típicos de la neurosis (angustia, obsesividad, tensión). Por el contrario, si nos fijamos en otra enfermedad del amor como la celotipia el sujeto pierde el sentido y el control de la realidad mediante una fijación paranoide que le nubla la razón y perturba el entendimiento, sería cuasi psicótica.

En la vida tenemos que realizarnos. Si lo conseguimos o no es otra cosa. Hay tres grandes realizaciones: la personal, la laboral y la amorosa que a pesar de ser la más importante, es posible vivir sin ella. Si la adicción es comprensible porque se trata del sometimiento involuntario hacia un objeto (llámese droga o comportamiento), la adicción al amor sería incomprensible en tanto que el objeto de la adicción no es una cosa, sino una persona. Y además la persona de la que se depende pierde significado como sujeto y se cosifica a ojos del adicto que en realidad ni conoce al ser amado, ni le importa, ya que hace un uso hedonista de la relación. Si un yonky se pincha heroína, el adicto al amor se inyecta el alma del otro.

Esa cosificación del otro junto al desconocimiento voluntario del ser amado es fundamental para comprender qué fenómenos ocurren en la transformación del sujeto en adicto. Cuanto más entra el sujeto en la adicción más subjetiviza la relación hasta que acaba enamorado de un ser que nada tiene que ver con su pareja de carne y hueso. En realidad hay dos variables de conocimiento, dos miradas:

1. La idealización del otro hasta hacerlo coincidir con las propias expectativas: el adicto al amor busca denodadamente en el otro la propia identidad para así completar esa laguna existencial que en mayor o menor grado todos experimentamos. Como dice Carmelo Monedero «el amor es la aproximación de dos vacíos que nunca se encuentran».
2. La reubicación en el mundo del yo: así como se subliman y proyectan en el otro elementos propios, el enamorado compensa sus deficiencias y su vacío brindándole una imagen idealizada en la que influyen el miedo a no perderlo y el deseo de ofrecerle al ser amado un bonito retrato del yo, de uno mismo.

Es decir el adicto al amor es víctima de una doble falsa imagen; la propia, que vende filtrada y sublimada para que su enamorado se enamore de esa imagen propia ficticia y también de la imagen ajena, ya que cuanto más quiere al otro, más lo desconoce. Y si se le ilumina la mente y atina a reconocerlo le pasa como a Orfeo que cuando acierta a mirar para saber cómo es realmente su amada Eurídice, ésta desapa-

rece para siempre. Cuando el amado pierde el misterio y se evidencian sus miserias, la imagen se destruye. Decía Benavente que «el amor es como los hijos, cuando empieza a hacerse razonable se va».

Pero no se preocupen, esto nunca sucede. Las decepciones amorosas ocurren en las parejas convencionales pero no en un adicto al amor que es enfermo de su subjetivismo, de su máquina de proyectar en el otro, en su pareja, valores que no existen porque un velo cubre sus ojos. A ese fenómeno se le llama falsa atribución. El amoradicto ve lo que quiere ver del otro y de sí mismo. En realidad tampoco vende su imagen, es tal su autoengaño que cree en ella ciegamente. En definitiva, vive instalado en una nube de fantasía tanto de su propia imagen como de la del sujeto amado. Escribía García Márquez

Recordar es fácil,
Para quien tiene memoria
Olvidar es difícil,
Para quien tiene corazón.

Un adicto al amor no lo es por querer mucho, sino por querer mal, por sufrir más allá de lo admisible, por padecer unas consecuencias que sobrepasan el precio que hay que pagar por gozar del amor. La afición sería otra cosa, no adicción, sino hábito, quizá costumbre. De mayor control racional. A lo sumo sería un grado menor de adicción que en absoluto es patológico. Para controlar un consumo debe haber moderación. Un bebedor aficionado entiende de vino, pero un alcohólico no. Esto ilustra la diferencia entre afición y adicción: un aficionado al sexo entiende de erotismo; un adicto se arruina en prostíbulos y/ o páginas eróticas de Internet, pero realmente no entiende de sexo puesto que simplemente lo utiliza. El adicto al amor se embriaga de una pasión que la mayor parte de veces no comprende. En conclusión, el adicto al amor no entiende de amor

Insisto en que la manía, la obsesión y la afición, aunque sean extremas, no son adicciones. Ejemplos de aficiones extremas eran Erwin Schrödinger y Richard Feynman. Erwin Schrödinger, premio nóbel de física, sentía debilidad por todas las mujeres, incluso por su esposa Anne Marie y esta correspondía a su amor por él permitiéndole tener tantas amantes como quisiera, siendo cómplice de sus escarceos amorosos y ocupándose de «despachar» a la querida de turno cuando su esposo se cansaba. Richard Feynman, importante físico norteamericano tenía debilidad por los locales donde había chicas en topless. Al parecer encontraba la inspiración en el ir y venir de las chicas.

Todas las variantes del amor: filantrópico, erótico, literario o poético, antropológico-evolutivo, psicológico, platónico, admirativo, de

identificación, religioso, idealizado o sublimado son susceptibles de generar adicción. Piense, por ejemplo, en un poeta romántico que dedica sentidas estrofas a su amada. Imagínese que la pierde, que su amada fallece. Entonces, si el poeta sobrevive al dolor, al duelo, y no se suicida, es posible que conozca a otra persona de la que se enamorará con igual vehemencia, quedando transido porque repetirá la historia. Ya lo decía Sternberg: «el amor es como una historia», refiriéndose a que todo enamorado proyecta en el amado lo mejor de sus fantasías. El amor sublimado de santa Teresa y los ascetas también puede ser considerado adictivo, ya que su vida entera gira en torno al Ser Amado. Un clínico diría que de forma obsesiva. Exagerando (solo un poco), si el amor místico de los santos lo experimentara hoy una señora viejecita de un pueblo, la familia la llevaría al psiquiatra del centro más cercano que —con bastantes probabilidades— le diagnosticaría de delirio paranoide o mesiánico. Y si la hermana que le acompaña fuera también beata, consideraría a ambas enfermas de una folie à deux o locura compartida y el equipo del centro de salud mental ya tendría garantizada una publicación dado que esta es una patología muy cotizada. Si el psiquiatra además tiene el gatillo fácil, el amor místico de la viejecita se disolvería en haloperidol.

También puede ocurrir que si el delirio, perdón, el amor místico lo acompañamos de cierto carisma, un toque de mesianismo-espiritualismo y una buena dosis de oportunismo obtengamos un fenómeno como el de las apariciones de El Escorial donde el histerismo colectivo, la necesidad de la gente de agarrarse a un referente superyoico y la cada vez más palmaria inmadurez social abona el campo de la fanatización religiosa. Considero que la involución educativa que arrastramos contribuye a crear generaciones de incultos, presas fáciles para la superchería y el adoctrinamiento.

Casi peor es la inedia social, el apagamiento de inquietudes culturales fruto del desinterés y bajo nivel formativo que genera hordas de inmaduros relacionales que viven la pareja con un primitivismo atroz a lo que contribuye la cada vez más precaria oferta cultural, educativa y de modelos referenciales. Los programas basura televisivos son magníficos ejemplos.

Griffiths (1998) determinó seis conocidos criterios de adicción: la *saliencia*, que es cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta. La *modificación del humor*, subsiguiente a su comportamiento consumista. La *tolerancia y el síndrome de abstinencia*. El *conflicto o conflictos* que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean y la recaída.

