

# **ESTUDI DE CAS EN EL TRACTAMENT DE LES ADDICCIONS NO TÒXIQUES**

## **L'addicció a les TIC en adolescents**

Mercè Molas Juncà

Tutora : Dominica Díez Marcet

2017-2018

Treball de Fi de Màster

Màster en Psicologia General Sanitària

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic

## ÍNDEX

<b>Agraïments</b> .....	<b>1</b>
<b>Resum/abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Conceptes clau</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Fonamentació teòrica del problema</b> .....	<b>4</b>
1.1 El concepte d'Addicció a Internet.....	4
1.2 La diferència entre l'ús excessiu d'Internet i l'Addicció a Internet .....	6
1.3 Novetats i criteris diagnòstics del DSM-V i el CIE-11 en relació a l'Addicció a les TIC.....	7
1.3.1 DSM-V.....	7
1.3.2 CIE-11.....	8
1.4 Aspectes epidemiològics .....	9
1.4.1 Diferències de l'Ús d'Internet en relació al gènere en l'adolescència .....	10
1.5 Addicció a Internet i trets de personalitat .....	11
1.5.1 Factors de risc en adolescents .....	12
1.5.2 Factors protectors en adolescents.....	15
1.6 Neurobiologia de l'Addicció a Internet .....	17
1.6.1 Alteracions estructurals i funcionals .....	17
1.6.2 Alteracions neuroquímiques.....	19
1.7 Comorbiditat amb altres trastorns .....	20
1.7.1 Comorbiditat amb altres trastorns en la població dels joves espanyols .....	22
1.8 Avaluació del trastorn .....	22
1.8.1 Signes d'alerta .....	23
1.8.2 Tipus d'entrevista .....	23
1.8.3 Instruments psicomètrics d'avaluació: .....	27
1.9 Abordatge terapèutic .....	28
1.9.1 Intervenció psicològica .....	28
1.9.2 Intervenció Psicofarmacològica .....	33
<b>2. Cas clínic: Addicció a Pantalles</b> .....	<b>34</b>
2.1 Identificació del pacient .....	34
2.2 Motiu de consulta .....	35
2.3 Descripció del problema.....	35
2.4 Història del problema: antecedents i evolució .....	35
2.5 Tècniques d'avaluació aplicades.....	37

2.5.1 Tipus d'entrevista .....	37
2.5.2 Proves psicomètriques.....	37
2.6 Diagnòstic diferencial .....	42
2.7 Diagnòstic.....	43
2.8 Objectius terapèutics .....	45
2.9 Selecció de les tècniques de tractament .....	46
2.10 Cronologia i aplicació del tractament .....	47
2.11 Presentació de les dades després de la intervenció i valoració dels resultats obtinguts	49
<b>3. Conclusions.....</b>	<b>51</b>
<b>4. Bibliografia .....</b>	<b>53</b>
<b>5. Annex.....</b>	<b>59</b>

## Agraïments

Primerament voldria donar les gràcies a la meva tutora, Dominica Díez, per la seva dedicació i temps, però sobretot per la gran dosi de paciència que ha tingut amb mi durant l'elaboració d'aquest treball.

Als meus pares, per ensenyar-me la importància de l'esforç i la constància i el valor de l'educació.

A l'Eric, per la paciència i el suport incondicional.

A la Gris, per ser-hi sempre.

A les meves amigues, que m'han acompanyat i m'han ajudat a desconnectar quan ho he necessitat.

I finalment a les companyes de Màster, l'Ari i l'Eli, per animar-me i ajudar-me a resoldre mil i un dubtes.

## Resum

Avui en dia considerem Internet com una eina que ens proporciona molts beneficis i que ha impactat especialment en la comunitat més jove de la nostra societat. L'ús d'Internet es considera positiu sempre que no condicioni la vida quotidiana de la persona, i passa a ser negatiu quan provoca aïllament social, afecta a l'autoestima i fa perdre a l'individu la capacitat de control. El concepte d'*Addicció a les TIC*, tot i que no apareix categoritzat com a tal en els manuals diagnòstics vigents, intenta explicar l'ús abusiu i la pèrdua de control sobre la tecnologia. Aquest tipus d'addicció té un origen multifactorial, per tant, s'han de tenir en compte diferents variables, com ara la vulnerabilitat psicològica, els factors estressants i el suport familiar i social. Per això és important establir estratègies preventives tant en l'àmbit familiar com en l'escolar.

L'objectiu principal del present treball és abordar el problema de l'ús inadequat de pantalles. Primerament es realitzarà una síntesi teòrica de la problemàtica i seguidament s'exposarà un cas real, tractat a la Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions No Tòxiques de la Fundació Althaia. Es detallarà com s'ha realitzat la detecció del cas, així com l'avaluació i la intervenció.

## Abstract

*Today we consider Internet as a tool that provides many benefits and that has impacted especially on the youngest community of our society. The use of internet is considered positive as long as it does not condition the daily life of the person, but it becomes negative when it causes social isolation, loss of control or it affects self-esteem. The concept of addiction to screens, although it does not appear categorized as such in the current diagnostic manuals, tries to explain the abuse and loss of control over the technology. This type of addiction has a multifactorial origin, therefore we must take into account variables such as psychological vulnerability, stressful factors and family and social support. It is important to establish preventive strategies both in school and in the family.*

*The main objective of this study is to approach the problem of inappropriate use of screens. First, we will expose a theoretical synthesis of the problem and then we will show a real case that was treated in the Pathological Gambling and Other Non-Toxic Addictions of Althaia Foundation. It will be detailed how the detection of the case has been carried out, as well as its evaluation and its intervention.*

## Conceptes clau

**Addicció a Internet:** Es caracteritza per la falta de control en fer ús de la xarxa. Es manifesta com un conjunt de símptomes cognitius, conductuals i fisiològics. La persona realitza un ús excessiu d'Internet que genera una distorsió dels seus objectius vitals, familiars i/o professionals. Igual que les addiccions a substàncies, implica conceptes com l'abstinència i la tolerància. No apareix als manuals diagnòstics.

**Ús problemàtic d'Internet:** La definició és molt semblant a la de l'Addicció a Internet, però amb cert matís. S'entén com la incapacitat de l'individu per controlar l'ús de la xarxa i que provoca malestar psicològic significatiu i afectació funcional. S'utilitza aquest terme per posar èmfasi en la problemàtica que comporta el mal ús de la xarxa, en lloc de centrar-se en la causa que el provoca (addicció). No apareix als manuals diagnòstics.

**Addicció a les TIC:** Es parla d'Addicció a les TIC quan hi ha un ús compulsiu, repetitiu, prolongat i incontrolat de les tecnologies de la Informació (aquelles que s'utilitzen per gestionar la informació i enviar-la d'un lloc a l'altre), com poden ser Internet i els telèfons mòbils. És un concepte més general. No apareix en els manuals diagnòstics.

**Addicció a pantalles:** Fa referència a l'ús excessiu i incontrolable de qualsevol tipus de pantalla electrònica (mòbil, tauleta, ordinador, *smartphone*, televisió, etc.). Aquest concepte és molt ampli, ja que pot incloure l'addicció a Internet, als videojocs, al mòbil i altres. No apareix en els manuals diagnòstics.

**Trastorn de Joc per Internet (*Internet Gaming Disorder*):** Ús persistent i recurrent d'Internet per participar en jocs en línia (*Massively Multiplayer Online Role-Playing Games*), sovint amb altres jugadors, que provoca un deteriorament o malestar clínicament significatiu. Apareix en un annex del DSM-V, a la secció de condicions que requereixen major estudi.

La gran heterogeneïtat terminològica en relació a aquest tipus d'addicció conductual fa que sigui difícil establir definicions clares. És per això que durant el treball s'utilitzarà els termes Ús Problemàtic d'Internet, Addicció a Internet, Addicció a Pantalles i Addicció a les TIC de manera indiscriminada, encara que aquests últims tinguin un significat més ampli.

## 1. Fonamentació teòrica del problema

### 1.1 El concepte d'Addicció a Internet

En general, quan es parla del concepte *Addicció* es tendeix a associar-lo a l'abús de substàncies tòxiques, com per exemple a l'alcohol o a la cocaïna. En les darreres dècades però, han proliferat els estudis sobre algunes conductes que també poden esdevenir addictives. Aquestes addiccions no químiques o també anomenades conductuals, inclouen conductes com el joc, el sexe, les compres o l'abús d'Internet. Segons dades de l'últim Eurobaròmetre, publicat a finals del 2013, Espanya va ser el país de la Unió Europea en el que més va augmentar l'ús d'Internet i segons de l'Institut Nacional d'Estadística (2014) un 1,5% dels adolescents espanyols presenta problemes d'Addicció a les TIC.

Kimberly Young (1999) va ser la primera autora a suggerir que l'ús indiscriminat i persistent d'Internet podria considerar-se un nou tipus d'addicció. Segons ella, l'addicció a la tecnologia compleix amb els elements bàsics de qualsevol addicció i es conceptualitza com "Un trastorn caracteritzat per una pauta d'ús anòmla, uns temps de connexió anormalment alts, aïllament de l'entorn i desatenció de les obligacions laborals, acadèmiques i de la vida social" (Young, 1999).

Altres autors, com Charlton i Danforth (2007), consideren la dependència psicològica com un dels símptomes més importants de l'Addicció a Internet. La conducta addictiva domina els pensaments del subjecte la majoria del temps (la persona pensa contínuament què pot fer per connectar-se o què farà durant la connexió) i es solen passar moltes hores a la xarxa (es perd la noció del temps). La conducta no es pot controlar, la persona és incapaç d'interrompre la connexió i encara que no tingui pensat connectar-se, ho acaba fent, argumentat diferents excuses.

També s'observa que l'estat d'ànim canvia mentre s'està connectat, ja que s'experimenta una sensació de plaer o alleujament. En canvi, quan la persona no es pot connectar, la sensació és de ràbia i irritabilitat. La vida social i d'oci també es veu afectada, ja que es deixen de realitzar les activitats que abans ocupaven el temps lliure per connectar-se. Per consegüent, les relacions socials també es deterioren (Dominguez, Geijo, Sánchez, Imaz i Cabús, 2012).

Dins d'aquest fenomen de l'Addicció a Internet, Young (1999), va establir cinc subtipus d'addiccions. Van sorgir aquestes categories perquè, segons ella, normalment les persones, en un inici, es tornen addictes a una sola forma d'ús d'Internet, la qual actua com a desencadenant de l'ús excessiu d'Internet en tots els formats (Poli, 2017):

- ❖ **Addicció Cybersexual:** Persones que visualitzen, descarreguen i comercien amb material pornogràfic en línia.
- ❖ **Addicció Cyberrelacional:** Persones que estableixen relacions en línia, i les fan més importants que les reals, la qual cosa els comporta problemes en l'àmbit social i familiar. Aquestes relacions es poden establir a partir de *xats en línia*, xarxes socials, etc.
- ❖ **Compulsions Netes:** Aquí s'engloben diferents conductes com ara els jocs a l'atzar en línia, les compres o el comerç d'accions. Aquestes conductes poden produir pèrdues financeres significatives, així com problemes relacionals i laborals.
- ❖ **Sobrecàrrega d'Informació:** Els individus inverteixen un temps desproporcionat en buscar, col·leccionar i organitzar informació a través de la xarxa.
- ❖ **Addicció a l'Ordinador:** La majoria d'ordinadors vénen programats amb jocs preprogramats. Hi ha persones que es tornen addictes a aquests tipus de jocs, la qual cosa sol interferir en el seu rendiment a la feina i/o en les obligacions familiars (Poli, 2017).

Aquesta mateixa autora va establir una sèrie de criteris diagnòstics per l'addicció a Internet (1999), que encara avui en dia es tenen en compte i es mantenen vigents:

**Criteris diagnòstics de l'Addicció a Internet proposats per Young (1999):**

1. Sentiment de preocupació per Internet (pensar en relació a anteriors o futures activitats en línia).
2. Sent la necessitat d'augmentar la quantitat de temps fent servir Internet per arribar a la satisfacció.
3. Ha realitzat esforços repetits i sense èxit per controlar, disminuir o aturar l'ús d'Internet.
4. Ha estat més temps del que pretenia a Internet.
5. Ha estat en risc de perdre alguna relació important, una feina o una oportunitat d'educació per culpa d'Internet.
6. Ha mentit a membres de la seva família, al terapeuta o a altres per amagar la important relació amb Internet.
7. Fa ús d'Internet com a camí per escapar de problemes o per alleujar algun disgust (sentiment d'impotència, ansietat, depressió o culpa).

Per altra banda, Mark Griffiths va proposar sis símptomes característics i necessaris per definir un comportament addictiu (1996): importància sobrevalorada, alteració de l'estat d'ànim, tolerància, abstinència, conflicte i recaiguda. Més tard, va proposar sis criteris per a la valoració de l'addicció a Internet:



### **Criteris diagnòstics de l'Addicció a Internet proposats per Griffiths (2005):**

1. Saliència: Quan l'activitat específica es converteix en el més important de la vida de la persona, dominant els seus pensaments, sentiments i comportaments.
2. Canvis en l'humor: Quan la persona explica l'experiència subjectiva resultant de l'activitat en concret.
3. Tolerància: Cada cop es necessita més temps fent aquella activitat perquè produeixi el mateix nivell d'activació que produïa abans.
4. Abstinència: S'observen sensacions desagradables si es redueix el temps o es deixa de fer l'activitat (per exemple: mal humor, irritabilitat...).
5. conflicte: Sorgeixen conflictes interpersonals i intrapersonals.
6. Recaiguda: Es torna als patrons de comportament i pensaments propis de l'addicció després d'un llarg temps d'abstinència.

El 2011, Mariano Chóliz i Clara Marco, van crear uns criteris diagnòstics per a l'addicció als jocs en línia. Assumint els criteris que s'utilitzaven per al diagnòstic de la Dependència a Substàncies (DSM-IV), van substituir el consum de substàncies, per l'ús dels videojocs.

### **Criteris diagnòstics per la Dependència dels Videojocs proposats per Chóliz i Marco (2011):**

1. Tolerància: Cada cop que es necessita jugar durant més temps o a més jocs. Ja no és suficient amb el patró de joc que s'utilitzava quan es va començar a jugar.
2. Abstinència: S'experimenta malestar emocional quan s'interromp el joc o quan es porta un temps sense jugar.
3. Es juga més del que es tenia previst jugar inicialment.
4. Desig per poder deixar de jugar, però incapacitat de fer-ho.
5. Destinar temps excessiu en activitats relacionades amb els videojocs, fins al punt que arriben a interferir en activitats quotidianes.
6. Deixar de fer altres activitats que abans es feien per poder jugar.
7. Seguir jugant tot i saber que és perjudicial.

## **1.2 La diferència entre l'ús excessiu d'Internet i l'Addicció a Internet**

Des d'un punt de vista teòric s'ha diferenciat el concepte d'ús excessiu d'Internet i el d'Addicció a Internet. Es parla d'un ús excessiu d'Internet quan el temps de connexió o el nombre de connexions diàries excedeix, per diferents motius, al que es consideraria normal. Quan parlem d'Addicció a Internet, a més d'un excés d'hores en línia, trobem una dificultat en el control d'impulsos que fan que la persona senti un desig incontrolable de connectar-se. Encara que la majoria de les persones considera que la

quantitat de temps que passen en línia és excessiva, sovint aquest excés és degut a la dependència que tenim d'Internet per realitzar tasques de la vida quotidiana, és a dir, per fer-ne un ús funcional que, al final, ens acaba aportant benestar (estudis, feina...). En aquests casos parlem d'un ús excessiu. En el cas contrari, quan parlem d'Addicció a Internet, també trobem un excés d'hores davant les pantalles però aquestes no es destinen a activitats acadèmiques ni laborals, i normalment, aporten resultats negatius, ja que es deixen de fer activitats lúdiques, es redueixen les relacions socials... (Kuss i Griffiths, 2015).

Així doncs, veiem que no podem parlar d'Addicció a Internet fixant-nos únicament amb el nombre d'hores que passa un usuari connectat, sinó que cal veure quin és l'ús que fa de la xarxa i quines són les conseqüències d'aquest ús. Sovint, però, és difícil per la família diferenciar entre la quantitat de temps que la persona passa a la xarxa realitzant tasques educatives o laborals i la quantitat de temps que destina a altres activitats com jugar en línia, xatejar... (Kuss i Griffiths, 2015).

### 1.3 Novetats i criteris diagnòstics del DSM-V i el CIE-11 en relació a l'Addicció a les TIC

#### 1.3.1 DSM-V

Pel que fa a les d'addiccions conductuals, només el Trastorn de Joc, anteriorment anomenat Joc Patològic, està inclòs en el DSM-5 en l'apartat de Trastorns Addictius (APA, 2013). L'Addicció a Internet, en canvi, no troba categoritzada com a tal en cap apartat. El que sí que apareix, en un annex, a la secció de condicions que requereixen major estudi, és el Trastorn de Joc per Internet (*Internet Gaming Disorder*). Els criteris diagnòstics proposats són els següents (APA, 2013):

#### **Criteris diagnòstics del Trastorn de Joc per Internet (Internet Gaming Disorder) (APA, 2013):**

1. Preocupació pels jocs per Internet, que passen a ser l'activitat dominant.
2. Síntomes d'abstinència quan se'ls impedeix jugar (irritabilitat, ansietat o tristesa).
3. Tolerància: es necessiten quantitats majors de temps per practicar-los.
4. Intents fracassats per controlar la participació en els jocs per Internet.
5. Pèrdua d'interès en altres hobbies o aficions i en altres formes d'entreteniment.
6. Ús continuat dels jocs per internet tot i conèixer els problemes psicosocials que generen.
7. Ha enganyat a familiars, terapeutes i a altres respecte a la quantitat de joc per Internet que practica.

8. Ús del joc per Internet per escapar o alleujar l'humor negatiu (per exemple, sentiments de desesperança, culpa o ansietat).
9. Ha descuidat o perdut relacions significatives, el seu lloc de treball o oportunitats educatives o laborals a causa de la participació en jocs per Internet.

