



ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LAS ADICCIONES TECNOLÓGICAS

NURSING INTERVENTION AGAINST TECHNOLOGICAL
ADDICTIONS

Trabajo Fin de Grado. Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria
Curso 2018/2019

Autor: Jorge López Ruiz
Directora: Amaya Escandón Moro
Mayo 2019

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

INDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN: | 3 |
| ABSTRACT | 3 |
| 1. INTRODUCCION: | 4 |
| 1.1. JUSTIFICACIÓN:..... | 5 |
| 1.2. OBJETIVOS:..... | 5 |
| 1.2.1. OBJETIVO GENERAL: | 5 |
| 1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS: | 5 |
| 1.3. METODOLOGÍA:..... | 5 |
| 2. EPIDEMIOLOGÍA Y EVALUACIÓN | 6 |
| 2.1. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA ADICCIÓN | 8 |
| 3. ENCUADRE DE LAS ADICCIONES TECNOLÓGICAS EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN. ..9 | |
| 3.1. PRINCIPALES SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN:..... | 9 |
| 3.2. SEÑALES DE ALARMA | 11 |
| 4. INTERVENCIONES ENFERMERAS: | 11 |
| 4.1. PREVENCION: | 11 |
| 4.1.1. PROYECTO DE SESION DE PREVENCION: | 15 |
| 4.2. ABORDAJE TERAPEUTICO | 17 |
| 4.2.1. NIVELES ASISTENCIALES..... | 19 |
| 4.2.2. PROYECTO DE SESIÓN DE TRATAMIENTO:..... | 21 |
| 4.3. PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA:..... | 22 |
| 5. CONCLUSIONES: | 27 |
| 6. DISCUSIÓN: | 27 |
| 7. BIBLIOGRAFIA: | 29 |
| ANEXOS: | 32 |

RESUMEN:

Con la expansión y el fácil acceso a las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) se ha extendido el número de personas con adicción a internet y al teléfono móvil. Aunque no estén incorporados tales trastornos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) ni en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) más actuales, desde la enfermería se debe abordar el problema debido a la gran prevalencia existente entre los adolescentes. Este problema está siendo normalizado por la sociedad actual y no está siendo considerado tan grave como debería ser. Los nuevos nacidos digitales, son la población con mayor riesgo, con pautas de comunicación distintas (cada vez más orientados a la comunicación virtual) desarrollan conductas adictivas que les interfieren en su vida diaria: disminuyen su rendimiento académico, crean patrones de soledad y aislamiento, interfieren en la interacción con su familia y entorno social, etc.

Es competencia del profesional de enfermería tratar este problema y lo puede hacer de forma autónoma a través de la prevención y de forma colaborativo formando parte de un equipo multidisciplinar. A su vez, debe trabajar con los profesionales de los centros educativos, padres, etc. para identificar el problema de forma precoz y llevar a cabo intervenciones enfermeras a fin de paliar los efectos sobre las jóvenes y sus familias.

El tratamiento va destinado a mitigar los efectos y reconducir las conductas, recobrar confianza en uno mismo que les permita a los jóvenes superar la etapa de la adolescencia con mayores garantías psicosociales.

Palabras clave: Adicción a internet, teléfono móvil, estrés, adolescentes, enfermería, prevención, terapia.

ABSTRACT:

Due to the spreading and easy access to ICT's (Information and Communication Technologies) the number of people addicted to internet and smartphone has increased. Despite of not being incorporated neither in the most current DSM-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) or ICD-11 (International Classification of Diseases), from the nursing perspective the problem should be approach because of the big undeniable prevalence between teenagers. This problem has been normalised by current society and it is not being considered as hard as it should be. The digital new-borns are the population with more risk, with different communication patterns (more and more oriented to digital communication) which develop addictive behaviour that interferes in their daily lives. It decreases their academic results, creates loneliness and isolation patters, disrupts family and social environmental interaction, etc.

The nurse must deal with the problem and he/she can do it autonomously by prevention and collaborating with the multidisciplinary team. At the same time, he/she might work with teachers, parents, etc. to identify that problem in advance and to carry out nursing interventions to palliate the effect in teenagers and their families.

The treatment is headed to reduce the effect and reconduct behaviours, recover self-esteem to allow teenagers to get over adolescence with bigger psychosocial guarantees.

Keywords: Internet addiction, smartphone, stress, teenagers, nursing, prevention, therapy.

1. INTRODUCCION:

Internet se crea en los años 60 del siglo XX a raíz de una necesidad militar que facilitase la comunicación independiente de la posición geográfica. Más adelante su uso extiende a toda la población civil y en la actualidad, es un componente fundamental en las telecomunicaciones, los negocios, la educación y el entretenimiento.(1)

Los primeros años posteriores a la creación de internet se desarrolla un nivel de tecnología bajo y simple, y es con la creación de la World Wide Web en los años 90, donde se extiende su uso de manera global. Esta tecnología no eran más que páginas estáticas donde el consumir tenía un papel pasivo y donde recibía información de las empresas. Los usuarios solo podían interactuar a través del e-mail, chat o en hilos de conversación de los primeros foros de internet.

Actualmente utilizamos la tecnología web 4.0, muy diferente de esa primera versión y centrada en ofrecer un comportamiento más inteligente y más predictivo, de modo que se puede, con sólo realizar una afirmación o una llamada, poner en marcha un conjunto de acciones que tendrán como resultando aquello que se pide, se desea o se dice.(2)

La definición de Red Social según la Real Academia de la Lengua es la siguiente:

"plataforma digital de comunicación global que pone en contacto a gran número de usuarios."(3). Estas plataformas virtuales, fomentan la interacción social entre personas. Existen numerosas redes sociales actualmente: Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat, pero todos tiene un denominador común que es, sentirse aceptado por el grupo.

La adolescencia (entre los 10 y los 19 años) es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia.

Muchos de estos jóvenes son nacidos digitales, (aquellos que nacen a partir del año 1992), es decir, tienen integrados la tecnología en su vida cotidiana.

Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual, el contexto social puede tener una influencia determinante(4), de ahí la importancia de controlar el uso que hacen los adolescentes de la redes sociales.

Por otra parte, las TIC constituyen avances tecnológicos que han impactado especialmente a las personas jóvenes y les ha proporcionado muchos beneficios. Pero algunas personas llegan a estar obsesionadas con Internet, se muestran incapaces de controlar su uso y pueden poner en peligro su trabajo y sus relaciones(5).

Lo que caracteriza a una adicción es la pérdida de control y la dependencia. Todas las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos (el aspecto placentero de la conducta en sí), pero terminan por ser controladas por reforzadores negativos (el alivio de la tensión emocional, especialmente). Es decir, una persona normal puede hablar por el móvil o conectarse a Internet por la utilidad o el placer de la conducta en sí misma; una persona adicta, por el contrario, lo hace buscando el alivio del malestar emocional (aburrimiento, soledad, ira, nerviosismo, etcétera).(5)

1.1. JUSTIFICACIÓN:

Entre la enorme variedad de temas de salud mental a desarrollar, decidí elegir el referente a la adicción a las TIC y al teléfono móvil a recomendación de la tutora del TFG, por varias razones:

En primer lugar, por ser un tema de gran actualidad, donde internet, el teléfono móvil y las redes sociales se han convertido en algo ampliamente utilizado por la sociedad actual, siendo casi indispensable para una buena comunicación entre individuos. Esto hace merecedor de un análisis más detallado de la situación del problema en nuestro entorno.

En segundo lugar, por ser una área de actuación enfermera en el que las especialidades de comunitaria, pediatría y salud mental están presentes, pero donde no hay gran evidencia de los procesos y planes de cuidados a llevar a cabo para el abordaje del problema, lo que hace más interesante el tema.

A su vez, el tema de las adicciones conductuales ante las TIC es un fenómeno que se encuentra normalizado en la sociedad, no dándole la seriedad que merece siendo cada vez mayor el número de jóvenes que sufren de este problema a edades cada vez más tempranas.

También, fenómenos como el sexting, grooming, ciberbullying se han convertido en verdaderos problemas se han dado a conocer por los medios de comunicación al ser casos mediáticos y es de recibo para mi estudiar estos temas.

Todo esto desde una perspectiva enfermera, donde los planes de cuidados son el pilar base de la actuación de enfermería y en donde la profesional de enfermería tiene cada vez más peso en las intervenciones de esta índole. La creación de la Enfermera Escolar junto a las enfermeras especialistas de comunitaria, pediatría y salud mental complementa los planes de acción como parte del equipo multidisciplinar.

1.2. OBJETIVOS:

1.2.1. OBJETIVO GENERAL:

1. Describir el problema de la adicción a las TIC y definir la actuación de la enfermera en relación con tal adicción en adolescentes.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar la prevalencia de la adicción entre los adolescentes y los hábitos de consumo y uso de las TIC.
2. Estudiar la incorporación del trastorno de adicción a las TIC en los sistemas de clasificación de enfermedades más utilizados.
3. Definir las actuaciones enfermeras dirigidas a la prevención y tratamiento de los trastornos asociados a las TIC.

1.3. METODOLOGÍA:

Para el análisis del problema se recurrió a una revisión bibliográfica de la evidencia ya publicada en las principales bases de datos científicas: Pubmed, Dialnet, Cochrane, Scopus y Google Scholar.

Para la recogida de información de las bases de datos se realizaron las búsquedas utilizando las palabras clave:

1. En español: Enfermería, Estrés, Teléfono Móvil, Internet, Redes Sociales, Terapia, Tratamiento.

2. En inglés: Nursing, Stress, Mobile phone, Internet, Social Network, Therapy, Treatment.

A su vez se utilizaron los booleanos “AND” y “*” para acotar resultados.

Para la elección de la bibliografía se filtraron los resultados con los siguientes criterios de inclusión:

- Publicaciones posteriores a 1995, ensayos clínicos, revisiones, revistas científicas, ebooks.
- Textos completos.
- En formato pdf.

Se acudió a la técnica de “la bola de nieve” para aumentar el número de bibliografía consultada.

1.4. DESCRIPCIÓN DEL ÍNDICE:

En primer lugar, se realiza una explicación de los objetivos del trabajo y la técnicas de obtención de información. Más adelante, en la evaluación y epidemiología se exponen datos relevantes sobre la adicción a internet sobre el impacto de las tecnologías en la sociedad actual y la inclusión o no del trastorno de adicción a internet dentro de los manuales de clasificación de trastornos y enfermedades mentales más relevantes.

A continuación, en el “Encuadre de la Adicciones Tecnológicas en los sistemas de clasificación”, se define el concepto de trastorno mental y se identifican las principales señales de alarma que lo causan. Posteriormente se nombran los utensilios y escalas para definir el grado de adicción a internet en jóvenes y adolescentes.

En las intervenciones, se expone la prevención y el abordaje para después simular un sesión de cada una de ellas para un joven adicto a internet o que sufre ciberbullying.

