

TERAPIA DE LA ADICCIÓN A INTERNET Y VÍDEO-JUEGOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Rosa Díaz

Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil
Hospital Clínic de Barcelona.

Marta Beranuy Fargues y Ursula Oberst

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull

In this article the diagnostic criteria for addiction to Internet and videogames are revised with respect to their application to children and adolescents. The main assessment instruments existing to-date are discussed, as well as the associated risk factors. The authors underline the need for early preventive measures, as well as for integrated treatments for this type of disorders. These treatments have to consider not only addiction itself but also other comorbid disorders, which are very frequent in young people addicted to the Internet and videogames. The authors also insist that treatment has to be individualized, adapted to each case, flexible and multimodal, and aiming at a controlled use of the Internet applications, rather than abstinence, because these technologies are necessary for a healthy adaptation to contemporary daily life.

Keywords: Addiction to Internet and videogames, early detection and intervention, integrated treatment

Introducción

A pesar de las innegables ventajas que presentan las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, especialmente Internet, en los últimos años están apareciendo algunas noticias que crean gran alarma social respecto a la “adicción a Internet” y sus consecuencias psico-sociales, especialmente entre los niños y adolescentes. En este texto nos referiremos principalmente a la “adicción a Internet” aunque en un sentido amplio, incluyendo uso de aplicaciones del ordenador, los vídeo-juegos, etc. Por otro lado, lo que se explica en este capítulo sería aplicable en buena parte a otras adicciones tecnológicas.

Ya en 2004, el problema empezaba a ser grave en Corea. En un país que posee una poderosa red de banda ancha y un extenso mercado de aplicaciones *online*,

juegos de estrategia bélica como el *Lineage* o el *World of Warcraft* (WOW) se han convertido en una gran amenaza que puede hacer que algunos jóvenes pasen varios días seguidos frente al ordenador. En Corea se han dado casos como el de la joven jugadora profesional Kim Ka-eul, que lidera un equipo de 19 jugadores y se entrena y estudia estrategias de juego durante 10 horas diarias para poder competir; o Lim, un chico de 12 años, famoso en un mundo de fantasía, que robó unos 16 mil dólares a su padre para poder jugar más y mejor (Noticiasdot, 2004). En vista de este creciente problema, el gobierno chino ha impulsado medidas preventivas para reducir la adicción de los jóvenes a los MMORPG (*Massively Multiplayer Online Role-Playing Games*): si éstos juegan más de tres horas seguidas solo ganan la mitad de los puntos, y pasan a no ganar puntos si juegan más de cinco (BBC Mundo, 2007). En España también encontramos jóvenes y adolescentes adictos a los juegos de rol *online* y otras aplicaciones de Internet, que sufren trastornos de conducta y requieren tratamiento (Siglo XXI, 2008). Las consecuencias más habituales son la disminución del rendimiento escolar o incluso el abandono de los estudios, conflictos familiares más o menos graves debido al abandono de las responsabilidades domésticas y los hábitos diarios de comida y sueño, o la reducción de otras actividades de ocio y de relación social. Muchos de estos chicos dedican más de 25 horas a la semana al uso lúdico del ordenador y algunos llegan incluso a robar a familiares o amigos para poder seguir utilizando determinados juegos.

La adicción a Internet en niños y adolescentes

El concepto de adicción a Internet parece que tiene su origen en una parodia al manual psiquiátrico DSM (American Psychiatric Association, 2000) que hizo el psiquiatra Iván K. Goldberg (1995). Para demostrar la complejidad, la rigidez y la artificiosidad de dicho manual, este psiquiatra caricaturizó los criterios de dependencia de sustancias del DSM-IV cambiando la palabra *sustancia* por la palabra *Internet*. Al poco tiempo, el College Park de la Universidad de Maryland puso a disposición de sus estudiantes un grupo de consulta que se llamaba *Caught in the Net* (Atrapados en la red), el *McLean Hospital* fundó una clínica para los *computer junkies* y la Dra. Kimberly Young formó el *Center for online addictions*. Salieron a la luz rápidamente cuestionarios de autoevaluación y grupos de autoayuda en la red. Y, finalmente, el mismo Goldberg terminó reconociendo la existencia de un *Pathological Computer Use Disorder*. En este sentido, incluso la Asociación Americana de Psiquiatría está considerando la incorporación de este diagnóstico específico a la 5ª edición del DSM (Block, 2008; Hollander, 2006), quizás bajo el epígrafe más amplio de “trastornos volitivos”, como sugieren Fontenelle, Mendlowicz y Versiani (2008).

Echeburúa (1999) y Griffiths y Hunt (1998) señalaron que Internet (igual que el teléfono u otras tecnologías) podría ser, en algunos casos, un medio a través del cual se manifestarían otras adicciones o trastornos (por ejemplo, la adicción al sexo,

la ludopatía o algunas parafilias). En estos casos, la adicción a Internet se consideraría *secundaria* a otra adicción conductual (Sánchez-Carbonell y Beranuy, 2007) y se diagnosticaría ésta como la adicción *principal*, especificando el medio a través del cual se lleva a cabo (por ejemplo, trastorno pedofílico, mediado por Internet). Este hecho conlleva tratar el trastorno primario, con sus especificaciones, y no una *adicción específica a Internet*. Otros autores consideran que, con frecuencia, la adicción a Internet aparece como un trastorno secundario a otros (por ejemplo, la fobia social, la depresión, o el trastorno por déficit de atención) y éstos deben ser tratados de forma simultánea a la propia adicción, como sucede en el caso de los trastornos duales que implican el consumo de drogas (Yen, Ko, Yen, Wu y Yang, 2007; Díaz, 2005).

Sin embargo, a nuestro entender, existen también las adicciones tecnológicas específicas, entre ellas la adicción a Internet. Estas adicciones tienen entidad suficiente como para ser consideradas trastornos mentales, aunque se hallen asociadas con frecuencia a otros trastornos, que pueden ser a su vez primarios o secundarios a la propia adicción. En esta línea, Griffiths (1997) clasifica las “adicciones tecnológicas” de pasivas (como la televisión) o activas (como navegar por Internet, *chatear*, hablar por teléfono o los juegos de ordenador, sean o no MMORPG¹). Otros autores como Charlton (2002), Charlton y Danforth (2007), Davis (2001), Echeburúa (1999), Kandell (1998), Kubey, Lavin y Barrows (2001), Suler (2004), y Wieland (2005) también defienden la existencia de la adicción a Internet. Después de una revisión exhaustiva (Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst, 2008) la mayoría de autores están de acuerdo en los siguientes criterios diagnósticos para la adicción a Internet:

- A. La dependencia psicológica, que incluye el deseo, ansia o pulsión irresistible –*craving*–, la polarización o focalización atencional, la modificación del estado de ánimo y la incapacidad de control e impotencia.
- B. Los efectos perjudiciales graves en el ámbito intrapersonal –experimentación subjetiva de malestar– e interpersonal –conflictos familiares, laborales, académicos, económicos, recreativos, relacionales, legales, etc.–.
- C. La tolerancia y la abstinencia.
- D. Otros síntomas como las distorsiones cognitivas –negación u ocultación, minimización de la duración de la conexión y la magnitud de los efectos perjudiciales– y el riesgo de recaída y de reinstauración de la adicción.

Estos síntomas describen la adicción a Internet de una forma muy general. Ahora bien, merecen una reflexión si pretendemos diagnosticar adolescentes y/o jóvenes. Como ya se deducía del estudio de los criterios de adicción al alcohol u otras drogas, la edad de las personas es significativa para su diagnóstico. Webb, Baer, McLaughlin y McKelvey (1991) argumentan que el patrón de consumo de alcohol de los jóvenes es diferente al de las personas adultas y que, por tanto, los modelos tradicionales de tratamiento del alcoholismo funcionan mejor con las

personas adultas que con los más jóvenes. Según este autor, el tratamiento de dependencia al alcohol entre la gente más joven merece una atención temprana y con intervenciones adaptadas a los problemas específicos de este grupo de edad. En esta misma línea, Deas (2006) propone la utilización de una categoría subdiagnóstica, que permitiría detectar precozmente a aquellos adolescentes con elevada probabilidad de acabar teniendo problemas adictivos con el alcohol u otras drogas. En el terreno de la adicción a Internet, Ko, Yen, Chen, Chen y Yen (2005) proponen que los criterios diagnósticos de los adultos se utilicen de forma menos estricta con los niños y adolescentes, de manera que se precisen cumplir menos criterios para diagnosticar el trastorno (ver Tabla 1).

Tabla 1
Criterios diagnósticos de la adicción a Internet según Ko et al. (2005)

Un patrón desadaptativo de uso de Internet, que conlleva a malestar o deterioro clínicamente significativo, y que se produce en cualquier momento durante un mismo período de 3 meses.

- A. Han estado presentes seis (o más) de los siguientes síntomas:
1. Preocupación con las actividades relacionadas con Internet
 2. Intentos frustrados recurrentes de resistir el impulso de usar Internet
 3. Tolerancia: un marcado aumento en el tiempo de uso de Internet necesario para lograr satisfacción
 4. Síndrome de abstinencia, tal como se manifiesta por cualquiera de los siguientes síntomas:
 - i. Estado de ánimo disfórico, ansiedad, irritabilidad y aburrimiento después de varios días sin actividad en Internet
 - ii. Uso de Internet para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia
 5. Uso de Internet durante un período de tiempo más largo de lo que se pretendía inicialmente
 6. Deseo persistente y/o intentos fallidos de disminuir o reducir el uso de Internet
 7. Exceso de tiempo invertido en las actividades de Internet y en la finalización de la sesión
 8. Exceso de esfuerzo dedicado a las actividades necesarias para obtener acceso a Internet
 9. Uso masivo de Internet a pesar de tener conocimiento de problemas físicos o psicológicos persistentes o recurrentes que hayan podido ser causados o exacerbados por el uso de Internet.
- B. Alteración funcional: una (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes:
1. Uso recurrente de Internet que resulta en un incumplimiento con obligaciones mayores en la escuela y en casa
 2. Deterioro de las relaciones sociales
 3. Violación de las normas o leyes de la escuela debido al uso de Internet
- C. El comportamiento adictivo a Internet no se explica mejor por un trastorno psicótico o trastorno bipolar I

En definitiva, la adicción a Internet en niños y adolescentes requeriría un diagnóstico precoz para poder realizar lo antes posible intervenciones preventivas

y/o terapéuticas, ya que cuando los síntomas de adicción se presentan tan tempranamente, el pronóstico suele ser peor que en los adultos si no se interviene a tiempo, y la adaptación a la vida cotidiana del individuo puede verse seriamente comprometida. Por otro lado, los programas de prevención y tratamiento deben estar adaptados a las características evolutivas de este periodo: omnipotencia, tendencia a buscar la causa de sus problemas en el otro, poca experiencia de vida, inmadurez y falta de identidad personal, dificultad para reconocer adicciones sutiles y necesidad de normalizar conductas de riesgo (Castellana, 2005). Pero, vamos a ver cuál es la gravedad del problema y la prevalencia de esta adicción entre esta población joven.