*\*Aquest tipus de trastorn és diferent del joc d'apostes per Internet, que s'inclou dins del Trastorn de Joc.*

Encara que de moment no trobem l'Addicció a Internet en els manuals homologats de classificació, sí que tenim nombrosa evidència clínica, investigació científica i preocupació social sobre aquest fenomen (Cía, 2013).

### **1.3.2 CIE-11**

A principis de 2018, l'OMS va publicar a la seva pàgina web l'esborrany de la pròxima edició de la *Classificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*, en la que finalment s'ha decidit incloure el *Trastorn per Videojocs (Gaming Disorder)*, que fa referència a l'ús de jocs digitals o videojocs, amb connexió a Internet o sense. Dins de l'epígraf de *Trastorns Deguts a Comportaments Addictius*, l'OMS ha inclòs aquesta categoria diagnòstica que es caracteritza per un patró de comportament de joc continu o recurrent vinculat a tres condicions negatives provocades pel mal ús dels jocs digitals:

1. La falta de control de la conducta de joc pel que fa a l'inici, la freqüència, intensitat, duració, finalització i context en el qual es juga.
2. L'augment de la prioritat que se li atorga als jocs en comparació a altres interessos i vitals i activitats diàries.
3. El manteniment o escalada de la conducta tot i tenir consciència de les conseqüències negatives.

Segons aquesta organització, encara que la majoria de persones que juguen a videojocs no pateix cap trastorn, es considera que es dóna un Trastorn per Videojocs quan el patró de comportament és tan greu que causa un deteriorament significatiu en les àrees de funcionament personal, familiar, social, educatiu, ocupacional o altres àrees importants de la vida.

Malgrat que no hi ha cap dubte que sovint es donen comportaments problemàtics en relació al joc, hi ha cert dilema respecte que pugui parlar d'un nou trastorn. Segons argumenten alguns experts, la base científica en la qual es basa aquesta categoria diagnòstica no és suficient i no hi ha consens pel que fa a la simptomatologia i la definició. ("La OMS ha incluido el "trastorno por videojuegos en el CIE-11", 2017).

## 1.4 Aspectes epidemiològics

Cheng i Yee-lam Li (2014) van realitzar un meta-anàlisi en el qual s'analitzava la prevalença de l'Addicció a Internet en 31 països, dividits en 7 regions. Els resultats indicaven una prevalença global d'Addicció a Internet del 6%. Es va veure, però, que existien diferències de prevalença entre les diferents regions analitzades. La regió amb la prevalença més alta era l'Est mitjà (Iran, Israel, Lebnon i Turquia) amb un 10,9%, seguit de Nord Amèrica (EUA) amb un 8%, Àsia (Xina, Hong Kong, Índia, Corea del Sud, i Taiwan) amb un 7,1% i el Sud-est d'Europa (Bulgària, Xipre, República Txeca, Grècia, Hongria, Itàlia, Polònia, Romania, Sèrbia, Eslovènia i Espanya) amb un 6,1%. Per altra banda, les regions amb una prevalença més baixa eren Sud Amèrica (Columbia) amb un 0,0%, seguit del Nord-oest d'Europa (Àustria, Estònia, França, Alemanya, Irlanda, Noruega, Suïssa i Regne Unit) amb un 2,6% i Oceania (Austràlia) amb un 4,3%. La regió d'Àfrica no va ser inclosa en el meta-anàlisi, ja que no hi ha literatura consistent sobre la prevalença en aquesta regió.

Segons Cheng i Yee-lam (2014), les regions amb més prevalença tenen algunes característiques en comú, com per exemple: una percepció de menor satisfacció en la vida en general, un alt nivell de contaminació i trànsit, i un nivell d'ingressos nacionals baix.

En concret, a Espanya, segons les dades publicades en *l'Enquesta sobre hàbits d'ús i seguretat d'Internet*, en una mostra de 1.506 menors i joves d'entre 10 i 17 anys (Ministeri de l'Interior, 2014), se senyalava que aproximadament el 60% dels enquestats es connectava a Internet cada dia i els dispositius que més utilitzaven eren el telèfon mòbil i l'ordinador (INE, 2014; Lozano, 2015). D'aquesta manera, segons dades de l'últim Eurobaròmetre, publicat a finals del 2013, Espanya va ser el país de la Unió Europea en el que més va augmentar l'ús d'Internet. Es concreta que un 1,5% dels adolescents espanyols presenta problemes d'Addicció a les TIC, entre un 6 i un 9% podria haver desenvolupat algun comportament addictiu i un 21,3% estaria en risc de desenvolupar conductes addictives a causa de l'abús de les xarxes socials. A escala Europea, un estudi de Durkee et al. (2012) realitzat en joves, situa una prevalença d'Ús Problemàtic d'Internet del 13,5%.

**Taula 1. Prevalença de l'Addicció a Internet a nivell mundial**

Regió	Prevalença
Est mitjà	10%
Nord Amèrica	8%
Àsia	7,1%
Sud Est d'Europa	6,1%
Austràlia	4,3%
Nord Oest d'Europa	2,6%
Sud Amèrica	0,0%

*Nota:* Adaptat de «Adicción a Internet y al móvil: Una revisión de estudios empíricos españoles», de Carbonell et al., (2012). *Papeles de Psicólogo*. 33(2), 82-89.

**Taula 2. Prevalença de l'Addicció a les TIC a Espanya en la població jove**

	Prevalença
Addicció a les TIC	1,5%
Presència d'algun comportament addictiu relacionat amb les TIC	6-9%
En risc de desenvolupar conductes addictives relacionades amb les TIC	21,3%

*Nota:* Adaptat de «Usos sociales de Internet entre los adolescentes españoles», de Lozano, A. C. (2015). *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 8, 1-14.

#### **1.4.1 Diferències de l'Ús d'Internet en relació al gènere en l'adolescència**

La influència del gènere en l'Addicció a Internet ha estat investigada per diferents autors recentment. La majoria dels estudis coincideixen en el fet que els homes tenen més risc de presentar Addicció a Internet que les dones (Piqueras, 2012).

En un estudi realitzat per Fernández-Villa et al. (2015) en una mostra d'universitaris espanyols va concloure que existeixen diferències significatives en relació al gènere i l'ús d'Internet. Es va veure que els nois utilitzen Internet per dur a terme sobretot activitats d'oci (jocs en línia, compres, etc.), mentre que l'activitat de les noies s'associa a activitats de socialització, com ara la participació en xats o l'ús de les xarxes socials. També es va veure que les noies passen més temps connectades que els nois, sigui per motius laborals, acadèmics o d'oci, la qual cosa difereix del que s'havia trobat en altres estudis, que conclouien que el gènere masculí per se, era un factor de risc de l'Addicció a Internet (Fernández-Villa et al., 2015).

També es va veure que les adolescents presenten més dependència del telèfon mòbil, ja que l'utilitzen per comunicar-se i expressar emocions, per tant fan més abús

d'aquest dispositiu que els nois. Aquests, per la seva part, mostren més dificultats (han de fer més intents) per deixar la conducta addictiva (Fernández-Villa et al., 2015).

### 1.5 Addicció a Internet i trets de personalitat

No hi ha investigacions que puguin explicar l'etiologia de l'Addicció a Internet, però sí que s'ha estudiat i s'estudia la possible relació entre diferents trets de personalitat i aquest tipus d'addicció. Puerta-Cortés i Carbonell (2014) van realitzar un estudi, l'objectiu del qual era relacionar les dimensions bàsiques de la personalitat, formulades per Goldberg (1993) en el *Model dels cinc grans factors*, amb l'Ús Problemàtic d'Internet, en una mostra de 411 joves Colombians de 18 a 28 anys. Es va veure que de la mostra estudiada, els joves que patien Addicció a Internet, presentaven puntuacions altes en neuroticisme, i baixes en afabilitat i responsabilitat. Així doncs, es va concloure que el neuroticisme era un molt bon predictor de l'Ús Problemàtic d'Internet. Segons Zhou, Li, Li, Wang i Zhao (2017), les persones amb puntuacions altes en aquest factor tendeixen a experimentar problemes socials i situacions estressants que els provoquen emocions negatives, per tant utilitzen Internet per defugir-ne.

Per altra banda, les persones amb baixa afabilitat solen tenir comportaments hostils, la qual cosa afecta a les relacions interpersonals. En conseqüència, és probable que intentin compensar la necessitat de tenir relacions presencials satisfactòries buscant-les en el món virtual (Zhou et al., 2017). Kuss, Griffiths i Binder (2013) també coincidien en què les dimensions de neuroticisme i afabilitat augmenten la probabilitat d'utilitzar Internet de forma addictiva.

En un estudi recent també es va trobar relació entre l'Ús Problemàtic d'Internet i la baixa responsabilitat. Aquesta relació es deu possiblement a les dificultats en la capacitat d'organització, autodisciplina, i el compliment de les normes i compromisos. Els adolescents que puntuaven més alt en responsabilitat sovint donaven més prioritat als aspectes acadèmics i educatius, que a l'ús d'Internet, i tenien més habilitat d'autocontrol, així com una millor compressió de les conseqüències de l'abús de la xarxa (Zhou et al., 2017).

Tornant a l'estudi de Puerta-Cortés i Carbonell (2014), no es va trobar relació entre l'obertura a l'experiència i l'Ús Problemàtic d'Internet. Per a Buckner, Castille i Sheets (2012), tampoc hi ha una relació clara entre aquestes dues variables. Sí que trobem evidències, però, de la relació entre puntuacions elevades de cerca de sensacions noves i abús d'Internet (Estevez, Herrero, Sarabia i Jáuregui, 2014).

En relació a l'extraversió, els estudis es contradiuen, segurament a causa de la naturalesa dual d'aquesta variable. Els individus extravertits sovint gaudeixen de relacions interpersonals satisfactòries i per tant no tenen la necessitat de buscar en el

món virtual. Aquests individus, però, sovint són impulsius i tendeixen a buscar estimulacions noves, per exemple a la xarxa (Zhou et al., 2017).

Tot i així, les relacions entre extraversió i obertura a l'experiència en adolescents i Addicció a Internet són poc significatives, per tant, els resultats s'han d'interpretar amb cautela. És necessari realitzar més investigació sobre aquestes variables i la seva influència en l'Addicció a Internet (Zhou et al., 2017).

En el cas concret de l'abús del telèfon mòbil, Pedrero, Rodríguez i Ruiz (2012), estimen que el tret de personalitat més consistentment associat a l'ús problemàtic d'aquest dispositiu és la baixa autoestima, de manera que les noies amb l'autoestima baixa representen el grup més vulnerable. Així mateix, el potencial predictiu de la baixa afabilitat sobre l'Addicció al Mòbil es maximitza quan coincideix amb alts nivells de neuroticisme i s'associa consistentment al rol de la Impulsivitat (Chóliz, 2010). De la Villa i Suárez (2016) indiquen que hi ha relació entre les dificultats en les habilitats comunicatives i relacionals i l'abús del mòbil com a eina per relaxar-se i evadir-se dels problemes.

### **1.5.1 Factors de risc en adolescents**

Diferents estudis afirmen que els adolescents i els joves constitueixen un grup d'alt risc per presentar Addicció a les Pantalles. Són nadius digitals que tendeixen a buscar sensacions noves i emocions fortes, i són els que actualment passen més temps connectats a la xarxa i estan més familiaritzats amb els telèfons intel·ligents. També cal tenir en compte que solen tenir accés il·limitat a Internet, horaris flexibles i llibertat per connectar-se a qualsevol hora i lloc. Per altra banda, l'adolescència i l'edat adulta jove és l'etapa en què es desenvolupa la personalitat, la qual cosa pot comportar conflictes interns que, a vegades, s'intenten evitar fugint cap a comportaments addictius de tot tipus (Echeburúa, 2012). Kuss, Griffiths i Binder (2013) van definir un perfil psicosocial dels adolescents que presenten problemes d'Addicció a Internet. Segons aquests autors, es tracta de persones que mostren poca satisfacció vital, escassa cohesió grupal i poc suport familiar, tendència a la introversió, solent tenir pensaments negatius, incomoditat amb les relacions socials reals i conflictes identitaris. Segons De la Villa i Suárez (2016), la ineficàcia en l'expressió de les habilitats comunicatives i relacionals, així com els problemes en el maneig de l'estrès, són els principals predictors de l'Abús d'Internet en adolescents.

Altres autors, com Yao, He, Ko i Pang (2014), també van estudiar els possibles factors de risc dels adolescents en relació a l'Addicció a Internet. Van realitzar una investigació que mesurava la influència de la personalitat, l'autoestima i el comportament dels pares en relació a l'Addicció a Internet en una mostra d'adolescents xinesos. Coincidint amb els estudis que avaluaven població general, es va concloure que les dimensions de

psicoticisme i neuroticisme estaven altament relacionades amb l'Addicció a Internet. Aquesta troballa coincideix amb investigacions prèvies i suggereix que probablement els joves amb problemes de control d'impulsos i inestabilitat emocional, siguin més propensos a abusar d'Internet. En canvi, no es va trobar cap resultat conclouent en relació a la influència de la dimensió extraversió/introversió i l'Ús Problemàtic d'Internet, la qual cosa difereix dels resultats trobats en estudis anteriors, la teoria dels quals deia que els individus més introvertits tendien a participar més en activitats socials en línia que els extravertits i que per tant tindrien més possibilitats d'abusar de la xarxa. Avui en dia, però, aquesta teoria ja no té tanta validesa perquè les interaccions socials en línia s'han convertit en un fenomen habitual, tant per a joves extravertit com per joves introvertits (Yao et al., 2014).

Aquest estudi també va concloure que el paper dels pares era molt rellevant i podia tenir influència en l'aparició d'algun comportament addictiu en els fills. Es va trobar que tant el rebuig del pare i la mare, com la sobreprotecció del pare, augmentaven el risc de patir Addicció a Internet. En canvi, es va veure que el suport emocional dels pares augmentava l'autoestima, la qual cosa reduïa el risc d'abusar de la xarxa (Yao et al., 2014).

Un dels descobriments més interessants d'aquest estudi respecte al comportament dels pares va ser el paper de la criança i els diferents efectes que va tenir en nois i noies en relació a l'Addicció a Internet. Es va veure que el rebuig del pare tenia una influència més forta en les noies que en els nois, però el rebuig de la mare només afectava els nois. Pel que fa a la sobreprotecció, la del pare afectava més els nois. S'ha d'anar amb compte a l'hora d'interpretar aquestes conclusions, ja que aquest és un dels primers estudis que ha anat litzat els estils de criança dels pares i les mares. Tot i així, aquest patró d'influència pot ser interessant per generar futures investigacions (Yao et al., 2014).

La conclusió més sorprenent a la que es va arribar en aquest estudi va ser la relació entre la freqüència d'ús d'Internet i l'Addicció a Internet. Es va veure que aquells joves que es connectaven més cops durant el dia tenien menys probabilitats de caure en l'addicció a Internet. Aquest fet va ser interpretat de la següent manera. Aquells usuaris que es connectaven diferents vegades en un període curt de temps podien realitzar diferents activitats en línia (revisar el correu electrònic, actualitzar estat de les xarxes, etc.), en canvi aquells que es connectaven pocs cops però en períodes llargs de temps tendien a fer només una sola activitat en línia (jocs en línia, compres, etc.). El que s'ha de tenir en compte, però, és que la naturalesa addictiva d'aquestes activitats probablement seria diferent. Així doncs, aquests resultats suggereixen que la duració en línia és clau en l'Addicció a Internet (Yao et al., 2014).

De la Villa i Suárez (2016) també van realitzar una investigació sobre els factors de risc de l'Addicció a Internet en els adolescents i joves espanyols i van concloure que els adolescents que presenten dèficits d'habilitats per afrontar i gestionar les situacions



adverses i/o estressants presenten més possibilitats de presentar Addicció a Internet o al telèfon mòbil.

En aquest mateix estudi es va obtenir un model explicatiu que relacionava els problemes d'habilitats comunicatives i relacionals amb l'abús d'Internet, com a mitjà d'evasió dels problemes. També es va veure que les conseqüències de l'abús d'Internet, com per exemple les deficiències de regulació emocional, apareixien amb més intensitat en aquells individus amb dificultats comunicatives i de gestió de l'estrès. Així doncs, aquest estudi va concloure que els adolescents que presenten Addicció a Internet manifesten problemes no només en el control d'ús de la tecnologia, sinó també desajustos d'autoregulació de les emocions negatives (De la Villa i Suárez , 2016).

Per altra banda, Echeburúa (2012), va establir una classificació dels tres tipus de factors que poden propiciar l'Addicció a les TIC en la població jove. Aquests factors s'exposen de manera molt sintetitzada a continuació:

- ❖ **Factors personals:** Com ja s'ha comentat, hi ha certes característiques de personalitat i estats emocionals que augmenten la vulnerabilitat psicològica a patir addiccions entre els joves. Entre aquests trets de personalitat trobem la impulsivitat; la disfòria (estat anormal de l'ànim, viscut com desagradable i que es caracteritza per oscil·lacions freqüents de l'humor); la intolerància a la frustració i la cerca de sensacions i emocionals fortes, per les quals es poden arribar a transgredir les normes i accedir a llocs de la xarxa explícitament prohibits.

Per altra banda, pot ser que en l'addicció es trobi subjacent algun problema de personalitat, excessiva timidesa, baixa autoestima, rebuig de la imatge corporal o un estil d'afrontament inadequat de les dificultats. Alhora, problemes psicopatològics previs (depressió, TDAH, fòbia social...) augmenten el risc de patir addicció a Internet.

Finalment també hi ha persones que mostren una insatisfacció personal amb la seva vida o no disposen de l'afecte suficient i intenten omplir aquesta carència amb determinades substàncies o conductes (Echeburúa, 2012).