Considero que la fracción o componente más adictiva del amor es la sensorial, la hedonista, la búsqueda del placer. El enamoramiento es estar sumido en un estado de adicción placentera. Un adicto al amor tiene mucho de hedonista, de adicto al placer o a los placeres. Otra cosa es la perpetuación del hábito pero la estimulación hedonista —sin duda— obra de disparador adictivo.

El criterio de nocividad de la adicción

Recordemos una vez más el tópico «amor adictivo». Si la resultante amor-adicción deviene en desdicha o infelicidad, es adicción. Si no hay desdicha no hay adicción, ya que ésta viene marcada por el sufrimiento, por las consecuencias indicadas.

A lo que vulgarmente se le llama amor adictivo, se le debería denominar simplemente amor intenso. Una afición obsesiva que mantenga las 24 horas ocupado al sujeto, si no perjudica a los demás y tampoco a sí mismo, no merece ser considerada como tal. Serían las consecuencias lesivas personal y socialmente las que cualificarían el término adicción.

Ocurre que muchas veces el señalamiento de lo patológico proviene de una sociedad intolerante. Manfred Lütz aludía a los desquiciadamente normales como aquellos que viven una vida mediocre y taciturna, que no soportan al diferente, al anormal, juzgando escándalo inaudito todo lo que se desvía de la norma. En la práctica clínica demasiados profesionales se alinean demasiadas veces con los desquiciadamente normales, a quienes —con mordaz ironía— Manfred Lütz denomina «normópatas» (personas que son tan exageradamente normales que hacen daño). Al menos a su entorno, en cuyo caso ¿cómo va a admitir la psiquiatría una enfermedad que forma parte del juego convivencial habitual? Al igual que un mediocre rechaza al anormal, un psiquiatra no puede creer en la existencia de un dependiente emocional porque él mismo en algún momento de su vida ha podido sufrir en carne propia un desengaño amoroso. No se da cuenta de que seguramente también ha sufrido alguna vez ansiedad y se ha sentido deprimido y no por ello deja de considerar al trastorno de ansiedad y a la depresión dos enfermedades respetables. ¿Qué sufres porque te ha dejado el novio? ¡Toma ya, no veas lo que yo sufrí cuando me dejó mi novia y aquí me tienes, superando la adversidad con dos cataplines! Déjate de pamplinas y resignate que otros vendrán que te harán olvidar al novio. Al igual que hay personas normópatas, también hay psiquiatras normópatas que rechazan todo aquello que no se ajusta a la DSM negándola o transfor-

mando el testimonio del paciente hasta hacerlo encajar en el eje I, de manera que convierten a una dependiente emocional en una depresiva reactiva dejando tranquila su conciencia. Para culminar el acto terapéutico, después de la amonestación, el profesional se apiada un poco de la chica y le prescribirá valium o lormetazepam para que duerma. Y si la paciente sigue deprimida no le ha de faltar prozac o paroxetina. Si el psiquiatra es el mismo de la viejecita beata, o sea, de gatillo fácil, le recetará topiramato o pregabalina para contentar al laboratorio. ¡Ah!, y el recurrido lorazepam sublingual si le sobreviene un ataque de ansiedad..., 5 años después la chica, además de estar colgada del novio, lo está de las pastillas. Fin de la historia, principio de la iatrogenia.

Coincidiendo con Lütz, el vicio de algunos psicoexpertos de abusar del diagnóstico no respeta el principio de que, si hay razonables dudas, el sujeto examinado está sano. De lo contrario en el mundo abundarían los tratamientos indeseados gracias a la dictadura de los aburridos normópatas, y no tendríamos tiempo para ocuparnos de quienes realmente sufren.

Karl Kraus presagió «La enfermedad más frecuente es el diagnóstico», en cuyo caso «una persona sana es aquella que no ha sido examinada en suficiente profundidad». Klaus Dörner intentó averiguar qué porcentaje de alemanes padecen enfermedad mental, es decir, trastornos de ansiedad, ataques de pánico, trastornos alimentarios, depresiones, esquizofrenias, adicciones, demencias, etc. Mediante una sencilla suma le salía que a más del 210% de alemanes le hacía falta una psicoterapia, por eso necesitan tantos inmigrantes.

En resumen, los normópatas o desquiciadamente normales señalan a los anormales porque no soportan una salida de la mediocridad. Pero sostengo que todas esas personas tienen una falla —mayormente emocional— que puede dispararse cuando las circunstancias lo propician. Vd. mismo puede ser perfectamente *anormal* en cualquier momento si se le toca el corazón. Puede quedar prendado y llegar a tener una experiencia única y maravillosa de gozo extático (Albert Hoffmann cuando experimentó con LSD) pero en su caso con esa persona de la que Vd. se enamoró. Pero ¿y si dicha persona acaba sometiéndote y descubriendo ese lado oscuro de sumisión sufriente? ¿Verdaderamente se cree inmunizado contra ese mal? Sostengo que todos podemos someter y ser sometidos discrecionalmente si las circunstancias y la vida lo permiten. ¿Quién no ha cometido una locura? ¿Quién no sueña con volverla a cometer? Como decía Friedrich Nietzsche «Hay siempre un poco de locura en el amor. Más también hay siempre un poco de razón en la locura».

Desde el punto de vista de la moderna epistemología, la ciencia no es una teoría de la verdad. Y la psiquiatría se basa en un método her-

menéutico, es decir, ofrece descripciones de imágenes más o menos útiles de las que cabe extraer determinadas conclusiones para las terapias de las personas que sufren. Ni más ni menos

Insisto en que para obtener el título de «adicto al amor» hay que estar muy mal. Una persona que ama intensamente, obsesivamente, de manera absurda, con ideas extravagantes, con atribuciones desesperadamente irreales, no es un adicto al amor, es una de las miles de personas que permanecen anónimas en el mundo, pero en absoluto es un amoradicto.

La clave de toda adicción es la pérdida de libertades y la incapacidad para el libre albedrío. También el sufrimiento. Si un adicto sufre y por ello despierta la alarma, y no puede evitar su padecimiento porque no tiene libertad de elección, entonces podemos decir que es enfermo de su adicción, ayudándole a paliar su aflicción y a recuperar su libertad.

Falsos y verdaderos adictos al amor: Don Juan y Casanova

Un hombre se dedica a conquistar mujeres, una tras otra. No puede pasar sin esa incesante actividad. Una mujer se dedica a seducir a hombres, necesita conquistarlos; cuando lo logra, abandona al seducido y vuelve a empezar. ¿Son adictos al amor? Pudiera ser, pero realmente no es así, porque dicha actividad no pasa de ser afición o manía, pero no adicción porque no le provoca mayores consecuencias ni perjudica su calidad de vida ni es egodistónica. Incluso podría decirse que tiene capacidad de control más allá de lo que una manía puede producir. Por ende, contribuye a reforzar el ego del sujeto. Puede sentirse compungido por haber dejado al otro pero no con la fuerza de un adicto al amor. Ni siquiera eso, los seductores no sufren cuando abandonan al seducido, porque la conquista es su acicate, y la satisfacción del ego apaga todo remordimiento. Tampoco es adicto porque no perdió su capacidad de elección y puede recuperar su libre albedrío. El gran número de conquistas no significa nada. La cantidad no hace la calidad. Un alcoholico lo es cuando bebe mucho pero un adicto social no viene determinado únicamente por la frecuencia de su comportamiento.