Se finaliza el trabajo con los planes de cuidados, siguiendo la taxonomía de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

2. EPIDEMIOLOGÍA Y EVALUACIÓN

El crecimiento en los últimos años en nuestro país de los niveles de acceso a las TIC y a internet en general ha sido de forma exponencial, aunque a nivel europeo todavía hay una gran brecha entre los países con mayor tasa de digitalización. España se encuentra en una zona intermedia, siendo las comunidades autónomas más avanzadas Madrid Y País Vasco.

Según el Observatorio Nacional de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) para el año 2016(6), en España de media hay 8 de cada 10 hogares con algún tipo de ordenador. Casi la mitad de los hogares cuenta con una tableta. Un 83% cuenta con televisión plana y de ellas el 20% son televisiones inteligentes con acceso a internet.

Un 40% tiene una consola de videojuegos ya sea con o sin acceso a internet.

El mismo informe afirma que el teléfono móvil alcanza el 90,1% de penetración. El teléfono móvil es utilizado por 6 de cada 10 personas de 15 años o más, de los cuales el 76,1% lo utiliza diariamente. El teléfono móvil se ha convertido en el principal dispositivo de acceso a internet, siendo utilizado por el 76,4% de los usuarios. El hogar continúa siendo el principal lugar de conexión, cercano al 90%.

En cuanto al uso de internet como medio de comunicación, el correo electrónico es el servicio más utilizado (73,3%) seguido de la mensajería instantánea (67,4%) y redes sociales (58,8%). Sin embargo, este último es utilizado de forma más intensiva, con el 75,2% de los usuarios accediendo varias veces al día. El 65,7% lo utiliza también para consultar noticias de actualidad. El 62% lo utiliza para compras "online".

Hablando del uso que hacen los adolescentes de internet, se cree, que el 92% de ellos se conectan diariamente, de ellos, un 24% afirman estar conectado casi constantemente. Aproximadamente, la mitad de los adolescentes (un 56%) de entre 13 y 17 años se conecta varias veces al día, mientras que el 12% dicen que se conecta solo una vez al día. Solo un 6% de los adolescentes dicen que se conectan una vez a la semana y un 2% incluso menos frecuentemente.

Según el estudio de Caro y Plaza de 2016(7), las féminas las que tienen mayor propensión a ser adictas. Ellas dedican su tiempo mayoritariamente con fines comunicacionales (uso de redes sociales, Facebook, Instagram y WhatsApp, mientras que los varones usan internet para jugar a juegos online o recrearse en páginas de internet.

El mismo informe revela que Facebook sigue siendo la red social más usada entre adolescentes de entre 13 a 17 años, atrayendo a un 71% de ellos, mientras que un 52% elegirían Instagram, 4 de cada 10 aproximadamente Snapchat y un tercio Twitter y Google+ (33%).

Por otra parte, los adolescentes están diversificando el uso de las redes sociales en la medida que un 71% de ellos usan más de una red social. (15)

Llama la atención la no inclusión de la adicción a las TIC en los grandes manuales de trastornos mentales, dada la amplia experiencia clínica, investigaciones y comprobaciones acerca de su existencia, como entidad a lo largo de casi tres décadas.

El uso de internet está cada vez más difundido en el mundo globalizado en el que vivimos. Aunque esta herramienta en un principio nos permite hacer mejoras en nuestro día a día (recabar información, mantener el contacto a través del correo electrónico, etc.) su utilización con fines recreativos excesiva y persistente puede conducir a una adicción. De hecho, su importancia clínica y epidemiológica la sitúa como una de las patologías emergentes de mayor impacto en el siglo actual.

Según Watson(8), la adicción a internet se puede categorizar en varios subtipos:

- 1) Adicción cibersexual (como uso compulsivo de pornografía y redes sexuales)
- 2) Adicción a la relaciones vía internet
- 3) Adicción a juegos y compras
- 4) Sobrecarga de información (navegación de forma compulsiva en bases de datos de temas específicos).

La persona que sufre adicción a internet, se caracteriza por tiempos de conexión muy prolongados con fines recreativos a lo largo de cada día, que pueden llevarle a descuidar otras áreas importantes de su vida como el trabajo, las relaciones sociales, la alimentación, el descanso, etc.

Hay personas más vulnerables a padecer esta adicción. A nivel demográfico, los adolescentes constituyen un grupo de riesgo para esta adicción porque tienden a buscar sensaciones nuevas y son los que más se conectan a Internet, además de estar más familiarizados con las nuevas tecnologías(4) . No obstante, a pesar de que la disponibilidad actual de las nuevas tecnologías en las sociedades desarrolladas de Oriente y Occidente es muy amplia, sólo un reducido número de personas muestran problemas de adicción.(9)

Existen una serie de antecedentes que actúan como factores de riesgo de esta adicción: introversión, depresión, baja autoestima, rechazo de la imagen corporal, búsqueda de sensaciones, ansiedad social y timidez. Los sujetos más proclives a sufrir problemas de este tipo son las personas que presentan déficits específicos en sus habilidades de relación y comunicación.

Los adictos a internet experimentan síntomas ansiosos, irritabilidad, desajuste emocional y problemas en la interacción social. La mayoría admite que tecleando frente a la pantalla se expresa mucho mejor que con una comunicación verbal presencial. A veces crean un personaje idealizado a su medida. La adicción a las actividades en línea incluye el *chat*, la navegación en la *web*, los juegos de azar *online*, los juegos en red, el relacionamiento social virtual, o la búsqueda compulsiva de sexo, juegos violentos o pornografía.

Los problemas con Internet aparecen cuando los jóvenes descuidan sus rutinas diarias para permanecer conectados, o bien disminuyen su descanso nocturno, invirtiendo el ritmo circadiano (se levantan al mediodía y permanecen conectados hasta el amanecer). Algunos afectados, además de reducir el número de horas de sueño o actividades, llegan a suprimir comidas. Permanecer conectados más de 3 a 4 horas diarias facilita el aislamiento de la realidad, el desinterés por otros temas, el bajo rendimiento académico y laboral, los trastornos de conducta, así como el sedentarismo o la obesidad.(9)

2.1. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA ADICCIÓN

Los estudios realizados han dado cuenta del impacto de la adicción a internet en términos de salud y sus consecuencias en la vida del individuo. Es por esta razón que se han creado instrumentos para la medición que han sido perfeccionada con el paso de los años.

Todos estos instrumentos van encaminados a diagnosticar el problema de adicción y evitar exacerbaciones de los comportamientos patológicos.

De los primeros instrumentos para evaluar este tipo de adicción está el Test de Adicción a Internet (IAT) desarrollado por Kimberly Young en 1998[Ver Anexo: Tabla 1]. Se trataba en un principio de un test formato Likert de cinco puntos y ocho preguntas que se ha ido modificando para quedar finalmente con 20 preguntas basado en los criterios del DSM-V.(10)

Más tarde, se desarrolla la Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS), con gran fiabilidad y validez en su diseño para la evaluación del uso compulsivo de plataformas virtuales. Se trata de un cuestionario tipo Likert de 5 opciones con 14 preguntas. Esta escala se ha utilizado por lo apto dentro del área clínica y de investigación. (11)

Cuando se obtuvieron más hallazgos y evidencia del problema se desarrolló la Escala de Evaluación del Uso Problemático y Riesgo de Internet (PRIUSS), que propone una escala con 18 ítems tipo Likert.(12)

En cuanto al desarrollo de escalas para medir el riesgo de adicción a redes sociales, en 2015 Vilva & Vallejos confeccionaron el cuestionario de Adicción a Redes Sociales (CrARS) compuesto por 43 preguntas que miden 7 parámetros: síndrome de abstinencia, disminución del rendimiento académico, pérdida de control, dependencia, pérdida de interés en otras actividades, modificación del estado de ánimo y conflictos con el entorno social.(13)

En cuanto a las escalas que miden factores de riesgo y vulnerabilidad se destacan:

1. La escala de autoestima de Rosenberg(14)[Ver Anexo: Figura 3]: escala tipo Likert de cuatro opciones que incluye diez ítems para valorar sentimientos de aceptación y respeto de uno mismo.
2. La escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner(15)[Ver Anexo: Figura 4]: formado por 13 siluetas de la figura humana donde el sujeto marca con una cruz aquella que se asemeje más a su imagen corporal y con otra cruz cual sería la ideal.
3. El cuestionario de screening de ansiedad de Wittchen(16)[Ver Anexo: Figura 5] .

3. ENCUADRE DE LAS ADICCIONES TECNOLÓGICAS EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN.

La salud mental es definida como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, e influye en estado de salud general del individuo ya que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.(17)

Las adicciones son uno de los mayores problemas en la salud mental. Tradicionalmente cuando se habla de adicción nos referimos a la adicción a las drogas. Sin embargo, recientemente se ha descubierto que todos los trastornos adictivos se asemejan por diferir una falta de control.(17)

3.1. PRINCIPALES SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN:

La adicción a internet no es considerada un trastorno de conducta o enfermedad en sí, ni tampoco corresponde a ningún diagnóstico clínico. Sin embargo, en el DSM-V podemos encontrar el trastorno por juego patológico, cuyos siguientes criterios permiten diagnosticarlo(18):

CRITERIO A. Trastorno de juego problemático persistente y recurrente, que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:

1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. Reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar” las pérdidas).
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

CRITERIO B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maniaco.

Como en todas las adicciones, en la adicción a internet los comportamientos se vuelven automáticos, son activados por la emociones e impulsos, con un control escaso por parte de las persona. Como dice Echeburúa, cualquier actividad normal que resulte placentera para un individuo puede convertirse en una conducta adictiva.(9)

La adicción a internet tampoco es considerada un trastorno de conducta o enfermedad en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-11), que si recoge el trastorno por uso de videojuegos cuya descripción sería:

Patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente ("juegos digitales" o "videojuegos"), que puede ser en línea (es decir, por internet) o fuera de línea, y que se manifiesta por:

1. Deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto);
2. Incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y
3. Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas. El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.

El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.(19)

El comportamiento se activa por una emoción que puede oscilar desde un deseo intenso o avidez hasta una auténtica obsesión y puede generar un síndrome de abstinencia si se deja de concretarlo. El afectado, focalizado totalmente en su adicción específica, se desinteresa por las actividades de tiempo libre que antes consideraba placenteras.

Desde una perspectiva conductual o de la teoría del aprendizaje, todas las conductas adictivas se activan al comienzo mediante un mecanismo de refuerzo positivo como es el placer experimentado o euforia (*high*), pero a medida que la conducta se prolonga, dicho reforzador termina siendo negativo y responde a la necesidad de no experimentar el malestar o abstinencia que experimenta al no llevar a cabo dicha conducta.(9)

Si una persona pierde el control sobre una conducta placentera, que luego se destaca y sobrepasa del resto de actividades en su vida, se ha convertido en un adicto conductual.