- ❖ **Factors familiars:** Està clar que certs entorns familiars no són adequats per a l'adquisició de pautes de conducta sanes i socialment acceptades. S'ha vist que els entorns familiars molt rígids i amb un estil de vida autoritari, poden crear fills dependents, irresponsable o rebels, que poden actuar en oposició a les normes dels pares i guardar sentiments de ràbia o rancor cap a ells.

De la mateixa manera, un entorn familiar permissiu o desestructurat, amb normes inexistent o inconsistentes i amb falta de coherència entre el model

patern i el matern, no ajuda a establir conductes saludables ni d'autocontrol, i tampoc ofereix un suport emocional apropiat. A causa de no tenir els límits interioritzats podem trobar adolescents egocèntrics, capritxosos i impulsius (Echeburúa, 2012).

- ❖ **Factors socials:** L'aïllament social o la pertinença a un grup de persones que abusen de les TIC pot iniciar en l'adolescència una addicció a aquestes. Aquesta tendència a deixar-se influir per l'entorn o a compensar en el món virtual les carències del món presencial s'intensifica quan l'entorn familiar està poc cohesionat i no pot controlar els impulsos de l'adolescent (Echeburúa, 2012).

Així doncs, segons aquest autor, un subjecte amb una personalitat vulnerable, una cohesió familiar dèbil i unes relacions socials pobres pot ser més vulnerable a presentar Addicció a Internet si a més compta amb un hàbit de recompenses immediates, té fàcil accés a l'objecte d'addicció (ordinador, mòbil, etc.), se sent pressionat pel grup i està sotmès a situacions estressants (dificultats a l'escola, dificultats afectives...) o de buit existencial (aïllament social, falta d'objectius vitals...). Així doncs, veiem que aquest perfil és molt similar al de les persones que abusen de substàncies (Echeburúa, 2012).

### 1.5.2 Factors protectors en adolescents

Tot i que actualment existeixen una gran quantitat de factors de risc relacionats amb l'Addicció a les TIC en l'adolescència, Echeburúa (2012) també va trobar certs factors personals i familiars que poden minimitzar el risc de presentar aquest tipus d'addicció conductual. És molt important, però, la implicació de pares i familiars per potenciar aquests factors:

- ❖ **Recursos personals:**

**Autoestima:** Constitueix el pilar bàsic sobre el qual s'estructura la personalitat d'un individu des de la infància i condiona la forma en què s'estableixen objectius i s'assumeixen reptes, en què es regula el comportament cap a les altres persones i en què s'exerceix la capacitat d'autocontrol. Tenir una bona autoestima és un ingredient fonamental de l'equilibri emocional d'una persona, que condiona la manera en què afrontem les adversitats quotidianes en lloc d'evitar-les (per exemple, endinsant-nos en realitats virtuals) (Echeburúa, 2012).

**Habilitats socials i de comunicació:** El treball d'aquestes habilitats fa que millorin les relacions amb els altres i que per consegüent hi hagi més dificultats per crear un món virtual imaginari i contraposat a la realitat. Posant en pràctica aquestes habilitats s'aconsegueix superar la timidesa o l'agressivitat i afrontar

amb èxit les situacions socials, sense necessitat de buscar solucions evasives en mons virtuals (Echeburúa, 2012).

**Altres recursos personals:** La capacitat de resolució de problemes també és un recurs que pot protegir als adolescents del risc de caure en l'abús de les noves tecnologies. Aquestes característiques contribueixen a l'anàlisi realista de les dificultats, potencien el desenvolupament d'un pensament crític que permet fer front a les actuacions impulsives i a la pressió social i proporciona habilitats per a la presa de decisions adequades. Així mateix, el control de les emocions i l'adequat estil d'afrontament de l'estrès contribueixen a fer front a les respostes impulsives i descontrolades que es poden donar davant de certes situacions de risc (Echeburúa, 2012).

També és important l'ocupació adequada del temps d'oci, que pot ser un fre per a la implicació de l'adolescent en les conductes addictives. Es tracta de comptar amb alternatives d'oci creatives, constructives, sanes i no perilloses per fer front a l'avorriment i que puguin satisfer la necessitat de cerca de sensacions noves i fortes que necessiten els adolescents (Echeburúa, 2012).

#### ❖ **Recursos familiars:**

La bona comunicació familiar permet l'establiment d'un clima adequat de convivència. D'aquesta manera, els pares poden captar les preocupacions dels seus fills i ajudar-los a trobar-hi una sortida adequada. Si per al contrari la comunicació familiar no és bona, els fills poden buscar suport en relacions inapropiades en les xarxes socials. L'establiment de normes i límits coherents als fills (més rígides a la infància i més flexibles a l'adolescència), acompanyades d'un ambient afectuós i de suport emocional, facilita la creació d'uns hàbits de conducta i d'un sistema de valors adequats en els menors (Echeburúa, 2012).

Així mateix, l'exemple que es dona als fills amb conductes saludables i d'oci compartit propicia l'adquisició de conductes sanes i variades que contraresten l'impuls d'implicar-se en conductes addictives, així com d'assumir riscos innecessaris (Echeburúa, 2012).

## 1.6 Neurobiologia de l'Addicció a Internet

En els darrers anys ha incrementat notablement la investigació sobre la neurobiologia de l'Addicció a Internet. Bona part d'aquests estudis tenen com a objectiu examinar les similituds i les diferències, a nivell neurobiològic, entre les addiccions químiques i les addiccions conductuals a través de tècniques de neuroimatge (Parck, Hyun Han i Roh, 2017).

### 1.6.1 Alteracions estructurals i funcionals

Segons les investigacions dutes a terme fins el dia d'avui, es conclou que l'Addicció a Internet està associada a deficiències estructurals i funcionals en regions cerebrals que participen en el processament de la recompensa, la motivació i el control d'impulsos. S'ha observat, principalment, una reducció de la substància blanca en el còrtex orbito-frontal i en el fascicle frontó-occipital. També trobem una reducció de la substància gris en el còrtex prefrontal dorso-lateral, així com en l'àrea motora suplementaria, afirmant que l'ús continuat d'Internet provoca alteracions estructurals similars al consum de substàncies. No obstant això, tot i les dades que es tenen actualment sobre els canvis estructurals en els addictes a Internet, existeixen una sèrie de limitacions importants que fan que aquestes dades no siguin concloents (Parck et al., 2017).

A continuació trobem una taula resum, que compara el funcionament cerebral en pacients amb addiccions conductuals i pacients amb Trastorn per Ús de Substàncies (Leeman i Potenza, 2013).

**Taula 4. Diferències i similituds en el funcionament cerebral (neuroimatge) entre dos tipus d'addiccions conductuals (Ús d'Internet i Ús de Videojocs) i el Trastorn per Ús de substàncies.**

Addicció conductual	Resultats clau en les addiccions conductuals	Similitud i diferències entre els resultats clau en les addiccions conductuals respecte el Trastorn per Ús de Substàncies
<b>Ús d'Internet</b>	Àrees frontals i estriat: Estudis amb PET dels receptors tipus D2: disponibilitat reduïda del receptor D2 en l'estriat dorsal, no diferències en l'estriat ventral.	Diferències observades entre grups dependents de substàncies i grups control en la unió D2 estriat, específicament en l'estriat dorsal.
	Estat de descans. Increment de l'homogeneïtat regional en múltiples regions, incloent àrees frontals i NAcc	No trobades, localitzades amb el mateix mètode d'homogeneïtat regional
	Substància gris i blanca: Integració pobra de la substància blanca i disminució dels volums de la substància gris en múltiples regions	Integració pobra de la substància blanca i disminució del volum de la substància gris en TUS
<b>Ús de Videojocs</b>	Àrees frontals i estriat: Estat de descans. Increment del metabolisme en el gir orbito frontal mig i en el nucli caudat esquerre; disminució metabòlica en el gir paracentral esquerre	Activitat disminuïda en estat de descans trobada típicament en àrees frontals, però amb algunes excepcions; activitat reduïda en l'estriat ventral i augmentada en l'estriat dorsal
	Inducció per senyals. Augment de l'activitat en múltiples àrees frontals, com l'escorça orbito frontal, l'escorça prefrontal dors lateral; augment de l'activitat en el NAcc i en caudat dret, comparat amb controls	Diferències amb el grup control poc clares en àrees frontals i en l'estriat ventral; augment de l'activitat de l'estriat dorsal comparada amb la dels controls
	Altres regions. Activitat	Augment de l'activitat en el

	augmentada en l'ACC, en resposta a senyals i activitat disminuïda en els assajos perduts en tasques de risc/reforç; augment de l'activitat en la insula.	ACC en resposta als senyals, també relacionada amb la presa de decisions arriscades en TUS; augment de l'activitat en la Insula
	Substància gris. Increment del volum en tàlem esquerre; disminució de volum en múltiples regions	Substància gris disminuïda en TUS en múltiples regions

*Nota:* Adaptat de «Dona i addiccions conductuals: Joc patològic i compra compulsiva» (Tesis doctoral), de Díez, D. (2016). Universitat Autònoma de Barcelona.

### 1.6.2 Alteracions neuroquímiques

Segons Parck et al. (2017), a nivell neuroquímic, en l'Addicció a Internet s'hi veu implicat el *circuit de la recompensa dopaminèrgic*, que inclou el nucli accumbens i l'hipocamp. Així doncs, la gratificació que s'experimenta amb l'ús d'Internet, per exemple en les xarxes socials quan es rep una notificació, és semblant al tipus d'activació del circuit de la recompensa que provoquen el consum de substàncies. S'ha vist que en els subjectes que presenten Addicció a Internet existeix una deficiència del receptor de la dopamina (D2) i baixos nivells d'aquest neurotransmissor. De la mateixa manera es troba que durant l'execució de les conductes addictives hi ha una major activitat en les àrees cerebrals dopaminèrgiques. Per tant, aquestes persones experimentaran una gratificació cada cop que realitzin la conducta i necessitaran cada cop major temps d'exposició per compensar els baixos nivells dopaminèrgics. Aquests resultats concorden amb els resultats dels estudis que investiguen la neuroquímica de l'addicció a substàncies, per tant, aquests dos tipus d'addicció podrien compartir certs mecanismes neurobiològics subjacents (Parck et al., 2017).

En un estudi realitzat per Liu i Lou (2015) es va trobar una correlació positiva entre el temps setmanal que passa una persona amb Addició a Internet i els nivells de dopamina en sang. Es va observar que quant més temps passa una persona connectada a Internet, més augmenten els nivells de dopamina en sang. Tot i així, quan passa un temps l'efecte és el contrari, una major estimulació provocaria la disminució dels receptors de dopamina, denominant-se aquest fenomen tolerància (Liu i Lou, 2015).

A continuació trobem una taula comparativa entre la neuroquímica de les addiccions conductuals i el Trastorn per Ús de Substàncies (Leeman i Potenza, 2013).

**Taula 5. Diferències i similituds entre els neurotransmissors implicats en dos tipus d'addiccions conductuals (Ús d'Internet i Ús de Videojocs) i el Trastorn per Ús de substàncies.**

Addicció conductual	Resultats clau en les addiccions conductuals	Similitud i diferències entre els resultats clau en les addiccions conductuals respecte el Trastorn per Ús de Substàncies
<b>Ús d'Internet</b>	Dopamina. Nivells baixos en l'expressió del transportador de dopamina a l'estriat	Nivells baixos en l'expressió del transportador de dopamina, encara que en altres estudis troben nivells elevats
<b>Ús de Videojocs</b>	Dopamina. No s'ha estudiat el paper del sistema dopaminèrgic directament; resultats limitats i preliminars en relació a genotips associats a possibles alteracions en la senyalització de la dopamina suggereixen possibles diferències respecte l'activitat dopaminèrgica dels grups control	Diferències evidents en els resultats en l'activitat dopaminèrgica comparant amb controls

*Nota:* Adaptat de «Dona i addiccions conductuals: Joc patològic i compra compulsiva» (Tesis doctoral), de Díez, D. (2016). Universitat Autònoma de Barcelona.

### 1.7 Comorbiditat amb altres trastorns

Segons el meta-anàlisis realitzat per Ho et al., (2014), trobem certa relació entre l'Addicció a Internet i l'abús d'alcohol, el TDAH, la depressió i l'ansietat. Segons aquests autors, un 26,3% dels pacients que presenten Addicció a Internet també pateixen Trastorn Depressiu, un 23,3% Trastorns d'Ansietat, un 21,7% TDAH i un 13.3% Trastorns per Consum d'Alcohol. Aquests resultats avalen que la prevalença de la comorbiditat psiquiàtrica en l'Addicció a Internet és similar a la dels Trastorns per Ús de Substàncies, entre un 20-30% (Ho et al., 2014).

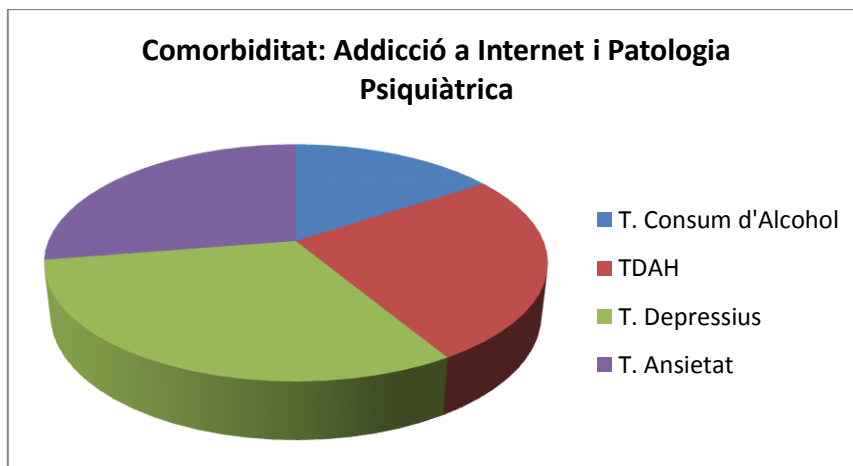
S'ha vist que els pacients que pateixen Addicció a Internet amb comorbiditat amb algun altre trastorn mental, tenen més probabilitats de no fer un bon compliment de la medicació, ja que estan més preocupats per connectar-se a Internet que de seguir les

indicacions terapèutiques. A més, la depressió i l'ansietat moltes vegades solen sorgir com a part del síndrome d'abstinència d'Internet. L'ús excessiu d'Internet pot servir també com un factor de manteniment de l'ansietat i reforçar les conductes d'evitació davant de situacions estressants i esdeveniments de la vida quotidiana (Ho et al., 2014).

Pel que fa a la relació entre l'Addicció a Internet i el consum d'alcohol, hi ha teories que suggereixen que l'alcohol pot alterar estructures, a nivell neuroanatòmic, que estan implicats en el reforç positiu de l'ús d'Internet. Segons un estudi de Wu i Delva (2012), l'ús d'Internet a casa no condicionava el fer de consumir alcohol, però l'ús de la xarxa en cibercafès va ser un fort predictor de consum d'alcohol. Segons Yen, Yen, Chen, Tang i Ko (2009) la cerca de sensacions és una característica comuna en l'abús d'Internet i de l'alcohol.

Pel que fa a la relació amb el TDHA, no es creu que l'abús d'Internet en sigui la causa, sinó al contrari, ja que l'inici del TDAH generalment és anterior a l'aparició de l'Addicció a Internet, la qual cosa ens fa pensar que el TDAH pot ser un factor de predisposició per l'Addicció a Internet (Ho et al., 2014).

Segons Ho et al., (2014) és important tractar la comorbiditat psiquiàtrica de l'Addicció a Internet, ja que si no aquesta pot reforçar el patró patològic d'abús. Per tant, el tractament de l'Addicció a Internet i la comorbiditat associada s'hauria d'integrar d'una manera cohesionada per tal d'aconseguir una rehabilitació completa. La reducció de l'ús d'Internet, en molts casos, reduiria la gravetat de la psicopatologia comòrbida (Ho et al., 2014).



**Figura 1:** Gràfic elaborat a partir de «The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis», de Ho, et al., (2014). *BMC Psychiatry*. 14, 183.



### **1.7.1 Comorbiditat amb altres trastorns en la població jove espanyola**

Trobem diferents estudis que han investigat si hi ha alguna relació entre l'Addicció a Internet i l'ansietat social, així com les dificultats en les relacions socials dels adolescents espanyols. Segons l'estudi de Torrente, Piqueras, Orgilés i Espada, (2014), els resultats obtinguts avalen aquesta hipòtesi i són consistents amb altres investigacions prèvies. Una possible explicació a la relació entre l'Addicció a Internet i l'ansietat social que pateixen molts adolescents és la gran incomoditat que els produeixen a aquests les situacions socials presencials. Internet els dona la possibilitat de contactar, jugar o comunicar-se amb altres persones sense la necessitat d'exposar-se directament a les situacions socials que els provoquen ansietat (Torrente et al., 2014).

S'ha vist que la deficiència o la carència d'habilitats socials, d'assertivitat i les dificultats en la relació es presenten més sovint en els subjectes que també presenten Addicció a Internet, en comparació amb els que no tenen aquesta dependència (Torrente et al., 2014). Valkenburg, Peter i Schouten (2006) relataven que als adolescents introvertits els motiva el fet de comunicar-se en línia, ja que els ajuda a compensar les carències en habilitats socials i els anima a obrir-se i a proporcionar més informació sobre si mateixos als amics virtuals. A causa de les poques habilitats socials, la baixa autoestima i l'ansietat social, aquests adolescents intenten mostrar-se més madurs a les xarxes del que realment són (Torrente et al., 2014).

També hi ha un altre factor a tenir en compte, que és la qualitat de relació amb els pares. Existeix una correlació positiva entre el fet de percebre la relació amb els pares com a poc satisfactòria i l'Addicció a Internet (Torrente et al., 2014). Veient els resultats d'aquest estudi potser seria convenient continuar investigant en relació a la presència de psicopatologia premòrbida i l'Addicció a Internet en adolescents (Torrente et al., 2014).