Un genuino adicto al amor que tenga varias relaciones simultáneas o sucesivas no cierra las respectivas relaciones y sigue enamorado una y otra vez: quiere a todas y no desea desprenderse de ninguna. Funciona en diadas. Es decir, siempre hay una temporada en la que —como mínimo— está enamorado de dos personas. Cuando pierde a una o a las dos, entonces vuelve a engancharse a una tercera y con todas ellas su-

fre, a diferencia del mero conquistador. Este alimenta su ego con las conquistas. El adicto al amor se instala en cada relación y sufre con todas ellas. ¿Calificaríamos de adicto al entomólogo que pasa horas y horas clasificando insectos y consultando libros? No, pero si un entomólogo desarrolla una obsesión y adquiere un comportamiento compulsivo repetitivo y sufriente, cargado de problemas, entonces decimos que tiene una manía resultante de una afición desmesurada.

La adicción es cualitativa y la mirada del adicto se dirige hacia uno mismo que se convierte en objeto y sujeto a la vez (porque inviste al otro y proyecta en él/élla sus propias fantasías). El falso objeto es la acción dirigida, La adicción radica en el proceso cognitivo que acompaña a la acción, cuyo epicentro es obsesivo, sufridor, doloso, inevitable, intrusivo e involuntario.

Don Juan no era un adicto al amor, sino un conquistador que gozaba con sus conquistas, no sufría. Adicto al amor sería el lugareño que no puede pasarse sin el puticlub o el picaflor que se enamora de una, otra y otra sucesivamente, permaneciendo enamorado de todas, a consecuencia de lo cual acaba teniendo un conflicto insoluble consigo mismo y con los demás. Casanova podría tenerlo con los demás pero no consigo mismo.

Francesco Alberoni hace referencia al binomio dominio-sumisión como base del espíritu donjuanesco. Quien ama, de hecho, se convierte en un esclavo, en el sentido de la relación esclavo-amor que establecen Hegel y Sartre. Por esta razón, la relación amorosa siempre es una lucha en la que uno intenta someter al otro. La lucha termina en cuanto uno confiesa su amor. Pero entonces el otro, que ha alcanzado su deseo de dominar, deja de amarlo. En la novela de Moravia *El Tedio*, el protagonista, Dino, vive aburrido. No le importa su madre, ni su hermano, ni su trabajo, ni el arte; nada. Un día oye la historia del pintor Balestrieri que murió mientras hacía el amor con la joven Cecilia. Se pregunta quién era esa chica, cómo podía suscitar un deseo tan intenso. La encuentra y quiere averiguar qué había entre ellos. Pero la chica no habla. Dino consigue hacer suya a Cecilia en innumerables ocasiones, ella siempre está disponible, incluso cuando la trata con crueldad. Ha conseguido dominarla, ha obtenido lo que buscaba, pero ahora que tiene a una esclava a sus pies, su deseo y su amor desaparecen. De nuevo experimenta el sentimiento de vacío, de inutilidad y decide abandonarla. Insatisfecho, le compra un regalo de despedida para lo que será su última cita. Ahí acabó todo... (Aseveraba José Ortega y Gasset que «El deseo muere automáticamente cuando se logra, cuando se satisface. El amor en cambio, es un eterno insatisfecho»).

Volvamos a la historia de Dino y Cecilia. Todavía no acabó la historia. Sorprendentemente, Cecilia no acude a la cita. Siempre se presen-

taba y ahora que Dino había decidido abandonarla, desaparece. Entonces siente «una punzada en el corazón». Su ausencia demuestra que no la domina. Y desde ese mismo instante su indiferencia y su intención de abandonarla desaparecen. Dino sólo desea lo que se le escapa, lo que no posee ni domina. Descubre que Cecilia tiene un amante. Se siente presa de los celos. Consigue recuperarla y empieza a poseerla de un modo cada vez más enfermizo. Pero tan pronto como acaba el acto, apenas ella se levanta y se va, se da cuenta de que no le queda nada. Debería continuar haciéndola suya, sin parar, sin tan siquiera comer ni dormir. Hasta morir, como hizo el pintor con el que se identificó. Así pues, su pasión no tiene solución y le conduce inevitablemente a la destrucción de la relación.

La mujer conquistadora tiene un comportamiento diferente. A diferencia del don Juan su objetivo no es la mera conquista, sino el amor. Anaïs Nin estaba casada con Hugo cuando se enamora en París de Henry Miller, también casado cuyo aliciente es solamente la búsqueda sexual y aun estando enamorado no reconoce el amor. Anaïs a continuación vive un romance con su psicoanalista Allendy, aunque su amor continúa siendo Miller. Después conoce a Artaud, pero su relación amorosa con Henry Miller continúa. Durante el mismo período seduce a su padre. A continuación tiene una relación amorosa con otro psicoanalista, Otto Rank y llegados a este punto, su amor por Miller desaparece. Tras algún tiempo se esfuma incluso la pasión erótica por Otto Rank, que es sustituida por un violento enamoramiento hacia Gonzalo Moré.

En ocasiones la intimidad amortigua la pasión. La costumbre apaga el fuego del erotismo. En otras ocasiones no es así: la aproximación, la ganancia de empatía y el mayor conocimiento mejoran la pasión y refuerzan el erotismo. Pero los hombres son las principales víctimas del acostumbamiento y —cuando van al prostíbulo— tienen la garantía de que no deben justificar su rendimiento sexual. Paradójicamente esa relación les hace más vulnerables para enamorarse de una trabajadora del sexo, ya que relajan sus mecanismos defensivos acrecentando su empatía.

La adicción al amor siempre es enfermiza, como los celos que no dejan vivir. Por cierto, así como el amor ingente no es amoradicto, necesariamente los celos siempre son enfermizos. Los (mal) llamados celos patológicos refieren un tipo de paranoia aunque a lo mejor son menos dolorosos que los celos «normales» que no son delirantes pero sí dañinos. Me refiero a que —por ejemplo— un paranoico celotípico sufra menos ansiedad que un enamorado celoso repleto de dolor, porque aquel emplea su atención en «demostrar» su delirio, en tanto que el enamorado «normal» simplemente sufre desconsoladamente.

Etiología-Etiopatogenia

¿Dónde y como se origina la adicción al amor? Cuando estamos tristes o alegres se activan diferentes grupos de sustancias químicas. Resulta incontrovertible que todos los procesos anímicos pueden vislumbrarse desde una perspectiva biológica. Entonces se plantea la pregunta ¿qué fue primero el huevo o la gallina? Dicha perspectiva resulta útil cuando hay que intervenir materialmente en el órgano cerebro. Igual de legítimo es contemplar todos los fenómenos psíquicos desde una perspectiva biográfica. Un componente del amor, el placer, sí tiene un claro correlato bioquímico y la exaltación anímica, el enamoramiento, también. Pero en la química del amor no está claro el origen ni la consecuencia. Un pequeño axioma de las adicciones de medio o largo recorrido es que no importa la causa u origen porque el sujeto al llegar al tratamiento ya no es el mismo. Y en consecuencia el tratamiento etiológico, tan importante en otras patologías, es aquí baladí. Germán Berrios alude a la dictadura de lo biológico, que es dogma incluso en aquellos territorios desconocidos donde no se sabe si es causa o consecuencia. Las drogas y hormonas del amor: nora-drenalina, dopamina, opioides, oxitocina, vasopresina, incluso la aparentemente específica luliberina son sustancias con muchas funciones y además solo intervienen en una fase del amor: el enamoramiento. Lo mismo pasa con los circuitos cerebrales que en absoluto son específicos, así que no gastaré demasiado tiempo en la bioquímica de la adicción al amor.