Los síntomas principales de una adicción conductual son:

- Intenso deseo, ansia o necesidad imparable de concretar la actividad placentera.
- Pérdida progresiva del control sobre la misma, hasta llegar al descontrol.
- Descuido de las actividades habituales previas, tanto las familiares, como las académicas, laborales o de tiempo libre.
- Estas consecuencias negativas suelen ser advertidas por personas allegadas que se lo comunican al adicto, quien, a pesar de ello, no detiene la actividad y se pone a la defensiva, negando el problema que padece.
- Progresiva focalización de las relaciones, actividades e intereses en torno a la adicción, con descuido o abandono de los intereses y relaciones previos, ajenos a la conducta adictiva.
- Irritabilidad y malestar ante la imposibilidad de concretar el patrón o secuencia adictiva (abstinencia) e imposibilidad de dejar de hacerlo, pasado un corto período.

La dificultad para el afrontamiento de los problemas, la baja autoestima, la impulsividad, la no tolerancia a estímulos físicos o psicológicos desagradables como el dolor o la tristeza, un estado de ánimo depresivo o disfórico y la búsqueda de sensaciones fuertes aumentan la predisposición y la vulnerabilidad para que un sujeto desarrolle una adicción en general y, de esta índole, en particular. (9)

El consumo de ciertas sustancias o drogas produce en el sistema nervioso central un aumento considerable de dopamina, llevando a una sensación de euforia. El aumento de la dopamina puede generarse además a través de otro tipo de conductas como son el juego patológico, las relaciones sexuales descontroladas o las compras compulsivas.

3.2. SEÑALES DE ALARMA

Las principales señales de alarma que denotan una dependencia a las TIC o a las redes sociales y que pueden ser un reflejo de la conversión de una *afición* en una *adicción* son las siguientes(20):

- a. Privarse de sueño (<5 horas) para estar conectado a la red, a la que se dedica unos tiempos de conexión anormalmente altos.
- b. Descuidar otras actividades importantes, como el contacto con la familia, las relaciones sociales, el estudio o el cuidado de la salud.
- c. Recibir quejas en relación con el uso de la red de alguien cercano, como los padres o los hermanos.
- d. Pensar en la red constantemente, incluso cuando no se está conectado a ella y sentirse irritado excesivamente cuando la conexión falla o resulta muy lenta.
- e. Intentar limitar el tiempo de conexión, pero sin conseguirlo, y perder la noción del tiempo.
- f. Mentir sobre el tiempo real que se está conectado o jugando a un videojuego.
- g. Aislarse socialmente, mostrarse irritable y bajar el rendimiento en los estudios.
- h. Sentir una euforia y activación anómalas cuando se está delante del ordenador.

De este modo, conectarse al ordenador nada más llegar a casa, meterse en Internet nada más levantarse y ser lo último que se hace antes de acostarse, así como reducir el tiempo de las tareas cotidianas, tales como comer, dormir, estudiar o charlar con la familia, configuran el perfil de un adicto a Internet. Más que el número de horas conectado a la red, lo determinante es el grado de interferencia en la vida cotidiana.(21)

4. INTERVENCIONES ENFERMERAS:

Tras la identificación del problema y su prevalencia actual, es importante llevar a cabo estrategias de prevención con el fin de reducir los casos de adicción y un tratamiento efectivo para paliar sus efectos. En el siguiente apartado se explica las bases del abordaje del problema de una manera práctica.

4.1. PREVENCIÓN:

La práctica profesional de la enfermera, con respecto a la prevención comprende 3 niveles(22):

- a. **A nivel primario:** atención a los procesos de desarrollo a través del ciclo vital como es en el paquete de atención del adolescente, con el objetivo de ayudarles a culminar adecuadamente cada una de las fases de crecimiento y a la formación como adultos. Educar y preparar a los padres para que adopten conductas positivas que les permitan orientar a sus hijos. La enfermera debe desarrollar sus funciones de atención centrada en las necesidades del adolescente y su familia, apoyando la capacidad y autodesarrollo para participar activa en la solución de sus problemas.
- b. **A nivel secundario:** adaptación a situaciones de alarma para poder ayudar a que las respuestas conductuales a las exigencias del ambiente sean las mejores posibles, informando y enseñando a los jóvenes la búsqueda de conductas, y mejor uso de tiempo libre, para desarrollar nuevos hábitos que propicien su salud física y mental, evitando la adquisición de problemas relacionados con la adicción a internet.
- c. **A nivel terciario:** trabajar por el mantenimiento, el equilibrio dentro de las limitaciones de los adolescentes y con los padres de estos adolescentes que ya presentan adicción a internet.

La enfermera como coordinadora y como parte del equipo multidisciplinario, debe resolver las dudas y necesidades, dando énfasis a la conservación de la salud mediante actividades preventivas y promocionales dirigidas al desarrollo integral del adolescente, fortaleciendo su autoestima, identidad, aceptación de sí mismo, la resistencia a la presión de grupo, así como la promoción de valores y hábitos socialmente aceptables, en la prevención de conductas de riesgo que atenten contra su desarrollo físico y emocional, a la promoción y fomento de factores protectores como la familia, comunidad educativa, con el fin de contribuir a la adopción de conductas saludables.(23)

Al aceptar que vivimos en una sociedad digital es importantísimo conocer los factores de riesgo y protección que inciden en el buen o mal uso de las nuevas tecnologías. Una de las cuestiones que más preocupan a los padres es la privacidad de sus hijos y los expuestos que están a través de los dispositivos conectados a la red. Desde un teléfono móvil controlado remotamente se puede acceder a los listados telefónicos, mensajes y a las galerías fotográficas. Es por eso que las personas más jóvenes e inexpertas tienen riesgo de exponer todos los datos de su dispositivo y ser víctima de extorsión y chantaje al aceptar condiciones sin entender el principio de privacidad que rige las aplicaciones instaladas en él.(24)

Es evidente las ventajas que aportan las TIC, tales como: las nuevas opciones de relación, información, participación, administración del tiempo y ocio, etc. La adopción por parte de la sociedad de estas tecnologías hace que elementos como la inmediatez, la reducción de las distancias y la comodidad sean factores irrenunciables en nuestro tiempo.

Cada día es más difícil entender el alcance de la adicción a internet, ya que muchas veces se atribuye a la necesidad de adaptación a las exigencias sociales. En realidad, es un problema que afecta de manera muy seria al ámbito familiar y personal de los adolescentes. Según Torrecilla(25) se tiende a la normalización del uso de las nuevas tecnologías (especialmente del teléfono móvil) y que esta pase desapercibida. En general, todas las personas son conscientes del problema, aunque pocos de ellos reconozcan su dependencia o patología.

Como recomendaciones más importantes para la prevención específica de adicciones al móvil están las siguientes:

- Retardar al máximo la edad de tenencia de un móvil propio.
- Asumir el coste de la línea estableciendo pagas semanales, trabajos alternativos, etc. Se debe fomentar la pedagogía del esfuerzo.
- Educar en la autorregulación del placer inmediato y en la tolerancia a la espera. Se debe pactar el modelo de móvil buscando un equilibrio entre necesidades y deseos.
- Permitir la personalización del terminal, aunque marcando determinados límites.
- Educar y ayudar a que se regule en el uso (tiempo de utilización) de la mensajería instantánea y las llamadas de voz.
- Limitar espacios de uso para impedir que el móvil se utilice a discreción sin ningún tipo de control. Es importante que se respeten espacios como el tiempo de trabajo o estudio, las comidas, cenas o los periodos de descanso.(26,27)

Junto a esto, es capital que los jóvenes aprendan a aburrirse y desarrollen la creatividad sin tener que acudir a la ayuda del móvil. El objetivo es que el móvil no se convierta en una especie de navaja suiza que usamos prácticamente para todo. Se ha de conseguir que los jóvenes se separen puntual y periódicamente de sus móviles para que descubran que hay muchas más actividades sin estar influidos por sus terminales.(24)

Es muy llamativa la falta de normas claras respecto a la utilización del teléfono móvil durante la noche. Muchos padres permiten que sus hijos se acuesten con sus dispositivos encendidos, pudiendo recibir mensajes hasta altas horas de la madrugada. Sólo el 30% de los niños y adolescentes de 11 a 14 años con teléfono móvil lo apaga al irse a dormir. Otro 43% lo apaga

después de haberse acostado, a una hora indeterminada, y el 27% restante no llega a apagarlo(28).

Se sabe que el mayor control de los padres sobre el tiempo de conexión a internet de sus hijos disminuye el riesgo. Por esa razón las acciones encaminadas a la prevención desde las instituciones (colegio, centros de salud, etc.) deben ser el estandarte antes que las acciones terapéuticas. A su vez debe darse más visibilidad con el fin de que se conozca el fenómeno sin crear un alarmismo excesivo y dotar de herramientas para su identificación precoz.

El uso de las TIC y de las redes sociales impone a los adolescentes y adultos una responsabilidad de doble dirección: los jóvenes pueden adiestrar a los padres en el uso de las nuevas tecnologías, de su lenguaje y sus posibilidades; los padres, a su vez, deben enseñar a los jóvenes a usarlas en su justa medida.

Los padres y educadores deben ayudar a los adolescentes a desarrollar la habilidad de la comunicación cara a cara, lo que, entre otras cosas, supone(29):

- a. Limitar el uso de aparatos y pactar las horas de uso del ordenador.
- b. Fomentar la relación con otras personas.
- c. Potenciar aficiones tales como la lectura, el cine y otras actividades culturales.
- d. Estimular el deporte y las actividades en equipo.
- e. Desarrollar actividades grupales, como las vinculadas al voluntariado.
- f. Estimular la comunicación y el diálogo en la propia familia. La limitación del tiempo de conexión a la red en la infancia y adolescencia (no más de 1,5-2 horas diarias, con la excepción de los fines de semana), así como la ubicación de los ordenadores en lugares comunes (el salón, por ejemplo) y el control de los contenidos, constituyen estrategias adicionales de interés.(30)

Desde las diferentes Administraciones Públicas e Instituciones privadas se llevan a cabo programas y acciones con el fin de sensibilizar y formar en el uso correcto de la red. Se han creado guías, materiales y páginas web. Entre las más destacadas están:(31)

- 1) Instituto Nacional de las Tecnologías de la Comunicación (INTECO). Creado con el objetivo de concienciar y formar acerca de la tecnología y el estado de la seguridad en internet. A su vez impulsa la detección y denuncia de nuevas amenazas en la red, fraudes u otros ataques.
- 2) Congreso Nacional de Internet en el Aula. Organizado conjuntamente por los Ministerios de Industria y Educación. Dirigido a personal docente para su formación en el uso de las TIC con el objetivo de difusión de buenas prácticas de seguridad en dichas tecnologías.
- 3) Declaración Institucional del Gobierno de la Rioja. Sus actuaciones promoverán la seguridad en el uso de las TIC no solo para niños y jóvenes sino para madres, padres, tutores, psicólogos, expertos, responsable sociales y fuerzas de Seguridad.
- 4) Andalucía Compromiso Digital. Con el lema “educar para proteger” se realizaron jornadas en centros educativos, destinadas a ofrecer información útil en temas como el uso de redes sociales, ciberacoso o el acceso a contenidos inadecuados.
- 5) Ayuntamiento de Madrid. Junto a otras compañías con Microsoft, Tuenti, etc., firmaron un acuerdo para fomentar iniciativas y concienciar a padres e hijos sobre el uso responsable en internet.