### **1.8 Avaluació del trastorn**

Per dur a terme una avaluació del trastorn acurada és molt important, a part de les entrevistes clíniques i les proves psicomètriques, la informació que aporten els familiars sobre la conducta del pacient a casa, a l'escola, i en el seu entorn en social. Trobem diferents signes d'alerta que ens poden fer sospitar de l'existència d'un problema d'Addicció a Internet. Aquests signes són les següents:

### **1.8.1 Signes d'alerta**

Trobem certs signes d'alerta que ens poden fer sospitar de l'existència d'una possible Addicció a les TIC. És important que les famílies estiguin al cas i puguin veure aquests signes, i així detectar com més aviat millor la possible addicció. Els principals signes d'alerta són les següents (Echeburúa, 2012):

1. La privació del son (<5 hores) per estar connectat a la xarxa, a la que es dediquen temps de connexió anormalment alts.
2. Descuidar altres activitats importants, com els estudis, la feina, la salut, les relacions socials o el contacte familiar.
3. Rebre queixes en relació a l'ús de la xarxa d'algú proper, com pares, germans, professors...
4. Pensar en Internet constantment, fins i tot quan no s'està connectat, i sentir-se irritat excessivament quan la connexió falla o resulta molt lenta.
5. Intentar limitar el temps de connexió, però sense aconseguir-ho, i perdre la noció del temps.
6. Mentir sobre el temps real que s'està connectat o jugant a un videojoc.
7. Aïllar-se socialment, mostrar-se irritable i baixar el rendiment en els estudis o a la feina.
8. Sentir eufòria i activació excessiva quan s'està davant de qualsevol pantalla.

Connectar-se a l'ordinador només arribar a casa, o només en despertar-se, així com reduir el temps de les feines quotidianes, configuren un perfil d'una persona que pot esdevenir addicta a Internet. Més que la quantitat de temps que es poden passar connectats, el que és realment un signe d'alerta és el grau d'interferència amb la vida quotidiana (Echeburúa, 2012).

Així doncs, podem considerar que existeix Addicció a Internet quan hi ha un ús excessiu d'aquest, associat a una pèrdua de control. Quan apareixen símptomes d'abstinència (ansietat, depressió, irritabilitat...), davant la impossibilitat de connectar-se, quan s'estableix la tolerància i finalment quan es produeixen alteracions en la vida diària (Echeburúa, 2012).

### **1.8.2 Tipus d'entrevista**

#### **L'entrevista motivacional**

L'entrevista motivacional sorgeix de l'experiència i apareix descrita per primer cop per Miller (1983), en un article publicat en el *Behavioural Psychotherapy*. Es defineix com un tipus d'intervenció col·laborativa, centrada en la persona i dirigida a obtenir i a enfortir la motivació pel canvi. La funció del terapeuta és la d'ajudar al pacient a

resoldre i explorar l'ambivalència que genera un determinat problema (Miller i Rockllnik, 2012).

En una atmosfera constructiva, el psicòleg ha d'escoltar de manera empàtica el pacient per poder comprendre la seva perspectiva sobre el problema, els seus objectius i els seus valors vitals, i d'aquesta manera començar a promoure la motivació pel canvi (Miller i Rockllnik, 2012). L'entrevista motivacional es caracteritza per les següents premisses (Miller i Rockllnik, 2012):

- ❖ **Acceptació:** No jutjar. Implica afirmar, mostrar empatia i donar suport a l'autonomia del pacient. No vol dir aprovar totes les accions que fa o ser aquiescent.
- ❖ **Evocació:** No aconsellar. Des d'aquesta perspectiva se suposa que el terapeuta no ha de dirigir al pacient perquè li manquen recursos, sinó que es parteix de la premissa que ja té les suficients habilitats i fortaleces necessàries, simplement s'han de potenciar.
- ❖ **Col·laboració:** No confrontar. Es tracta d'una col·laboració activa entre pacient i terapeuta.
- ❖ **Compassió:** No mostrar-se indiferent, ni identificar-se amb el pacient o sentir pena d'ell. S'ha de promoure de forma activa el benestar de l'altre, donar prioritat a les seves necessitats.

En el seu últim manual, Miller i Rollnik (2012) van definir els quatre processos bàsics de l'entrevista motivacional:

1. **Establir el vincle amb el pacient (*Engaging*):** S'ha de mantenir durant tota la intervenció. Implica explorar les fortaleces, els valors i els objectius del pacient.
2. **Proposar i definir un objectiu (*Focusing*):** S'ha de tenir en compte que no és un procés estàtic ni rígid, i que pot ser reevaluat i modificat al llarg de la intervenció.
3. **Potenciar la motivació intrínseca cap al canvi del pacient (*Evoking*):** La motivació no és un tret, per tant, pot fluctuar. Evocar implica fomentar les motivacions del pacient i només és possible quan s'ha determinat un motiu de canvi.
4. **Acordar un pla d'acció (*Planning*):** Sovint, el mateix pacient té els recursos suficients per a iniciar i mantenir el canvi, i el pla d'acció pot donar-se sol (recuperació natural). És necessari desenvolupar un compromís cap al canvi, a més de formular i negociar un pla d'acció.

**Taula 6. Estratègies comunicatives de l'Entrevista Motivacional**

Estratègies comunicatives de l'Entrevista Motivacional
<b>Preguntes obertes (<i>Asking open questions</i>):</b> Per exemple: Què és el que et preocupa?, o Què és el que t'agrada de jugar a jocs en línia? I què és el que no?
<b>Provocar afirmacions d'automotivació (<i>Affirming</i>):</b> Afavorir i provocar-les mitjançant preguntes evocades. Quines són les teves raons per canviar? Què et fa pensar que podries canviar?
<b>Escolta reflexiva (<i>Reflective listening</i>):</b> Posar atenció sense interferir, per intentar comprendre a la persona. Es poden utilitzar les següents tècniques: <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Repetir: Tornar a dir l'última part de la frase utilitzada pel pacient</li><li>❖ Refrasejar: Repetir el que ha dit el pacient utilitzant sinònims o petites modificacions que ho aclareixin</li><li>❖ Parafrasejar: Inferir el que el pacient ha dit i expressar-ho amb altres paraules, amb més perspectiva</li><li>❖ Reflectir sentiments: S'incorporen elements emocionals.</li></ul>
<b>Fer resums (<i>Summarizing</i>):</b> Resumir intentant sintetitzar el que ha dit el pacient i reforçant-ho. El resum ha de ser llarg i a la vegada reafirmant.
<b>Oferir informació i consell (<i>Informing and Advicing</i>):</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Si el pacient accepta ser assessorat</li><li>2. Demanar permís per donar consell</li><li>3. La informació s'ha de sintonitzar amb la perspectiva i necessitat del client.</li></ol>

*Nota:* Adaptat de «Motivational interviewing: Helping People Change (Applications of Motivational Interviewing)», de Miller, WR. i Rollnick, S. (2012). (3ra Ed.) New York: Guildford Press.

### **El Model Transteòric del Canvi (Prochaska i DiClemente, 1984)**

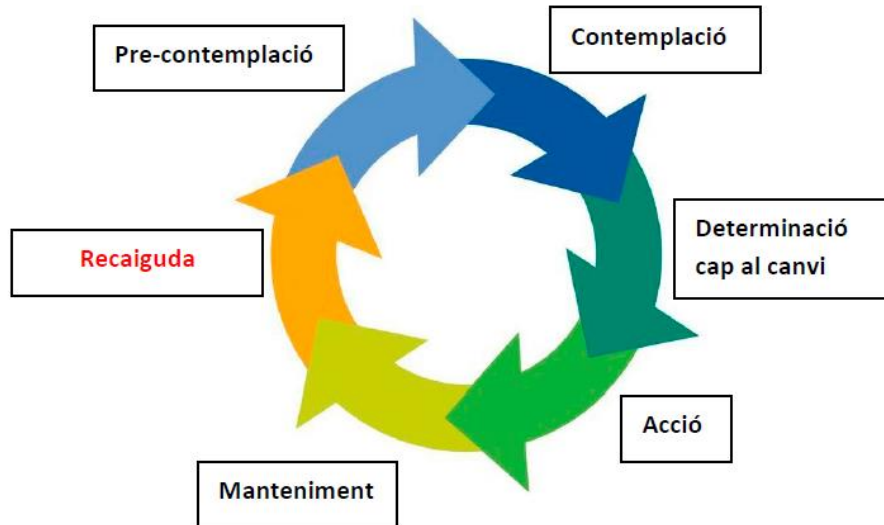
Actualment, es considera que la conducta addictiva no es caracteritza per un estat de tot o res, sinó que segueix un procés de canvi que evoluciona al llarg de tot el tractament. El procés de canvi es conceptualitza com una seqüència d'etapes a través de les quals les persones progressen mentre consideren, inicien i mantenen comportaments nous (Prochaska i DiClemente, 1984). El *Model Transteòric del Canvi* (Prochaska i DiClemente, 1984), considera el procés del canvi com un procés cíclic i en espiral, de tal manera que les persones es poden mouen d'una etapa en una altra, i on la recaiguda es pren com un fenomen normal d'aprenentatge. Qualsevol etapa està íntimament lligada a l'anterior i a la posterior, perquè com ja s'ha descrit

anteriorment, la motivació sempre és dinàmica i fluctuant (Echeburúa, Becoña i Labrador, 2010). Prochaska i DiClemente (1984) van descriure els següents estadis de canvi en els quals es pot moure un pacient durant el tractament:

- 1. Precontemplació:** En aquest estadi no hi ha cap consideració d'un possible canvi per part del pacient. Aquest nega tenir un problema i es resisteix a canviar el patró de conducta, per tant, és un dels moments en què s'ha d'evitar la confrontació directa (per exemple: rol d'expert, culpabilitzar...). S'han de posar en marxa les habilitats motivacionals per senyalar l'ambivalència, treballar les resistències i augmentar l'autoeficàcia i automotivació del pacient. L'objectiu d'aquest estadi és que el pacient consideri seriosament fer un canvi. (Echeburúa, Becoña i Labrador, 2010).
- 2. Contemplació:** L'individu examina l'actual patró de conducta i el possible canvi i fa una anàlisi dels aspectes gratificants i dels aversius que li comporta la conducta en qüestió. L'objectiu és que el pacient verbalitzi la decisió de fer un canvi imminent. El pacient considera el problema i la possibilitat de canviar, però l'ambivalència pot cronificar aquest estadi. L'actuació del psicòleg en aquesta etapa se centrarà a desenvolupar estratègies adequades per moure'l cap a la determinació del canvi sense oblidar que la presa de decisions ha de sorgir del pacient (Echeburúa, Becoña i Labrador, 2010).
- 3. Determinació per al canvi:** És l'estadi en què el pacient adquireix el compromís per passar a l'acció i de canviar la conducta, desenvolupant un pla terapèutic. L'objectiu és negociar un pla d'acció per ser implementat a curt termini. Encara que la persona ha decidit iniciar el canvi, l'ambivalència no sol estar totalment resolta. S'ha d'evitar que les preses i les ganes precipitin el procés natural. Convé realitzar una avaluació de la intensitat i el nivell de compromís del pacient (Echeburúa, Becoña i Labrador, 2010).
- 4. Acció:** Aquest estadi es caracteritza per la implementació del pla d'acció. El pacient fa passos per modificar els hàbits i comença a crear-ne de nous. L'objectiu és començar el pla i aconseguir mantenir l'hàbit. S'ha d'establir un nou patró de conducta per un període significatiu de temps (mesos) i reavaluar cada cert temps l'evolució i possibles dificultats que vagin sorgint (Echeburúa, Becoña i Labrador, 2010).
- 5. Manteniment:** Aquest és l'estadi en el qual el nou patró de conducta perdura per un extens període de temps consolidant-se dins de l'estil de vida del pacient. L'objectiu és mantenir el canvi i consolidar l'hàbit a llarg termini (Echeburúa, Becoña i Labrador, 2010).
- 6. Les recaigudes (i les caigudes):** Són un fenomen molt freqüent i es consideren una part esperable del procés d'aprenentatge. Cal distingir entre una caiguda ocasional o una recaiguda mantinguda. Una actitud de reconstrucció positiva i de revalorització de la situació ajudarà que l'episodi es percebi com una

violació de l'abstinència, i es converteixi en un fet aïllat, de tal manera que no impliqui una recaiguda mantinguda (Echeburúa, Becoña i Labrador, 2010).

### Model Transteòric del canvi de Prochaska i DiClemente (1984)



**Figura 2.** Roda del canvi. Adaptat de «El Juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento», de Echeburúa, Becoña i Labrador, (2010). (1ra Ed.) Madrid: Editorial Pirámide.

#### 1.8.3 Instruments psicomètrics d'avaluació:

- ❖ **Qüestionari d'Ús i Abús d'Internet** (Brenner, 1997; Suler, 1996; Young, 1996). Adaptació espanyola de Garcia del Castillo i Terol (2007). Consta d'un total de 47 ítems que es divideixen en 5 subescales: "Repercussió en altres activitats", "Relacions i amiatat", "Estat emocional", "Hàbits" i "costs".
- ❖ **Internet Addiction Test** (Kimberly Young, 1998). És una de les escales més utilitzades en clínica i investigació. Consta de 20 ítems que mesuren l'abast de l'addicció en l'individu i classifiquen el comportament addictiu en lleu, moderat o greu.
- ❖ **Qüestionari d'Experiències Relacionades amb Internet (CERI)** (Beranuy, Chamarro, Graner i Carbonell, 2009). Està format per 10 ítems que valoren dos factors principals: els conflictes intrapersonals i els interpersonals que pot causar la conducta addictiva a l'individu.
- ❖ **Qüestionari d'Experiències Relacionades amb el Mòbil (CERM)** (Beranuy, Chamarro, Graner i Carbonell, 2009). També consta de 10 ítems que avaluen la satisfacció que provoquen les experiències en relació al telèfon mòbil. Els ítems estan relacionats amb l'augment de la tolerància, els efectes negatius de la

conducta, les relacions familiar i socials, la pèrdua de control, reducció de les activitats d'oci i el desig intens d'estar connectat.

- ❖ **Qüestionari d'Experiències Relacionades amb els Videojocs (CERV)** (Chamorro, 2014). El qüestionari consta de 17 ítems, desenvolupats a partir del CERI de Beranuy et al., (2009) i valora l'ús problemàtic dels videojocs no massius. Valora concretament la dependència psicològica i l'ús per l'evasió, i les conseqüències negatives d'aquest ús. Pot ser un bon instrument de cribatge d'adolescents amb dificultats derivades de l'ús de videojocs.
- ❖ **Test de Dependència dels Videojocs (TDV)** (Chóliz i Marco, 2011). És un instrument diagnòstic de la dependència dels videojocs, basat en els principals criteris diagnòstics del Trastorn per Dependència de Substàncies del DSM-IV-TR. Consta de 25 ítems que avaluen les següents dimensions: abstinència, abús i tolerància, problemes ocasionats pels videojocs i la dificultat de control.

## 1.9 Abordatge terapèutic

### 1.9.1 Intervenció psicològica

Tot i que l'Addicció a Internet és un concepte relativament nou hi ha diferents mètodes, generalment acceptats i empírics, de tractament. Els mètodes proposats pel tractament a l'Addicció a Internet consisteixen principalment a fer teràpia psicològica i en algunes intervencions farmacològiques quan hi ha psicopatologia comorbida.

L'objectiu principal del tractament psicològic en l'addicció a Internet, a diferència d'altres addiccions, radica en poder fer un ús controlat de la xarxa. No es pot pretendre que l'objectiu final sigui l'abstinència total, ja que avui en dia Internet és una eina necessària en molts àmbits de la vida (acadèmic, laboral...). Per tant, l'objectiu terapèutic seria la regulació de la conducta per tal que aquesta sigui funcional i es pugui desenvolupar un patró d'ús controlat (Marco i Chóliz, 2013).

Pel que fa al tractament en qüestió, Griffiths i Meredith (2009) van plantejar que la teràpia més adequada per aquest tipus d'addicció era la cognitiu-conductual i seguint aquesta mateixa direcció es van presentar algunes tècniques com l'autoregistre, la modificació dels pensaments irracionals, l'activació conductual...

A més, aquest enfocament pretén que les persones aprenguin a organitzar i gestionar el temps, a reconèixer els beneficis i els potencials perills d'Internet, a identificar els desencadenants dels episodis d'ús excessiu d'Internet, a manejar les emocions i la impulsivitat, a millorar les habilitats de comunicació i els estils d'afrontament, així com de cultivar l'interès per activitats alternatives (Marco i Chóliz, 2013).

El Tractament Cognitiu-Conductual per a l'Addicció a Internet (CBT-IA), va ser desenvolupat per Young (2011) i és un dels que més s'utilitza actualment. Es divideix bàsicament en tres fases que està pensat que durin unes 12 sessions:

## 1. Modificació de la conducta

En aquesta primera fase del tractament és important dissenyar un pla específic orientat a modificar el comportament per arribar a fer un ús saludable de les pantalles. A causa de l'accessibilitat que tenim avui en dia d'Internet és important desenvolupar un programa de recuperació clar i estructurat (Young, 2011).

Per dissenyar aquest pla el primer pas és avaluar l'ús que fa el pacient d'Internet. S'ha de fer una anàlisi funcional i identificar quines situacions, emocions i activitats de la xarxa en desencadenen l'abús. Aquesta avaluació es pot fer a través d'un registre que valori les situacions d'alt risc i l'ús diari que es fa d'Internet, que servirà de línia base per iniciar el tractament (Young, 2011).

### Exemple de registre per valorar les situacions d'alt risc i d'ús diari d'Internet

Dia i hora	Situació	Activitat en línia	Duració	Conseqüències
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Lloc i companyia</i></li><li>• <i>Què es feia, pensava i sentia abans de la connexió</i></li></ul>	<i>Quina activitat concreta es fa a Internet</i>	<i>Temps d'ús d'Internet</i>	<i>Què es pensa i sent després de la connexió</i>

**Figura 3.** Adaptat de «CBT-IA: The First Treatment Model for Internet Addiction» de K.Young (2011). *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 25 (4).