Prevalencia y gravedad del problema

En encuestas a estudiantes realizadas en diferentes países, el porcentaje de personas que se consideran adictas a Internet oscila entre el 4 % y el 13 % (Kubey, Lavin y Barrows, 2001; LaRose, Lin y Eastin, 2003; Madell y Muncer, 2004; Morahan-Martin y Schumacher, 2000; Tsai y Lin, 2003; Wang, 2001; Yuen y Lavin, 2004), siendo los valores más altos los de China, Corea y Taiwán (Zhang, Amos y Mc Dowell, 2008). En las encuestas realizadas a estudiantes españoles los valores suelen ser más bajos, entre el 0,8 y el 5 % (Muñoz-Rivas, Navarro y Ortega, 2003; Viñas, Juan, Villar, Caparrós, Perez, y Cornella, 2002). Un estudio realizado recientemente en nuestro país (Beranuy, Sánchez-Carbonell y Chamarro, 2008), detectó un 6,28 % de estudiantes jóvenes con problemas frecuentes en su vida cotidiana derivados del uso de Internet y un 26,63 % con problemas ocasionales.

Las alteraciones que produce el uso excesivo y/o adictivo de Internet son las siguientes:

- a) A nivel fisiológico, podemos encontrar disminución del tiempo de sueño, insomnio, cansancio, deterioro del estado de salud general, desnutrición, retraso en el desarrollo y alteraciones inmunitarias.
- b) A nivel psíquico, ese uso puede provocar inestabilidad emocional, depresión, ansiedad, irritabilidad, empobrecimiento afectivo, disminución de la capacidad de juicio y el sentido común, y afectación negativa del rendimiento cognitivo. Incluso en ocasiones extremas, una estimulación excesiva del ordenador puede provocar descompensaciones neuróticas o psicóticas, estados de pánico o disociativos, confusión mental, e incluso facilitar pensamientos y actos suicidas u homicidas. También es posible observar diversos grados de infantilización o inmadurez, así como dificultades para afrontar los problemas cotidianos.
- c) A nivel social, se encuentran repercusiones como la reducción de la capacidad y el interés por comunicarse con los que no comparten la afición en cuestión, el deterioro de las relaciones familiares y de amistad, del rendimiento laboral o académico y, en general, el abandono de toda

actividad que no tenga relación con el objeto de adicción.

- d) Y por último, a nivel económico o legal, la adicción a juegos o actividades que implican gasto de dinero puede conllevar graves repercusiones. Algunos pacientes tratados en la UNICA-A (Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes) del Hospital Clínic de Barcelona han llegado a cometer delitos para conseguir el dinero o el material necesario para seguir jugando (un joven de 17 años cogió la tarjeta VISA de sus padres sin permiso y gastó unos 500 euros en armas para seguir jugando, otro de 16 años robó, en un centro comercial, un video-juego que le habían retirado sus padres, y varios han cogido dinero a sus padres para ir a los *cibercafés* o para pagar las cuotas del juego).

Ante la situación planteada hasta ahora, es necesario preguntarse qué factores de riesgo inciden en el desarrollo de este tipo de adicciones en la población adolescente y qué medidas preventivas y terapéuticas son útiles para combatir los factores con posible repercusión etiológica, así como la adicción en sí misma.

Factores de riesgo asociados a la adicción a Internet en adolescentes

Se han propuesto diferentes teorías para explicar la adicción a Internet y otras tecnologías, en su mayoría basadas en las que explican la adicción a las drogas o el juego patológico. Algunas tienen que ver con el objeto de adicción, otras con el entorno social facilitador y aún otras tienen relación con factores de vulnerabilidad propios del individuo (Dickson, Derevensky y Gupta, 2002; Griffiths y Wood, 2000). McCornick y Ramirez (1988) crearon un modelo etiológico integrador que explicaba el juego patológico a partir de la interacción entre varios tipos de factores, algunos predisponentes y otros precipitantes: factores de vulnerabilidad biológica, características de personalidad vulnerable, acontecimientos vitales estresantes en las primeras etapas de la vida, problemas de socialización y situaciones de estrés en los meses previos al desarrollo de la adicción. Naturalmente, el último factor necesario sería la exposición continuada o repetitiva al objeto de adicción. Todos estos factores se describen a continuación, haciendo especial referencia a los aspectos evolutivos que pueden ayudar a entender el desarrollo de una adicción a Internet en edades tempranas.

Con respecto a las características del objeto de adicción, Greenfield (1999) propone algunas cualidades de Internet, y de las nuevas tecnologías en general, que aumentan su potencial adictivo. Estas cualidades son la velocidad de las conexiones, la fácil accesibilidad al recurso, así como la intensidad y la gran cantidad de información a la que se tiene acceso. Por otro lado, poder mantener relaciones sociales *online* es algo gratificante para la mayoría de las personas, más aún si el anonimato permite expresarse libremente, sin tabús ni represalias, y los niños y adolescentes no son una excepción. Otras características adictivas inherentes a estas tecnologías son la gran disponibilidad (conexión las 24 horas y desde diferentes

lugares), el refuerzo inmediato, la gran estimulación que producen y el abanico de posibilidades que ofrecen para interactuar con otras personas (Young, 1997).

Por lo que se refiere a los factores biológicos, tanto genéticos como propios del neurodesarrollo (aspectos evolutivos), varios autores han defendido su implicación en la vulnerabilidad a las adicciones en general (Crews, He y Hodge, 2007; Chambers, Taylor y Potenza, 2003). Las teorías biológicas recurren a déficits en neurotransmisores como la serotonina, la dopamina o los opiodes, relacionados con los circuitos de motivación, recompensa, toma de decisiones e impulsividad, para explicar porqué algunos jóvenes buscan refugio o excitación compensatoria en las actividades relacionadas con el juego o el uso de Internet. En realidad los factores de vulnerabilidad biológicos serían inespecíficos, y explicarían tanto la predisposición a las adicciones comportamentales, como a las drogas y a otros trastornos psiquiátricos, como la bulimia. De esta forma, se entiende, en parte, la frecuente comorbilidad psiquiátrica en los jóvenes adictos a Internet (Yen, Ko et al., 2007; Yen, Yen, Chen, Chen y Ko, 2007). El periodo evolutivo de mayor vulnerabilidad para desarrollar una adicción a Internet o video juegos sería entre los 9 y los 15 años. Hacia los 9 años los niños suelen elegir juegos de técnica, que desafían las habilidades cognitivas y constructivas complejas; en cambio hacia los 12 años, se sienten especialmente atraídos por aquellos que permiten el contacto social con iguales y en los que uno puede demostrar a los demás sus habilidades.

En estrecha relación con las teorías de la vulnerabilidad psicobiológica, se encuentran las teorías que se centran en las características de personalidad que aumentan la vulnerabilidad a las adicciones, cabe decir que en cada persona adicta a Internet pueden predominar unos u otros factores, ya que no existe una “personalidad adictiva única”. Diversos autores han señalado como factores de riesgo *la* baja autoestima, la inmadurez, la inestabilidad emocional, la falta de identidad personal, la impulsividad y la elevada necesidad de nuevas sensaciones. También son factores de riesgo ciertas dificultades en el proceso de socialización *como* la timidez o la introversión extrema, el narcisismo o la necesidad de destacar (“tengo éxito”) o de competir (“soy el mejor”) (Echeburúa, 1999; Peters y Malesky, 2008; Griffiths y Wood, 2000; Widyanto y Griffiths, 2006; Ko, Yen, Chen, Chen, Wu y Yen, 2006). Igualmente, algunas *alteraciones psicopatológicas crónicas como el estado de ánimo distímico, la apatía, la ansiedad o la fobia social, así como las tendencias obsesivo-compulsivas o la hipomanía, podrían incidir en el riesgo de adicción a Internet, el juego o a actividades similares* (Viñas et al., 2002). Yen, Ko, Yen, Chen, Chung y Chen (2008) *también destacan la hostilidad, un factor de riesgo predominante en adolescentes varones, que requeriría una atención especial en el tratamiento*. Las dificultades cognitivas como la fantasía excesiva o la dispersión de la atención también pueden aumentar la vulnerabilidad a la adicción al ordenador, al igual que la facilidad para desarrollar pensamientos irracionales o erróneos en relación con la ilusión de control del juego, supersticiones (“si toco 3 veces la silla,

ganaré”, “la espada se mueve cuando la miro fijamente”), o la dificultad para distinguir entre lo que es habilidad personal y los de azar de los juegos.

Haciendo referencia específica a las dificultades en el proceso de socialización, como factor de vulnerabilidad a la adicción a Internet, sabemos que algunos niños no aprenden a relacionarse con los demás de una forma aceptable socialmente y pueden sufrir rechazo. Suelen ser niños sobreprotegidos por sus familiares, con comportamientos obsesivos y una lógica particular que aumenta la vulnerabilidad para el tipo de adicciones que nos ocupa. En la línea del proceso de socialización, hay otros factores de riesgo que se encuentran en el entorno de las personas, como los modelos de rol familiar (padres que siguen “conectados a la pantalla” cuando llegan a casa), el papel educativo y controlador de los padres (por ejemplo, disciplina familiar inadecuada: o exceso de autoritarismo y rigidez o exceso de permisividad y desatención), la presión social del grupo de amigos (muy importante en los adolescentes) y la necesidad de utilizar las nuevas tecnologías hoy en día para estar conectado con los demás.

Por último, no debemos olvidar el peso que pueden tener los acontecimientos vitales personales, bien como factores predisponentes, o bien como precipitantes de cualquier tipo de adicción. En muchos casos de comportamiento adictivo en la infancia y la adolescencia se encuentran acontecimientos estresantes en los primeros años de vida (separaciones, fallecimiento de los padres, enfermedades largas o graves, abusos, cambios de entorno frecuentes, etc.) que tienen su influencia en el comportamiento del adolescente. También existe un riesgo especial de comportamientos adictivos en los momentos de estrés o de crisis emocional, social, académica o laboral del adolescente, por ejemplo, primeros desencuentros amorosos, fracaso escolar, acoso de los compañeros, etc.

Instrumentos de detección precoz, diagnóstico y evaluación de factores de riesgo

La prevención y el tratamiento de los problemas adictivos en los adolescentes deben dirigirse a aspectos que están más allá del objeto de adicción; es decir, del juego o del uso de Internet en el caso que nos ocupa. Especialmente en los jóvenes, los problemas adictivos en general reflejan otras dificultades sociales, emocionales, cognitivas y/o conductuales más profundas. Resulta pues necesario utilizar instrumentos para evaluar los factores de riesgo implicados en cada caso, de cara a elaborar un programa de intervención integral y flexible, un “traje a medida”, tan intensivo como sea necesario, en función de la gravedad de la adicción y las consecuencias en cada caso particular, igual que ocurre con las drogas (Goti y Pérez de los Cobos 2008, Díaz, 2008; Díaz, Gual, García, Arnau, Pascual et al. 2008).