La prevención en los programas de Educación para la Salud debe instrumentar una metodología que ayude al individuo a tomar decisiones autónomas y responsables (actitudes indispensables de una vida saludable). Que cada persona se sienta capacitada para hacer frente con sus recursos a los problemas de salud que se le vayan planteando.(24)

Otro de los fenómenos asociados a la adicción a internet y a las redes sociales es el ciberbullying.

El término Bullying proviene de “Bully”, que significa “fanfarrón”, “matón” o “bravucón” (32). El *ciberbullying* o ciberacoso es un tipo de maltrato que se fundamenta en el uso de las TIC para acosar a una persona, llevándose a cabo este acoso entre iguales. Este acoso alimentado por el gran uso que se da de las TIC no se genera en un lugar y momento concreto, como puede ser el colegio o cualquier lugar de ocio de estos niños, sino que se produce en cualquier situación y de manera repetida.

El acoso y la intimidación mediante correos electrónicos y redes sociales es cada vez más habitual en nuestra sociedad. La organización “Save The Children” realizó entre 2014 y 2015 una encuesta a 21.487 estudiantes de edades comprendidas entre los 12 y 16 años de institutos de Educación Secundaria públicos.

Save The Children indica en este estudio que un 6,9% de estos estudiantes ha sufrido este tipo de acoso. Dentro de este porcentaje, comparándolo por sexo, las que más lo sufren son las chicas. La comunidad que más destaca es Andalucía con un 9,5% de ciberacoso entre sus alumnos y por el contrario Asturias, Cantabria y Ceuta son las que menos número de víctimas tienen.

Dentro de esta encuesta también se evalúan otros aspectos como haber sido insultado a través de redes sociales o móvil, donde un 36,3% lo afirman, un 6,3% cree que piratearon su cuenta y se hicieron pasar por ellos, el 19,2% indica que alguien ha difundido rumores sobre él, un 17,9% afirma haber sido amenazado por esta vía y un 11,8% dice haber sido ignorado o aislado. Por otra parte, 1 de cada 4 adolescentes colgaría una foto suya en la red, aunque considerara que sus padres no lo autorizasen. Hablando ahora desde el punto de vista del acosador, un 3,3% reconoce haber acosado a alguien a través de Internet o redes sociales. [Véase anexo: Figura 1].(33)

Según el INFORME II ANAR 2016(34), el 39% de los ciberacosadores son grupos de chicas frente al 31,2% de chicos, mientras que los grupos mixtos representan el 29,8%. En cuanto a la forma de actuar, destacan los grupos de agresores de entre 3 a 5 miembros con un 36,7%, seguido de acosadores solitarios que representan un 31,6%. Igualmente, la edad media de los acosadores de ambos sexos se sitúa en los 13,8 años.(35)

La mayoría de los agresores, tanto chicas como chicos, al ser encuestados sobre cuáles son sus motivos para acosar, afirman no saber por qué lo hacen. Si bien, cabe destacar que los principales motivos de los agresores para llevar a cabo el ciberacoso son:

- La *ignorancia*, debido a que no son conscientes del daño que producen en la otra persona.
- El *poder*, con el que pretenden imponerse como líder y, consecuentemente, lograr el dominio sobre el grupo y su víctima.
- La *venganza*, con el fin de dar una lección a su propio ciberacosador o al de un amigo al que quiere defender.
- El *anonimato* que pueden proporcionar las redes sociales, y del cual se beneficia el agresor.(33)

Desde la Atención Primaria, la enfermera pediátrica a través de las diferentes revisiones de consulta puede orientar a familias, niños y adolescentes mediante actividades de Educación para la Salud (programas educativos y sesiones informativas) para su capacitación en el uso adecuado de las tecnologías. Estas acciones están dirigidas a evitar la aparición del problema.

El personal de enfermería debe estar atento en las revisiones a los posibles cambios que se den en la conducta, estados de ánimo y hábitos de los menores; además de reconocer los síntomas de acoso.

Ante la sospecha de un caso de ciberbullying, se realizará una entrevista a solas con el paciente

transmitiéndole la confianza para que éste se sienta seguro y así le cuente lo sucedido; se deben formular preguntas abiertas para conocer con detalle los hechos y evitar en la medida de lo posible que no se sienta culpable.

Si el acoso se ha producido, el personal de enfermería debe realizar intervenciones sobre las víctimas, acosadores y familiares para minimizar los daños procedentes del problema. También es importante llevar a cabo actividades que eviten el desarrollo de patologías psicológicas y psiquiátricas. En el caso de que el pediatra lo requiera, el tratamiento puede estar combinado con psicofármacos para tratar síntomas como la ansiedad, depresión, insomnio, etc., que hubiera podido surgir por el ciberacoso. Es el personal de enfermería el que debe conocer e interpretar adecuadamente aquellos signos y síntomas que tengan los pacientes sometidos a estos medicamentos. Debe vigilar y educarles en el uso y los posibles efectos secundarios del tratamiento.

Una vez detectado el problema de ciberbullying, es importante que exista una colaboración estrecha con el centro educativo para coordinar las actividades que se han de llevar a cabo y prevenir que la víctima sufra un nuevo episodio.

No debemos olvidar que actualmente, se está empezando a instaurar la figura de la enfermera escolar en los centros educativos, lo que permite que estas acciones de prevención puedan llevarse a cabo de una manera más estrecha y directa con el centro y los involucrados.

Si se conoce quien es el acosador, el profesional debe ponerse en contacto con él y con sus padres o tutores legales para aplicar las medidas psicoeducativas correspondientes. En el caso de que ninguna de las medidas correctivas sea efectiva sobre éste, sería adecuado asesorar a la víctima para denunciar el caso ante la Fiscalía de Menores. Si no se conociera la identidad del acosador se deberá denunciar a la plataforma digital para que se conozcan los hechos. (32,36)

4.1.1. PROYECTO DE SESION DE PREVENCION:

Como criterios de inclusión en el programa de prevención de adicción a las TIC estarían:

- Alumnos procedentes de los centros educativos, primaria y secundaria.
- Padres/madres/tutores de alumnos.
- Personal docente de centros educativos.
- Usuarios del centro de atención primaria que acudan a las consultas relatando casos de adicción o de ciberbullying de algún familiar bajo su tutela.

- Primera fase:

- Detección del problema:

En una primera fase preliminar se contactará al centro educativo, preferentemente un instituto de educación secundaria, buscando como enlace la educadora social o alguna persona de la dirección del centro.

1. Se realizará una sesión corta (unos 20 minutos) con la persona de enlace que nos confirme sus sospechas de casos de adicción a internet entre los escolares y adicionalmente los casos de ciberbullying detectados.
2. Posteriormente una sesión corta, de unos 30 minutos, donde el profesional de enfermería explicará a los alumnos del centro el objetivo del estudio, con el propósito de objetivar la adicción a internet de los mismos a través del Test de Adicción a Internet de Kimberly Young(37). A su vez, y si se dispusiese del tiempo necesario se pasarían las escalas de ansiedad, imagen corporal y autoestima explicadas en otros apartados anteriores.

- Evaluación e intervención:

1. Una vez recogidos los tests y las escalas se analizarán para ver el grado de adicción entre los alumnos y definir las estrategias de prevención.

2. Se acordará una sesión de una hora con la persona de enlace y los alumnos para realizar la prevención centrada en el cambio de conducta hacia aquellas más saludables y menos dependientes de los dispositivos móviles e internet. El profesional de enfermería dirigirá la intervención hacia el desarrollo integral del adolescente centrándose en el fortalecimiento de la autoestima y de la imagen corporal, promoción de valores y hábitos socialmente aceptables y promocionando actividades alternativas al uso del móvil, como, por ejemplo, actividades deportivas u ocio, fomento del aumento del tiempo de calidad con la familia.
3. Se les transmitirá la opción de acudir al centro de salud de atención primaria para aquellos que quieran un mayor asesoramiento o busquen ayuda profesional cuando lo precisa.

- Segunda fase:

Al mismo tiempo, se ha de incluir a la familia de los alumnos y educadores, factores clave para el éxito de la prevención y presentes en el día a día de los adolescentes.

Se realizaría una sesión conjunta con los/las padres/madres/tutores de los alumnos y personal docente, si es posible en el propio centro educativo (ej.: salón de actos), y en el caso de que no fuera posible, en el centro de salud u otros espacios habilitados.

1. En una sesión de hora se les explicará el concepto, la prevalencia y los resultados extraídos del AIT sobre la adicción a internet.
2. Durante la misma sesión se le dará recomendaciones (explicadas en el apartado de Prevención).
3. Se les insistirá en la importancia de realizar actividades conjuntas y la comunicación con sus hijos/alumnos con el fin de afianzar el vínculo y poder manejar sus conductas.
4. Se les transmitirá la presencia de los profesionales de la salud en los centros de atención primaria para aquellos que quieran más asesoramiento o busquen ayuda profesional cuando se precise.

En el caso que desde del centro educativo se detectaran casos de ciberbullying, las fases se distribuirían de la siguiente manera:

- Primera fase:

El personal de enfermería pedirá una sesión a solas con la víctima sin límite de tiempo y en el propio centro educativo, a fin de relatar la experiencia vivida en detalle. Esta sesión irá encaminada a eliminar la culpa de la víctima y aumentar su sensación de protección, así como para evitar posibles consecuencias de la prolongación de la dinámica acosadora.

- Segunda fase:

Posteriormente, se realizará la actuación con el grupo escolar donde reside la víctima, distribuidas las sesiones de la siguiente manera:

1. Se acordará una primera sesión corta, de unos 30 minutos, donde el profesional de enfermería explicará a los alumnos del centro el objetivo del estudio, con el propósito de objetivar la prevalencia del ciberbullying entre los alumnos a través de la Encuesta de Datos Sociodemográficos de Abel Baquero et al.(38)[Ver Anexo: Figura 2], que consta de 18 ítems en tipo escala Likert de 6 opciones que van desde “Muy frecuentemente”, hasta “nunca” con la opción del “No aplica”.
2. Una vez recogidas las encuestas se analizarán para ver el grado de prevalencia entre los alumnos y definir las estrategias de prevención.
3. Si fuera posible, se convocará a una sesión conjunta con alumnos, padres y personal docente donde se transmitirán recomendaciones:
 - Capacitar a los estudiantes para el uso seguro, responsable y saludable de la red.
 - Conversar en la familia respecto a casos de ciberbullying que se hayan escuchado o presenciado, así como los riesgos de la red, protección de su

información y de su imagen y motivar a los menores a avisar de cualquier situación de abuso que lleguen a padecer.