Tampoco abundaré en la posible interpretación del fenómeno siguiendo las principales perspectivas psiquiátricas: biológica, biográfica, psicoanalítica, sociológica y otras que imputan la responsabilidad (léase la culpa) a las moléculas, el destino existencial, la temprana infancia o la sociedad que interpretan los fenómenos psíquicos como si no existiera la libertad del individuo.. Y ciertamente nuestro marco ambiental, costumbres y demás restricciones no nos dejan ser completamente libres porque creamos automatismos que nos impiden decidir con plena libertad. El adicto al amor es un ser plenamente libre pese al autoengaño y la falta de conciencia del problema.

Decíamos que el amor, si es amor, es adictivo. En la propia naturaleza del enamoramiento estriba la clave de la adicción, donde gozo y sufrimiento se funden. El miedo a perder al otro, sea real o no, engancha y provoca angustia.

Muchas emociones pueden ser falsas: el odio puede encubrir amor; la soledad, miedo; la ira, depresión. Decía Freud que todas las emociones engañan excepto la ansiedad, la angustia que se expresa tal como

viene, sin tapujos. El refranero popular es agudo describiendo el sufrimiento del amor enfermizo.

He seleccionado tres refranes a título de ejemplo: «donde hay amor hay dolor», «ira de enamorados, amores doblados», «de enamorado a loco va muy poco».

También la literatura alude con frecuencia a la relación entre locura y amor. Calderón decía que «cuando el amor no es locura, no es amor», Campoamor escribió que «todo hombre enamorado es un loco de atar que no está atado» y finalmente Noel Clarasó empleó la ironía al decir que «cuando se habla de estar enamorado como un loco se exagera, en general se está enamorado como un tonto».

Quiénes son vulnerables

Y qué personas son vulnerables. Paradójicamente el ciclo víctima-verdugo-víctima es más frecuente de lo que creemos ¿cuántas veces hemos dominado y cuántas nos hemos sentido dominados? ¿Somos conscientes de que hasta las parejas más estables ejercitan continuamente juegos de poder? Ciertamente aquí interviene el concepto de madurez. La ética, la moral, la cultura, los prejuicios, y —en definitiva— el miedo son la principal prevención del mal de amores. Pero ¿Qué te vacuna para convertirte en un pequeño dictador doméstico, en un verdugo de personas vulnerables, o en la víctima consentida de una relación tiránica? Todos tenemos un punto débil, una falla que nos puede volver dependientes; un factor de vulnerabilidad que se hace patente cuando alguien nos toca ese punto.

La razón no inmuniza de las enfermedades del corazón. Ayer presenté el caso de una educadora social que trabajaba en un departamento público de violencia de género cuando ella misma era víctima silenciosa de la misma violencia que en su trabajo pretendía prevenir. Además era eficaz. En casa se mostraba sumisa y amoradicta. ¿Contradicción? No tanto. En la consulta de procesos sentimentales teníamos desde un militar de alto rango y férrea disciplina con sus subordinados hasta un empresario implacable en el trabajo y cordero manso en manos de una joven veleidosa. También un brillante profesor universitario que desarrollaba una obsesiva y destructiva dependencia de su querida alumna. También mujeres maduras, felizmente casadas que enganchadas de bellos y estúpidos psicópatas que las maltrataban pero les proporcionaban unas emociones de las que carecían en su rutinaria vida. Si fuéramos como el diablo cojuelo que puede ver a través de los tejados de las casas no saldríamos de nuestro asombro. Son tantas las pa-

tologías que se esconden muros adentro que lo normal realmente es lo anormal.

Considerando lo anterior podríamos decir que el tópico «locura de amor» debería denominarse «neurosis de amor» porque el adicto no es un loco sino un desadaptado que vive pendiente del otro, que tiembla ante el rechazo y que cuando sufre espera desesperadamente que el otro cambie. Los neuróticos temen tanto al fracaso de su amor que no lo completan y se vuelven víctimas de sus síntomas (expectativas, celos, ansia de control del otro, etc.); en definitiva, de su amor enfermizo, porque no aceptan los defectos del amado pero tampoco pueden prescindir de él cerrando el círculo de la tormentosa dependencia del otro.

La falla hedónica

Todo amor lleva implícito un buen grado de hedonismo. Bien sea amor erótico, pasional, romántico, platónico, místico, filantrópico, incluso ilusorio. El que ama busca su complacencia a través del otro; tanto cuando goza como cuando sufre. Se entenderá mejor si dividimos el vocablo hedonista en sus dos componentes: placer y satisfacción. La satisfacción hedonista puede ser tan adictiva como el puro placer. Pero también en el displacer y el sufrimiento que forman parte sustancial del núcleo hedónico. El vocablo «estar transido» significa que el enamorado tiene sentimientos ambivalentes, disfrutando y sufriendo a la vez. Un certero refrán señala que «padecer por mucho amar, no es padecer, es gozar». Cabría recordar que la base del hedonismo, de la escuela epicúrea es el escepticismo, incluso el pesimismo. En el friso de una pequeña iglesia de Mantua encontramos la siguiente leyenda «sin miedo, sin esperanza» invitando a vivir y disfrutar día a día. Oscar Wilde remarca el trasfondo pesimista diciendo que «la tragedia de envejecer es que uno sigue siendo joven». (¿Cuántos viejos vivirán silenciosamente reprimidos porque quieren y pueden gozar pero ya no atraen a nadie?).

La adicción al amor curiosamente es una categoría que no se define por su denominación, ya que ni es amor, ni siempre es adicción, muchas veces es pura y simple obsesión. Sería algo así como una *falla hedónica* en la que el sujeto se instala en la búsqueda de la complacencia de manera iterativa y eternamente insatisfactoria. Más que adicto es adepto u obsesivo. Y la sociedad consumista que incentiva el deseo ayuda a fabricar amoradictos. La falla hedónica sería ese punto de vulnerabilidad sentimental que quizá todos tengamos y que entra en ignición cuando alguien nos hace sentir algo especial.

El deseo

El adicto al amor vive inmerso en una eterna búsqueda hedonista que en el fondo le resulta insatisfactoria, desea el deseo y deambula en pos de un gozo que nunca es pleno porque cuando deja de disfrutarlo lo anhela y sufre, pero su drama es que si se realiza, si lo culmina, entonces desaparece el amor.

El provocador filósofo esloveno Slavoj Žižek dice que la Coca-Cola simboliza cómo un pequeño cambio puede pasar del amor al desamor. «La Coca-Cola es el sabor de la vida ¿Qué es el sabor de la vida? Es algo más, misterioso. Es el exceso indescriptible que provoca mi deseo. Bebamos Coca-Cola en el desierto. Cuanto más fría más gusta pero menos sacia la sed y más deseas... La Coca-Cola se está calentando. Ya no es la verdadera coca-cola y ese es el problema. Hay un paso de lo sublime a lo excremental. La Coca-Cola fría es el cielo y engancha cada vez más. Esa misma bebida, caliente en el desierto, es el infierno. De repente se puede convertir en una mierda». La Coca-Cola simboliza cómo un pequeño cambio puede convertir el amor en desamor. Es la dialéctica elemental de los productos. No solo hablamos de las propiedades químicas de un producto, sino de ese extra ilusorio y consumista que ponemos nosotros.