La detección precoz es el primer paso para poder realizar la prevención. En niños y adolescentes es importante que se detecten casos de riesgo incluso antes de cumplirse los criterios diagnósticos (Ko et al., 2008) de la misma forma que ocurre

en las drogas (Deas, 2006). También pueden ser útiles para la detección precoz los listados de primeros síntomas y signos relacionados con problemas en el uso de Internet y los video-juegos. La siguiente tabla se ha elaborado en base a la información para padres disponible en páginas web especializadas en el tema de adicción a Internet (véase apéndice).

Tabla 2

Primeros síntomas y signos de alarma en el uso de Internet y nuevas tecnologías

Demasiado tiempo de ocio tecnológico (más de 1 hora al día)
 Dificultad para estar uno o dos días sin conectarse
 El joven se queda absorto en la pantalla, tenso
 Gasto de dinero excesivo en programas, juegos, accesorios...
 El joven alardea de que es bueno en los juegos en los que participa
 Absentismo y disminución del rendimiento escolar
 Cambios repentinos de humor y personalidad
 Irritabilidad, especialmente cuando se le coarta su actividad tecnológica
 Conflictos familiares por el uso del ordenador
 Incumplimientos en horarios y tareas domésticas
 Ocultación, negación o justificación de un uso excesivo de Internet o nuevas tecnologías
 Más interés por el juego o Internet, que por interactuar en la vida real con jóvenes de su edad
 Quejas orgánicas inespecíficas, habitualmente leves, como sueño excesivo por la mañana
 Acudir al ordenador ante pequeños problemas o dificultades cotidianas

Hay pocos instrumentos estandarizados para detectar precozmente y diagnosticar el uso excesivo o la adicción a Internet y otras tecnologías en niños y adolescentes. Algunos de los que utilizamos en la práctica clínica se han adaptado del campo de las drogas (Goti y Pérez de los Cobos, 2008) o del juego patológico (Secades y Villa, 1998). Como hemos comentado anteriormente, recientemente Ko et al. (2005) han elaborado un cuestionario de criterios diagnósticos específico para adolescentes, que en realidad no difiere demasiado del de los adultos, simplemente es menos exigente en el número de criterios a cumplir para establecer el diagnóstico. En esta línea, Beranuy, Chamarro, Graner y Carbonell (2009) han adaptado el cuestionario PRI (de Gracia, Vigo, Fernández Pérez y Marco, 2002) para detectar el uso excesivo de Internet y móvil entre los jóvenes y los adolescentes, aunque no permite detectar la adicción. En ocasiones también se utilizan en los niños y adolescentes adaptaciones de inventarios creados para adultos como el Internet Addiction Test (Widyanto y McMurrin (2004) o el cuestionario diagnóstico de 8 ítems de Block (2008), con un punto de corte de 5 para establecer un diagnóstico altamente probable en adolescentes.

En el campo de las adicciones a drogas, hay revisiones exhaustivas de instrumentos de evaluación de factores de riesgo asociados que pueden aplicarse también al campo de las adicciones a tecnologías (Winters y Kaminer, 2008). En

nuestro país, para evaluar estos factores de riesgo se ha desarrollado el cuestionario FRIDA (Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes (de Secades, Carballo, Fernández, García y García, 2006), y para evaluar la psicopatología asociada o los trastornos comórbidos se utilizan instrumentos estandarizados como la entrevista diagnóstica Kiddie-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Present and Lifetime Version (de Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn et al., 1997), versión española validada por de la Peña, Ulloa, Higuera, Ortiz, Arechavaleta, Foullux et al (2002) y Ulloa, Ortiz, Higuera, Nogales, Fresan, Apiquian et al. (2006). Y por último, valorar la gravedad de la adicción a Internet muchas veces es importante para determinar el tipo y la intensidad de la intervención; para ello podría ser útil desarrollar instrumentos similares al Teen-ASI (Teen – Addiction Severity Index), que permite valorar la gravedad de la adicción a drogas y sus repercusiones a nivel familiar, laboral, escolar, social, legal y psiquiátrico (Díaz, Castro-Fornieles, Serrano, González, Calvo et al., 2008).

Estrategias preventivas, ¿cómo avanzarnos?

La prevención pretende evitar el desarrollo pleno de un determinado trastorno a través de la aplicación de una serie de estrategias para procurar disminuir los factores de riesgo y aumentar los de protección. En el terreno de las adicciones en general, existen dos tipos de estrategias, las inespecíficas y las específicas.

Las estrategias inespecíficas están dirigidas a fortalecer al individuo para que su desarrollo psicológico sea adecuado y le permita no solo resistirse a la adicción a Internet, sino afrontar cualquier adversidad o influencia negativa en su vida. Consisten en el entrenamiento en habilidades básicas a través de actividades escolares educativas para los jóvenes (desarrollo de la autoestima, asertividad, estrategias de afrontamiento, etc.) y de actividades de entrenamiento en pautas educativas para padres en las llamadas “escuelas de padres” (manejo de normas y límites, comunicación efectiva, promover en los hijos valores positivos como el compromiso y el esfuerzo, etc.) (Derevensky, Gupta y Dickson, 2004; Díaz, 2008). En ocasiones se llevan a cabo actividades comunitarias, como actividades de información y sensibilización o ampliación de la oferta de ocio saludable.

La prevención específica en el campo que nos ocupa se dirige principalmente a: informar sobre los riesgos del uso descontrolado de Internet y de los video-juegos, controlar la oferta, promover leyes de protección (legislaciones que regulen el acceso a determinadas páginas web o juegos peligrosos, exigencias a las compañías de juegos para disminuir los componentes adictivos o incorporar mensajes preventivos, etc.), y educar a los padres para ser buenos modelos en el uso de las nuevas tecnologías y poder ejercer su autoridad para hacer cumplir las normas de uso de juegos e Internet en casa y en los *cibercafés*. En la Tabla 3 se resumen algunas de las recomendaciones que se hacen en las escuelas de padres (ver apéndice). Un

ejemplo de programa preventivo específico es el de Gaboury y Ladouceur (1993), que propusieron un programa para prevenir la ludopatía que tenía su aplicación en la escuela.

Tabla 3
Recomendaciones a padres para prevenir problemas con el uso de Internet

Utilizar filtros y programas de control parental (ver apéndice)
Mensajes recordatorios en la pantalla (hacer deberes o deporte, "STOP")
Fomentar y enseñar un "uso responsable" de Internet, video-juegos y otras tecnologías:
No crear hábito, limitar el tiempo de ocio tecnológico (por ejemplo, no pasar de 5 horas a la semana, mejor en días alternados), permitir el ocio tecnológico como premio o privilegio, no como "derecho", programar horario de actividades en la Red, no tener el ordenador en la habitación sino en una zona accesible para todos en casa, advertir respecto al peligro de establecer contactos con desconocidos, dar datos personales o descargar programas o archivos "sospechosos")
Potenciar la vida familiar y el ocio en común
Acompañarles en los juegos o el uso de Internet de vez en cuando
Educar y reforzar alternativas de ocio individual (arte, música, deporte, lectura)
Desarrollo de factores personales de protección (*resilience*)
Detección precoz de problemas y pedir ayuda lo antes posible

De acuerdo con el tipo de población a la que van dirigidos los programas preventivos, estos pueden ser universales, selectivos o indicados. Los programas de prevención universal están dirigidos a la población general, en este caso a los niños y adolescentes. Suelen aplicarse en la escuela y están basados principalmente en componentes de prevención inespecífica, a los que se añaden algunos componentes específicos relacionados bien con las drogas, con el juego, con las relaciones sexuales, con el comportamiento alimentario, etc. Este tipo de programas escolares se vinculan al eje transversal de "Educación para la salud". Uno de estos programas es el "Construyendo salud" (Luengo, Romero, Gómez-Fraguela, Garra y Lence (1999), otro el "Tú decides" (Calafat, Amengual, Guimerans, Rodríguez-Martos y Ruiz, 1995). Ambos han sido evaluados y son ampliamente utilizados en nuestro entorno y tienen componentes específicos de prevención relacionados con las drogas. En la Comunidad de Aragón existe un programa llamado "Pantallas sanas" que tiene componentes específicos para enseñar a los jóvenes un uso responsable de Internet, los vídeo-juegos y el móvil (ver apéndice). Echeburúa y de Corral (2008) también describen un programa experimental de prevención escolar, con componentes específicos para la prevención de la ludopatía. Estos autores abogan por enseñar a los jóvenes a jugar de forma controlada, aunque creen que para poder llevar a cabo estos programas, aún se debe definir con más precisión en qué consiste el "juego controlado", cuáles son sus contraindicaciones y cuáles son las situaciones de riesgo en las que es preferible plantear una abstinencia para evitar problemas adictivos, por ejemplo.

La prevención selectiva está dirigida a individuos con elevado riesgo de desarrollar problemas de adicción, debido a la presencia de los factores de riesgo que hemos mencionado anteriormente. Antes de plantear una intervención de este tipo se deben evaluar los factores de riesgo a disminuir, así como los factores de protección a potenciar en cada caso particular². En los países en los que la prevención selectiva está más desarrollada, estos programas se suelen aplicar en los propios centros educativos o en centros de asistencia psicológica, cuando los participantes son derivados a programas psicoeducativos específicos por sus pediatras o sus tutores cuando detectan factores de riesgo significativos. En nuestro país existen experiencias puntuales de este tipo de programas, pero especialmente dirigidas a la prevención del consumo de drogas (Arbex, 2002).

La prevención indicada está pensada para los niños y adolescentes que ya manifiestan algunos problemas relacionados con el juego, el uso de Internet u otras tecnologías. Estos jóvenes aún no cumplirían los criterios para ser diagnosticados claramente, pero ya precisan una intervención más intensiva para evitar que el trastorno llegue a desarrollarse plenamente y el pronóstico empeore. Sin embargo, para que estos programas puedan realizarse, se debe sensibilizar a los educadores y a los profesionales socio-sanitarios de la atención primaria para que detecten y deriven adecuadamente a los jóvenes. También serían de gran utilidad las llamadas estrategias *outreach* en la comunidad, en las que agentes educadores de calle detectarían niños y adolescentes que utilizarasen los cibercafés en exceso o en horario escolar, por ejemplo.

El tratamiento: “un traje a medida”

En estos últimos años, las consultas de psiquiatría y psicología infanto-juvenil y los servicios especializados en adicciones han experimentado un aumento de la demanda de ayuda por problemas de adicción a Internet, videojuegos (sobre todo los juegos *online*), el móvil y otras tecnologías. Estos problemas suelen agravarse en la adolescencia, aunque en ocasiones comienzan incluso antes de los 11 años. Por ello, aunque todavía son escasos en nuestro entorno, se están desarrollando programas de prevención y tratamiento específicos para niños y adolescentes. Estos programas están basados en parte en los de juego patológico (Gupta y Derevensky, 2000) y en parte en los de adicciones a drogas (Díaz, 2005; Díaz, 2008; Goti y Pérez de los Cobos, 2008), debido a las similitudes que se han planteado entre estos trastornos (Kwee, Komuro-Venovic y Kwee, 2009).