Aquests tipus de registres, també serveixen perquè els pacients puguin mesurar objectivament part de l'èxit de la seva recuperació a través de la reducció de les hores que passen connectats. En un inici és important ajudar als pacients a realitzar canvis que tinguin resultats quantificables, ja que és essencial per a recuperar el control del comportament (Young, 2011).

És vital que des del principi del tractament es treballi amb el pacient la importància de mantenir uns hàbits saludables. Cal que el pacient prengui consciència que portar una dieta equilibrada i uns horaris regulars és vital per la seva recuperació. Es tracta doncs, d'ajudar-los a restablir els horaris del son, ja que normalment els pacients solen tenir el cicle de son/vigília canviat per complet. També és important promoure l'alimentació saludable i animar als pacients que facin tots els àpats fora de l'habitació i acompanyats de la família, ja que molts solen menjar a l'habitació (Marco i Chóliz, 2013).

En aquesta primera fase, també s'aplica la tècnica de control d'estímuls. En un primer moment s'ha d'evitar per complet la connexió, però després d'un període d'abstinència total s'intenta exposar de nou al pacient a Internet, però limitant el temps de connexió. Així doncs, s'ha d'establir un pacte clar entre el pacient i el terapeuta en relació a la quantitat de temps que es passarà amb les pantalles. Per al



correcte compliment d'aquest acord és important la col·laboració d'un co-terapeuta que controli el temps real que passa el pacient connectat. Es poden establir rutines de descans com aixecar-se de l'ordinador en intervals regulars, fer servir un temporitzador o una alarma com a recordatori per saber que és hora de donar una volta... Aquestes tècniques ajuden a deshabituar-se de les pantalles i a interrompre vells patrons de comportament. També es recomana que s'eliminin aquells programes, jocs, aplicacions o pàgines web que normalment els condueixen a l'abús d'Internet. S'ha d'aprendre a controlar qualsevol estímul que pugui provocar l'inici del comportament addictiu (Young, 2011).

A més del control d'estímuls, també és important promoure l'activació conductual perquè el pacient comenci a realitzar altres activitats gratificants totalment allunyades de les pantalles. Es pot confeccionar un horari d'activitats setmanals en el que s'incloguin temps per l'oci, per fer esport, temps per estudiar i també períodes de descans (Marco i Chóliz, 2013).

## **2. Reestructuració cognitiva**

La segona fase del CBT intenta abordar les cognicions desadaptatives (minimització del problema, el record selectiu de les experiències positives passades...) que actuen com a desencadenant del comportament abusiu. Hi poden haver pensaments del tipus "ningú m'estima fora de la xarxa" o "únicament sóc respectat en el món dels jocs en línia". Aquest tipus de cognicions desadaptatives caracteritzades pel pensament del de "tot o res" poden intensificar i perpetuar l'Addicció a Internet de l'individu (Young, 2011).

La CBT utilitza la reestructuració cognitiva per ajudar als pacients a reavaluar com de irracionals són els pensaments i interpretacions que els pacients fan del món real, d'Internet i de si mateixos. S'intenta discutir i generar alternatives per les rumiacions que generen expectatives negatives d'autosuficiència i que incrementen la probabilitat de mantenir la conducta. Per exemple, es pot treballar la creença d'un jugador en línia que creu que el món en virtual és l'únic lloc on és respectat. La reestructuració cognitiva l'ajudarà a veure que hi ha altres entorns on també pot ser respectat (Young, 2011).

Amb el temps, desafiant aquest tipus de pensaments negatius el pacient podrà adonar-se que la vida real li pot oferir moltes més coses positives que el món virtual. Prendre consciència de les distorsions cognitives ajudarà als pacients a conèixer els seus patrons de pensament la qual cosa els permetrà començar a qüestionar-los de manera independent (Young, 2011).

Per afavorir a aquest canvi cognitiu s'ajuda el pacient a identificar els problemes principals o conseqüències derivades de l'Addicció a Internet. Per fer-ho, es proposa al pacient que confeccioni una llista dels cinc grans conseqüències negatives causades per l'Addicció a Internet i una llista paral·lela de les cinc grans conseqüències positives.

Aquesta llista es pot confeccionar en forma de targeta, de manera que el pacient la pugui portar sempre a sobre i recorre-hi cada cop que tingui ganes de connectar-se. Aquesta tècnica pot servir per a qualsevol tipus d'addicció i també serà útil en la fase de prevenció (Young, 2011).

Un altre aspecte a treballar en aquesta fase és la consciència de malaltia. Sovint els pacients neguen o minimitzen el seu problema en relació a l'Addicció a Internet. Poden tenir sentiments d'ambivalència pel que fa al tractament perquè no han assumit la plena responsabilitat del comportament i no estan segurs de si realment volen renunciar a Internet. Els pacients també solen minimitzar els danys que causa el seu comportament als éssers estimats. En alguns casos, l'addicte se sent arrossegat a la teràpia per part d'un familiar (Young, 2011).

### **3. Prevenció de recaigudes**

En aquesta fase, els pacients solen creure que ja estan recuperats pel simple fet d'abstenir-se d'Internet i no són conscients que s'han de treballar molts altres aspectes per aconseguir una rehabilitació completa. Això significa que s'han d'investigar quines són les variables subjacents que van portar al pacient al comportament abusiu i treballar-les (Young, 2011).

Així doncs, la tercera i última fase de la CBT s'utilitza per identificar i treballar aquells factors desencadenants de l'Addicció a Internet i que poden propiciar recaigudes. Un cop s'han identificat quines són les situacions d'alt risc cal fer un entrenament en resolució de problemes, per afrontar aquests esdeveniments i buscar-hi una solució adaptativa i saludable. Per exemple, si el pacient té problemes d'autoestima, es treballen maneres alternatives per tal d'afrontar aquests sentiments de manera més adaptativa, en comptes recórrer a Internet o, si un pacient juga a jocs en línia per evadir-se de l'estrès laboral, se li poden ensenyar tècniques més efectives per fer front a aquest estrès. Amb aquest treball el que s'intenta és reduir les dificultats subjacents a l'addicció fent que el pacient adquireixi noves estratègies d'afrontament més saludables (Young, 2011).

També és important en aquesta fase final fer un entrenament en habilitats socials, sobretot en aquells pacients que tenen dificultats relacionals o fòbies de tipus social i que s'evadeixen de la realitat a través d'Internet (Young, 2011).

### **8 Tècniques terapèutiques (Young, 1999):**

- 1. Practicar el contrari en el temps d'ús d'Internet:** És necessari avaluar prèviament els hàbits d'ús d'internet: quan, com, on, quant de temps... La tècnica consisteix a trencar la rutina per adaptar-se a una de nova. Per exemple: Si el primer que fa el pacient després de despertar-se és revisar el correu electrònic, li podem suggerir que ho faci després d'esmorzar. Si es connecta només en arribar a casa a les tardes, li podem suggerir que ho faci després de sopar. L'objectiu és trencar els hàbits de connexió (Young, 1999).
- 2. Interruptors externs:** Es tracta de fer servir senyals que li indiquin al pacient que ha de desconnectar. Es poden utilitzar rellotges o alarmes (Young, 1999).
- 3. Fixar objectius:** Per evitar les recaigudes es pot elaborar un horari realista que permeti al pacient manegar el seu propi temps. Es pot elaborar un esquema de connexions breus però freqüents. Al tenir un horari tangible permet tenir una sensació de control (Young, 1999)..
- 4. Abstinència d'una aplicació en particular:** Una vegada s'ha identificat l'aplicació que resulta més problemàtica per al pacient, aquesta ha de deixar de ser utilitzada. Això no significa que no es puguin utilitzar altres aplicacions. Per exemple: si un pacient té problemes amb les xarxes socials, és convenient que en mantingui l'abstinència, però sí que pot connectar-se al correu electrònic o jugar a jocs en línia (Young, 1999).
- 5. Fer servir targetes recordatori:** Per mantenir al pacient centrat en l'objectiu de l'abstinència o l'ús controlat d'Internet podem demanar-li al pacient que faci una llista amb les cinc principals conseqüències negatives i una a l'altre amb les conseqüències positives que li aporta estar desconnectat d'Internet o abstenir-se de l'ús d'una aplicació. La llista pot estar escrita en una targeta que el pacient pot portar sempre a sobre. Li podem suggerir que miri la targeta cada vegada que tingui ganes de connectar-se a Internet (Young, 1999).
- 6. Desenvolupar un inventari personal:** Al mateix temps que el pacient intenta tallar l'ús d'Internet, podem suggerir que cultivi una activitat alternativa. El pacient ha d'elaborar un inventari personal de les activitats que ha deixat de fer a causa de la seva addicció, per després classificar-les en "molt importants", "importants" o "poc importants". Hem de fer que l'addicte examini especialment les activitats "molt importants" perquè es faci conscient del què perdut i li agradaria recuperar (Young, 1999).
- 7. Entrar en un grup de suport:** Seria convenient ajudar al pacient a trobar un grup de suport que sigui específic per la seva situació, on pugui compartir la seva experiència amb persones que han passat per la seva mateixa situació (Young, 1999).
- 8. Teràpia familiar:** La teràpia familiar serà necessària en aquells casos en què les relacions familiars han estat interrompudes o s'han vist negativament

afectades per l'addicció. La intervenció ha d'estar centrada a educar a la família en el concepte d'addicció, reduir el sentiment de culpa del pacient, promoure la comunicació oberta sobre els problemes premòrbids que van portar al pacient a implicar-se en una conducta addictiva (Young, 1999).

Deixant de banda la CBT-IA, Kuss i Griffiths (2015), van concloure que per al tractament de l'Addicció a Internet la teràpia grupal pot ser molt beneficiosa per a la recuperació, ja que s'inclou una xarxa de suport de persones que experimenten problemes similars. Les històries d'altres pacients poden ajudar a veure en perspectiva els propis problemes. A més, la teràpia grupal pot crear un entorn segur en el qual es pot parlar obertament de la problemàtica de l'addicció. La teràpia grupal dona la possibilitat d'aprendre dels altres, i en conseqüència, millora les habilitats d'afrontament, a través de les experiències explicades pels altres (Kuss i Griffiths, 2015).

La incorporació de la xarxa familiar a la teràpia, també pot ser molt beneficiosa, sobretot pels pacients joves. Les famílies han de contribuir en la recuperació del pacient oferint suport emocional, premiant les conductes constructives i detectant les conductes d'alt risc. L'eficàcia de la teràpia grupal i familiar en adolescents amb problemes de consum de substàncies ha tingut gran eficàcia, i és per això que es considera que aquests marcs terapèutics poden ser igual de vàlids en el cas de l'Addicció a les TIC. És per això que es recomana que sempre s'incorporin les famílies en el tractament psicològic dels pacients joves (Kuss i Griffiths, 2015).

### **1.9.2 Intervenció Psicofarmacològica**

No hi ha evidències que existeixi cap tipus de tractament farmacològic eficaç per a les addiccions, però sí que hi ha alguns estudis que parlen de l'eficàcia de la teràpia cognitiu-conductual complementada amb tractament farmacològic en els casos que a més de presentar Addicció a Internet també presenten psicopatologia comòrbida. En una revisió recent, realitzada per Przepiorka, Blachnio, Mizia i Czuczwar (2014) es va concloure que el tractament més eficaç per tractar aquests casos era la combinació dels dos tipus de tractament. Depenent de la psicopatologia comòrbida es poden utilitzar alguns d'aquests fàrmacs: antidepressius (escitalopram i bupropion) antipsicòtics (olanzapina i quetiapina), antagonistes dels receptors opioides (naltraxona combinada amb sertralina) i els psicoestimulants (metilfenidat) (Kuss i Griffiths, 2015).

També cal tenir en compte que trobem moltes deficiències metodològiques en relació als estudis que informen dels tractaments farmacològics en relació a les addiccions conductuals. (Kuss i Griffiths, 2015).

## 2. Cas clínic: Addicció a Pantalles

### 2.1 Identificació del pacient

<b>Nom</b>	X
<b>Gènere</b>	Home
<b>Edat</b>	29
<b>Lloc de naixement</b>	Ciutat d'entre 70.000 i 80.000 habitants
<b>Nivell d'estudis</b>	ESO (No finalitzat, va deixar-ho a 4rt d'E.S.O)
<b>Activitat laboral (actual i prèvies)</b>	Vinculat a empresa de treball protegit, a través del qual està treballant en una empresa del sector de la fusta (inici el setembre de 2017). El 2007 va treballar a la construcció en una empresa familiar (1 mes i mig). Des de llavors no havia tornat a treballar.
<b>Estat civil</b>	Solter
<b>Nombre de fills</b>	Sense fills
<b>Situació de residència i familiar</b>	Actualment viu amb la seva mare. Pares separats, el pare viu en una població dels voltants amb els avis paterns. No té germans.

## 2.2 Motiu de consulta

El pacient acudeix sol a la primera visita a la Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions No Tòxiques, i explica que ve perquè l'ha enviat la Treballadora Social de l'ajuntament, ja que ell no creu que tingui cap problema amb jocs de rol en línia, sinó que juga o veu series perquè no té res més a fer.

Explica que als 15 anys, quan feia 4rt d'ESO, va deixar d'anar a classe per quedar-se a casa i connectar-se a Internet, jugar o mirar pel·lícules. Actualment gairebé no surt de casa i manté aquesta mateixa rutina.

### **Precipitants de la consulta:**

Fa aproximadament un any que la mare va acudir a serveis socials amb l'ajuda d'una amiga. L'han anat citant mensualment fins que l'han derivat al servei de Salut Mental, a causa la gravetat de la situació.

## 2.3 Descripció del problema

El pacient arriba a consulta derivat per la Psicòloga de l'ajuntament. Presenta una Addicció a les Pantalles (jocs de rol en línia, sèries, pel·lícules...) que fa que es quedi a casa, des de fa gairebé 5 anys. El fet d'estar tant de temps tancat a casa, amb escàs contacte social, i amb un perfil de personalitat amb trets evitatius, dependents i amb tendències significatives antisocials i esquizoides, fa que a l'Addicció a les Pantalles se li sumi un Trastorn d'Ansietat Social, que li impedeix sortir de casa i desenvolupar activitats quotidianes com anar a comprar, sortir a caminar...

Té uns hàbits d'alimentació poc saludables (sovint menja a l'habitació, productes precuinats o entrepans) i els horaris de son estan alterats (es lleva a les 5 del matí per jugar, se'n va a dormir a les 8 del vespre...).

També s'observa cert deteriorament físic, segurament pel fet d'estar tant de temps tancat a casa (baix pes, pal·lidesa...), lleuger alentiment cognitiu i aplanament afectiu.

## 2.4 Història del problema: antecedents i evolució

El problema del pacient va començar fa uns 5 anys, quan en tenia 15 i cursava 4rt d'ESO. Va ser durant aquesta època que va començar a faltar a classe per quedar-se a casa i poder connectar-se a l'ordinador (per jugar, mirar pel·lícules, series...). Va començar faltant a les tardes i després als matins, fins que va abandonar completament el curs i es va quedar reclòs a casa.

Aproximadament un any abans, durant 3r d'ESO havia començat a consumir THC de manera ocasional.

El fet d'estar tant de temps tancat a casa, sense anar a l'Institut i sense tenir relació amb persones que no fossin els seus familiars més propers, va fer que el pacient cada cop li produís més ansietat enfrontar-se a situacions quotidianes, com sortir al carrer, anar a comprar, estar amb persones de la seva edat, etc. Així doncs, ja no només es quedava a casa per jugar a l'ordinador, sinó que també ho feia per evitar sortir al carrer i haver-se d'enfrontar al món real.

En el moment que consulten, el pacient es passa tot el dia, i part de la nit, connectat (juga, mira series, xateja...). Comenta que va estar un mes sense jugar però ho substituïa mirant sèries de televisió.

- ❖ **Antecedents somàtics:** No refereix malalties importants, ni intervencions quirúrgiques rellevants, però durant la primera visita s'evidencia un aspecte físic clarament desmillorat. El seu pes en el moment de la primera visita és realment baix, segurament, a causa de la mala alimentació i al poc exercici (42 kg i l'altura d'1,68 cm). També presenta un to de pell molt pàl·lid, a causa de les poques hores que passa a l'aire lliure.
  
- ❖ **Situació i antecedents familiars:** Els seus pares estan separats des de fa 5 anys. El pacient viu amb la seva mare, de 53 anys. El pare té 47 anys i viu en una població propera al mateix edifici que els avis paterns i treballa de miner. El pacient no té germans.  
La mare presenta problemes de salut importants, pateix Lupus i problemes visuals que li impedeixen treballar. També té dificultats per realitzar les tasques de la llar i és per això que el pacient se n'ha de fer càrrec i sovint també li ha de preparar el menjar.  
El pare presenta problemes relacionats amb el joc i l'alcohol no tractats, que, segons la mare, van ser els detonants de la separació.

## 2.5 Tècniques d'avaluació aplicades

### 2.5.1 Tipus d'entrevista:

Des que comença el tractament a la Unitat de Joc patològic i Altres Addiccions No Tòxiques, es realitzen entrevistes de tipus motivacional amb el pacient.

#### ❖ Observacions durant la primera visita:

El pacient acut per primera vegada sol. Presenta un aspecte descuidat i un estat físic clarament desmillorat. No sembla que hi hagi consciència del problema d'Addicció a les Pantalles i durant tota la visita l'intenta minimitzar. Tampoc sembla que hi hagi molta consciència de les dificultats relacionals i no veu el fet d'estar tancat a casa com un problema.

No expressa sentiments de malestar però s'observa un estat d'ànim decaïgut i apàtic i es mostra desmotivats, sense objectius vitals que l'empenyin a fer un canvi. Pel que veiem té un estil d'afrontament clarament evitatiu i poca tolerància a la frustració, així com un caràcter introvertit.

Tot i així, en la primera visita, es mostra disposat a seguir el tractament, a assistir a les visites regularment i a complir les indicacions terapèutiques.

### 2.5.2 Proves psicomètriques

L'avaluació del rendiment cognitiu i de personalitat es va dur a terme l'11-16 de març del 2011, en un període en què el pacient va ser ingressat a la planta de psiquiatria. A continuació s'exposen totes les proves que se li van administrar, així com els seus resultats.