En todas las sociedades consumistas disfrutar se convierte en un deber que —en la distancia— resulta incomprensible y extraño. Un deseo nunca es un simple deseo por algo. Siempre es el deseo por el deseo. El deseo de seguir deseando. La pesadilla última de un deseo es que se cumpla: dejar de desear. La experiencia definitiva es la experiencia de perder el deseo. No es un regreso a una época anterior de consumo natural en la que nos librábamos de este deseo y solo consumíamos lo que necesitábamos de verdad. Tienes sed: bebes agua. Nunca más volveremos a eso; el exceso siempre estará con nosotros. El enamoramiento es una forma de amor pasional. El adicto al amor permanece anclado en ese proceso pasional ininterrumpidamente, de manera que degenera y desgasta hasta el agotamiento.

Charles Baudelaire se basó en Apolonia Sabatier para su obra *Las flores del mal*. Baudelaire se enamoró de Apolonia y le envió sus poemas, Luego, cuando finalmente ella se convirtió en su amante, él perdió gradualmente el interés, argumentando que antes la veía como una diosa y ahora sólo como una mujer.

Parece como si en esta sociedad que nos toca vivir estuviésemos obligados a disfrutar. A este respecto Žižek escribe «los psicoanalistas dicen que antaño las personas se sentían culpables cuando sentían placer, porque eso iba en contra de su sentido del deber y de su mo-

ralidad. Los pacientes de hoy, por el contrario, no se sienten culpables de los placeres excesivos, sino de no disfrutar lo suficiente o todavía más».

La significación de lo que sucede: «El sujeto enamorado no elige amar. Resulta atrapado por el amor. Deja de pertenecerse. Deja de ser su propio dueño. El amor, dijo Mallarmé, es una infidelidad para con uno mismo. Infidelidad no elegida, alienación involuntaria y no máscara o sublimación del deseo. Octavio Paz afirmaba que decir «os amo» es decir «os amaré», es hablar simultáneamente en presente y en futuro, confiriéndole «a una criatura efímera y cambiante dos atributos divinos, la inmortalidad y la inmutabilidad»

El amor pagado

Quizá por razones evolutivas ese punto débil en el hombre es frecuente encontrarlo en el placer erótico y la mujer en el cariño. Retomaré dos ejemplos para ilustrarlo: 1.º) Hombre en el club de alterne que se enamora de una prostituta. 2.º) Mujer en una cárcel que se enamora de una compañera. Comencemos por el varón que acude a locales de alterne y acaba aficionándose demasiado de manera que en cuanto le es posible retorna al club, pasando allí todo el tiempo que puede y el bolsillo se le permite.

Una mujer ingresa en una cárcel y de inmediato es asediada con mayor o menor sutileza por compañeras que intentan cautivarla. Generalmente lo consigue solo una reclusa. A partir de ahí se inicia una relación de pareja. Volvamos al varón. Tras esa adicción al sexo subyacía otro problema: el económico y el social. La ingente cantidad de dinero que el varón gastaba en los prostíbulos, los problemas con la familia al descubrir las perversiones del paciente y la culpa abocan a que termine pidiendo ayuda externa. Recuperemos a la mujer. Sería fácil decir que la nueva reclusa ha cedido al asedio de una compañera, pero la mayor parte de veces no es así. En realidad ha descubierto el cariño y paradójicamente ha sido tenida en cuenta como mujer, como persona en el medio más insospechado para ello: un lugar hostil como es una cárcel. Pensemos que muchas mujeres proceden de ambientes marginales y violentos, han sido maltratadas por sus parejas masculinas y no se les ha tenido en cuenta como personas. En realidad hasta se desconocen porque el novio o marido con el que convivían las trataba despóticamente y sin tener su opinión en cuenta. En la cárcel encuentran por primera vez afecto y comprensión. No solo se relajan y acomodan a su nueva pareja sino que se enamoran. Y no es que de pronto se convier-

tan en homosexuales. El sexo tiene un punto de indiferenciación más marcado en la mujer que tiende a identificarse con ciertas formas de cariño. La mujer maltratada por su marido accede a sus requerimientos sexuales de forma pasiva y dolorosa. En la cárcel con su nueva pareja, una mujer que la hace sentir querida se relaja y desencadena una pasión que descubre y le satisface. No es el debut de una homosexualidad latente, es la realización de una sexualidad reprimida por el maltrato que aflora con el cariño.

Retornemos al varón. Le habíamos dejado en el club entregado a las delicias de su acompañante. Cada vez pasa más tiempo con la misma chica. ¿Se habrá enamorado? En la entrevista afirmaba que no solo es que fuera a estos locales a gastar un dinero que no tenía. Además acabó frecuentando el mismo local. Aducía afición a determinado tipo de mujeres del club. En realidad era una fijación con una sola chica, probablemente la más bonita, la más dulce, la que mejor hacía el amor, ¿o quizá la que mejor le escuchaba, la que más empatía le suscitaba?

En un estudio que se hizo en Asturias sobre la prostitución en los locales de alterne las entrevistadas afirmaban que «hacían de psicólogas de muchos hombres que les contaban todas sus miserias, sus problemas de convivencia, no solo con su mujer, sino con sus compañeros de trabajo, con sus jefes; el desahogo era tal que quedaban abrumadas con las cosas que les contaban». Jocosamente decían que de algunos sabían más que nadie, incluso secretos que les confesaban en la intimidad. Los clientes no se conformaban con fornicar, querían hablar y liberarse de todo lo que lastraba, no solo miserias y desventuras, sino sentimientos reprimidos. Como cabe suponer, paralelamente se establecía un nexo afectivo que podía acabar en dependencia.

El adepto al puticlub empieza yendo con timidez y recelo a descargarse sexualmente. Les gusta el sexo y repite, sigue repitiendo una y otra vez hasta que llega un momento en el que se libera psicológicamente. El espacio es el adecuado: una desconocida que además desconoce su pasado así que puede construirle uno a su medida con la identidad que le apetezca, curiosamente muchas veces más cercana al yo auténtico del sujeto que lo que de él conocen en su vida normal, y lo que era un fenómeno puramente sexual se convierte en una comunión de intimidad en una afluencia de emociones, pensamientos y secretos no confesados que dejan pequeña la comunicación con la esposa, la novia o los allegados. Lo que empezó siendo sexo acaba siendo fijación erótica e intimidad. Solo le falta el compromiso para ser el amor «perfecto». Algunos sacan a las chicas del club y se casan con ellas. No sabemos el recorrido pero cabe presumir aquello de que cuando deseas

el deseo amas pero cuando el deseo se convierte en realidad, dejas de amar. Si el cliente es un paciente adicto al sexo que en realidad está enamorado de la chica del club pero no tiene dinero para sacarla del ambiente, la obsesión y la frustración pueden llegar a ser enfermizos.

Como hemos visto, el salto a la adicción puede ser brusco; por ejemplo, basta con que te toquen el mencionado punto débil o falla hedónica para que se destape un nuevo repertorio de comportamientos como cuando se le libera al genio de la lámpara y estalla en un nuevo ser. Una súbita metamorfosis se establece y el viejo lascivo del puticlub o el chico tímido que conoce a su amada se hacen apasionados y tormentosos y la chica recatada se llena de fantasías turbadoras.

Fidelidad, monogamia y poligamia

El individuo se debate entre el deseo de una persona concreta con la que establecer un vínculo amoroso duradero, y el impulso de explorar que nos empuja a todos, hombres y mujeres, a buscar encuentros, relaciones y contactos eróticos con personas nuevas y variadas. La adicción al amor, entre otras cosas, es un desequilibrio entre la tendencia monogámica y la exploratoria. En ese pacto estriba una de las encrucijadas más penosas del amado, que no soporta que su pareja no respete o no se comprometa.