- Pautas a los padres acerca de Establecer reglas y límites respecto al uso de internet y móviles: colocar los ordenadores en un lugar donde toda la familia tenga acceso, controlar el tiempo y planificar actividades que no impliquen el uso de tecnología.

Se transmitirá igualmente la disposición del profesional de enfermería para asesorar, ayudar y aconsejar tanto a la víctima como a sus progenitores/tutores ante posibles complicaciones que surjan en el futuro relacionados con el problema.

Por otra parte, y si fuera necesario, el personal de enfermería daría parte a las autoridades en los casos más graves, donde se vea un gran peligro la integridad física y psicológica de la víctima.

Es recomendable abordar la prevención para ambos problemas de adicción y ciberbullying de forma conjunta durante las mismas sesiones. En el caso que no fuera posible por la necesidad de varias sesiones existe el riesgo de no conseguir la colaboración de los pacientes. El profesional debe valorar el tiempo requerido y la disponibilidad de los usuarios para la realización de las actividades.

4.2. ABORDAJE TERAPEUTICO

Así como todas las drogas no son iguales, tampoco son las personas adictas a ellas. Sin embargo, hay ciertos aspectos que son similares a la hora de elegir un tratamiento y un objetivo terapéutico. Hay elementos similares en la elección del tratamiento, a la hora de escoger el objetivo terapéutico y en la selección de las intervenciones. Algo que coincide en todos los trastornos adictivos es la negación a la dependencia.

La conducta adictiva perdura porque el beneficio que obtiene el individuo es mayor que el coste generado. Cuando la persona sienta que tiene un problema real, que los inconvenientes de seguir con la conducta son mayores que las ventajas, o que no pueda salir solo del problema, es ahí cuando estará realmente motivado para el cambio. El profesional debe ayudar al sujeto a mostrar su situación real y a mostrarle las soluciones disponibles. (5)

En el ámbito de las adicciones químicas o de la ludopatía es más sencillo establecer objetivos, principalmente conseguir una abstinencia completa, e identificar los beneficios del cambio de conducta. Sin embargo, en la adicción a Internet o las redes sociales la meta de la abstinencia resulta implantable. Se trata de conductas descontroladas, pero que se vuelven necesarias en la vida diaria. El objetivo terapéutico debe focalizarse, por tanto, en el reaprendizaje del control conductual.

Y por lo que se refiere al tratamiento, las vías de intervención planteadas son parecidas para todos los casos de adicción con o sin sustancias.

Se puede cuestionar si lo que se pretende es una abstinencia completa o bien un uso adaptativo de los usos de internet. Se aboga por esta segunda opción, eso sí, tras un periodo de abstinencia, ya que en la mayoría de los casos la abstinencia es imposible, debido a las exigencias de la sociedad.(39)

El tratamiento inicial de choque se centra en el aprendizaje de adecuadas respuestas de afrontamiento ante situaciones de riesgo (control de estímulos); y en una segunda fase, en la exposición programada a las situaciones de riesgo (exposición a los estímulos y situaciones relacionados con la conducta adictiva).

De este modo, un ex adicto a Internet puede, inicialmente bajo el control de otra persona y después a solas, conectarse a la red, estar un tiempo limitado (1 hora, por ejemplo) y llevar a cabo actividades predeterminadas (atender el correo sólo una vez al día a una hora concreta, navegar por unas páginas fijadas de antemano o entrar en una red social), sin quitar horas al sueño y eliminando los pensamientos referidos a la red cuando no se está conectado a ella. Sólo cuando se ha llegado a esta fase decrece la intranquilidad subjetiva y el sujeto adquiere confianza en su capacidad de autocontrol ante las diversas situaciones cotidianas.

Una vez reasumido el control de la conducta, se requiere actuar sobre la prevención de recaídas, lo que implica identificar las situaciones de riesgo, aprender respuestas adecuadas para su afrontamiento y modificar las distorsiones cognitivas sobre la capacidad de control del sujeto. Asimismo, hay que actuar sobre los problemas específicos de la persona, planificar el tiempo libre e introducir cambios en el estilo de vida. (5)

Otra estrategia es la terapia familiar. La evidencia destaca la relevancia de la calidad de las relaciones familiares para proteger al adolescente de implicarse en una conducta de riesgo. Los factores dentro del son familiar más importantes son: el proceso de socialización entre padre e hijos, el estilo parental y la calidad de la comunicación entre sus miembros. (7)

Normalmente nos encontramos con familias con poca comunicación entre sus miembros, por el cual el objetivo es superar el aislamiento individual. Como ejemplo hablamos de juegos en internet donde los miembros de la familia pueden participar y así favorecer un contexto de interacción dirigiendo las conductas y desarrollando un criterio de un uso correcto de internet.

El hecho de consensuar horarios de juego ayuda a entender las necesidades de los jóvenes y al mismo tiempo disfrutar de un tiempo compartido de calidad.

A su vez la terapia familiar debe concienciar a las familias de lo adictivo que puede ser el juego online y a darse cuenta de las cuestiones latentes que llevan a sus hijos a refugiarse ante el ordenador, móvil o consola de videojuegos. (37)

Además de las estrategias anteriores, existen otras se pueden utilizar para romper hábitos de conexión con las conductas adictivas en este tipo de pacientes(39):

1. **Interruptores externos:** Se trata de usar cosas que el paciente tenga que hacer o sitios donde ir como señales que le indiquen que debe desconectar. Como ayuda a estas alarmas naturales se pueden usar relojes o alarmas de tiempo.
2. **Fijar metas:** Para evitar las recaídas se puede elaborar un horario realista que permita al paciente manejar su tiempo. Se puede elaborar un esquema de conexiones breves pero frecuentes. El tener un horario tangible puede permitir tener sensación de control.
3. **Abstinencia de una aplicación particular:** Una vez se ha identificado la aplicación que resulta más problemática para el paciente, este debe dejar de utilizarla. Esto no significa que no pueda usar otras aplicaciones relacionadas con la red. Si el paciente encuentra problemas con las salas de chat, entonces no debe usarlas más, pero si puede usar el correo electrónico o los navegadores Web.
4. **Usar tarjetas recordatorias:** Para mantener al paciente centrado en la meta de la abstinencia o la reducción de uso podemos pedirle al paciente que haga una lista de los cinco principales problemas causados por la adicción a Internet y otra con los cinco principales beneficios de estar desconectado de Internet o abstenerse de usar una aplicación. La lista puede ser transcrita en una tarjeta que pueda llevar consigo. Le podemos sugerir que saque la tarjeta cada vez que piense en usar Internet, y que apunte todos los beneficios que le cause la abstinencia o reducción de uso, así como lo efectos negativos que le cause su uso.
5. **Desarrollar un inventario personal:** Al mismo tiempo que el paciente intenta cortar el uso de Internet, podemos sugerir que cultive una actividad alternativa. El paciente debe

elaborar un inventario personal de las cosas que ha dejado de hacer a causa de su adicción, para luego clasificarlas en "muy importante", "importante" o "no muy importante". Debemos hacer que el adicto examine especialmente las actividades "muy importantes" para que se haga consciente de lo que ha perdido y le gustaría recuperar.

6. **Entrar en un grupo de apoyo:** Puesto que el apoyo social de la red contribuye a la adicción de aquellos con estilos de vida solitarios, sería conveniente ayudarles a encontrar un grupo de apoyo que se refiera a su situación. Por ejemplo, si un individuo ha perdido recientemente a su pareja, podríamos sugerir que entrase a formar parte en una asociación de viudos o que se implicase en actividades de la comunidad.

4.2.1. NIVELES ASISTENCIALES

La propuesta de intervención iría dirigida a aquellos pacientes sin ningún trastorno previo (ludopatía, compras compulsivos etc.,) para los que internet multiplica el riesgo de dejarse llevar por impulsos que agraven su conducta y, en donde encuentran en internet un refugio antes las dificultades del día a día.

También aquellos que desarrollan hábitos problemáticos a partir de entrar en contacto con las nuevas tecnologías. Se habla de personas jóvenes, adolescentes, que al utilizar de manera continuada las TIC, cambian de manera significativa sus comportamiento y sus hábitos de vida. (40)

El objetivo en cualquier caso es favorecer un estilo de vida sano sin adicciones. Como se ha mencionado anteriormente en este trabajo, conseguir una abstinencia absoluta es imposible, sería preciso establecer unos límites sanos de uso en un primer momento, con el objetivo de desarrollar el autocontrol y la autonomía personal como herramientas para una correcta gestión de los impulsos.(41)

Una vez evaluada el grado de adicción a través de las escalas de valoración ya comentadas, se establecería un tratamiento, que, dependiendo de su gravedad se encamina a:

- **Ingreso terapéutico:**

Se aconseja una duración de entre 2 y 3 meses. Durante esta fase se llevan a cabo sesiones de grupo diarias, varias entrevistas semanales con miembros del equipo multidisciplinar (enfermera, psiquiatra, médico y psicólogo), además de la terapia familiar los fines de semana. El objetivo primero es la toma de conciencia de adicción que se padece y del cambio que se necesita hacer. Junto a esto, se añadiría la necesidad de incorporar un estilo de vida más sano con mejores pautas de descanso, actividad física, alimentación, sociabilización y comunicación, libre de hábitos tóxicos y adicciones.(40)

Se recomienda el ingreso en aquellos casos en los que la adicción a las TIC está en fase muy avanzada, cuando la problemática afecte a la vida diaria del paciente (estudios, relación con los padres, grupo social). En todos los casos una vez acabado el tiempo de ingreso, el paciente debe continuar su tratamiento de manera ambulatoria.

- **Proceso ambulatorio:**

Para ello se propone una intervención que se realizará en un total de 10 sesiones de una hora, una vez por semana en las unidades de salud mental de los centros de salud de atención primaria.

Las sesiones se estructuran de la siguiente manera(42):

1. *Fase Motivacional de valoración psicosocial*, centrada en la evaluación del problema, llevando a cabo para ello varias sesiones de entrevista psicológica y solicitando la cumplimentación de distintos cuestionarios para valorar el grado de adicción, además

de un autorregistro del uso de internet, donde se hace hincapié en las situaciones de pérdida de control con el ordenador o el móvil. Durante las primeras cuatro sesiones también se ofrecería información acerca del proceso adictivo y detalles formales de la terapia, se trabajará el aumento de la motivación para el cambio y el establecimiento de los objetivos terapéuticos.

En esta fase se le transmite al paciente la tarea para hacer en casa acerca de la planificación semanal de las actividades alternativas al uso de los dispositivos electrónicos.

2. Fase de Superación del Deseo y síndrome de abstinencia, con tres objetivos:
 - Llevar a cabo modificaciones ambientales para impedir que siguiera utilizando Internet y el móvil sin control, entrenar en técnicas que ayudaran a aliviar el malestar producido por la reducción de su uso, y fomentar conductas alternativas o incompatibles.
 - El control de estímulos se basa en evitar y prestar especial atención a las situaciones que se identificaron como de riesgo; por ejemplo, evitar ponerse a jugar o ponerse en el ordenador cuando estuviera solo en casa y por la noche mientras los demás miembros de su familia estaban durmiendo. Junto al control de estímulos, se estableció un horario de uso del ordenador y se pautó el uso de una alarma que le indicara el momento de apagar el aparato y ponerse a hacer otra cosa.
 - En la segunda sesión y posteriores se realiza un horario de actividades semanales en el que se incluía tiempo de ocio, tiempo para hacer deporte, tiempo de estudio y periodos de descanso, con el fin de promover conductas placenteras y adaptativas.