#### ❖ Observacions durant l'avaluació:

El pacient accepta fer els tests. Es mostra col·laborador i sembla esforçar-s'hi. S'evidencia un caràcter introvertit, però obert a parlar de les seves dificultats.



**Taula 7. Taula resum dels resultats de l'avaluació (rendiment cognitiu)**

**RENDIMENT COGNITIU**

**ESCALA D'INTEL·LIGÈNCIA WECHLER (WAIS III)**

**QIT: 77    QIV: 70 < QIM: 90    CV: 71 < OP: 95 < VP: 106**

Amb els resultats de la prova veiem un capacitat intel·lectual global situada a la zona límit, en comparació a la mostra poblacional de la mateixa edat que el pacient (QIT: 77). Tot i així, aquest resultat s'ha d'interpretar amb cautela, ja que veiem que existeixen diferències estadísticament significatives entre els resultats dels índexs verbals i manipulatius (QIV: 70 < QIM: 90). Igualment també s'observen diferències significatives entre els alguns dels subtests que formen aquests índexs. Així doncs, a causa d'aquestes discrepàncies, no podem considerar que el resultat de la prova sigui interpretable.

- ❖ **A nivell verbal**, els millors rendiments (normal-baixos), els registra en les proves que avaluen coneixement de vocabulari, capacitat de comprensió de normes i comportaments socials eficaços. La seva capacitat d'atenció-concentració, valorada mitjançant la repetició de sèries de dígit, també es registra com a normal-baixa, però quan se li exigeix el càlcul mental, el seu rendiment empitjora (el pacient tendeix a respondre ràpidament i de forma errònia, i sovint s'autocorregeix). La capacitat d'abstracció verbal també es registra com a deficitària en relació al rendiment esperat en el seu grup d'edat. El seu pitjor rendiment, també significativament pobre, l'obté en proves que valoren el coneixement de la informació cultural.
- ❖ **A nivell manipulatiu**, el perfil de rendiment es registra més homogeni i se situa al voltant de la mitjana de la distribució esperada pel seu grup d'edat. Els millors rendiments els obté en proves que valoren la capacitat atencional mitjançant estímuls visuals, i també en les que impliquen capacitat per organitzar material visuoespacial i visuoconstructiu (cubs de Kohs). També registra rendiments propers a la mitjana pel que fa a la capacitat de discriminar detalls en dibuixos d'objecte i situacions quotidianes i en proves que valoren la capacitat de raonament lògic no verbal. En canvi, hi destaca un rendiment significativament deficitari de la capacitat per ordenar de forma lògica seqüències d'histories de la vida quotidiana.

**TEST D'APRENTATGE VERBAL CALIFÒRNIA (AVLT)**

**Record: 54/1/0/0/-1/-1**

**Aprenentatge: 0/0/0/1/-1/0**

**Errades record (A i B): -2/1/-1**

**Reconeixement: -2/-1/0/-1**

**Mesures de contrast: 1/0/-1/-1/0**

**Aprenentatge seriat de paraules:** Té un rendiment global mitjà, amb una corba d'aprenentatge ràpidament ascendent però estancada (8-11-14-14-14).

**Codificació:** No es veu cap patró predominant d'ús d'estratègies de codificació de la informació. Utilitza tant estratègies de seriació com semàntiques. Li costa més recordar el material presentat al final de la llista. Presenta algunes intrusions en l'evocació lliure del record.

**Recuperació:** No hi ha pèrdua significativa del record a mig termini.

**Reconeixement:** Manté el record prèviament après. Només presenta un fals reconeixement de la llista interferent.

### TEST DE LA FIGURA COMPLEXA DE REY (FC-REY)

**Copia: PC Tipus <25/ Exactitud 90/ Temps 25**

**Memòria: PC Tipus - / Exactitud 60/ Temps –**

La reproducció de la còpia és correcta, però no s'observa planificació (va dibuixant elements sense un pla organitzatiu. El record diferit (30 min) es valora preservat (mitjà).

### TEST DELS TRAÇOS (TMT)

**A NT: 57 B NT: 53 Errades: 0**

Presenta rendiments mitjans en tasques d'atenció i seriació senzilles i en les que impliquen memòria de treball. L'execució és ràpida i no comet errors.

### TEST DE FLUÈNCIA VERBAL

**FAS PC: >1 ANIMALS PC: 10**

El pacient presenta un rendiment inferior al que s'espera, si el comparem amb la mostra poblacional, en la tasca de fluència verbal mitjançant consigna fonètica, amb molt poca producció de paraules. El seu rendiment millora lleugerament (rendiment normal-baix) quan l'evocació és categorial.

### WISCONSIN CARD SORTING TEST (WCST)

**NT: 69/ >80/ 60/ >80/ 65**

En tasques que impliquen categorització, flexibilitat cognitiva i resolució de problemes, el pacient és capaç d'assolir ràpidament totes les categories requerides, sense cometre errors ni perseveracions significatives, i beneficiant-se del feedback que se li proporciona.

**Taula 8. Taula resum dels resultats de l'avaluació (personalitat)**

## PERSONALITAT

### INVENTARI CLÍNIC MULTIAXIAL DE MILTON (MCMI-III)

Les escales de validesa indiquen una actitud oberta per parlar dels seus problemes, però és una persona que no exhibeix patiment psicopatològic i que tampoc intenta mostrar-se socialment atractiva.

Les escales d'estat psicopatològic únicament registren puntuacions significatives en l'escala relacionada amb l'estat generalitzat de tensió i ansietat. També hi destaca una marcada negació de simptomatologia somàtica, suggerint-s'hi despreocupació per la seva pròpia salut.

Les escales d'estat registren trets mixtes, destacant-hi els evitadors i dependents, i en segon terme també es registren trets antisocials i esquizoides. La configuració resultant suggereix propensió a mostrar manca d'iniciativa i distanciament interpersonal, en una persona predisposada a experimentar pocs reforçaments positius de si mateix i dels altres, amb predisposició a mostrar-se passiu i indiferent, i amb tendències a la impulsivitat i a la irresponsabilitat.

### INVENTARI MULTIFÀSIC DE PERSONALITAT DE MINNESOTA (MMPI-2)

Les escales de validesa registren respostes sinceres, conscients, no clínicament defensives, però amb tendència a la no aquiescència en les seves respostes.

La configuració de les escales bàsiques s'obté en trastorns addictius i és compatible amb presència de disfòria, alienació, evasió, suspicàcia, acceptació de conflictes familiars i ressentiment. També s'hi indica estat ansiós, amb indecisió i inèrcia, timidesa greu, inhibició, manca de confiança en si mateix i extremada sensibilitat interpersonal, així com probable preocupació per la seva aparença física o temor a no semblar atractiu. El perfil resultant també és suggerent d'un patró clínic caracteritzat per impulsivitat seguida de períodes de relatiu control.

Les puntuacions obtingudes en les escales de contingut destaquen l'acceptació de sentiments de baixa autoestima, amb manca d'autoconfiança i tendència a adoptar actituds negatives envers ell mateix, així com també indiquen malestar social significatiu, amb creences de què ningú pot ajudar-lo.

### QÜESTIONARI DE SÍMPTOMES (SCL-90-R)

Mitjançant l'inventari de símptomes, el pacient accepta vivències de malestar significatiu i divers, principalment experiències fòbiques, amb ansietat, timidesa,

vergonya, sentiments d'inferioritat, incomoditat i inhibició en situacions socials.

### ESCALA D'ASSERTIVITAT DE GAMBRILL I RICHEY (G-R)

A través d'una escala específica per a la valoració de conductes en situacions interpersonals, el pacient admet ansietat significativa en haver d'iniciar converses amb estranys, en haver d'acceptar o rebutjar cites i en trobar-se en situacions de relacions íntimes. Tanmateix el pacient reconeix dificultats per mostrar-se assertiu en aquestes situacions en les quals experimenta ansietat, alhora que en la majoria de situacions plantejades en l'escala.

### INVENTARI D'ANSIETAT I FÒBIA SOCIAL (SPAI)

En l'inventari per a la valoració de la fòbia social, el pacient accepta que experimenta ansietat significativa en haver de parlar en una petita reunió informal, en sentir-se criticat o rebutjat, ansietat anticipatòria, inhibició i cognicions centrades en el temor a l'avaluació negativa d'ell per part d'altres persones de l'entorn.

**RESUM:** S'obtenen perfils clínics suggerents de cronicitat, sense demanda d'ajuda, compatible amb trastorn addictiu, estat disfòric, alienació, evasió, suspicàcia i ressentiment, amb acceptació de conflictes familiars i on destaca simptomatologia ansiosa, predominantment en relació a situacions interpersonals, amb timidesa greu, inhibició, manca de confiança en si mateix i extremada sensibilitat interpersonal, sense descartar trastorn fòbic social.

El perfil de personalitat descriu trets mixtes, principalment evitatius i dependents, però també amb tendències significatives antisocials i esquizoïdes. No obstant això, l'estructura de personalitat descrita podria estar influenciada per l'estat psicopatològic actual.

La seva capacitat intel·lectual s'estima situada a la zona inferior de la distribució esperada en grups de similar edat a la del pacient ( $QI= 77$ ); però registrant-s'hi discrepàncies estadísticament significatives entre els components verbals i manipulatiu avaluats ( $QIV=70 < QIM= 90$ ). També es registren diferències significatives en els rendiments entre els diversos subtests administrats, cosa que qüestiona la representativitat del quocient intel·lectual comentat. Es valoren rendiments mitjans en tasques que impliquen velocitat per a processar la informació, organització perceptiva i aprenentatge; mentre que obté rendiments significativament deficitaris per cercar informació i en coneixements culturals.

## 2.6 Diagnòstic diferencial

És possible, que en el cas d'aquest pacient, com en molts d'altres, hi hagi algun trastorn o trets de personalitats comòrbids a l'addicció, que poden contribuir al seu manteniment. És important que aquesta psicopatologia s'avaluï, es diagnostiqui i es tracti, ja que d'aquesta manera també es contribuirà a la recuperació de l'addicció. Abans de fer un diagnòstic definitiu d'aquesta comorbiditat psiquiàtrica de la qual parlem, cal tenir en compte les característiques dels següents trastorns per tal de no confondre'ls i no realitzar un diagnòstic erroni.

- ❖ **TEA:** El trastorn de l'espectre autista es caracteritza per dèficits persistents en la comunicació social i la interacció social en múltiples contextos, inclosos els dèficits de la reciprocitat social, els comportaments comunicatius no verbals utilitzats per la interacció social i les habilitats per desenvolupar, mantenir i entendre les relacions. A més dels dèficits de la comunicació social, el diagnòstic del trastorn de l'espectre autista requereix la presència de patrons de comportament, interessos o activitats de tipus restrictiu o repetitiu.
- ❖ **Agorafòbia:** Els individus amb agorafòbia se senten temorosos o ansiosos davant de dues o més de les següents situacions: ús del transport públic, estar en espais oberts, trobar-se en llocs tancats, fer cua o estar en una multitud, i trobar-se sols fora de casa en altres situacions. La persona té por d'aquestes situacions a causa dels pensaments sobre el desenvolupament de símptomes similars a la crisi d'ansietat o altres símptomes incapacitants o humiliants en circumstàncies en les quals escapar seria difícil o on no es podria disposar d'ajuda. Aquestes situacions quasi sempre indueixen por o ansietat i són evitades, o requereixen la presència d'un acompanyant.
- ❖ **Trastorn d'Ansietat Generalitzada:** Les característiques del trastorn d'ansietat generalitzada són: ansietat persistent i excessiva, i preocupació sobre diferents aspectes, com per exemple el treball i el rendiment escolar, que la persona percep com a difícils de controlar. A més, el subjecte experimenta símptomes físics, com inquietud o sensació d'excitació i nerviosisme.
- ❖ **Trastorn Depressiu Major:** Es caracteritza principalment per episodis determinats d'almenys dues setmanes de duració (encara que la majoria duren més) i amb remissions interepisòdiques, que impliquen canvis clars en l'afecte, la cognició i les funcions neurovegetatives. Es pot realitzar el diagnòstic basant-se només en un episodi, encara que en la majoria dels casos el trastorn sol ser recurrent.

- ❖ **Trastorn d'Ansietat Social (Fòbia Social):** En el Trastorn d'Ansietat Social la persona evita, o sent por i ansietat, davant d'interaccions socials i situacions que impliquen la possibilitat de ser examinat. Això inclou situacions tals com reunions amb persones desconegudes, situacions en les quals la persona pot ser observada menjant o bevent, i situacions en les quals la persona ha d'actuar davant d'altres. La ideació cognitiva és la de ser avaluat negativament pels altres, per sentir-se avergonyit, humiliat o rebutjat, o por a ofendre als altres.

Tenint en compte les característiques i criteris diagnòstics del DSM-V dels Trastorns anteriorment definits, arribem a la conclusió que el nostre pacient només compleix els criteris del **Trastorn d'Ansietat Social (Fòbia Social)**. D'aquesta manera totes les altres patologies queden descartades (ja que no compleixen els criteris suficients per a ser diagnosticades).

## 2.7 Diagnòstic

A través de l'avaluació (dades aportades per la família i altres professionals, entrevista clínica amb el pacient i avaluació psicomètrica) es conclou que el pacient presenta: Addicció a Pantalles i Trastorn d'Ansietat Social

**Taula 9. Criteris diagnòstics de l'Addicció a Internet i del Trastorn d'Ansietat Social (fòbia social)**

Criteris diagnòstics de l'Addicció a Internet proposats per Griffiths (2005):	Trastorn d'Ansietat Social (fòbia social) (DSM-V, 2013)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saliència: Quan l'activitat específica es converteix en el més important de la vida de la persona, dominant els seus pensaments, sentiments i comportaments.</li> <li>2. Canvis en l'humor: Quan la persona explica l'experiència subjectiva resultant de l'activitat en concret.</li> <li>3. Tolerància: Cada cop es necessita més temps fent aquella activitat perquè produeixi el mateix nivell d'activació que produïa abans.</li> <li>4. Abstinència: S'observen sensacions desagradables si es redueix el temps</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Por o ansietat en una o més situacions socials en les quals l'individu està exposat al possible examen per part d'altres persones.</li> <li>B. L'individu té por d'actuar de certa manera o de mostrar símptomes d'ansietat que es valorin negativament (és a dir, que l'humiliïn o l'avergonyeixin, que es tradueixi en rebuig o que ofengui a altres persones).</li> <li>C. Les situacions socials gairebé sempre</li> </ol>

<p>o es deixa de fer l'activitat (per exemple: mal humor, irritabilitat...)</p> <p><b>5.</b> <b>Conflicte:</b> Sorgeixen conflictes interpersonals i intrapersonals.</p> <p><b>6.</b> <b>Recaiguda:</b> Es torna als patrons de comportament i pensaments propis de l'addicció després d'un llarg temps d'abstinència</p>	<p>provoquen por o ansietat.</p> <p><b>D.</b> Les situacions socials s'eviten o resisteixen amb por o ansietat intensa.</p> <p><b>E.</b> La por o l'ansietat són desproporcionats en comparació a l'amenaça real plantejada per la situació social i al context sociocultural.</p> <p><b>F.</b> La por, l'ansietat o l'evitació són persistents, i duren típicament sis o més mesos.</p> <p><b>G.</b> La por, l'ansietat o l'evitació causen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o en altres àrees importants del funcionament.</p> <p><b>H.</b> La por, l'ansietat o l'evitació no es poden atribuir als efectes fisiològics d'una substància ni a una altra afecció mèdica.</p> <p><b>I.</b> La por, l'ansietat o l'evitació no s'expliquen millor pels símptomes d'un altre trastorn mental.</p> <p><b>J.</b> Si existeix una altra malaltia (Parkinson, obesitat...), la por, l'ansietat o l'evitació han d'estar clarament no relacionats amb aquesta o ser excessius.</p>
---	---

## 2.8 Objectius terapèutics

A continuació s'exposen els objectius terapèutics que es van establir en el tractament d'aquest pacient:

1. Aconseguir restablir uns **hàbits de vida més saludables** (alimentació i son).
2. Que el pacient pugui tornar a **vincular-se al món presencial** (acabar els estudis, aconseguir una feina...), així com tornar a establir relacions socials i gaudir d'elles.
3. Aconseguir **deixar de jugar a jocs en línia** i posteriorment arribar a fer un **ús controlat d'Internet i de les pantalles**, ja que l'abstinència total és molt complicada d'aconseguir a causa de la utilitat pràctica que avui en dia té Internet.

### Objectius específics de la intervenció:

#### Cognitius:

- ❖ Identificació i discussió dels pensaments distorsionats i les creences desadaptatives, en relació a l'addicció.
- ❖ Incrementar l'autoestima.
- ❖ Augmentar les expectatives d'autosuficiència en relació a les ganes de connectar-se.

#### Conductuals:

- ❖ Regular l'ús de pantalles
- ❖ Establir nous hàbits de vida més saludables
- ❖ Adquirir estratègies d'afrontament més adaptatives davant de situacions ansiògenes
- ❖ Adquirir estratègies de resolució de problemes
- ❖ Millorar les habilitats socials i de comunicació
- ❖ Potenciar activitats gratificants alternatives que s'havien deixat de fer i realitzar-ne altres de noves.

#### Emocionals:

- ❖ Saber identificar les emocions pròpies
- ❖ Aprendre a acceptar i a gestionar les emocions
- ❖ Aprendre a expressar les emocions i les coses que el preocupen



Encara que s'hagin assolit tots aquests objectius, no se li donarà l'alta al pacient fins que no porti **un any i mig sense fer abús de les pantalles**.

## 2.9 Selecció de les tècniques de tractament

Com ja s'ha dit anteriorment, segons Griffiths i Meredith (2009), la teràpia més efectiva per aquest tipus d'addicció és la cognitiu-conductual, i de fet, és l'enfocament que s'utilitza amb aquest pacient en el tractament ambulatori a la Unitat de Joc Patològic i altres Addiccions No Tòxiques. També hi ha evidències empíriques que avalen l'eficàcia d'aquest enfocament per al tractament dels Trastorns d'Ansietat.