Convivimos con nuestra pareja a quien queremos y deseamos en exclusiva. No admitimos que mantenga relaciones sexuales con otros, y al mismo tiempo queremos disfrutarlas nosotros y mantener nuestro impulso exploratorio. Pretendemos tener un marido o una esposa fiel y exclusiva mientras a nosotros nos gustaría permitirnos alguna aventura o gozar con un/una amante. El sociólogo Alberoni estima que ésta última es la forma de relación que tiende a imponerse aunque sea una relación moralmente desequilibrada, puesto que queremos para nosotros algo que no aceptamos para el otro. En todos los lugares y en todos los tiempos, la sociedad ha intentado impedir este conflicto. En Oriente lo hacen concediendo al hombre más esposas o concubinas, pero negando ese mismo derecho a la mujer. En Occidente imponiendo una rigurosa monogamia pero, de hecho, admitiendo más libertad para el hombre. Ahora bien, todo esto ha terminado con la revolución sexual y el feminismo. Entre ambos sexos se reconocen los mismos derechos y los mismos deberes. Nuestra sociedad concede una enorme libertad de elección. El resultado es que, en cada pareja, aumenta la posibilidad de conflicto entre el amor exclusivo y la sexualidad de exploración.

Egoísmo narcisismo

¿Es el narciso un adicto a al amor? ¿Puede considerarse como tal la obsesión por uno mismo? La literatura describe de forma plástica el complejo entramado psicológico de un amoradicto. Alain Finkielkraut utiliza el texto de Milan Kundera *Obra* para ilustrarlo. «Flajsman el bello estudiante de medicina coge una botella de vino, clava el sacacorchos y lo atornilla; luego saca el corcho. Unos gestos anodinos que hacemos por lo general sin pensar pero que el estudiante ejecuta pensativo, soñador, lentamente. Todos estos paréntesis ponen de manifiesto la lentitud de Flajsman que —sin embargo— más que torpeza era síntoma de la parsimoniosa autosatisfacción con la que el joven médico observaba calculadoramente su propio interior, sin prestar atención a los insignificantes detalles del mundo que le rodeaba. Está continuamente desdoblado. Todo lo que hace, observa como lo hace. Se mira y se admira en cada uno de sus gestos, en cada una de sus acciones. Hasta cuando fuma contempla al fumador. Una admiración seguramente moteada de angustia. Flajsman se espía y se estudia para sorprender su ser, pero no ve nada, nada identificable, nada sólido, nada sustancial, de modo que —a falta de consistencia— el Narciso apasionado simula aplomo y ese esfuerzo le absorbe toda su atención. Solo tiene ojos para su incapturable imagen».

La figura del otro

Hablamos de la dependencia pero no se vuelve la mirada a los generadores de dependencias que en muchas ocasiones tienen rasgos comunes con los maltratadores, de hecho el carisma carcelario de los *kíes* resulta enormemente atractivo para muchas mujeres. Los chicos malos atraen más que los buenos. En su ya clásica biografía de Hitler, Joachim Fest evalúa la grandeza histórica preguntándose cómo una persona consigue o no condensar en sí el pensar y el sentir de su época; y, espantosamente, llega a la conclusión de que, en este sentido, a Adolf Hitler no se le puede negar la grandeza carismática. Pues, de hecho, necesitó desplegar un inmenso esfuerzo de comunicación para, mediante la retórica populista, crear con sumo éxito un ambiente favorable a su persona, hacer a la gente dependiente de él, utilizándola para sus propósitos para luego embarcar en una guerra a un Estado entero, es más, al mundo entero.

Sin embargo si colocamos a un megalómano visionario como Hitler pero sin tanto carisma en un cruce del barrio viejo de Bilbao en una es-

tructurada proclama en la que aduzca que, sin lugar a dudas, él es el más grande, tras un tratamiento más o menos breve en el psiquiátrico local, este problema no tarda en quedar resuelto, y el hombre puede retomar su trabajo. Pero cuando alguien llamado Kim Sung se colocaba en la plaza central de la capital norcoreana Pyongyang y afirmaba otro tanto, rodeado, eso sí, de numerosos seguidores que le aclamaban, ese problema no se podía resolver por medio de un tratamiento psiquiátrico sino dirigiendo a una nación despiadadamente. Ni el señor del cruce de Bilbao ni el dictador Kim Sung son enfermos *sensu stricto*, ni los que le siguen tampoco lo están.

El otro puede ser una figura neutra, normal, a la que tú te encargas sobradamente de vestir con cualidades que no tiene. O que, reconociendo que tu pareja no tiene demasiadas cualidades, simple y llanamente te guste y así lo aceptes y lo comprendas.

De la guía literaria del amor de Claudia Casanova unas frases del Diario de Eva de Mark Twain: «Cuando me pregunto por qué le amo, tengo que admitir que no lo sé, y que en realidad no me importa mucho. Supongo que es la clase de amor que no es fruto del razonamiento ni de las estadísticas, como el amor que se siente hacia los reptiles y animales. Tampoco le amo por su inteligencia. Bueno, no quería que sonara así. Quiero decir que no tiene la culpa, porque alguien la hizo por él. Es como Dios le hizo, vaya, y con eso basta. Es fuerte y apuesto y le amo por eso y le admiro y estoy orgullosa de él, pero podría amarle sin esas cualidades. Aunque fuera vulgar le amaría, aunque estuviera hecho una ruina también le amaría, y trabajaría a su lado, y sería una esclava y rezaría por él y velaría su cama hasta que muriera, para que no muriera solo. Creo que le amo simplemente porque es un hombre y es mío. No hay ninguna otra razón, creo. Y por eso me entrego a lo que dije al principio: que esta clase de amor no es producto del razonamiento, ni de las estadísticas. Viene sin más —nadie sabe de dónde— y no tiene explicación, ni la necesita».

Duelo y adicción al amor

Un estudio de Clay Routledge en *Scientific American* confirma que la nostalgia disminuye el estrés y aumenta el optimismo. Algo parecido ocurre con la nostalgia del adicto al amor que —pese al aparente sufrimiento— en realidad permanece transido, sufriendo y gozando a un tiempo. La depresión, la desesperación viene con la frustración, no con la adicción. Mientras el adicto consigue sus propósitos, no experimenta mal alguno. El problema sobreviene cuando se rompe el equilibrio y el otro se rebela o extorsiona (si es el caso).

El enamoramiento es luminoso, la adicción al amor es oscura, casi negra, y a la postre acaba pareciéndose al duelo. Cuando la pérdida es grave, el dolor deviene extraordinario. Una madre que pierde a su joven hijo tiene que sufrir mucho y durante largo tiempo. El duelo patológico sobreviene no solo porque el padecimiento sea intenso, sino porque el aparato psíquico del sujeto se ha descompensado. Y no porque el dolor sea insoportable, sino porque la respuesta trastorna el cuerpo y la mente.

Una pérdida amorosa, un duelo sentimental o un proceso de desamor son normales y fisiológicos por más que el sufrimiento sea acusado. Estamos preparados para sufrir de manera que la alteración siempre sea transitoria y, en todo caso, pese al dolor, el cuerpo y la mente aguantan con entereza. Pero si hay desadaptación o respuesta patológica y dicha respuesta traduce un rasgo alterado o una actitud desmesurada con un patrón estable de sufrimiento y conducta aberrante u obsesiva, entonces podremos decir que hay una adicción al amor, sobre todo si el proceso se ha reproducido en los mismos términos varias veces con la misma o distinta persona.