En el tema de la adicción a Internet, aún no se dispone de estudios de evaluación de programas de tratamiento ni de guías clínicas basadas en la evidencia científica. Los tratamientos más eficaces suelen ser los multimodales, igual que ocurre con las drogas (Díaz, 2008; Goti y Pérez de los Cobos, 2008) o el juego patológico (Echeburúa y de Corral, 2008). En base a la experiencia de la Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes (UNICA-A) del Servicio de Psiquiatría y

Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona, podemos afirmar que se cumple la llamada “ley de los tres tercios”, como en el caso de otras adicciones. Es decir, en el seguimiento de casos a los 18-24 meses de iniciado el tratamiento, aproximadamente un tercio de los pacientes que acuden por problemas de uso excesivo y/o adicción a video-juegos o nuevas tecnologías tienen una buena evolución (están estabilizados de posible psicopatología concomitante y utilizan moderadamente esas tecnologías, absteniéndose en ocasiones totalmente de la aplicación que ocasionó problemas significativos). Otro tercio de los pacientes continúan en tratamiento con algunas recaídas o dificultades (por ejemplo, necesidad de tratamiento en hospital de día). Por último, el tercio restante muestra una mala evolución y en ocasiones se plantea una derivación a recursos de tratamiento más intensivo (centro residencial) o a centros de tratamiento para adultos porque llegan a la mayoría de edad y no se prevé poder dar el alta terapéutica en breve. En el caso de los niños y adolescentes, los tratamientos para la adicción a Internet y otras tecnologías suelen ser largos y complejos, no tanto por el comportamiento adictivo en sí, sino debido a la frecuente comorbilidad con trastornos severos que dificultan que los pacientes puedan responder al tratamiento cognitivo-conductual específico para la adicción. También es frecuente encontrar una gran dificultad del entorno familiar para cumplir las pautas indicadas por los terapeutas. Después de un periodo de aproximadamente un año de trabajo terapéutico más intensivo, deben mantenerse seguimientos al menos 3 o 4 veces al año, durante un par de años, para controlar el cumplimiento de las pautas establecidas, y así evitar las recaídas en los patrones erróneos de funcionamiento familiar, que podrían llevar de nuevo a la adicción o a otros problemas. A menudo son necesarios seguimientos más frecuentes para controlar los tratamientos farmacológicos.

Cuando los padres consiguen llevar a la consulta un chico con problemas de adicción a internet o video-juegos, ya no basta con aplicar una serie de normas, como las recomendaciones de la Tabla 3, o hacer pactos entre padres e hijos. Tampoco resulta adecuado prohibir sin más el uso de ordenador o la TV, porque los padres ya han intentado imponer estas normas a su manera y han fracasado. Los chicos vienen a consulta con un elevado nivel de irritabilidad y hostilidad hacia sus padres. Habitualmente, la situación de caos familiar es debida a una serie de factores añadidos en el joven, en los padres, o en las relaciones entre ellos, que impiden que funcionen las estrategias habituales de control y autoridad parental. En casi todos los casos suele ser necesario diseñar un tratamiento “a medida”, individualizado y flexible, de acuerdo con las necesidades subyacentes, e integrando diferentes modalidades terapéuticas (programas multimodales). En ocasiones puede ser necesario plantear un tiempo de abstinencia total de Internet, o de ciertas aplicaciones o juegos, al menos temporalmente, y casi siempre es necesario trabajar los aspectos individuales y familiares que han determinado el desarrollo o el mantenimiento de la adicción.

En resumen, los programas de tratamiento para las “adicciones sin droga”, como la adicción a Internet o a los video-juegos en adolescentes, deben ser integrados (tratar a la vez la adicción y la posible psicopatología concomitante), multimodales, a medida y flexibles, combinando diferentes tipos de intervención con objetivos complementarios. De forma similar a lo que plantea el grupo de Derevensky en su modelo de intervención para adolescentes con problemas de ludopatía, el tratamiento de la adicción a Internet, video-juegos y nuevas tecnologías debe dirigirse a tres focos: la conducta problema, sus causas y sus consecuencias (Gupta y Derevensky, 2000; Derevensky et al., 2004). Este modelo propone llevar a cabo entre 20 y 50 sesiones terapéuticas destinadas a abordar los elementos específicos de cada caso, tras una evaluación exhaustiva. Los componentes que pueden combinarse en el tratamiento de niños y adolescentes se describen en el siguiente apartado, pero merece la pena remarcar la importancia de la flexibilidad del tratamiento y hacer énfasis en el seguimiento, que puede durar hasta dos años o más debido a la complejidad de los casos de adicción a estas edades y al alto riesgo de recaídas.

Componentes fundamentales en los programas para adolescentes

Las técnicas motivacionales

Por lo general, son los padres los que acuden a consulta preocupados por la posible adicción de su hijo. El adolescente suele acudir contra su voluntad, absolutamente convencido de que él no tiene ningún problema con el uso de Internet o los video-juegos, sino que en todo caso, lo tienen sus padres porque son unos intolerantes y le hacen la vida imposible. Estaría situado en un estadio de *pre-contemplación*, en el que no reconocen el problema ni sienten la necesidad de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993; Petra, 2005). Con el fin de conseguir que avance a través del resto de estadios de cambio (*contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento*), al principio del tratamiento es fundamental, tras un buen *rappor*t, conseguir que el adolescente adquiera conciencia de la gravedad de su problema para promover el deseo de hacer algo para cambiar. Con este objetivo se utilizan las técnicas de la entrevista motivacional (Prochaska y DiClemente, 1982; Arbex, 2002; McCambridge y Strang, 2003; Díaz, 2006) resumidas en la tabla 4. Uno de los programas específicos para adolescentes ludópatas que tiene en cuenta el estadio motivacional en el que se encuentran es el de Bellringer (1992). Consta de 10 componentes, divididos en 2 fases o estadios de cambio: preparación y acción. El estadio de preparación se inicia con la comprensión del problema para seguir con el plan de acción (estructura de cambio) con objetivos realistas y concretos a cumplir (medibles). El estado de acción consiste en aplicar las estrategias para facilitar el cambio y consta de 8 componentes: evaluación del problema, ofrecer consejo, desarrollo de confianza, incrementar la autoestima, ofrecer apoyo (especialmente a la familia, y especialmente se ocurre

algún desliz), manejo del dinero, desarrollar intereses alternativos y evaluar los progresos (por ejemplo, mediante autorregistros, para dar *feedback* a la familia).

Tabla 4 Principios y estrategias básicas de la entrevista motivacional (adaptado de Miller y Rollnick, 2002 y de McCambridge y Strang, 2003)
Principios básicos de la entrevista motivacional:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar al paciente de los resultados de su evaluación 2. Enfatizar la responsabilidad individual para cambiar 3. Dar consejos cuando el paciente lo solicita o con su permiso 4. Proporcionar un menú de opciones de tratamiento posibles 5. Expresar empatía, comprensión, aceptación, disposición a ayudar y calidez, sin juzgar 6. Reforzar la autoeficacia y la esperanza en el cambio, promoviendo el aprendizaje de habilidades para conseguirlo y destacando los aspectos positivos del paciente
Estrategias motivacionales:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Escuchar con actitud activa y reflejando lo que dice el paciente, o su posible significado 2. Realizar preguntas abiertas y neutras 3. Hacer resúmenes y recapitulaciones frecuentes de lo que cuenta el paciente 4. Facilitar el análisis de la ambivalencia, de los pros y contras del consumo (balance decisional) 5. Crear discrepancia entre la conducta actual de consumo y las metas futuras del paciente 6. Rodear las resistencias y evitar la confrontación directa y la discusión 7. Provocar expresiones de automotivación hacia el cambio (reconocimiento del problema, del deseo de cambiar o de la capacidad de hacerlo)

¿Uso controlado o abstinencia?

En las adicciones a Internet u otras tecnologías necesarias para el funcionamiento cotidiano hoy en día, no parece realista plantear una abstinencia total y definitiva. También en el caso del juego se ha planteado el juego controlado o responsable como alternativa a la abstinencia (Echeburúa y de Corral, 2008). Además, los adolescentes difícilmente aceptan una abstinencia total desde el principio y las actividades lúdicas o de contacto social que realizan a través de Internet son, hasta cierto punto, necesarias para un desarrollo saludable hoy en día. Por ello, se han propuesto nuevas estrategias de tratamiento que pretenden facilitar un uso controlado de Internet o de los video-juegos y que están basadas en los modelos de bebida controlada y de entrenamiento en alimentación moderada (Young, 1999). Sin embargo, hay que tener en cuenta que cuando la adicción es severa, suele ser necesario plantear por lo menos una temporada de abstinencia total, al menos de la aplicación objeto de adicción, o de la que ha ocasionado más problemas, mientras se intenta un uso controlado de las demás. También se puede pactar un tiempo para procurar el control y, si no se consigue, plantear la abstinencia total, siguiendo los programas preventivos relacionados con el consumo de alcohol,

como el programa “Bebeu Menys” (Beber Menos) (Gual, Contel y Colom, 2001).

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva resulta fundamental en el abordaje de la adicción a Internet (Young, 2007). Ladouceur, Boisvert y Dumont (1994) fueron pioneros en diseñar un programa de terapia cognitiva dirigido específicamente a adolescentes con problemas relacionados con los juegos de azar. El programa consta de 17 sesiones, aplicadas durante un periodo de 3 meses. Las primeras sesiones están dirigidas específicamente a aumentar la conciencia de problema y a entender el porqué de la adicción, con el fin de facilitar el deseo de controlar el comportamiento adictivo. Se utilizan técnicas informativas, así como la crítica y la reestructuración del pensamiento para combatir los pensamientos distorsionados en relación con cualquier actividad que se haya convertido en adictiva. También se trabaja la identificación y el control de pensamientos intrusivos que pueden desencadenar el deseo de realizar la conducta adictiva (ej: “solo estaré 10 minutos” o “si hoy no juego, fastidio a mis amigos y no contactarán más conmigo”). Por último se enseña a los pacientes a sustituir estos pensamientos por otros más saludables.

Las autoras del presente artículo insisten en que, especialmente en los adolescentes, los tratamientos deben ir más allá de las técnicas cognitivas aplicadas específicamente al control del juego, ya que suele haber otros problemas añadidos. El juego suele utilizarse como escape temporal a las dificultades que el adolescente se encuentra en su camino, sean emocionales, cognitivas, conductuales, sociales o familiares, y puede actuar como un mecanismo de defensa que le ayuda a disociarse, a escapar temporalmente de los conflictos. El adolescente no reconoce que se trata de una estrategia de afrontamiento inadecuada, porque no resuelve los problemas de base y además provoca otros problemas. Así, en los programas de tratamiento se debe incluir el entrenamiento en estrategias para afrontar problemas emocionales, motivacionales, interpersonales, académicos, de conducta, familiares u otros. El programa de Ladouceur et al. (1994) añade, además, otros componentes de terapia cognitiva como el entrenamiento en solución de problemas, en habilidades sociales (comunicación asertiva, negociación, hacer frente a la presión de grupo) y la prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985). También pueden añadirse técnicas de manejo de la ansiedad, la depresión o situaciones de estrés, que pueden resultar de gran ayuda en estos jóvenes (Young, 2007).