Dins d'aquesta perspectiva, pel tractament de l'Addicció a Internet, les tècniques utilitzades van ser les següents:

- ❖ **Treballar la consciència de problema:** Es treballa la consciència de problema, que en un inici és inexistent, a través d'evidències empíriques. Es confronta el pacient amb la realitat per tal que vegi les conseqüències negatives que li han portat les pantalles (fracàs escolar, deteriorament físic, aïllament social...).
- ❖ **Control d'estímuls:** Tot i que en aquest aspecte la mare hauria d'actuar com a co-terapeuta i controlar-li l'accés a les pantalles, ens trobem amb moltes dificultats perquè ho faci. Li costa establir límits i posar unes normes concretes d'ús de les pantalles, així com fer-les complir.  
En les primeres sessions s'arriba a un acord amb el pacient de treure la pantalla de l'ordinador de casa i portar-la a casa dels avis, però no ho fa. En visites posteriors se li proposa portar el teclat al CSAM i accepta. Finalment és la mare qui porta el teclat i el ratolí.
- ❖ **Registre de sortides de casa:** Se li demana que faci un registre de totes les sortides que fa de casa (anar a veure els avis, quedar amb la cosina...). Ha d'incloure l'hora de sortida i l'hora d'arribada, on ha anat i amb qui.
- ❖ **Registre de jocs i de pel·lícules:** Ha d'anotar a quin tipus de jocs juga i quines pel·lícules veu. Se li diu que marqui en vermell els dies que no utilitza cap cop les pantalles.
- ❖ **Activació conductual:** S'arriba a un acord amb el pacient. Ha de sortir de casa 15 minuts (mínim) cada dia, també per millorar l'estat físic.
- ❖ **Millora d'hàbits alimentaris:** Menjar fora de l'habitació i en companyia de la mare. Menjar més fruita i verdura i no tant embotit. Es treballa també amb la mare el fet que no li porti el menjar a l'habitació i el faci dinar al menjador amb ella.
- ❖ **Millora de la higiene del son:** Se li proposa anar a dormir més tard, cap a les 10-11 de la nit, perquè així no es llevi tan d'hora per jugar.

Pel tractament de l'Ansietat Social, les tècniques utilitzades són les següents:

- ❖ **Psicoeducació:** Explicació del mecanisme de l'ansietat, el Trastorn d'Ansietat Social, així com la importància que té l'exposició repetida per afrontar-la.
- ❖ **Registre de situacions ansiògenes:** Se li fa fer un registre anotant les situacions que li produeixen ansietat, de menys a més, i quines són les situacions físiques d'ansietat que l'acompanyen quan s'enfronta a aquestes situacions.
- ❖ **Exposició en viu:** Es treballa l'afrontament d'aquelles situacions que li produeixen ansietat, de manera gradual, de menys a més ansietat, i amb l'acompanyament de l'educadora social.
- ❖ **Treball d'habilitats socials:** Amb la col·laboració de l'educadora social es treballen les habilitats socials del pacient. Durant les sortides setmanals, on fan exposició en viu, l'educadora l'ajuda a interactuar adequadament en cada situació, per exemple: demanar un cafè en una granja, demanar informació en un gimnàs... Aquest treball també es fa gradualment, és a dir, el pacient cada cop ha d'intervenir més en les interaccions socials fins a arribar a fer-ho sol. A consulta també es treballa l'aprenentatge de poder interactuar en grup, parlant primer amb la psicòloga, després amb la psicòloga i l'educadora (una conversa de tres), i posteriorment també amb alumnes de pràctiques. Es proposen diferents temes a l'atzar i es treballaven les habilitats de comunicació.
- ❖ **Entrenament en Mindfulness:** Pràctiques setmanals de Mindfulness, durant les visites a la Unitat de Joc Patològic.

A part del tractament psicològic el pacient és derivat a psiquiatria per valoració de tractament farmacològic. Finalment no va arribar a prendre cap psicofàrmac i va ser difícil que anés a la consulta amb el psiquiatre.

## 2.10 Cronologia i aplicació del tractament

El pacient ha estat en tractament des del juliol de 2009 fins al moment actual. La major part del tractament del pacient s'ha dut a terme a consulta externa (Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions No Tòxiques, CSAM), en sessions d'aproximadament 1 hora de duració, amb la psicòloga especialitzada en addiccions conductuals. En aquestes sessions s'ha realitzat psicoteràpia des de la perspectiva cognitiu-conductual. Després d'estar 8 mesos en tractament ambulatori, a causa de la poca evolució i a la gravetat del cas es requereix fer un ingrés a la planta de psiquiatria de l'Hospital de Sant Joan de Déu. El 10 de març de 2011 ingressa per tal de fer-li valoració psicològica, deshabitació completa de les pantalles i normalització dels hàbits alimentaris i de son. També es fa l'ingrés per fer-li un seguiment mèdic: analítiques, visita oftalmològica...

Com que l'evolució és bona, el dia 23 de març li donen l'alta hospitalària i passa a ser pacient de l'Hospital de Dia, on s'està fins al 2 de maig.

Un cop li donen l'alta de l'Hospital de Dia, torna a vincular a les sessions amb la psicòloga a la Unitat de Joc Patològic i a partir del 5 de maig comença a visitar-se també amb l'educadora social de CSAM, amb la qual fa sortides setmanals per tal de fer exposició en viu de les situacions socials ansiògenes i treballar les habilitats socials.

Durant els següents anys (2012-2017) el pacient segueix vinculat al CSAM. Es continua visitant tant amb la psicòloga com amb l'educadora social, la qual l'acompanya a apuntar-se al gimnàs, a matricular-se per aconseguir l'ESO (comença a anar a classe però ho acaba abandonant)... El seguiment durant aquest temps és força irregular, ja que falla molts cops a les visites, però tampoc s'acaba de desvincular del tot.

L'abril de 2017, després d'estar uns mesos sense presentar-se a consulta ni agafar el telèfon, s'aconsegueix parlar amb la seva mare, que comenta que el pacient ha fet una recaiguda. Explica que té els horaris de son canviats, que torna a passar moltes hores amb les pantalles i que a més ha començat a beure alcohol. En aquest moment s'intensifica el seguiment i se li diu que si no es presenta a visita, s'anirà personalment a casa seva. Es fa psicoeducació en relació al problema de l'alcohol per tal que prengui consciència de les conseqüències que li pot portar.

El juny de 2017 es vincula al programa d'inserció laboral per a joves amb dificultats. El feedback per part del seu tutor és molt positiu i comenta que el pacient s'ha adaptat molt bé al programa i que està avançant. Tot i que en algun moment sembla que el pacient es desvincula del programa, finalment no l'abandona i el novembre comença a fer pràctiques en una empresa del sector de la fusta. Fins al moment, l'adaptació al lloc de treball ha estat bona i el pacient mostra una bona evolució.



## 2.11 Presentació de les dades després de la intervenció i valoració dels resultats obtinguts

### **Seguiment:**

A causa de la gravetat del cas, s'intenta fer un seguiment intensiu del pacient, però resulta difícil, ja que té poc compromís en assistir a les visites i és difícil localitzar-lo a través del telèfon.

Durant el temps que ha estat en tractament al servei, sempre s'ha hagut d'insistir molt perquè no es desvinculés del tractament. En l'àmbit familiar, el mal estat de salut de la mare i la poca implicació del pare, tampoc han ajudat al fet que el pacient seguís totes les pautes marcades per la psicòloga i que assistís regularment a les visites.

### **Valoració del tractament aplicat**

Com ja hem comentat, amb la primera intervenció a consulta externa no es van aconseguir els resultats esperats pel que fa a la deshabitació de les pantalles, i a causa de la gravetat del cas i al poc suport familiar es va decidir optar per un recurs més intensiu: l'ingrés a planta i, posteriorment, a l'hospital de dia.

Els dos ingressos es van valorar positivament tant per part dels professionals com per ell mateix, ja que va seguir les pautes que se li anaven marcant i va aconseguir deshabituar-se de les pantalles i del tabac mentre estava ingressat. Aquesta estada a planta sembla que li va fer agafar consciència de malaltia, ja que en les posteriors sessions amb la psicòloga de la Unitat de Joc va parlar obertament de com es va enganxar als jocs en línia i com va perdre el control. En aquestes sessions també va fer crítica dels anys passats i va començar a prendre consciència que l'abandonament dels estudis va ser una conseqüència de l'addicció. Tot i que el seguiment del tractament ha estat irregular, la intervenció psicològica després de l'ingrés ha estat més continuada, ja que és sobretot a partir d'aquest moment que el pacient pren consciència del problema, experimenta la necessitat de canvi i es comencen a reestructurar els pensaments i creences més desadaptatius.

En el procés de recuperació també ha estat molt important la intervenció de l'Educadora Social, ja que des que es va començar amb els acompanyaments el pacient va anar fent canvis realment significatius i va aconseguir afrontar situacions que abans li provocaven angoixa i davant les quals presentava una conducta d'evitació. Tant és així, que actualment s'ha vinculat a un programa d'inserció laboral i ha començat a fer pràctiques en una empresa.

### **Valoració general dels objectius aconseguits**

Observant l'estat actual del pacient podem valorar que el tractament, a nivell multimodal, ha estat eficaç, ja que existeixen diferències clarament significatives respecte a la línia base en la qual es va començar a aplicar el tractament. Podem veure com s'ha fet un gran avenç i s'han assolit objectius que en un inici semblaven realment

difícils d'aconseguir, com ara que el pacient pugui dur a terme tasques quotidianes com anar a comprar, anar al gimnàs... També s'ha aconseguit fer una primera aproximació a l'entorn laboral, en un entorn protegit, en el qual de moment se sent còmode i sembla que tindrà una bona evolució.

Per altra banda, pel que fa a l'ús de pantalles podem dir que hi ha hagut una evolució favorable des de l'inici del tractament fins a dia d'avui, tot i que al llarg d'aquests anys hi ha hagut períodes de recaigudes. Tot i així, encara que no ha deixat mai les pantalles, actualment podem veure una millora clarament significativa, ja que ni els jocs ni les series condicionen la seva vida.

Sí que hi ha un aspecte en el qual s'ha intentat treballar però on els resultats no han estat tan satisfactoris: els hàbits de vida saludables. Pel que fa al son sí que podem dir que al llarg del temps i sobretot ara, que el pacient té un horari a seguir, s'ha regularitzat força. Pel que fa a l'alimentació, ara menja fora de l'habitació i acompanyat de la mare, però la qualitat i varietat de la dieta segueix sent poc adequada.

També hi ha un altre aspecte a ressaltar i al qual a partir d'ara s'haurà de posar especial atenció: l'aparició del consum d'alcohol. Tot i que sembla que s'ha detectat a temps, és important treballar el tema a consulta i establir un control d'estímuls exhaustiu amb l'ajuda de la mare.

Així doncs, fent una valoració global podem dir que tot i que ha estat un camí llarg i amb moments crítics, actualment el pacient ha fet una bona evolució i presenta un bon pronòstic.

Com ja s'ha comentat, cal remarcar que la dificultat més important en aquest cas, ha estat la vinculació intermitent que ha tingut el pacient amb el servei. Ha costat molt l'adherència regular a les visites de tractament i ha estat clau el fet de trucar-lo quan no es presentava per aconseguir tenir un bon vincle amb el pacient i que confiés en les professionals de referència.

### 3. Conclusions

Un cop revisada de forma exhaustiva la bibliografia i després de dur a terme la redacció d'aquest treball, relacionat amb l'Addicció a les TIC i l'estudi d'un cas clínic, supervisat durant la meua estada de pràctiques a la Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions No Tòxiques de la Fundació Althaia, puc concloure que:

- ❖ Tot i que actualment l'ús de les TIC ha resultat ser beneficiós en molts àmbits de la nostra vida (acadèmic, laboral, personal...), no podem obviar les implicacions psicològiques i socials que pot tenir, especialment en la població jove de la nostra societat. En els darrers anys, Espanya ha estat el país de la Unió Europea en el que més ha augmentat l'ús d'Internet. Es concreta que un 1,5% dels adolescents espanyols presenta problemes d'Addicció a les TIC.
- ❖ Tot i que hi ha nombrosa evidència clínica, investigació científica i preocupació social en relació a l'Addicció a les TIC, encara s'observa una falta de consens sobre la seva inclusió en els manuals homologats de classificació vigents. La gran heterogeneïtat terminològica en relació a aquest tipus d'addicció conductual fa que sigui difícil establir definicions clares i diagnòstics precisos.
- ❖ Realitzant la revisió bibliogràfica també s'ha pogut veure que, en molts casos, l'Addicció a Internet sol presentar psicopatologia comòrbida. En els adolescents espanyols s'ha vist que existeix certa relació entre aquest tipus d'addicció conductual i l'ansietat social. La confluència d'aquestes dues problemàtiques pot acabar invalidant significativament la vida del pacient en molts àmbits de la seva vida. Un exemple d'aquest deteriorament psicològic, físic i social l'hem pogut veure en el cas clínic exposat en les pàgines anteriors.
- ❖ Amb l'estudi d'aquest cas clínic, s'ha pogut veure quin és el protocol que se segueix en els casos d'Addicció a les Pantalles, a la Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions No Tòxiques de la Fundació Althaia. També ha estat interessant conèixer quines són les estratègies i alternatives a seguir quan l'evolució d'un pacient no és l'esperada. En cas del nostre pacient hem vist que, a més del tractament psicològic realitzat a consulta externa, ha estat necessari utilitzar un recurs més intensiu durant un període determinat de temps: l'ingrés a la planta de psiquiatria de l'Hospital Sant Joan de Déu.
- ❖ Finalment comentar que en alguns casos d'addiccions, ja sigui a substàncies o a conductes, el seguiment del tractament ambulatori sol ser irregular. Per això és important realitzar un seguiment molt intensiu dels pacients i treballar de forma conjunta amb tots els professionals implicats el cas, per assegurar l'establiment d'un vincle terapèutic fort i una bona adherència al tractament. Un exemple d'aquesta dificultat l'hem vist clarament en el cas clínic, ja que ha costat molt vincular el pacient al servei ambulatori. Ha estat clau el fet de fer un seguiment telefònic cada cop que no es presentava a visita. Finalment,

després d'anys al servei, es pot dir que s'ha pogut establir una assistència força regular.

## 4. Bibliografia

### ❖ Llibres:

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*: Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Echeburúa, E., Becoña, E. i Labrador, F.J. (2010). *El Juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento*. (1ra Ed.) Madrid: Editorial Pirámide.
- Jiménez- Murcia, S. i Farré, J.M. (2015). *Addicción a las nuevas tecnologías. ¿La epidemia del S. XXI?* España: Editorial Siglantana.
- Miller, WR. i Rollnick, S. (2012) *Motivational interviewing: Helping People Change (Applications of Motivational Interviewing)*. (3ra Ed.) New York: Guilford Press.
- Prochaska, J.O. i DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood. Illinois: Dorsey Press.

### ❖ Tesis:

- Díez, D. *Dona i Addiccions Conductuals: Joc Patològic i Compra compulsiva*. (2016) (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Catalunya.

### ❖ Articles de revistes científiques:

- Buckner, J. E., Castille, C. M. i Sheets, T. L. (2012). The five factor model of personality and employees excessive use of technology. *Computers in Human Behavior*, 28, 1947- 1953.
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A., Oberts, O. (2012). Adicción a Internet y al móvil: Una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles de Psicólogo*. 33(2), 82-89.
- Charlton, J.P., i Danforth D. (2007) Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Comput Human Behav.* 23, 1531-1548.



- Cheng, C., Yee-lam Li, A. (2014). Internet Addiction Prevalence and Quality of (Real Life): A Meta-Analysis of 31 Nations Across Seven World Regions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 17 (12).
- Chóliz, M., i Marco, C. (2011). Patrón de Uso y Dependencia de Videojuegos en Infancia y Adolescencia. *Annales de Psicología*. 27 (2), 418-426.
- Cía, A.H. (2013). Non-substance related addictions (DSM-5, APA 2013): A first step towards the inclusion of Behavioral Addictions in current categorical classifications. *Revista Neuropsiquiátrica*, 76 (4), 2.
- De la Villa, M., Suárez C. Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7, 69-78.
- Domínguez, C., Geijo S., Sánchez I., Imaz C., Roncero G., Cabús G. (2012) Revisión de los mecanismos implicados en el uso problemático de Internet. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 32 (16).
- Echeburúa, E. (2013). Atrapados en las redes sociales. *Crítica*, 985, 30-33.
- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*. 37 (4), 435-447.
- Estévez, A., Herrero, D., Sarabia, I. y Jáuregui, P. (2014). El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26(4), 282-290.
- Fernández-Villa, T., Alguacil, J., Gómez, A., Almaraz, J.M., Delgado-Rodríguez, M., García-Martín, M., Jimenez-Mejías, E., Llorca, J., Molina, J.A., Ortiz, R., Valero-Juan, L.F., Martín, V. (2015). Uso problemático de internet en estudiantes universitarios: factores asociados y diferencias de genero. *Adicciones*, 27, 4.
- Griffiths, M. (2010). Internet abuse and internet addiction in the workplace. *Journal of Workplace Learning*. 22 (7), 463-472.