Un duelo normal es demoledor, los síntomas pueden ser intensísimos, la nostalgia inmensa, pero el sujeto mantiene intacta su estructura de pensamiento. El duelo patológico no; se acompaña, por ejemplo, de delirio, deseo de muerte, grave depresión psicótica, etc. La respuesta al desamor que acaba padeciendo el amoradicto es demoledora y equivalente a un duelo patológico porque tiene un daño estructural.

Tratamiento

¿Se cura el mal de amores? Decía Tolstoi que «el amor no tiene cura pero es la única medicina para todos los males». Yo añado que si (la medicina) no funciona a lo mejor hay que aumentar la dosis. El refranero es un poco más optimista cuando dice «el amor maltrata pero no mata» y también, aunque reservándose el tiempo de curación, «quien bien quiere, tarde olvida». Sin embargo propone remedios para el mal de amores como «la ausencia es al amor lo que el fuego al aire: que apaga el pequeño y aviva el grande», o «la distancia es el olvido», o este otro refrán un poco más sutil «en tristezas y en amor, loquear es lo mejor». También aporta estrategias para quien sufre en una relación desdichada «en la guerra del amor, el que huye es vencedor». Y por último previene al adicto al amor para que no reincida los amores entran riendo y salen llorando.

El primer gran problema es que un adicto al amor no tiene conciencia del problema. Si un sujeto pide ayuda por cualquier motivo menos

por la dependencia y el terapeuta descubre una dependencia afectiva, será habilidad de éste que el sujeto averigüe el fondo del problema por sí mismo para que la intervención se situé dentro del marco referencial del paciente.

En todo amor coexiste el miedo al desamor que de este modo lo retroalimenta. El adicto al amor huye desesperadamente del desamor tan desaforadamente que huye hacia delante en vana desesperación porque siempre se sentirá frustrado. La incertidumbre es clave tanto para el enamoramiento mediante refuerzo intermitente o condicionamiento operante como para el mantenimiento del enganche, de ahí que describiera la adicción amorosa como una perpetuación del enamoramiento.

En ocasiones ocurre el fenómeno contrario, el del desencanto: cuando un amoradicto redescubre al otro en circunstancias diferentes, por ejemplo, tras un período de alejamiento, y comprueba que sus fantasías y atributos misteriosos han desaparecido, se desvanece el amor porque la imagen se ha derretido. Como dice Sabina «En Comala comprendí que al lugar donde has sido feliz no debieras tratar de volver».

Según un conocido dicho *el amor es una enfermedad que se cura con el matrimonio*. Sartre culpa a la sociedad por condenar a los amantes al amor perenne sin tener en cuenta su finitud, Kierkegaard es menos radical cuando se lamenta del gran enigma de *vivir en la eternidad mientras siguen oyéndose las campanadas del reloj*. No se puede contemplar la amoradicción como un trastorno más, una enfermedad perfectamente filiada con sus categorías descriptivas sino como un fenómeno representativo de una actitud que se mantiene y repite. El terapeuta del adicto al amor a veces funciona más como abogado que como psicoterapeuta; Sabes que tu cliente es *el culpable*,¹ pero a pesar de todo, le defiendes dándole claves para triunfar en la relación tales como el manejo del dominio dentro de los juegos de poder que toda pareja tiene y que son mucho más frecuentes y acusados cuando hay asimetrías, y la amoradicción las contiene.

Quizá este ejemplo ilustre lo que un tratamiento específico puede llegar a hacer: una paciente lesbiana con problemas de alcohol y de relación de pareja consigue darse cuenta de lo que le pasa, no solo se libera de su autoengaño sino que se hace consciente de la importancia de no ser dominada en la relación. Su pareja ejercía el poder despóticamente y ella era víctima pasiva e ignorante. En un autoanálisis escribió «Pensé que iba a ser difícil tomar decisiones: después de la última

¹ La alianza se establece dentro de un exquisito marco ético, cuando el paciente ha recuperado la perspectiva y cambiado su comportamiento. Nunca si es un psicópata o el poder lo va a ejercitar de forma tiránica o posesiva.

consulta hice balance de la relación. Ahora siento que tengo las riendas de mi vida, me siento con una estabilidad que hacía tiempo que no percibía y me veo capaz de tomar decisiones. Se que aún hay sentimientos encontrados porque eso no desaparece de la noche a la mañana. Al hacer balance me di cuenta de que no estaba preparada para volver a convivir, que la relación tiene que empezar mucho más atrás, que necesito espacios propios e independientes. Ahora nos vemos casi todos los días pero las pautas las marco yo y soy yo quien lleva las riendas y decido cuando verla. Ahora es ella la que sufre deseando volver a casa, pero lo que antes era un sueño para mí ahora es un impedimento y en el fondo no lo tengo nada claro. Porque no me siento segura con su cambio y —por contra— sí con el mío. Ahora me veo fuerte, tranquila, contenta, y sin bajones de ánimo como antes...». El terapeuta tiene claro que una convivencia hoy por hoy es inviable. Se le indica la necesidad de dar recorrido a esa independencia en soledad a recuperar el gusto a solas consigo misma (sin pareja/ sin alcohol).

En síntesis para tratar la amoradicción se requiere la suma de tiempo (y/o distancia) + el tratamiento del duelo + el desmontaje del autoengaño o conciencia del problema (que se consigue acríticamente) + reconfortamiento (grupo de comprensión).

Si un adicto al amor consigue dejar su enfermedad, es decir su actitud, su diabólica rutina de instalarse en un enamoramiento insano, entonces podemos decir que ha recuperado la libertad. El adicto al amor necesita como ningún otro recobrar la libertad perdida, y, una vez lograda, debe aprender de la enfermedad para no repetir comportamientos y dinamisismos que le llevaron a ella. Tampoco quedarse resabiado y a la defensiva con una querencia de rechazo reactivo de futuras parejas. Por el contrario, aprende la lección y crece para la próxima relación. Un adicto al amor que supere su actitud (su rasgo o estado) es indudablemente más maduro. Ha crecido como persona aunque haya sufrido mucho y está preparado para reencuadrar su vida.

Para concluir voy a citar unas líneas sacadas de la reflexión de una paciente adicta al amor: «Si esta situación continúa y puesto que hasta ahora siempre has dependido de esa persona, llega un momento en que no ves una salida. Quiero decir que estás hastiado de compartir la vida con una persona así, pero como el lazo que te ata es tan grande y crees que por ti mismo, sólo. Te sientes encerrado en un problema sin solución, aunque llegado a este punto siempre existe una: la muerte. Puede ser una muerte física (la solución drástica) o espiritual (la solución agónicamente lenta). Pero también existe una muerte positiva. La del ave fénix que muere para resurgir de sus cenizas, aunque sea por cobardía, optando entre la muerte real y la muerte de las vidas pasada

y presente. En cualquier caso, hay que llegar al límite para liberarte de las cadenas ficticias creadas por uno mismo. Nada hay en la vida que tenga que ser para siempre».