Técnicas conductuales

En el tratamiento de las adicciones en general, con frecuencia se requieren también técnicas conductuales como la del control de estímulos disparadores o *trigger*, que consisten sencillamente en evitar exponerse a las situaciones que desencadenan el deseo de realizar la conducta adictiva. Las técnicas de control de estímulos suelen ir seguidas de las de exposición progresiva en vivo, exposición con

prevención de respuesta o desensibilización imaginada (McConaghy, Blaszczynski y Frankova, 1991). Estas técnicas son útiles sobre todo al principio del tratamiento, para conseguir un periodo de abstinencia total (similar a la desintoxicación de drogas) y poder proceder después a intentar controlar el tiempo de conexión a Internet, o de juego (p.ej: después de las obligaciones cotidianas, inferior a 1h al día, sin quitar horas al sueño, etc.). Se trata, siempre dentro de lo posible, de reaprender a utilizar esas nuevas tecnologías para que no vuelvan a ocasionar problemas adictivos. Estas técnicas conductuales son más útiles en jugadores o usuarios de Internet que han perdido grandes cantidades de dinero o han llegado a tener repercusiones familiares y laborales graves, ya que acuden más dispuestos a actuar contra su problemática (fase de acción y mantenimiento). En cambio, no serían tan indicadas en los adolescentes que acuden actualmente con problemas de adicción a Internet o juego porque, como se ha comentado anteriormente, tienen dificultad para conseguir concienciarse de trastorno.

Otra de las estrategias conductuales para conseguir controlar el uso de Internet consiste en romper la rutina establecida y empezar a practicar lo contrario (como por ejemplo cambiar la hora de conectarse o la ubicación del ordenador). También resulta útil establecer señales externas que le indiquen al paciente cuando parar, como un reloj, una alarma, una pantalla con la palabra “STOP” o una indicación verbal de un familiar, pactada de antemano. Existen otras propuestas que también pueden tener éxito, como fijar un nuevo horario de uso de Internet, siempre dentro de una planificación más global del tiempo; escribir en una tarjeta los problemas que la adicción a Internet ha ocasionado en el paciente (o las ventajas de abstenerse o controlar su uso), para que pueda llevarla consigo y releerla siempre que tenga deseos de conectarse; por último, registrar los pensamientos negativos que tiene en los momentos en los que se conecta (Young, 1999).

Alternativas realistas de ocio e interacción social

En el intento de controlar el comportamiento adictivo es muy importante ayudar al adolescente a crear un nuevo estilo de vida, en el que se incluyan diferentes alternativas de ocio, así como sus obligaciones diarias, como acudir a la escuela o realizar las tareas domésticas. Habitualmente en las sesiones terapéuticas se programan actividades que el paciente debe cumplir en horarios concretos de la semana y los padres deben supervisar la realización de dichas actividades. Si se mantiene la actividad de conectarse a Internet o similar, siempre debe realizarse con posterioridad al cumplimiento de las tareas asignadas, y durante un tiempo máximo estipulado. En muchos casos se debe entrenar a los adolescentes en la planificación y la organización del tiempo para conseguir sus objetivos en la vida. También suele ser necesario hablar de cómo conseguir nuevas relaciones sociales gratificantes, en el mundo real, o de cómo recuperar antiguos amigos, para que pueda ir “abandonando” a sus *amigos virtuales* o a los compañeros del juego *online*. A menudo también

se les pide que hagan listas de actividades que les gustaría hacer o que han dejado de hacer debido a su adicción y les gustaría recuperar, y se les ayuda a buscar los medios para conseguir realizarlas. Estas sencillas técnicas no resultan, sin embargo, cuando los chicos no desean tener relaciones sociales (componente esquizoide) o bien no tienen objetivos de vida (componente amotivacional). En estos casos hay que intensificar la intervención terapéutica, por ejemplo con estancia temporal en hospital de día.

Intervención con la familia

La intervención con la familia es, quizás, uno de los aspectos cruciales en el tratamiento de las adicciones en los adolescentes, tanto comportamentales como a drogas. Por un lado, las adicciones suelen alterar profundamente los patrones de relación entre los diferentes miembros de la familia, y es fundamental trabajar terapéuticamente para conseguir una buena relación afectiva que ayude a superar las dificultades. Por otro lado, el papel de los padres en el cumplimiento de las directrices de los terapeutas es fundamental para el éxito del tratamiento. Con mucha frecuencia en las familias con problemas adictivos, se dan situaciones de codependencia y facilitación del comportamiento adicto. Por ello, es fundamental la intervención en todo el sistema familiar, con el fin de romper los malos hábitos adquiridos y facilitar la creación de nuevas relaciones emocionales y compromisos familiares firmes. También suele ser necesario trabajar intensamente con los padres para que entiendan el problema de la adicción (suelen pensar que su hijo no quiere hacer las cosas bien, o que les está tomando el pelo), recuperen el control de la situación y aprendan a imponer autoridad en el funcionamiento del hogar, con firmeza pero también con afecto y respeto al adolescente, facilitando su evolución normal hacia la autonomía y la responsabilidad. Sobre todo al inicio del tratamiento, cuando aún no existe conciencia de trastorno ni motivación por el cambio, resulta fundamental establecer negociaciones y pactos de contingencias para facilitar que el adolescente se motive en el control de su actividad adictiva.

Y, por último, *en algunos casos es conveniente acudir a la terapia familiar* para recuperar el vínculo entre familiares, redefinir roles, trabajar la culpabilidad, facilitar la comunicación emocional o la empatía entre los miembros. Secades y Villa (1998), en relación con el tratamiento de la ludopatía en adolescentes, proponen que el terapeuta familiar debe centrarse en los siguientes puntos: 1) reforzar y apoyar los intentos del adolescente por cambiar el problema y desarrollar comportamientos alternativos, 2) potenciar las conductas de los familiares que faciliten el desarrollo de alternativas al juego, 3) identificar y suprimir los comportamientos de los familiares que propicien el juego o la conducta adictiva, 4) mejorar las normas familiares, respetar los horarios y el dinero de los demás, y colaborar en las tareas domésticas 5) fomentar actividades familiares conjuntas, conversaciones y actividades no relacionadas con el juego, 6) enseñar nuevas maneras de tomar

decisiones y de resolver problemas, y 7) entrenar a los familiares como co-terapeutas en el hogar. Es muy importante negociar los objetivos terapéuticos con el joven y su familia así como establecer un contrato terapéutico en el que se recojan dichos objetivos, las pautas, y las consecuencias que se aplican por cumplimiento o incumplimiento.

Grupos terapéuticos o de apoyo/autoayuda

En el tratamiento de las adicciones a Internet y otras similares en adolescentes, es importante la creación de una red social si ésta no está presente. También puede resultar útil la participación en grupos de terapia, aunque es preferible que no sean exclusivos de problemas de adicción relacionados con Internet y las tecnologías, porque se pueden potenciar comportamientos adictivos. Aunque algunos adolescentes con este tipo de problemas tienen muchas dificultades sociales y suelen rechazar los grupos, en ocasiones resulta muy útil insistir en la participación en un grupo terapéutico en el que los pacientes puedan sentirse identificados y entendidos, y realizar actividades junto con otros jóvenes. Por lo general, si se escoge bien el momento y los componentes, el grupo permite el sentimiento de inclusión grupal, la ayuda mutua en la identificación de pensamientos irracionales, así como la reducción de la sensación de soledad y aislamiento. También existen grupos de apoyo a través de Internet (Grohol, 1999), aunque han sido muy criticados en el caso de la adicción a Internet porque mantienen precisamente el hábito de conectarse. Por eso, y en especial en el caso de los adolescentes con dificultades sociales, se promueve la creación de un grupo de *amistades no-virtuales* que pueda satisfacer su necesidad de apoyo emocional en la vida cotidiana.

Prevención de recaídas

En el último tramo del tratamiento, y después de conseguir el control de la actividad adictiva (o, en su caso, la abstinencia), deben utilizarse técnicas cognitivas de prevención de recaídas que impliquen el análisis de aquellas situaciones que podrían desencadenar de nuevo el deseo de jugar o conectarse, así como estrategias de afrontamiento para que la persona adicta se fortalezca ante esas situaciones (Marlatt y Gordon, 1985). Además, es conveniente repetir algunas sesiones de prevención de recaídas a modo de *booster sessions* o sesiones de recordatorio a lo largo del seguimiento del caso (Arbex, 2002; Díaz, 2008), que se calcula en unos dos años aproximadamente. Durante el periodo de seguimiento las visitas van espaciándose progresivamente hasta 1 visita cada 3 o 6 meses, si la evolución es favorable. Es importante preparar al paciente y a sus familiares ante la posibilidad de una recaída incluso después del periodo de seguimiento, así como en las estrategias para superarla, entre ellas, acudir lo antes posible a su equipo terapéutico para recordar o retomar algunas partes del tratamiento realizado.

Uso de psicofármacos en niños y adolescentes

Aunque en el tratamiento de las adicciones comportamentales en adolescentes se intenta prescindir del uso de medicaciones, en ocasiones es absolutamente necesario, como por ejemplo cuando el paciente tiene un estado de ánimo depresivo o un alto nivel de impulsividad y hostilidad que hace que responda con agresividad ante los intentos de sus padres para poner límites. En adultos suele utilizarse medicación, aunque no exista sintomatología psiquiátrica clara, para facilitar el control y la abstinencia (medicamentos anti-impulsivos o antidepresivos que parecen disminuir las tendencias obsesivas). En cambio, en niños y adolescentes sólo se utiliza medicación si está justificado por la gravedad de la sintomatología (Secades y Villa, 1998).

Hospitalización

Aunque siempre es preferible realizar los tratamientos en régimen ambulatorio, en ocasiones puede ser necesaria la hospitalización total o parcial. Por ejemplo, los programas de hospital de día pueden facilitar la integración de nuevo a la escuela en los chicos y chicas que han abandonado las clases debido a comorbilidad de la adicción con fobia escolar o fobia social. En otras ocasiones podemos hacer ingresos en la sala de psiquiatría infanto-juvenil del hospital para realizar una valoración psiquiátrica del caso, por ejemplo, cuando se dan comportamientos auto o heteroagresivos como reacción a los límites paternos o bien existe sintomatología depresiva o ansiosa grave en el paciente. Los ingresos también pueden resultar de utilidad cuando el entorno familiar está totalmente desbordado y no puede contener el comportamiento del niño o adolescente. En este caso el ingreso sirve para imponer un pequeño periodo de separación del niño del ambiente familiar para reflexionar sobre los límites familiares, ayudar a calmar la situación y retomar fuerzas.