3. Fase de cambios conductuales y actitudinales, en esta fase de intenta consolidar un estilo de vida en el que se fomentan conductas alternativas y un uso adaptativo de las tecnologías. Para ello, además de seguir trabajando diferentes estrategias de afrontamiento y pautas para el manejo de la pérdida de control, se aplica reestructuración cognitiva y exposición gradual con prevención de respuesta. Esta última técnica consiste en la exposición gradual (empezando por los juegos sobre los que tenía más descontrol) a los estímulos condicionados, pero sin realizar la conducta o, en este caso, sin llegar a la pérdida de control.
Por otra parte, se comienza a exponer al paciente a situaciones que no representan riesgo con juegos que resultaban más fáciles de controlar para el paciente (por ejemplo, Solitario). Se especifican varias fases y su duración, así como el criterio de no pasar a otro estímulo hasta después de varios entrenamientos en exposición seguidos en los que pudiera realizar las tareas con un nivel de ansiedad o malestar mínimo y sin que se produjera pérdida de control. Al mismo tiempo, se sigue incidiendo en la planificación semanal de actividades, haciendo hincapié en la organización de la realización de trabajos y horas de estudio, así como en determinadas estrategias de afrontamiento (demora forzada y autoinstrucciones).

4. Fase de consolidación y prevención de recaídas, centrada en la consolidación de los avances logrados y en la prevención de recaídas, a la que se dedican varias sesiones en para trabajar los siguientes contenidos: psicoeducación sobre qué es una recaída, identificación de situaciones de riesgo, repaso de los cambios realizados y recordatorio de las estrategias de afrontamiento aprendidas, explicación del efecto de violación de la abstinencia, y entrenamiento en el afrontamiento de situaciones de alto riesgo.
5. Se realizaron dos seguimientos, al mes y a los tres meses tras el alta terapéutica para ver la evolución del paciente y si tuvo recaídas.

▪ **Centro de día:**

Está concebido como un periodo de transición entre ingreso terapéutico y el tratamiento ambulatorio. Para completar el proceso entre ambos pasos se debe de hacer manera gradual, aunque puede ser la opción escogida para el tratamiento en una fase inicial, cuando no es recomendable un ingreso prolongado. Los criterios para realizar esta modalidad son los siguientes(40):

1. Criterios de seguridad, al observarse un mayor riesgo de recaídas, ya sea por factores personales o por el entorno del paciente, aunque también por encontrar una mayor dificultad para establecer estrategias de control en el proceso ambulatorio, ya que es más sencillo la accesibilidad a dispositivos como teléfonos móviles. Se trata de un formato muy flexible, pudiendo aumentar o disminuir la frecuencia de asistencia y el balance del tiempo combinando entre centro de día y el domicilio en funciones de las necesidades, la evolución o la aparición de complicaciones, todo esto permitiendo que el paciente pueda asistir a sus obligaciones académicas o laborales, cuando estas estén consideradas prioritarias dentro del caso.
2. Dificultades para la incorporación al entorno sociofamiliar. Es posible que ocurran conflictos importantes en el seno familiar o por problemas de aislamiento, déficit de habilidades sociales, etc. En estos casos, suele ser efectivo un ingreso breve para interrumpir la tendencia, y unos periodos más largos de centro de día con tratamiento ambulatorio complementario con el fin de avanzar paulatinamente en los objetivos de integración familiar y social.
3. En personas muy jóvenes, después de un ingreso terapéutico resulta muy útil acudir al centro de día y poder mantener el vínculo con los compañeros y el psicólogo de referencia, asistiendo a las terapias del centro de ingreso antes de incorporarse al proceso ambulatorio, en un lugar y dinámica diferentes.

4.2.2. PROYECTO DE SESIÓN DE TRATAMIENTO:

A continuación, se planteará una sesión de tratamiento para un paciente adolescente acompañado de un progenitor con diagnóstico de adicción a internet que viene a la consulta de enfermería de atención primaria con un grado de adicción leve según la escala AIT.

1. En la primera consulta de 30 minutos, el profesional de enfermería explicará al paciente que realizarán una serie de sesiones ambulatorias con el fin de tratar el trastorno. Será el propio paciente a través de una entrevista motivacional el que pondrá sus propios objetivos a conseguir. Los objetivos se centrarán en:
 - Conseguir las metas propuestas.
 - Alcanzar una abstinencia parcial terapéutica a través de la realización de actividades de ocio alternativas, control de impulsos y utilización de interruptores externos.
 - Desarrollo de un inventario personal donde clasifique el propio paciente las causas de su adicción.

Se citará de nuevo en un periodo de 15 días al paciente para una nueva sesión.

2. Por otra parte, se citará al progenitor en un periodo menor de una semana para transmitirle recomendaciones a realizar en el domicilio para reconducir la conducta de su hijo/a.
3. En la segunda sesión con el progenitor, se le transmitirá la importancia de una buena comunicación con su hijo/a, realizar actividad lúdicas juntos, conversar fuera de un entorno desestabilizador: como, por ejemplo, comer viendo la televisión o con el

- teléfono. Imposición de límites a la hora de usar los dispositivos electrónicos: móvil, videojuegos. Se le citará de nuevo en un mes para que narre la evolución de su hijo y para asesorar sobre aquellas dificultades encontradas, si corresponde.
4. En la segunda sesión con el adolescente, se medirán los logros obtenidos durante el lapso entre sesiones y se recogerá el inventario personal para valorar las causas de la adicción que no se hayan podido valorar anteriormente. Se hablará de las dificultades obtenidas en el proceso, de las causas de la adicción y se asesorará para ver la manera de abordar tales dificultades y causas y conseguir una mayor adherencia al tratamiento. Se citará de nuevo al paciente en un mes para una nueva sesión de seguimiento.
 5. En la tercera sesión (un mes después de la última), se verificará el cambio de actitud y si ha sufrido recaídas en su comportamiento adictivo. Además de comprobar si el paciente da muestras de una conducta más saludable. Si es así, se le citará de nuevo en tres meses para una sesión de control o en un mes si se sospecha de un empeoramiento en la adicción.
 6. Se valorará el alta después de tres sesiones con una evolución favorable.

Si el paciente que viene a consulta acompañado de su progenitor ha sufrido acoso virtual (ciberbullying), la intervención dependerá del tiempo e intensidad del daño ocasionado(36). Se distribuirán las sesiones de la siguiente manera:

1. En la primera sesión, donde se relatará lo sucedido, el objetivo es establecer un vínculo con el paciente, a través de un tono conciliador, mostrando confianza, explicándole cómo se va a realizar la recuperación. Es fundamental que el paciente sienta que estamos dispuestos a ayudarlo y jamás culparle por su situación. Si el paciente no quiere contar lo sucedido no hay que forzarle y habría que esperar a que él mismo lo contara de manera natural. Una vez manifestado el problema, se conseguirá su compromiso verbal para la resolución del problema. Para conseguir una mayor eficiencia el profesional de enfermería ha de estar en comunicación continua con el personal docente del centro educativo del menor y con los profesionales de psicología.
2. En las siguientes sesiones, con una periodicidad de un mes, el objetivo principal que se plantea es que el paciente recupere su autoestima y confianza de manera gradual. Por otra parte, hay que enseñarle a enfrentarse a situación de estrés e ir recuperando las relaciones sociales de manera escalonada, así como, las actividades académicas. Una de las técnicas que pueden ayudar a los paciente es la técnica del “yo soy”: El niño ha de visualizar con los ojos cerrados como le gustaría verse en unos años y explicar las cualidades que tendría, el tipo de vida que le gustaría tener, la gente con la que la quiere compartir, marcando tales deseos como objetivos propios a conseguir. Esas actividades ayudan a que se sientan mejor con ellos mismo y a reforzar la confianza perdida.(36)
3. Al cabo de 3-4 sesiones se valorará la necesidad de seguir con el tratamiento o dar el alta.

4.3. PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Dentro del llamado “Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”(43) se incluye la identificación de problemas de salud de nuestros pacientes una vez analizados todos los datos de la valoración enfermera. Los problemas de salud pueden codificarse mediante etiquetas diagnósticas (NANDA), de los cuales derivaran unos objetivos o resultados a conseguir (NOC) abordables a través de intervenciones específicas (NIC).

La taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería NANDA-NOC-NIC es la más utilizada en la profesión enfermera.(44)

A continuación, se muestran las etiquetas diagnósticas más frecuentes relaciones con las adicciones tecnológicas:

| NANDA | |
|--|--|
| ETIQUETA DIAGNÓSTICA | DEFINICIÓN |
| [00125] Impotencia | Experiencia vivida de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente |
| [00146] Ansiedad | Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza |
| [00069] Afrontamiento ineficaz | Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles |
| [00053] Aislamiento social | Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador |
| [00095] Insomnio | Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento |
| [00222] Control de impulsos ineficaz | Patrón de reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás |
| [00054] Riesgo de soledad | Vulnerable a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud |
| [00140] Riesgo de violencia auto-dirigida | Vulnerable a conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma |
| [00138] Riesgo de violencia dirigida a otros | Vulnerable a conductas que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros |

| | |
|---|--|
| [00224] Riesgo de baja autoestima crónica | Vulnerable a una autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades, que puede comprometer la salud |
| 00150] Riesgo de suicidio | Vulnerable a una lesión autoinfligida que amenaza la vida |

Tabla 1. Etiquetas diagnósticas enfermeras en pacientes con adicciones tecnológicas según taxonomía NANDA.