Referencias

- Adams, Kenneth M.; Robinson, Donald W. (2001). *Shame Reduction, Affect Regulation, and Sexual Boundary Development: Essential Building Blocks of Sexual Addiction Treatment*.
- Alberoni, Claudio (2005). *Sexo y amor*. Gedisa Editorial, pp. 171-173; 243-245.
- Barash, David P.; Lipton, Judith Eve (2003). *El mito de la monogamia. La fidelidad y la infidelidad en los animales y en las personas*. Siglo XXI de España Editores.
- Bassett, Rodney L.; Bartz, Shavaughn, Bonnett, Monique; Mix, Sarah; Scavo, Laura (2013). *Exploring the Psychological Topography of Self-Sacrifice*. Christian Association for Psychological Studies.
- Bataille, Georges (1928). *Histoire del ojo*. Tusquets Editorial. Colección Ensayo.
- Bataille, Georges (1957). *El erotismo*. Tusquets Editorial. Colección la Sonrisa Vertical.
- Berrios, Germán (2008). *Historia de los Síntomas de los Trastornos Mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Editorial Fondo de Cultura Económica de España.
- Burkett, James; Young, Larry (2012). *Love and addiction: an uneasy marriage? A response to «The devil is in the differences»*. Springer Science & Business Media B.V.
- Burns, M. (1988). *Hooked on love?* Essence Editorial.
- Butler, Mark H.; Seedall, Ryan B. (2006). *The Attachment Relationship in Recovery from Addiction. Part 1: Relationship Mediation*.
- Casanova, Claudia (2011). *Guía literaria del amor*. Ed. Ático de los Libros pp. 160-162; 208-211.
- Chiappo, Leopoldo (2002). *Psicología del Amor*. Editorial Biblioteca Nueva.
- Cruz, Manuel (2010). *Amo, luego existo. Los filósofos y el amor*. Ed. Espasa Libros pp. 61-73.
- Curi, Humberto (2010). *Mitos de Amor*. Editorial Siruela, Colección El Ojo del Tiempo, pp 257-259; 264-265.
- Dawson, Alene (2006). *Confessions of a love junkie*. Essence Editorial.
- Doval, Gregorio (1997) *Refranero Temático Español*. Ed. Círculo de Lectores, pp. 277-284.
- Ellis, Bruce J.; Simpson, Jeffrey A.; Campbell, Lorne (2002). *Trait-Specific Dependence in Romantic Relationships*. Wiley-Blackwell.
- Feeney, Judith; Noller, Patricia (2001). *Apego adulto*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Finkelkraut, Alain (2011). *Y si el amor durara*. Alianza Editorial, pp 104,110, 114-115.

- Fest, Joachim. (2012). *Hitler, una biografía*. Editorial Planeta.
- Fisher, Helen (2004). *Por qué amamos*. Santillana Ediciones Generales.
- Fisher, Helen (1994). *Anatomía del Amor*. Editorial Anagrama.
- Foucault, Michel (2012). *Historia de la Sexualidad* (vol.1, 2 y 3). Biblioteca Nueva.
- Garcia, Frederico Duarte; Thibaut, Florence (2010). *Sexual Addictions*. Taylor & Francis Ltd.
- Griffiths, M. D. y Hunt, N. (1998). Dependence on computer games by adolescents. *Psychological Reports*, n.º 82.
- Grossman, Teddi (2013). *The God Within and the God Without*. Substance Use & Misuse. Taylor & Francis Ltd.
- Hodgins, Holley S.; Brown, Ariel B.; Carver, Barbara (2007). *Autonomy and control motivation and self-esteem*. Psychology Press.
- Hoogstad, Joan (2008). *Choice Theory and Emotional Dependency*. International Journal of Reality Therapy.
- Hostetler, Caroline; Ryabinin, Andrey (2012). *Love and addiction: the devil is in the differences: a commentary on «The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction* Springer Science & Business Media B.V.
- Janov, Arthur (2001). *La biología del Amor*. Ediciones Apóstrofe.
- Juárez, Jorge (2007). *Neurobiología del hedonismo*. Editorial El Manual Moderno.
- Katehakis, Alexandra; Weiss, Robert (2000). *Web Site Review*. Routledge.
- Kwee, Alex W. (2007). Constructing Addiction from Experience and Context: Peele and Brodsky's Love and Addiction Revisited. *Sexual Addiction & Compulsivity. The Journal of Treatment & Prevention*.
- Linden, David (2011) *La brújula del placer*. Editorial Paidós, pp. 21-29.
- Lledó, Emilio (2005). *Elogio de la Infelicidad*. Cuatro Ediciones, pp. 11-17; 53-73.
- Lütz, Manfred (2010). *¿Estamos locos? Una visión amena de la psicología*. Ed. Sal Terrae.
- Monedero, Carmelo (1996). *Psicopatología humana*. Editorial Siglo XXI de España.
- Moskowitz, David A.; Roloff, Michael E. (2007). *The Ultimate High: Sexual Addiction and the Bug Chasing Phenomenon*. Routledge.
- Ortiz-Osés, Andrés (2003). *Amor y sentido. Una hermenéutica simbólica*. Anthropos Editorial.
- Paz, Octavio (1993). *La llama doble*. Editorial Seix Barral, pp 204-221.
- Peabody, Susan (1994). *Addiction to Love*. Edit. Celestial Arts.
- Piers, Ellen V.; Kirchner, Elizabeth P. (1971). *Productivity and uniqueness in continued word association as a function of subject creativity and stimulus properties*. Wiley-Blackwell.
- Pincus, D.; Aaron L. (2011). Interpersonal Impact Messages Associated With Different Forms of Achievement Motivation. *Journal of Personality* vol. 79 issue 4 August 2011. pp. 675-706.
- Reynaud, M.; Karila, L. et als. (2010) Is Love Passion an Addictive Disorder? *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, Vol. 36 Issue 5, pp. 261-267.
- Routledge, Clay (2013). *The rehabilitation of an old emotion: a new science of nostalgia*. Scientific American (blog).

- Schaef, Anne Wilson (1990). *Escape from Intimacy. The Pseudo-Relationship Addictions*. Harper Collins.
- Sibley, Chris G.; Liu, James H. (2006). *Working models of romantic attachment and the subjective quality of social interactions across relational contexts*. Wiley-Blackwell.
- Sternberg, Robert J.(1998) *Love Is a Story*. Ed. Oxford University Press.
- Sussman, Steve (2010). Love Addiction: Definition, Etiology, Treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*. Volume 17, Issue 1.
- Villena, Luis Antonio (2011). *Diccionario de mitos clásicos para uso de modernos*. Editorial Gredos, pp. 104-105; 143-146.
- Wildmon-White, M. Lynn; Young, J. Scott (2002). *Family-of-Origin Characteristics among Women Married to Sexually Addicted Men*. Routledge.
- Willi, Jürg (2004). *Psicología del Amor El crecimiento personal en la relación de pareja*. Herder Editorial.
- Yela, Carlos (2000). *El amor desde la Psicología social*. Ediciones Pirámide.
- Zuroff, David C.; De Lorimier, Sylvie (1989). *Ideal and Actual Romantic Partners of Women Varying in Dependency and Self-Criticism*. Wiley-Blackwell.

¿Existen las adicciones sin sustancias?

Adicciones sin sustancia, comportamentales, conductuales. Terminología que se refiere a la presencia de desajustes compulsivos de la conducta sin mediar sustancias. Tradicionalmente hemos utilizado dependencia para referirnos a la conducta en la que una sustancia consumida causa un malestar clínicamente significativo. Pero aparecieron conductas que se manifiestan como adictivas, sin sustancias que la provoquen. El debate se abre entre quienes consideran que tales conductas no deben clasificarse como adictivas y quienes aventuran que la conducta es similar a las dependencias tóxicas luego tales conductas deben ser consideradas adictivas.



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD



Deusto

Publicaciones
Universidad de Deusto