Programas residenciales

En China, Japón y Estados Unidos es muy frecuente el abordaje de los adolescentes con adicción a Internet en campos militares. Recientemente este tipo de abordaje ha sido duramente criticado por carecer de sensibilidad para posibles problemas emocionales ocultos tras la adicción (Kwee et al., 2009). En nuestro país es posible realizar tratamientos en centros residenciales para jóvenes si no se han conseguido avances a nivel ambulatorio, aunque hay pocos centros residenciales y son privados o semi-privados. Sin embargo, el abordaje es siempre terapéutico y educativo, nunca siguiendo la disciplina militar. Algunas veces se trata de estancias largas, de más de un año, pero otras es suficiente con una estancia corta, de menos de 3 meses. Mientras el joven está ingresado, los padres también deben realizar sesiones familiares para aprender nuevas pautas educativas y estrategias que ayuden a romper con la dinámica familiar disfuncional cuando el adolescente

vuelva a casa.

A modo de un ejemplo práctico: el caso de Carlos.

a. Presentación del caso y motivo de consulta

Carlos es un chico de 16 años que acude a la Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes (UNICA-A) del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona derivado del último centro de tratamiento al que ha acudido, por mala evolución del caso. Lleva en tratamiento en diferentes centros desde los 3 años, edad en la que empezaron sus problemas de comportamiento (hiperactividad, explosiones emocionales, rabiets y manipulaciones).

El motivo de consulta actual es que Carlos lleva dos años jugando al juego de estrategia bélica *online* llamado *Lineage* y cada vez está más implicado, llegando a jugar durante varias horas todos los días, incluso por las noches hasta altas horas de la madrugada. Su rendimiento escolar se ha visto afectado y ha abandonado los estudios sin terminar el 4º de la ESO. Los padres le matricularon en un programa de formación ocupacional pero no ha habido manera de que acuda a las clases regularmente. En el último mes no ha acudido ni un solo día.

Los padres de Carlos se separaron cuando él tenía 9 meses y su padre acude a visitarle una vez cada 2 o 3 meses, pues no vive en la misma ciudad que Carlos. En los últimos años, el chico ha rechazado a menudo la visita de su padre. Su madre se volvió a casar cuando Carlos tenía 7 años; el nuevo matrimonio tiene una niña de 6 años (figura 1). En el momento actual parece haber conflictos familiares importantes entre Carlos y su padre adoptivo. La madre comenta que Carlos “*le recuerda constantemente que no es su padre*”.

Debido a los problemas que ha ocasionado en las relaciones familiares la adicción al juego *online* de Carlos, los padres han decidido que viva temporalmente en casa de los abuelos, junto con su único tío materno, soltero, con el que parece tener un buen vínculo. En casa de los abuelos acepta las normas que impone su tío y no tiene acceso al ordenador. Es de destacar que la claudicación de los padres es muy frecuente en los casos de adicción adolescente, lo cual indica el papel que cumple la dificultad de los padres en el manejo de las normas y los límites en el mantenimiento del trastorno.

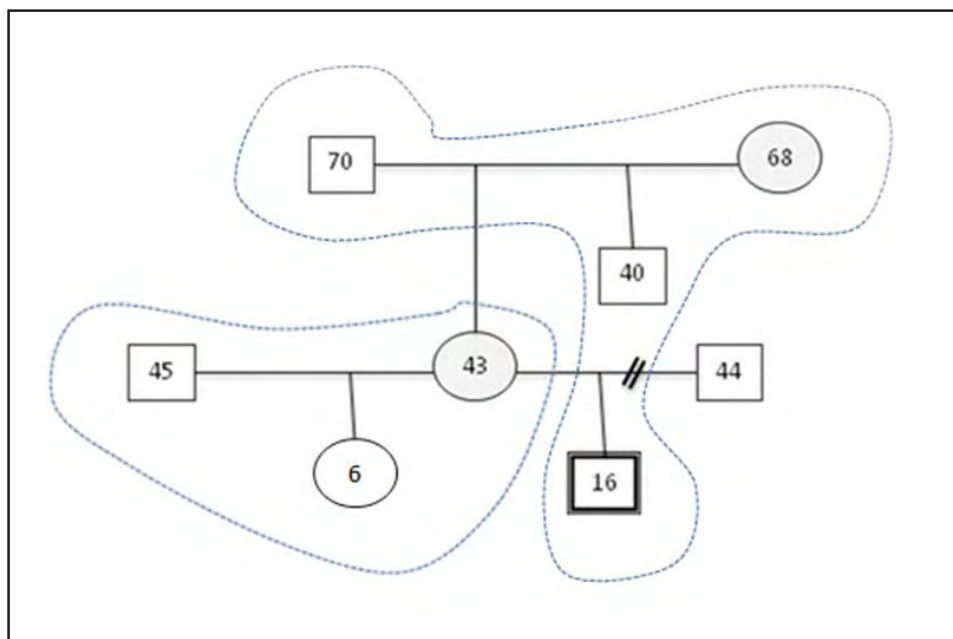


Figura 1. Genograma de Carlos

A la primera visita acude la madre de Carlos sola. Explica que el chico dice que “está harto de psicólogos y psiquiatras y que no vendrá a explicar su vida a nadie más”. Anticipa que será muy difícil que consigamos vincularle a la Unidad, porque últimamente ha ido abandonado todos los tratamientos y “no hemos podido hacer nada por evitarlo”. Comenta que la relación en casa es “insostenible” y que los celos que tiene Carlos de su hermana son tan fuertes que ha llegado a romper sus cosas e incluso a agredirla físicamente en alguna ocasión. La madre dice que durante los últimos meses, antes de ir a vivir a casa de sus abuelos, “no hacía absolutamente nada, solo jugaba al ordenador, y si intentábamos obligarle se ponía furioso y no había manera de calmarle ni de explicarle las cosas”, “vive encerrado en su habitación, nos insulta, es violento, incluso hemos necesitado una vez la intervención de los Mossos d’Esquadra para contenerlo”.

Carlos acude con su tío a la siguiente visita. Tiene poca conciencia del problema (“mi madre seguro que te ha dicho que juego demasiado con el ordenador, pero ellos no saben nada de nada”, “yo sé lo que me pasa pero no lo pienso contar”). Muestra una actitud un poco infantil y presuntuosa. Acaba aceptando que quizás ha jugado más de la cuenta en el pasado, pero que “el problema no era el ordenador ni el juego... sino algunas cosas que me pasaron (se refiere a un desengaño amoroso que acabará contando al

terapeuta a solas)”. Al final acepta que evaluemos la situación para poder orientarle de cara a conseguir mejor relación con sus padres.

Evaluación y diagnóstico

La valoración de Carlos se realizó según el protocolo de evaluación de la UNICA-A. Siguiendo el Manual DSM-IV-TR (APA, 2000), los diagnósticos principales fueron:

En el eje I: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (sin respuesta clara a la medicación en el pasado); trastorno negativista desafiante, trastorno mixto de comportamiento y emociones y adicción a juegos de rol *online* y chats.

En el eje II: Rasgos de personalidad evitativos, disociales, narcisistas y obsesivos (rigidez, rumiación, racionalización, autoalienación y baja tolerancia a la frustración).

En el eje III: Anoxia perinatal.

En el eje IV: Conflictos familiares.

En referencia a sus rasgos personales, Carlos parece un chico fácilmente irritable, que no tolera normas ni frustraciones, susceptible, receloso, exigente, rígido, obcecado, provocador, irónico y burlesco. Muestra una elevada emotividad, aunque aparenta frialdad y distancia emocional, así como inmadurez en el desarrollo social, con una acusada falta de empatía y pocas habilidades sociales. Es un chico con altibajos emocionales frecuentes, impulsivo y que pierde los estribos con facilidad. De apariencia autosuficiente, con rasgos narcisistas y antisociales (Cluster B), pero baja autoestima en el fondo. En las entrevistas de valoración se observa nerviosismo e hiperactividad en movimiento y habla, pocos recursos de afrontamiento y solución de conflictos, acumulación de la rabia y conductas acting out frecuentes. Tanto el chico como la familia aseguran que no hay consumo de tóxicos, ni siquiera alcohol porque a Carlos le sienta mal.

c. Antecedentes personales y familiares:

La historia de la vida de Carlos, está marcada por varios acontecimientos estresantes y dificultades emocionales:

Embarazo no deseado, dificultades en el parto, nacimiento prematuro y anoxia perinatal (Apgar 4-5-3, aunque se recuperó fácilmente).

Desarrollo infantil: empezó a andar a los 13 meses y a hablar a los 2 años aproximadamente.

Infancia: separación de los padres cuando tenía 9 meses, convivencia con los abuelos maternos durante un año, con gran sobreprotección por parte de la familia.

Dificultades de adaptación y fracaso escolar.

Múltiples tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

Dificultades en las relaciones con amigos y desengaños amorosos.

En relación a los antecedentes familiares de Carlos, su madre explica que el padre biológico de Carlos es muy impulsivo, y que había llegado a agredirla físicamente cuando estaban juntos, motivo por el que le pidió la separación a los 9 meses de nacer Carlos. Carlos vivió durante su infancia con una familia sobreprotectora, su madre y sus abuelos acostumbraban a ceder a sus deseos en cuanto empezaba la pataleta. Desde hace unos años Carlos vive con un padre adoptivo bastante rígido y exigente, y por último, ha tenido de aceptar a una hermanita “encantadora” que no presenta problemas a sus padres.

d. Plan terapéutico

Se realizaron sesiones individuales con Carlos integrando diferentes modalidades (técnicas informativas y psicoeducativas, motivacionales, cognitivo-conductuales y entrenamiento en habilidades sociales).

También con los padres se programaron sesiones educativas para entrenarles en el manejo de situaciones conflictivas en casa. Necesitaron apoyo emocional frecuente, incluso por teléfono, ante momentos de crisis.

Al principio se realizaron algunas sesiones terapéuticas familiares con el fin de procurar un aumento de la comunicación, así como realizar pactos y fortalecer el cumplimiento de las normas familiares. Sin embargo, se acabó por trabajar separadamente con los diferentes miembros de la familia, porque Carlos no soportaba la presión en las visitas conjuntas y tenía reacciones emocionales violentas. Carlos boicoteaba cualquier intento de negociación, un tanto caprichosamente. Por otro lado, cuando se conseguía un mínimo pacto, los padres telefoneaban diciendo que era imposible de mantener y sucumbían ante la presión y las amenazas de Carlos.

Finalmente, se recetaron psicofármacos (risperidona) para el control del comportamiento agresivo y la impulsividad .

e. Evolución del tratamiento

El inicio del tratamiento requirió un gran esfuerzo de captación y vinculación por parte del equipo terapéutico. Al empezar con las sesiones semanales de psicoterapia individual con Carlos, nos encontramos ante dificultades para conseguir el cumplimiento de las tareas asignadas: se negaba caprichosamente hasta llegar a agotar a los terapeutas, igual que acostumbraba a hacer con su madre. Aun así, se mantuvo una buena relación terapéutica y se consiguieron momentos de reflexión, toma de decisiones razonadas y compromisos que, sin embargo, se desvanecían entre una y

otra visita.

Sospechamos que los padres tampoco eran capaces de cumplir en casa con lo asignado y esto provocaba el decaimiento de las buenas intenciones que Carlos mostraba en ocasiones en la consulta. A la primera semana de tratamiento, los padres habían decidido unilateralmente que Carlos volviera a casa y pudiese utilizar el ordenador, porque las cosas estaban yendo mejor, según ellos. Intentamos imponer unas reglas, pero tanto Carlos como sus familiares las incumplían, por una u otra razón.