Fuente: NNNconsult(44)

Además, hay que tener en cuenta la problemática con las familias y el impacto de sus hijos sobre ellas. A continuación, se describen las etiquetas diagnósticas más prevalentes de aquellas familias que necesitan cuidados:

| NANDA | |
|--|--|
| ETIQUETA DIAGNÓSTICA | DEFINICIÓN |
| [00126] Conocimientos deficientes | Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico |
| 00057] Riesgo de deterioro parental | Vulnerabilidad del cuidador principal a la incapacidad para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer su bienestar |
| [00080] Gestión ineficaz de la salud familiar | Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar objetivos de salud específicos |
| [00074] Afrontamiento familiar comprometido | Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo (familiar, persona significativa o amigo íntimo), proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido |
| [00075] Disposición para mejorar el afrontamiento familiar | Patrón de manejo de las tareas adaptativas por parte de la persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) implicada en el cambio en la salud del paciente, que puede ser reforzado |

| | |
|---|--|
| 00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador | Vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud |
| [00063] Procesos familiares disfuncionales | Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas |
| [00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador | Vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud |

Tabla 2. Etiquetas diagnósticas enfermeras en familias de pacientes con adicciones tecnológicas según taxonomía NANDA:

Fuente: NNNconsult(44)

A continuación, se muestran las intervenciones enfermeras más habituales para la resolución de los diagnósticos previamente explicados:

| NIC | |
|-----------------------------------|---|
| INTERVENCIÓN | DEFINICIÓN |
| [5395] Mejora de la autoconfianza | Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable. |
| [5820] Disminución de la ansiedad | Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto. |
| [5270] Apoyo emocional | Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. |
| [5230] Mejorar el afrontamiento | Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida. |
| [6040] Terapia de relajación | Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad. |

| | |
|--|--|
| [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos | Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales. |
| [5400] Potenciación de la autoestima | Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía. |
| [5220] Mejora de la imagen corporal | Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo. |
| [5100] Potenciación de la socialización | Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás. |
| [7100] Estimulación de la integridad familiar | Favorecer la cohesión y unidad familiar. |
| [6487] Manejo ambiental: prevención de la violencia | Control y manipulación del ambiente físico para disminuir la posibilidad de conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente. |
| [6340] Prevención del suicidio | Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida. |
| [7040] Apoyo al cuidador principal | Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario. |
| [4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales | Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales. |
| [4380] Establecer límites | Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente. |
| [4420] Acuerdo con el paciente | Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico. |

Tabla 3. Intervenciones de enfermería en actuaciones frente a adicciones tecnológicas según taxonomía NIC.

Fuente: NNNconsult(44)

5. CONCLUSIONES:

En un mundo cada vez más conectado a internet y con mayor número de adolescentes con adicción al uso de las TIC, el papel de la enfermería es crucial a la hora de la detección temprana de los factores de riesgo de la adicción con el fin de prevenir un mayor número de casos de adicción y para conseguir una mayor eficacia en el tratamiento en aquellos casos ya confirmados.

Resulta llamativo la no inclusión del trastorno por adicción a internet en los más recientes sistemas de clasificación de trastornos y enfermedades DSM-V y CIE-11. Siendo el trastorno por juego patológico y el trastorno por uso de videojuegos los que más se asemejan al problema estudiado. Más aún, existiendo gran evidencia del trastorno de adicción a internet, con una tendencia al alza en los últimos tiempos.

El papel del profesional de enfermería dentro del equipo multidisciplinar es de gran relevancia ya que trabaja desde un enfoque transversal, coordinando con otros profesionales sanitarios y no sanitarios. Además, existen gran variedad de intervenciones apoyadas por la taxonomía NANDA-NOC-NIC, para que el profesional de enfermería intervenga y pueda realizar de manera autónoma.

Las sesiones de prevención de la adicción pueden darse tanto en los centros de salud, como en los centros educativos y son una buena oportunidad para que todos los actores relacionados: jóvenes, personal docente y familiares estén presentes. Las acciones van destinadas a una potenciación de la autoestima del paciente y de su imagen corporal, control de impulsos, aprendizaje de interacción social, etc.

Por otra parte, el creciente uso de internet ha hecho aumentar la prevalencia de adolescentes que sufren ciberbullying. El seguimiento en las consultas de atención primaria y la coordinación con los centros docentes por parte de la enfermería son muy importantes, ya que se disponen de mecanismos para su detección temprana, prevención y tratamiento.

Las familias juegan un papel primordial debido a que son los encargados de gran parte de la educación de sus hijos y se les recomienda compartir actividades de ocio con sus hijos, establecer límites a la hora del uso del móvil, así como, educarles, haciéndoles ver la importancia del contacto con otros jóvenes para compartir gustos y aficiones con uso responsable de la tecnología.

Las diversas opciones de tratamiento (proceso ambulatorio, ingreso hospitalario y centros de día). Todas ellas no van encaminadas hacia una abstinencia total, ya que está demostrada que es imposible según las circunstancias sociales actuales, sino a que los jóvenes aprendan técnicas para un uso saludable del teléfono móvil y ordenador, superando la ansiedad al estar lejos del dispositivo y generando cambios de actitud, con el fin de incorporar a su día a día actividades lúdicas que permitan disfrutar de la vida de una forma más plena.

6. DISCUSIÓN:

El mayor reto al que nos tenemos que enfrentar con las nuevas generaciones nacidas en la era digital, es la complacencia generalizada sobre su adicción a internet. Se cree que el uso extensivo y continuo de las nuevas tecnologías, al estar ya tan arraigada en la sociedad actual, hace menospreciar el problema. No obstante, como se ve de forma cada vez más reiterada, los adolescentes están perdiendo la capacidad de comunicar y de interactuar con otras personas,

debido a la introducción masiva de dispositivos electrónicos como forma de entretenimiento y comunicación, que producen que estas acciones se hagan de manera telemática.

En esta sociedad, donde prevalece cada vez más, el número de imágenes, videos y “posts” en las redes sociales, se debe fomentar un uso moderado, particularmente del teléfono móvil, y educar a los jóvenes en una cultura del compañerismo, tolerancia, respeto, donde el hecho de compartir sentimientos, opiniones, experiencias de forma directa cara a cara sea la que prevalezca a la hora de hacerlo. Los profesionales sanitarios, y más concretamente enfermería, tiene un gran abanico de intervenciones para propiciar una adaptación saludable de las nuevas tecnologías a unos jóvenes cada vez más cegados en sus vidas virtuales, poniendo en valor la importancia del rol de las familias, docentes y cuidadores para conseguir los objetivos marcados. Ayudando a estos últimos a ser los ojos de los profesionales sanitarios cuando no están presentes y empoderándoles para contribuir a un mejor vínculo familiar, donde los jóvenes sean partícipes de la mejora del mismo.

7. BIBLIOGRAFIA:

1. Navarro Mancilla ÁA, Rueda Jaimes GE. Adicción a Internet: revisión crítica de la literatura. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;36(4).
2. Latorre M. Historia de las web, 1.0, 2.0, 3.0 y 4.0 [Internet]. 2018. Disponible en: [https://eva.fing.edu.uy/pluginfile.php/209687/mod_resource/content/3/Historia de la Web.pdf](https://eva.fing.edu.uy/pluginfile.php/209687/mod_resource/content/3/Historia%20de%20la%20Web.pdf)
3. Real Academia de la Lengua Española. Definición de Red Social [Internet]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=VXs6SD8>
4. Organización Mundial de la Salud. Salud Adolescente [Internet]. 2018 [citado 4 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
5. Echeburúa E, De Corral P. Adicción a las nuevas tecnologías ya las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones.* 2010;22(2):91-6.
6. ONTSI. Informe Anual "La sociedad en Red 2015 [Internet]. Madrid; 2016. Disponible en: [http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/Informe Anual La Sociedad en red 2015 %28Edición 2016%29.pdf](http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/Informe%20Anual%20La%20Sociedad%20en%20red%202015%20Edici3n%202016%29.pdf)
7. Amada CC, de la Hoz JP. Intervención educativa familiar y terapia sistémica en la adicción adolescente a Internet-Family educational intervention and systemic therapy in adolescent internet addiction. *REOP-Revista Española Orientación y Psicopedag.* 2016;27(1):99-113.
8. Watson JC. Internet addiction diagnosis and assessment: Implications for counselors. *J Prof Couns Pract Theory Res.* 2005;33(2):17-30.
9. Cía AH. Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Inmanencia Rev del Hosp Interzon Gen Agudos Eva Perón.* 2018;6(1).
10. Faraci P, Craparo G, Messina R, Severino S. Internet Addiction Test (IAT): which is the best factorial solution? *J Med Internet Res.* octubre de 2013;15(10):e225.
11. Boubeta AR, Salgado PG, Folgar MI, Gallego MA, Mallou JV. EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. *Desarrollo y validación psicométrica. Adicciones.* 2015;27(1):47-63.
12. Jelenchick LA, Eickhoff J, Zhang C, Kraninger K, Christakis DA, Moreno MA. Screening for Adolescent Problematic Internet Use: Validation of the Problematic and Risky Internet Use Screening Scale (PRIUSS). *Acad Pediatr [Internet].* 1 de noviembre de 2015;15(6):658-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.07.001>
13. Vilca LW, Vallejos M. Construction of the Risk of Addiction to Social Networks Scale (Cr.A.R.S.). *Comput Hum Behav [Internet].* 2015;48(C):190-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2015.01.049>
14. Vázquez-Morejón Jiménez R, Jiménez García-Bóveda R, Vázquez Morejón AJ. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol.* 2004;22(2):247-55.
15. Campayo R, Beato Fernández L, Rodríguez Cano T, Martínez-Sánchez F. Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2003;31(2):59-64.
16. González MGP, Fernández MTB, Martínez PAS, Redondo MP, García MB. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Comunicación y Ediciones Sanitarias;* 2015.
17. Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud Mental [Internet]. [citado 4 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
18. Association AP. Trastornos de juego por internet. *Manual diagnóstico y estadístico de los*

- trastornos mentales (DSM-V). 5ª edición. Panamericana EM, editor. Madrid; 2014. 585-587 p.
19. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) [Internet]. 2018 [citado 5 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
 20. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology Behav* [Internet]. 1998;1(3):237-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
 21. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Comput Human Behav*. 2001;17(2):187-95.
 22. Mendoza C, Eva J, Rojas H, Yobana E. Funcionamiento familiar y adicción a internet en adolescentes de 4º y 5º de secundaria de la IE Politécnico Rafael Santiago Loayza Guevara. Arequipa. 2014;
 23. Freyre E. La salud del adolescente. Aspectos médicos y psicosociales. Lima-Perú: CONCYTEC. 1994;
 24. Tortosa EM, Montañés MC. Eficacia del programa de prevención prevtec 3.1. Un estudio de uso de móviles en adolescentes. Universitat de València; 2017.
 25. Torrecilla JM, Ugarte A, Babín FA, Romero AI, Herrero N, Ordoñez AP. Estudio de Uso Problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego entre los adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid. *Inst adicciones Madrid*. 2008;
 26. Montañés MC, Silvestre VV. Evaluación de la adicción al móvil en la adolescencia. *Rev española Drog*. 2011;36:165-84.
 27. Marco C, Villanueva V, Chóliz M. Prevención de la adicción a videojuegos en la adolescencia: resultados del programa PrevTec 3.1. *Av en Trat Psicológicos*. 2010;
 28. Cánovas G, García de Pablo A, Oliaga A, Aboy I. Menores de edad y conectividad móvil en España: Tablets y Smartphones. *Cent Segur en Internet para los Menores en España PROTEGELES*, dependiente del Safer Internet Programame la Com Eur [Internet]. 2014; Disponible en: http://www.diainternetsicura.es/descargas/estudio_movil_smartphones_tablets_v2c.pdf
 29. Ramón-Cortés F. ¿Internet amenaza el contacto real? *El país Sem*. 2010;1736:24-5.
 30. Mayorgas MJ. Programas de prevención de la adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes. En: *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. 2009. p. 221-50.
 31. Torres Barzabal L, Hermosilla Rodríguez JM. El papel de la Educación en el tratamiento de la adicción a la tecnología. *Hekademos*. 2012;12:73-82.
 32. Luengo JA. Guía de recursos didácticos para centros educativos. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid [Internet]. 2014; Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/CiberbullyingB.pdf>
 33. Calmaestra J. Yo a eso no juego: Bullying y ciberbullying en la infancia. *Save the children*; 2016.
 34. Anar F, Mutua Madrileña F. II Estudio sobre acoso escolar y ciberbullying según los afectados. 2017; Disponible en: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2017/04/INFORME-II-ESTUDIO-CIBERBULLYING.pdf>
 35. Carrasco A, Navas O. El acoso escolar a través de las nuevas tecnologías. *El CyberBullying*. IES San Felipe Neri, CEIP Pablo Picasso [Internet]. 2011; Disponible en: <http://ticemur.f-integra.org/comunicaciones/virtuales/06.pdf>
 36. Pérez Rodríguez M. Acoso Escolar como factor desencadenante de patología psiquiátrica. *Papel de Enfermería*. Univ Valladolid. 2015;
 37. Young KS. Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. *Innov Clin Pract A source B*. 1999;17(17):351-2.
 38. Baquero A, Avendaño BL. Diseño y análisis psicométrico de un instrumento para detectar presencia de ciberbullying en un contexto escolar. *Psychol Soc Educ*. 2015;7(2):213-26.