- Griffiths, M. i Meredith, A. (2009). Videogame Addiction and its Treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 39 (4), 247-253.
- Ho, R.C., Zhang, M., Tsang, T.Y., Toh A.H., Pan, F., Lu, Y., Cheng, C., Yip, P.S., Lam, L.T., Lai, C.M., Watanabe, H. i Mak, K.K. (2014) The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 14, 183.
- Jiménez-Albiar, M. A., Piqueras, J.A., Mateu-Martínez, O., Carballo, J.L., Orgilés, M. i Espada, P. (2012). Diferencias de sexo, características de personalidad y afrontamiento en el uso de internet, el móvil y los videojuegos en la adolescència. *Salud y drogas*. 12 (1).
- Kuss, D.J. i Griffiths, M. (2015). Clinical psychology of Internet addiction: a review of its conceptualization, prevalence, neuronal processes, and implications for treatment. *Neuroscience and Neuroeconomics*. 4, 11-23.
- Kuss, D.J., Griffiths, M.D., i Binder, J.F. (2013). Internet addiction in students: prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29 (3), 959-966.
- Kuss, D. J., Shorter, G. W., van Rooij, A. J., Griffiths, M. D., i Schoenmakers, T. (2013). Assessing Internet addiction using the parsimonious Internet addiction components model. A preliminary study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(5).
- Leeman, R.F. i Potenza, M.N. (2013). A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions: an emerging area of research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58 (5), 260-273.
- Liu, M., i Lou, J. (2015). Relationships between peripheral blood dopamine level and internet addiction disorder in adolescents: a pilot study. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 8, 9943-9948.
- Lozano, A. C. (2015). Usos sociales de Internet entre los adolescentes españoles. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 8, 1-14.

- Luengo, A. (2004). Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 22-52.
- Marco, C. I Chóliz, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 13 (1), 125-141.
- Park, B., Han, D.H. i Roh, S. (2017). Neurobiological findings related to Internet use disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71, 467–478.
- Park, H. S., Kim, S. H., Bang, S. A., Yoon, E. J., Cho, S. S. i Kim, S. E. (2010). Altered regional cerebral glucose metabolism in internet game overuse: a fluorodeoxyglucose positron emission tomography study. *CNS Spectrums*, 15, 159-166.
- Pedrero, E.J., Rodríguez, M.T. i Ruiz, J.M (2012) Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones*, 24 (2), 139-152.
- Poli, R. (2017). Internet addiction update: diagnostic criteria, assessment and prevalence. *Neuropsychiatry*. 7(1), 04–08.
- Potenza, M.N. Neurobiology of gambling behaviors. *Current Opinion in Neurobiology*. 23(4), 660-667.
- Puerta-Cortés D. X., i Carbonell X. (2014). El modelo de los cinco grandes factores de personalidad y el uso problemático de Internet en jóvenes colombianos. *Adicciones*, 26, 54-61.
- Przepiorka, A.M., Blachnio, A., Miziak, B. i Czuczwar., S.T. (2014) Clinical approaches to treatment of Internet addiction. *Pharmacological Reports*. 66, 187-191.
- Sharma, M. K. i Palanichamy, T. S. (2018). Psychosocial interventions for technological addictions. *Indian Journal of Psychiatry*. 60 (4), 541-545.

- Shaw, M. i Black D. (2008). Internet Addiction: Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management. *CNS Drugs*. 22 (5), 353-365.
- Torrente, E., Piqueras, J.A., Orgilés, M. I Espada, J.P. (2014) Association of Internet addiction with social anxiety and lack of social skills in spanish adolescents. *Teràpia psicològica*, 32 (3).
- Van Rooij, A. I Preause., N. (2014). A critical review of "Internet addiction" criteria with suggestions for the future. *Journal of Behavioral Addictions*. 3(4), 203–213.
- Valkenburg, P.M., Peter, J. i Schouten, A.P (2006) Friend networking sites and their relationship to adolescents' well-being and social self-esteem. *Cyberpsychol Behavior, and Social Networking*, 9, 584-590.
- Widyanto, L. i Griffiths. (2006). Internet Addiction: A Critical Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 4, 31-51.
- Wu, L. i Delva, J. (2012). The effect of computer usage in internet cafe on cigarette smoking and alcohol use among chinese adolescents and youth: a longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9 (2), 187-191.
- Yao, M., He, J., Ko, D., Pang K. (2013). The Influence of Personality, Parent Behaviors ans Self-Estreem on Internet Addictions: A Study of Chinese College Students. *Cyberpsychology, Behaviors and social networking*, 17 (2).
- Yen, J.Y., Yen, C.F., Chen, C.S., Tang, T.C. i Ko, C.H. (2009). The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference. *Cyberpsychol Behavior, and Social Networking* ,12(2), 187–191.
- Young, K. S. (1999). Internet Addiction: symptoms, evaluation and tratament. *Innovations in clinical practice*. 17, 19-31.
- Young, K. S. (2011) CBT-IA: The First Treatment Model for Internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 25 (4).

- Zhou Y., Li D, Li X., Wang Y., Zhao L. (2017). Big five personality and adolescent Internet addiction: The mediating role of coping style. *Addict Behavoure*, 64, 42-48.

❖ **Pàgines web:**

- *La OMS ha incluido el "trastorno por videojuegos" en el CIE-11.* (s.f.). Recuperat 2 febrer 2018, de [http://www.infocop.es/view\\_artide.asp?id=7241](http://www.infocop.es/view_artide.asp?id=7241)

## 5. Annex

### Annex 1

#### PROVES ADMINISTRADES I RESULTATS

\*Data d'exploració: 11-16 de març de 2011

#### \*Escala d'Intel·ligència d'en Wechsler (WAIS-III):

**QIT=77<sub>+/-4</sub> (QIV=70<sub>+/-5</sub> < QIM=90<sub>+/-6</sub>); CV=71 < OP=95 < VP=106<sub>(+/-4)</sub>**

	V	S	I	C	A	D	HQ	FI	CC	MA	CN	BS
PD	33	13	6	12	8	13	8	20	17	18	86	38
<b>Pe (G. Edat)</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
Pe (G. Ref.)	9	8	6	7	7	9	8	11	12	11	13	13

#### \* Test d'aprenentatge verbal de Califòrnia (CVLT):

##### RECORD

	A (ass 1-5)	B	CT Lliure	CT Agrupat	LLT Lliure	LLT Agrupat
PD	61	9	13	13	12	13
<b>WT/Z</b>	<b>54</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>-1</b>

##### APRENTATGE (ass 1-5)

	Semàntic	Seriet	Zona 1 <sup>a</sup>	Zona central	Zona final	Pendent
PD	2,8	2,4	28	48	25	1,5
Z	0	0	0	1	-1	0

##### ERRADES RECORD (A i B)

	P	I (R. Lliure)	I (R. Agrupat)
PD	0	6	0
Z	-2	1	-1

##### RECONEXEMENT

	Connectes	Discrimina	Falsos +	Baix resposta
PD	14	93	1	-0,3
Z	-2	-1	0	-1

##### MESURES DE CONTRAST

	B vs A (ass 1)	CT Lliure vs A (ass 5)	LLT Lliure vs CT	Recon vs LLT Lliure	Discrimi vs CT Lliure
% canvi	12,5	-7	-8	17	---
Dif. Punt	1	0	-1	-1	0

#### \*Test de la Figura Complexa d'en Rey (FC-Rey):

	CÒPIA		MEMÒRIA (3')	
	PD	PC	PD	PC
Tipus	IV	<25	---	---
Exactitud	35	90	12	60
Temps	237"	25	---	---

\*Tests dels traços (TMT): A PD temps=26" NT=57; B PD temps=52" NT=53; Errides=0

• **Tests de fluència verbal:** FAS PD=14 PC<1; Animals PD=16 PC=10

• **Wisconsin Card Sorting Test (WCST):**

	Assatjos	Errades	Respostes P	Errades no-P	% errades P	% nivell concop	Nº categ. comp.	Intents 1ª cat.	Fracàs mantenir criteri	Apren. a apren.
PD	80	11	5	6	6	84	6	12	1	-0,3
NT	---	69	>80	60	>80	65	---	---	---	---
PC	---	---	---	---	---	---	>16	>16	>16	>16

• **Inventari Clínic Multiaxial d'en Millon (MCMI-III):**

	? V X Y Z
PD	0 0 120 7 7
PREV	-- -- 69 35 49

	1 2A 2B 3 4 5 6A 6B 7 8A 8B 9 C P
PD	14 22 9 21 2 6 17 5 14 5 7 8 7 7
PREV	75 99 63 85 6 36 78 38 44 33 62 63 59 62

	A H N D B T R SS OC PP
PD	6 0 3 6 6 5 5 3 2 2
PREV	75 0 30 60 68 63 60 30 32 66

• **Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota (MMPI-2):**

	? L F K Fb TRI N VRI N Hs D Hy Id Mf Pa Pt Sc Ma Si
PD	0 6 10 17 8 6 9 16 30 23 24 21 9 40 38 13 68
NT	-- 55 54 55 59 28 54 53 66 52 71 40 44 67 59 33 73

• **Qüestionari de símptomes (SCL-90-R):**

	SOM	OBS	INT	DÉP	ANS	HCS	ROB	PAR	PSIC	GSI	PST	PSDI	
PD		0,7	0,7	1	0,9	1	0,3	1	1	0,4	0,8	49	1,4
NT (P. General)		60	54	63	58	63	51	70	60	58	63	67	46
NT (P. Psíquic.)		45	45	51	46	49	46	55	51	46	46	53	37-40

• **Escala d'assertivitat d'en Gambrill i Richey (G-R):** GM=96/200 PR=145/200

• **Inventari d'ansietat i fòbia social (SPAI):** FS=139/224 AG=38/91

## COMENTARI

### Actitud davant l'exploració

-El pacient accepta fer els tests, s'hi mostra col·laborador i sembla esforçar-s'hi. Es mostra introvertit, però obert per a parlar de seves dificultats.

### Rendiment cognitiu

#### WAIS-III (6V+5M):

-S'estima capacitat intel·lectual global situada a la zona inferior de la distribució esperada en grups de similar edat a la del pacient (QIT=77<sub>+/-8</sub>); però registrant-s'hi discrepàncies estadísticament significatives entre els components verbal i manipulatiu avaluats (QIV=70<sub>+/-5</sub> < QIM=90<sub>+/-6</sub>), així com també es registren diferències significatives en els rendiments entre els diversos subtests administrats, cosa que qüestiona la representativitat del quocient intel·lectual comentat.

-A nivell verbal, els seus millors rendiments (normal-baixos), els registra en valorar coneixement de vocabulari i en valorar capacitat per a comprendre normes i comportaments socials eficaços. La seva capacitat d'atenció-concentració, valorada mitjançant repetició de sèries de dígit, també es registra normal-baixa (directes=4, inverses=5), però quan endemés s'exigeix de càlcul mental, el seu rendiment empitjora (el pacient tendeix a respondre ràpida i erròniament, en ocasions autocorregint-se, però sense capacitat per a operar en implicar-hi divisions). La seva capacitat d'abstracció verbal es registra deficitària en relació al rendiment esperat en els seu grup d'edat. El seu pitjor rendiment, també significativament deficitari, l'obté en proves que valoren coneixement d'informació cultural.

-A nivell manipulatiu, el seu perfil de rendiments es registra més homogeni i situat al voltant de la mitjana de la distribució esperada en el seu grup d'edat. Els seus millors rendiments els obté en proves que valoren capacitat atencional mitjançant estímuls visuals, i també en les que impliquen capacitat per a organitzar material visuoespacial-visuoconstructiu mitjançant cubs de Kohs. També registra rendiments a prop de la mitjana en requerir de capacitat per a discriminar detalls en dibuixos d'objectes i situacions quotidianes i en proves que valoren capacitat de raonament lògic no verbal. En canvi, hi destaca un rendiment significativament deficitari en requerir capacitat per a ordenar de forma lògica seqüències d'històries de la vida quotidiana.

#### CVLT:

-Aprentatge seriati de paraules: rendiment global mitjà, amb corba d'aprenentatge ràpidament ascendent i estancada (8, 11, 14, 14, 14).

-Codificació: no es detecta un patró predominant d'ús d'estratègies de codificació de la informació (empra tant estratègies de seriació com semàntiques). Presenta menor facilitat per a recordar el material presentat al final de la llista. Presenta algunes intrusions en l'evocació lliure del record.

-Recuperació: no es valora pèrdua significativa del record a mig termini.

-Reconeixement: manté el nivell de record prèviament après. Presenta un únic fals reconeixement de la llista interferent.



TMT-A i B:

-En tasques d'atenció i seriació senzilles i en les que endemés impliquen memòria de treball, els seus rendiments es registren mitjans (la seva execució és ràpida i sense cometre errades).

FAS/Animals:

-En tasques que valoren fluència verbal mitjançant consigna fonèmica, el pacient presenta un rendiment molt inferior al que s'esperaria obtenir, amb una molt poca producció de paraules. En sol·licitar evocació categorial, el seu rendiment millora lleugerament (obté rendiment normal-baix).

FC-Rey:

-Presenta reproducció a la còpia d'una figura complexa correcta, sense valorar-s'hi alentiment, però no planificada (va dibuixant elements contigus, sense pla director). El record diferit (3 minuts) es valora preservat (mitjà).

WCST:

-En tasques que impliquen categorització, flexibilitat cognitiva i resolució de problemes, el pacient és capaç d'assolir ràpidament totes les categories requerides, sense cometre nombre d'errades ni perseveracions valorables, i beneficiant-s'hi del feedback que se li proporciona. Únicament fracassa per a mantenir el criteri de classificació en una ocasió.

### **Estat psicopatològic/personalitat**

MMPJ-2:

-Les escales de validesa registren respostes sinceres, consistentes, no clínicament defensives, però amb tendència a la no aqueieicència en les seves respostes.

-La configuració de les escales bàsiques s'obté en trastorns addictius i és compatible amb presència de disfòria, alienació, evasí, suspicàcia, acceptació de conflictes familiars i ressentiment. També s'hi indica estat ansiós, amb indecisió i inèrcia, timidesa greu, inhibició, manca de confiança en si mateix i extremada sensibilitat interpersonal, així com probable preocupació per la seva aparença física o temor a no semblar atractiu. El perfil resultant també és suggerent d'un patró cíclic caracteritzat per impulsivitat seguida de períodes de relatiu control.

-Les puntuacions obtingudes en les escales de contingut destaquen l'acceptació de sentiments de baixa autoestima, amb manca d'autoconfiança i tendència a adoptar actituds negatives envers ell mateix, així com també indiquen malestar social significatiu, amb creences que ningú pot ajudar-li, i tendent a donar-se per vençut davant les dificultats. A banda, s'hi indica passivitat, i nega problemes per a controlar la ira.

-Les escales suplementàries indiquen tendència a evitar situacions desagradables, poca assertivitat i manca de confiança en si mateix, així com malestar o discòrdia en les relacions íntimes.

-Les escales de H-L registren acceptació de queixes de depressió subjectives, amb retard psicomotor i cognitiu, indicant-ne desinterès per l'entorn, manca d'autoconfiança, incomoditat i evitació en situacions socials, manca d'energia per

afrontar els problemes de la vida diària, i accepta tímidesa, incomoditat en situacions socials i novedoses. També admet problemes amb figures d'autoritat.

**MCMII-III:**

-Les escales de validesa indiquen actitud oberta per a parlar dels seus problemes, però en una persona que no exhibeix patiment psicopatològic i que tampoc no intenta mostrar-se de forma socialment atractiva.

-Les escales d'estat psicopatològic únicament registren puntuacions significatives en l'escala relacionada amb estat generalitzat de tensió i ansietat. També hi destaca marcada negació de simptomatologia somàtica, suggerint-s'hi despreocupació per la seva pròpia salut.

-Les escales de personalitat registren trets mixtes, destacant-hi els trets evitadors i dependents, i en segon terme també es registren trets antisocials i esquizoïdes. La configuració resultant suggereix propensió a mostrar manca d'iniciativa i distanciament interpersonal, en una persona predisposada a experimentar pocs reforçaments positius de si mateix i dels altres, amb tendència a mostrar-se passiu i indiferent, i amb tendències a la irresponsabilitat i la impulsivitat.

**SCL-90-R:**

-Mitjançant inventari de símptomes, el pacient accepta vivència de malestar significatiu i divers, principalment experiències fòbiques, amb ansietat, tímidesa, vergonya, sentiments d'inferioritat, incomoditat i inhibició en situacions socials.

**G-R:**

-A través d'una escala específica per a la valoració de conductes en situacions interpersonals, el pacient admet ansietat significativa en haver d'iniciar converses amb estranys, en haver d'acceptar o rebutjar cites i en trobar-se en situacions de relacions més íntimes. Tanmateix, el pacient reconeix dificultats per a mostrar-se assertiu en aquestes situacions en les quals experimenta ansietat, alhora que en la majoria de situacions plantejades en l'escala.

**SPAI:**

-En l'inventari per a la valoració de fòbia social, el pacient accepta ansietat significativa en haver de parlar en una petita reunió informal, en sentir-se criticat o rebutjat, amb ansietat anticipatòria, inhibició i cognicions centrades en el temor a l'avaluació negativa d'ell per part de les persones de l'entorn.

**EN RESUM:** s'obtenen perfils clínics suggerents de cronicitat, sense demanda d'ajuda, compatible amb trastorn addictiu, estat disfòric, alienació, evasió, suspicàcia i ressentiment, amb acceptació de conflictes familiars, i on destaca simptomatologia ansiosa, predominantment en relació a situacions interpersonals, amb tímidesa greu, inhibició, manca de confiança en si mateix i extremada sensibilitat interpersonal, sense descartar trastorn fòbic social.

El perfil de personalitat descriu trets mixtes, principalment evitatius i dependents, però també amb tendències significatives antisocials i esquizoïdes. No obstant, l'estructura de personalitat descrita podria estar influenciada per l'estat psicopatològic actual.

La seva capacitat intel·lectual global s'estima situada a la zona inferior de la distribució esperada en grups de similar edat a la del pacient (QIT=77+/-6); però registrant-s'hi discrepàncies estadísticament significatives entre els components verbal i manipulatiu avaluats (QIV=70+/-5 < QIM=90+/-6), així com també es registren diferències significatives en els rendiments entre els diversos subtests administrats, cosa que qüestiona la representativitat del quocient intel·lectual comentat. Es valoren rendiments mitjans en tasques que impliquen velocitat per a processar la informació, organització perceptiva i aprenentatge; mentre que obté rendiments significativament deficitaris per a cercar informació i coneixements culturals.