Aunque hubo periodos de mejoría, resultó imposible romper con la dinámica familiar creada y finalmente la madre de Carlos sucumbió y tuvo una crisis depresivo-ansiosa. Carlos volvió temporalmente a casa de los abuelos con su tío.

En las sesiones de información y psicoeducación sobre la adicción de Carlos, éste continuó con su actitud prepotente y decía saberlo todo. Intentamos que las pautas a seguir salieran de él mismo, pero aún así siguió incumpléndolas, sobre todo cuando recibía frustraciones en la vida real (amigos que no respondían a sus llamadas o dificultades para conseguir un trabajo).

Durante las vacaciones de verano, ante un episodio de agresividad desmesurada en casa los padres le trajeron a urgencias y se decidió un ingreso psiquiátrico, en el que se pautó el tratamiento farmacológico con risperidona. Tras este ingreso, se pactó la asistencia a hospital de día para continuar con su tratamiento de forma más intensiva, con sesiones de grupo con otros chicos, aprendizaje de técnicas de manejo de estrés y conflictos, habilidades sociales, planificación de tareas, etc. En este momento se pactaron dos normas: el cumplimiento de los horarios de uso del ordenador y de Internet y un comportamiento adecuado en casa.

Nuevamente Carlos se dedicó a hacer boicot a todos los intentos de ayudarlo y finalmente se negó a acudir al hospital de día. Se le planteó continuar el tratamiento de nuevo a nivel ambulatorio, acordando cuatro objetivos que Carlos procuraría conseguir:

- El control del juego (seguían los episodios de descontrol que hacían desbordarse a los padres).
- Comportamiento adecuado con padres y hermana
- El cumplimiento de las responsabilidades y tareas domésticas.
- La búsqueda de trabajo y otras actividades como hacer deporte, etc.
- Acudir regularmente a psicoterapia (reestructuración cognitiva, habilidades sociales, alternativas de ocio, etc.) y tomar regularmente la medicación.

Carlos acudió durante 2 meses más a las visitas programadas semanalmente, aunque se quejaba constantemente de que sus padres no cambiarían

nunca. Decía: “*siguen haciéndolo igual de mal que antes*”, “*no habéis conseguido nada...*”, “*es imposible que cambien*”, etc. Él seguía pensando que ya hacía todo lo posible para que las cosas fueran bien, y que quienes fallaban eran sus padres.

Carlos estaba próximo a la mayoría de edad y empezó a plantearse la emancipación, aunque era parcialmente consciente de sus dificultades personales y económicas. Aprovechando su deseo de independizarse de sus padres, se le propuso aceptar pasar un tiempo en un centro residencial para jóvenes con el fin de evitar temporalmente los conflictos familiares y de prepararse para la emancipación posterior.

b. Seguimiento

Pasado un mes de estar internado en el centro residencial, se estableció contacto telefónico con la madre quien nos dijo que todo iba bastante bien “*Le costó verse allí, pero se ha adaptado*”. Los padres acudían a sesiones para padres, pero de momento no se habían realizado visitas conjuntas de Carlos y sus padres, porque Carlos las rechazaba.

Después de 3 meses en el centro residencial, las cosas empezaron a ir mejor y sus terapeutas plantearon que Carlos, ya con 18 años, fuese a un piso terapéutico que le permitiese matricularse en una academia para acabar sus estudios secundarios, mientras procuraba buscar un trabajo. Todo ello se realizaría con supervisión de los terapeutas y con poca intervención por parte de los padres, para potenciar la sensación de independencia de Carlos, mientras se fortalecen sus habilidades de afrontamiento de los conflictos y frustraciones cotidianas.

Conclusiones

De esta revisión bibliográfica y experiencia clínica podemos extraer una serie de conclusiones relativas a los puntos principales de este artículo. En lo que se refiere a los criterios diagnósticos, éstos no están muy claros para los adolescentes. Aunque se utilizan los criterios de adicción de los adultos aplicados a las tecnologías, es importante continuar adaptándolos, así como hacer énfasis en una detección precoz.

En lo relativo a los factores de riesgo que hacen al adolescente más vulnerable a la adicción a Internet y videojuegos, pueden ser de origen biológico, de personalidad, según los acontecimientos vitales estresantes en las primeras etapas evolutivas, según los problemas de socialización, las situaciones de estrés en el momento actual y la exposición continuada al objeto de adicción. Como ya hemos comentado, todos ellos son importantes y deberían tenerse en cuenta para una buena prevención. Así mismo, deberían ser relevantes especialmente en el momento de evaluación y diagnóstico de los adolescentes, puesto que también pueden orientar el tratamiento.

Hemos visto que los programas de prevención de la adicción a Internet están basados en los de prevención de problemas con drogas y del juego patológico y, aunque estén destinados a los adolescentes, parecen centrados en informar y generar competencias personales de forma que los chicos y chicas no requieran de la conducta en cuestión en su vida. Esto nos plantea algunas diferencias por lo que se refiere al uso de Internet y otras tecnologías, no nocivas para la salud en absoluto, y además, necesarias para la admisión en nuestra sociedad de la información y la comunicación. En este sentido habría que abogar por programas de prevención que promuevan un uso de Internet saludable más que procurar su abstinencia.

Finalmente, en relación al tratamiento para estas adicciones hemos observado que un tratamiento individualizado, flexible y multimodal es lo más acertado. Debemos integrar diferentes modelos terapéuticos para cada caso (técnicas motivacionales, cognitivas, conductuales, sistémico-familiares, de prevención de recaídas, estratégicas, farmacológicas y hospitalarias si se creen necesarias).

A estas alturas podemos afirmar que el problema de las adicciones a Internet y otras tecnologías empieza a crecer en magnitud en nuestro entorno. Y aunque haya pocos programas de prevención y tratamiento específicos para adolescentes, podemos extrapolar de otros campos (adicciones a drogas y juego patológico). Sin embargo, aún quedan muchos retos como, por ejemplo, desarrollar mejores técnicas motivacionales para atraer a los más jóvenes al tratamiento o conseguir que se mantengan en tratamiento el tiempo suficiente para evitar recaídas, así como evaluar los tratamientos y su seguimiento y desarrollar instrumentos de diagnóstico y detección precoz.

En este artículo se revisan los criterios diagnósticos para la adicción a Internet y video-juegos con respecto a su aplicación en niños y adolescentes. Se discuten los principales instrumentos de evaluación existentes hasta el momento, así como los factores de riesgo asociados. Los autores defienden la necesidad de intervenciones preventivas precoces, así como de tratamientos integrados para este tipo de trastornos. Estos tratamientos se deben focalizar no sólo en la adicción, sino también en los trastornos comórbidos, muy frecuentes en la población infanto-juvenil adicta a Internet y video-juegos. Se insiste también en que el tratamiento debe ser individualizado, adaptado a cada caso, flexible y multimodal; dirigido en lo posible a conseguir un uso controlado de las aplicaciones de Internet, los video-juegos, así como otras tecnologías necesarias para adaptarse hoy en día a la vida cotidiana.

Palabras Clave: Adicción a Internet y video-juegos, detección e intervención precoz, tratamiento integrado

Notas

- 1 Ver artículo de Griffiths y Beranuy de este mismo número.
- 2 Para una revisión de programas de prevención selectiva precoz en poblaciones de riesgo ver Díaz (2008).

Apéndice:

Páginas web de interés (programas de tratamiento, autoayuda, información para padres y familiares, maestros y profesionales)

- Center for Internet Addiction Recovery, Dr. Kimberly Young (www.netaddiction.com)
- Guía Multimedia “Pantallas sanas”. Material didáctico. Dirección General de Salud Pública y Dirección General de Política Educativa del Gobierno de Aragón (www.pantallassanas.blogspot.com)
- Internet Addiction Self Help (www.basisonline.org/toolkits/firststepsite/main_intro.htm)
- Virtual Addiction: the center for internet addiction information, Dr. Dave Greenfield (www.virtual-addiction.com)
- *Internet/Computer Addiction* Services, Dra. Hilarie Cash y Jay Parker (www.icaservices.com)
- Healthy Place: America’s Mental Health Channel. Cybersexual addiction (<http://www.healthyplace.com/addictions/menu-id-54/>)
- Internet, porn and cybersex addictions (www.helpguide.org/mental/internet_cybersex_addiction.htm)
- Center for Treatment & Health resourcers (www.aplaceofhope.com/addiction.html)
- The holistic addiction treatment program. Internet Addiction Treatment (www.drugrehabcenter.com/8/internet-addiction-treatment.html)
- Recovery Resources Online. Resources, counselling and help for Internet Addiction (www.soberrecovery.com/links/internetaddiction.html)
- Addiction Treatment Centers (www.addiction-treatment-centers.com/internet-addiction.php)
- Private Addiction Treatment Centers (www.chosehelp.com)
- Real Mental Health. Treatment for Internet Addiction (www.realmentalhealth.com/addictions/internet_02.asp)
- Internet Addiction Treatment Self Help tips and online resources (www.streetdirectory.com/travel_guide/main/medical/cat-9/addictions)
- Nice Kit. Internet addiction resources for parents (www.nicekit.com)
- Guía para el control paterno sobre video-juegos (www.pta.org/Documents/PTA_Brochure-Spanish-web_version.pdf)
- Guía para los padres de familia sobre Internet (www.ed.gov/PDFDocs/Internet_sp.pdf)

Programas de control parental:

- Control Kids (www.controlkids.com/es/)
- NetNanny (www.netnanny.com/)
- Webwatcher (www.webwatcherkids.com/)
- Cybersitter (www.cybersitter.com/)