39. Luengo A. Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Rev Prof Española Ter Cogn.* 2004;2(1):22-52.
40. Soto A, de Miguel N, Díaz VP. Abordaje de adicciones a nuevas tecnologías: una propuesta de prevención en contexto escolar y tratamiento de rehabilitación. *Papeles del Psicólogo.* 2018;39(2):120-6.
41. Soto A. Las nuevas adicciones. ¿Qué son? Cómo afrontarlas. 2013;189.
42. Marco C, Montañés MC. Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2013;13(1):125-41.
43. Narváez CO. El proceso de atención de enfermería: eje de nuestra profesión. *Rev Unimar.* 2006;24(2).
44. NNNConsult [Internet]. Barcelona: Elsevier, España.[actualizada en el año 2016; Disponible en: www.nnnconsult.com
45. Young KS, De Abreu CN. *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment.* John Wiley & Sons; 2010.

ANEXOS:

Figura 1: Niños y niñas que han sufrido ciberacoso en España por CCAA.



Fuente: Informe Save the Children(33)

Figura 2: Encuesta de Datos Sociodemográficos

ITEMS

1. Utilizo redes sociales para intimidar a otros amenazándolos.
 2. Publico en las redes sociales los defectos de quienes me caen mal
 3. He subido imágenes ridículas en las redes sociales para burlarme de otros.
 5. Encuentro la manera de molestar a otros en las redes sociales
 6. Me divierto ridiculizando a otros a través de las redes sociales
 7. Tengo la satisfacción de haberme burlado de otros a través de redes sociales
 11. He sido perjudicado con información falsa que han publicado sobre mí en las redes sociales.
 12. Alguien hackeó mi Facebook y escribe cosas a nombre mío para hacerme quedar mal ante los demás.
 13. Alguien ha publicado en las redes sociales información acerca de mi vida privada
 14. He recibido mensajes de texto ofensivos en mi celular
 15. He sido amenazado (a) en las redes sociales
 17. Me siento muy mal por las agresiones que he recibido por las redes sociales
 19. Mis compañeros saben que en las redes sociales algunas personas se burlan de mi
 20. Algunos compañeros usan Facebook para agredir a otros
 21. Apoyo a mis compañeros cuando sé que los están molestando por internet
 22. Observo con interés las peleas que ocurren en las redes sociales
 24. Mis compañeros se involucran en las peleas de los demás en las redes sociales aunque no tengan nada que ver con ellos
 25. Existe indiferencia entre mis compañeros cuando agreden a otros en las redes sociales
-

**Fuente: Abel Baquero et al.(37)*

Tabla 1: Test de adicción a Internet (AIT)

1. Con que frecuencia se encuentra con que lleva más tiempo navegando del que pretendía estar?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo

- 5 = Siempre
- 0 = Nunca

2. Desatiende las labores de su hogar por pasar más tiempo frente a la computadora navegando?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

3. Prefiere excitarse con fotos o videos a través de Internet en lugar de intimar con su pareja?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

4. Con que frecuencia establece relaciones amistosas con gente que sólo conoce a través de Internet?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = Nunca

5. Con que frecuencia personas de su entorno le recriminan que pasa demasiado tiempo conectado a Internet?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = Nunca

6. Su actividad académica (escuela, universidad) se ve perjudicada porque dedica demasiado tiempo a navegar?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

7. Con que frecuencia chequea el correo electrónico antes de realizar otras tareas prioritarias?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = Nunca

8. Su productividad en el trabajo se ve perjudicada por el uso de Internet?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

9. Se vuelve precavido o reservado cuando alguien le pregunta en que dedica el tiempo que pasa navegando?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

10. Se evade de sus problemas de la vida real pasando un rato conectado a Internet?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

11. Se encuentra alguna vez pensando en lo que va a hacer la próxima vez que se conecte a Internet?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

12. Teme que su vida sin Internet sea aburrida y vacía?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

13. Se siente molesto cuando alguien lo/a interrumpe mientras esta navegando?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

14. Con que frecuencia pierde horas de sueño pasándolas conectado a Internet?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente

- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = Nunca

15. Se encuentra a menudo pensando en cosas relacionadas a Internet cuando no está conectado?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

16. Le ha pasado alguna vez eso de decir "solo unos minutitos más" antes de apagar la computadora?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

17. Ha intentado alguna vez pasar menos tiempo conectado a Internet y no lo ha logrado?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

18. Trata de ocultar cuanto tiempo pasa realmente navegando?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

19. Prefiere pasar más tiempo online que con sus amigos en la vida real?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

20. Se siente ansioso, nervioso, deprimido o aburrido cuando no está conectado a Internet?

- 1 = Raramente
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy a menudo
- 5 = Siempre
- 0 = No

Niveles de gravedad:

Rango Normal: 0–30 puntos

Leve: 31–49 puntos

Moderado: 50–79 puntos

Severo: 80–100 puntos

*Fuente: Kimberly Young. Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment(45)

Figura 3: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA

NOMBRE: _____ Nº: _____

TERAPEUTA: _____ FECHA: _____ EVALUACIÓN: _____

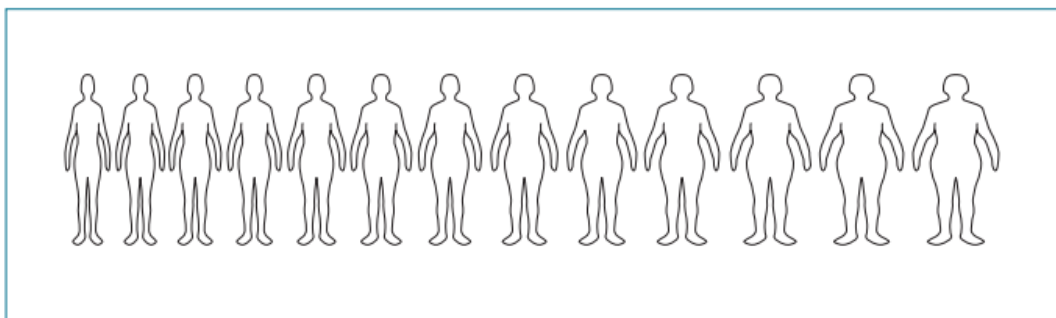
Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------|------------|---------------|-------------------|
| Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |

| Ítems | Valoración |
|---|--|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. (*) | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado. | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*) | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*) | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí. | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. (*) | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. (*) | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 8. Desearía valorarme más a mí mismo. | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 9. A veces me siento verdaderamente inútil. | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |
| 10. A veces pienso que no sirvo para nada. | 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo |

- Fuente: CIBERSAM. Disponible en: <https://www.cibersam.es/plataformás/biblioteca-de-instrumentos-en-salud-mental>

Figura 4: Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner:



*Fuente: CIBERSAM. Disponible en:

https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=Escala_de_Evaluacion_de_la_Imagen_Corporal_de_Gardner.pdf

Figura 5: CUESTIONARIO DE SCREENING DE ANSIEDAD

7.19. Cuestionario de Screening de Ansiedad (Anxiety Screening Questionnaire, ASQ-15)

| | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Cuál es la razón principal de estar aquí (marcar todas si son apropiadas)? Quejas de dolor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas psicológicos y emocionales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quejas físicas/enfermedad (especifique) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otras razones (especifique) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 2. ¿Durante las últimas semanas, ha padecido de un sentimiento de tristeza, depresión o pérdida de energía durante la mayor parte del tiempo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. En las 2 últimas semanas, ¿ha experimentado ataques de ansiedad, cuando de repente tenía miedo, estaba nervioso/a o bastante intranquilo/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Durante las últimas semanas, ¿ha experimentado fuertes temores irracionales, en situaciones sociales tal como hablando con otros, haciendo cosas delante de otros, o siendo el centro de atención? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha estado molesto por fuertes temores irracionales de usar el transporte público, estar en una tienda, haciendo cola o estar en sitios públicos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. En los 2 últimos meses, ¿ha experimentado acontecimiento inusual o situación terrible o inquietante o ha padecido de las secuelas de tal acontecimiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha estado molesto con un <i>sentimiento de estar preocupado/a, tenso/a o ansioso/a la mayor parte del tiempo?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si los items 2 a 7 fueron negativos, ¡finalice! | | |
| 8. ¿Estuvo ansioso/a, preocupado/a por cosas de su vida diaria, tal como tareas de casa, el trabajo, la familia, el/la compañero/a, los niños? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Estuvo preocupándose de su salud física o enfermedad somática? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Estuvo preocupado por otras cosas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Se preocupó mucho más de lo que otra gente haría en su situación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Encuentra difícil parar de preocuparse, aunque lo ha intentado fuertemente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Cuando estuvo preocupado o ansioso, ¿sintió frecuentemente... ...intranquilidad, temor o «los pelos de punta»? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...cansancio o agotamiento fácilmente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...que tenía dificultad en concentrarse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...que estuvo nervioso/a o irritable? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...estar tenso, o molesto por dolores musculares? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...tenía dificultad en mantener el sueño o quedar dormido? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...palpitaciones o taquicardias? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...temblores o sacudidas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...que sudó mucho? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...que tenía dificultad en respirar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...inquietud, debido a su preocupación? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 14. ¿Interfirieron mucho el sentimiento de preocupación o la ansiedad con las actividades cotidianas en el trabajo, de casa o en sus relaciones con otros/as? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Cuándo empezó este periodo de preocupación? Fue hace | | |
| semanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Fuente: CIBERSAM. Disponible en: <https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=ASQ-15.pdf>