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. Text Revision*. Washington: APA. (Traducción castellana: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-Texto revisado*. Barcelona: Ed. Masson).
- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: Menores y consumo de drogas. ADES: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- BBC Mundo (2007). China vs. la adicción a los videojuegos. BBC Mundo.com, 10 de abril de 2007. Recuperado el 16 de diciembre de 2008 de http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/misc/newsid_6540000/6540605.stm.
- Bellringer P (1992). *Working with young problem gamblers: Guidelines to practice*. Leicester: UK Forum on Young People and gambling.
- Beranuy, M., Chamorro, A., Graner, C. y Carbonell, X. (en prensa). Validación de dos escalas breves para evaluar la Adicción a Internet y el Abuso de Móvil. *Psicothema*, 21, 480-485.
- Beranuy, M., Sánchez-Carbonell, X. y Chamorro, A. (2008). Exploración de la adicción a Internet y a móvil en jóvenes universitarios. *Adicciones, XXV Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*, 121.
- Block, J.J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165, 306-307.
- Calafat, A., Amengual, M., Guimerans, C., Rodríguez-Martos, A. y Ruiz, R. (1995). "Tú decides" 10 años de un programa de prevención escolar. *Adicciones*, 7, 509-526.
- Castellana, M. (2005). El adolescente y sus personas significativas. *ROL Enfermería*, 28 (9), 18-29.
- Chambers, R.A., Taylor, J.R., Potenza, M.N. ((2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052.
- Charlton, J.P. (2002). A factor analytic investigation of computer "addiction" and engagement. *British Journal of Psychology*, 93, 329-344.
- Charlton, J.P. y Danforth, I.D.W. (2007). Distinguishing addiction and the high engagement in the context of online game playing. *Computers in human behaviour*, 23, 1531-1548.
- Crews, F., He, J., Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 86, 189-199.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187-195.
- de Gracia, M., Vigo, M., Fernández Pérez, M. J. y Marco, M. (2002). Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet: Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 18, 273-292.
- de la Peña, F., Ulloa, R., Higuera, F., Ortiz, S., Arechavaleta, B., Foullux, C., et al., (2002). Interrater reliability of the Spanish version of the K-SADS-PL. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting. San Francisco, CA, oct 2002. New Research Poster A35. Scientific Proceedings page 95.
- Deas, D. (2006). Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 18-23.
- Derevensky, J.L., Gupta, R. y Dickson, L. (2004). Prevention and treatment of adolescent problem and pathological gambling. En J.E. Grant y M.N. Potenza (Eds.), *Pathological gambling: A clinical guide to treatment* (pp. 159-168). Washington: American Psychiatry Publishing.
- Díaz, R. (2005). Patología dual en adolescentes: un problema emergente. *Aula Médica Psiquiatría*, 2, 41-68.
- Díaz, R. (2006). Cómo prevenir los problemas con las drogas. En J. Callabed (Ed.), *El adolescente, hoy* (pp. 281-311). Zaragoza: Libros Certeza. Cuestiones de salud.
- Díaz, R. (2008). La prevención del trastorno dual en niños y adolescentes. En J. Pérez de los Cobos (Ed.), *Trastornos Duales (I). Adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o adolescencia: un reto de asistencia y prevención. Adictología* (pp.157-186). Barcelona: Ars Medica.

- Díaz, R., Castro-Fornieles, J., Serrano, L., González, L., Calvo, R., Goti, J. et al. (2008). Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index (T-ASI). *Addictive Behaviors*, 33, 188-195.
- Díaz, R., Gual, A., García, M., Arnau, J., Pascual, F., Cañuelo, B. et al. (2008). Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL Program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 1-10.
- Dickson, L.M., Derevensky, J.L., Gupta, R. (2002). The prevention of gambling problems in youth: a conceptual framework. *Journal of Gambling Studies*, 18, 97-159.
- Dinicola, M. (2004). Pathological internet use among college students: The prevalence of pathological Internet use and its correlates. Universidad de Ohio: tesis no publicada.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2008) Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía? *Adicciones*, 20 (4), 321-26.
- Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V. y Versiani, M. (2008). Volitional disorders: A proposal for DSM-V. *World Journal of Biological Psychiatry*, 30, 1-14.
- Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1993). Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. *The Journal of Primary Prevention*, 14 (1), 21-28.
- Goldberg, I. (1995). Internet addiction disorder - Diagnostic criteria. Internet Addiction Support Group (IASG). Recuperado el 2 de marzo de 2009 de <http://www.iucf.indiana.edu/~brown/hyplan/addict.html>.
- Goti, J. y Pérez de los Cobos, J. (2008). Tratamiento del trastorno dual en adolescentes y adultos. En J. Pérez de los Cobos (Ed.), *Trastornos Duales (I). Adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o adolescencia: un reto de asistencia y prevención*. *Adictología* (pp. 113-144). Barcelona: Ars Medica.
- Greenfield, D. N. (1999). Psychological characteristics of compulsive internet use: a preliminary analysis. *Cyberpsychology & Behavior*, 2, 403-412.
- Griffiths, M. (1997). Computer game playing in early adolescence. *Youth and Society*, 29, 223-237.
- Griffiths, M. y Hunt, N. (1998). Dependence on Computer Games by adolescents. *Psychological Reports*, 82, 475-480.
- Griffiths, M. y Wood, R. (2000). Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing, and the Internet. *Journal of Gambling Studies*, 16 (2/3), 199-225.
- Grohol, J.M. (1999). The Insider's guide to Mental Health Resources online. *Cyberpsychology and Behavior* 2(2), 173.
- Gual, A., Contel, M. y Colom, J. (1991). *Guía didáctica para el abordaje del alcohol en la Atención Primaria de Salud. Programa Bebeu Menys. Programa de Drogues i Sida*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Gupta, R. y Derevensky, J.L. (2000). Adolescents with gambling problems: From research to treatment. *Journal of Gambling Studies*, 16 (2/3), 315-42.
- Hollander, E. (2006). Behavioral and substance addictions: A new proposed DSM-V category characterized by impulsive choice, reward sensitivity, and fronto-striatal circuit impairment. *CNS Spectrums*, 11, 814.
- Kandell, J. J. (1998). Internet addiction on campus: The vulnerability of college students. *Cyberpsychology & Behavior*, 1, 11-17.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. y Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Ko, C.H., Yen, J.Y., Chen, C.C., Chen, S.H. y Yen, C.F. (2005) Proposed Diagnostic Criteria of Internet Addiction for Adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (11), 728-733.
- Ko, C.H., Yen, J.Y., Chen, C.C., Chen, S.H., Wu, K. y Yen, C.F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with Internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 887-894.
- Kubey, R.W., Lavin, M. J. y Barrows, J.R. (2001). Internet use and collegiate academic performance decrements: Early findings. *Journal of Communication*, 51, 366-382.
- Kwee, A.W., Komuro-Venovic, E. y Kwee, J.L. (2009). Treatment implications from etiological and diagnostic considerations of internet addiction: Cautions with the boot camp approach. Disponible en red: http://www.harmonypacific.com/uploads/e-case_2009.pdf
- Ladouceur, R., Boisvert, J.M. y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification*, 18, 230-242.

- LaRose, R., Lin, C. y Eastin, M. S. (2003). Unregulated Internet usage: Addiction, habit, or deficient self-regulation? *Media Psychology*, 5, 225-253.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A., Garra, A. y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- Madell, D. y Muncer, S. (2004). Back from the beach but hanging on the telephone? English adolescent's attitudes and experiences of mobile phones and the Internet. *Cyberpsychology & Behavior*, 7, 359-367.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McCambridge, J. y Strang, J. (2003). Development of a structured generic drug intervention model for public health purposes: a brief application of motivational interviewing with young people. *Drug and Alcohol Review*, 2, 391-399.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A. y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
- McCormick, R.A. y Ramirez, L.F. (1988). Pathological gambling. En J.G. Howells (ed.), *Modern perspectives in psychosocial pathology* (pp. 135-157). New York: Brunner/Mazel.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Morahan-Martin, J. y Schumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in Human Behavior*, 16, 13-29.
- Muñoz-Rivas, M.J., Navarro, M.E. y Ortega, N. (2003). Patrones de uso de Internet en población universitaria española. *Adicciones*, 15 (2), 137-144.
- Noticiasdot (2004). Los juegos online son más que un problema en Corea, la adicción provoca desde pasar días seguidos enganchado al equipo hasta robos. Noticiasdot.com, 13 enero 2004. Recuperado el 16 de febrero de 2009 de <http://www.noticiasdot.com/publicaciones/2004/0104/1301/noticias130104/noticias130104-3.htm>
- Peters, C.S. y Malesky, L.A. (2008). Problematic usage among highly-engaged players of massively multiplayer online role playing games (MMORPG). *Cyberpsychology & Behavior*, 11 (4), 481-484.
- Petra, N.M. (2005). Stages of change in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 312-322.
- Prochaska, J. O. y Prochaska J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaida y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Barcelona: CITRAN-FISP.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Sánchez-Carbonell, X. y Beranuy, M. (2007). La adicción a Internet como sobreadaptación social. En A. Talam (Ed.), *Psicopatología en la sociedad global* (pp. 341-368). Barcelona: Herder.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20 (2), 149-160.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Secades, R., Carballo, J.L., Fernández, J.R., García, O. y García, E. (2006). *FRIDA: Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Siglo XXI (2008). Aumentan los jóvenes adictos a los juegos de rol y al 'messenger' que requieren terapia para curarse. Siglo XXI, 2 de julio de 2008. Recuperado el 16 de febrero de 2009 de <http://www.diariosigloxxi.com/texto-ep/mostrars/20080702121324>
- Suler, J. (2004). Computer and Cyberspace "Addiction". *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 359-362.
- Tsai, C.C. y Lin, C. (2003). Internet Addiction of Adolescents in Taiwan: An Interview Study. *Cyberpsychology & Behavior*, 6, 649-656.
- Ulloa, R.E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresan, A., Apiquian, R., et al. (2006). Estudio de la fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children – Present and lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(1), 36-40.

- Viñas, F., Juan, J., Villar, E., Caparros, B., Pérez, I. y Cornella, M. (2002). Internet y psicopatología: las nuevas formas de comunicación y su relación con diferentes índices de psicopatología. *Clinica y Salud, 13*, 235-256.
- Wang, W. (2001). Internet dependency and psychosocial maturity among college students. *Human-Computer Studies, 55*, 919-938.
- Webb, J.A., Baer, P.E., McLaughlin, R.J. y McKelvey, (1991). Risk factors and their relation to initiation of alcohol use among early adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*(4), 563-568.
- Widyanto, L. y Griffiths, M. (2006). Internet Addiction: A critical review. *International Journal of Mental Health and Addiction, 4*, 31-35.
- Widyanto, L. y McMurran, M. (2004). The psychometric properties of the "Internet Addiction Test". *Cyberpsychology and Behavior, 7*, 443-450.
- Wieland, D. (2005). Computer addiction: implications for nursing psychotherapy practice. *Perspectives in Psychiatric Care, 41* (4), 153-161.
- Winters, K.C. y Kaminer, Y. (2008). Screening and assessing adolescent substance use disorders in clinical populations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(7), 740-744.
- Yen, J.Y., Ko, C.H., Yen, C.F., Wu, H.Y. y Yang, M.J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of Adolescent Health, 41*, 93-98.
- Yen, J.Y., Yen, C.F., Chen, C.C., Chen, S.H. y Ko, C.H. (2007). Family factors of Internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyberpsychology & Behavior, 10*, 323-329.
- Yen, J.Y., Ko, C.H., Yen, C.F., Chen, S.H., Chung, W.L. y Chen, C.C. (2008). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*, 9-16.
- Young, K. (1999). The evaluation and treatment of Internet addiction. En L. VandeCreek y T. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: a source book* (pp. 19-31). Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, K. (2007). Cognitive Behavior Therapy with Internet Addicts: Treatment Outcomes and Implications. *Cyberpsychology & Behavior, 10* (5), 671-679.
- Yuen, C.N. y Lavin, M.J. (2004). Internet Dependence in the Collegiate Population: The Role of Shyness. *Cyberpsychology & Behavior, 7*, 379-383.
- Zhang, L., Amos, C., McDowell, W. (2008). A comparative study of the Internet addiction between the United States and China. *Cyberpsychology & Behavior, 11*(6), 727-729.