






S. Márquez Arbués ¹ 
C. Ramos-Vidal ^{1,2} 
M. Espinosa-Mata ^{2,3} 
T. Álvarez-Núñez ^{1,2} 
M. Real-López ^{1,2} 

1. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, España.
2. Universitat Jaume I. Castellón, España.
3. Hospital General Universitario de Castellón, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Matías Real-López
Correo electrónico: mreal@uji.es

Adicción al Fortnite con necesidad de desintoxicación hospitalaria

Fortnite Addiction in Need of Hospital Detox

RESUMEN

La generalización del uso de nuevas tecnologías en la vida cotidiana y en aspectos relativos al ocio está sacando a relucir potenciales perjuicios del uso inadecuado de los videojuegos y la necesidad de tratamiento especializado en aquellos sujetos con signos de adicción comportamental. Se expone el caso de un varón de 15 años con grave adicción comportamental al videojuego *Fortnite* que requirió de hospitalización completa para su desintoxicación. Describimos el tratamiento llevado a cabo con abordaje multidisciplinar e intensivo tanto individual como de su entorno y los resultados de su eficacia en un estudio de caso. El tratamiento recibido ha permitido que se pueda abordar con el sujeto la sintomatología subyacente que quedaba encubierta por la adicción a las pantallas y ha permitido afrontar la emocionalidad vivida. Los resultados muestran una disminución significativa del tiempo de uso de juego, así como una mejoría del funcionamiento personal y social del paciente.

Palabras clave: adolescente, internet, conducta adictiva, *Fortnite*, DSM-5.

ABSTRACT

The widespread use of new technologies in daily life and in different kind of activities aspects related to leisure is bringing to light potential damages negative effects of the inappropriate use of video games and the need for specialized treatment in those subjects with signs of behavioral addiction. The case of a 15-year-old boy with a serious behavioral addiction to the *Fortnite* video game that required full hospitalization for detoxification is exposed. We describe the treatment carried out with a multidisciplinary and intensive approach, both individually and in its environment, and the results of its efficacy in a case study. The treatment received has allowed the subject to address the underlying symptoms that were hidden by the addiction to screens and has allowed them to face the emotionality experienced. The results show a significant decrease in gaming use time, as well as an improvement in the patient's personal and social functioning.

Keywords: adolescent, internet, addictive behavior, *Fortnite*, DSM-5.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta un caso clínico en cuyo abordaje fue necesario un proceso de documentación respecto a las adicciones comportamentales que requirió de hospitalización completa para tratar la dependencia al *Fortnite* como medida de desintoxicación. Se ha efectuado una revisión de las publicaciones científicas de las bases de datos IBECS, PubMed, PsycNET, PsycArticles sobre el estado del problema de adicción comportamental en la actualidad y en concreto, al videojuego *Fortnite*; además se ha complementado con el buscador de Internet Google Académico. No hemos encontrado ningún caso similar en la literatura científica y consideramos de interés dada la gravedad y el abordaje requerido. Para el estudio del caso, se solicita por escrito la autorización paterna.

Presentación clínica

Varón de 15 años derivado al Hospital de Día Infante-Juvenil (HD) desde la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) por presentar aislamiento en domicilio y rechazo a interacciones sociales con negación a acudir a servicios sanitarios, inflexibilidad personal persistente, escaso interés por su entorno, muy selectivo en sus gustos y actividades restrictivas; existe alteración importante de los procesos familiares y estrés interpersonal asociado al Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) con absentismo. Acude diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista (Asperger), Trastorno de Ansiedad - Fobia social y Trastorno por Duelo Complejo no resuelto por pérdida materna tras enfermedad.

Psicobiografía

Familia de origen español. Convive con padre y hermana de 13 años. La madre había fallecido un año antes tras enfermedad oncológica (proceso de unos 2 años de duración).

La familia tiene una buena red de apoyo y tras el fallecimiento de la madre (que ejercía el rol de cuidadora principal) los familiares próximos se han implicado en la supervisión de los menores. Aun así, el padre es la principal figura de cuidado diario.

Antecedentes familiares

Sin antecedentes psiquiátricos de interés. Únicamente la madre había consultado puntualmente por clínica ansiosa de escasa relevancia.

Antecedentes personales

Sin enfermedades somáticas relevantes en la infancia. No reacciones alérgicas medicamentosas. Correctas revisiones pediátricas, sin alteraciones conocidas del crecimiento o desarrollo. Buen rendimiento académico hasta que en 2º de secundaria hubo un empeoramiento tras cambiar a un grupo de "enriquecimiento" por haber obtenido notas altas en primer curso. No había presentado problemas previos en escolaridad salvo episodio de dislexia que mejoró con tratamiento de logopeda. El padre lo describe desde la primera infancia como un niño preocupadizo y evitador.

Enfermedad actual

Desde el comienzo del curso escolar se inicia absentismo cada vez más acusado, ruptura de los horarios de descanso y desvinculación del ritmo del curso. Las intervenciones del servicio de orientación escolar habían fracasado.

Desde el inicio de la intervención se detectan características personales de gran vulnerabilidad: retraído, reservado, rumiativo y evitativo, con percepción de inseguridad, dificultad de expresión emocional y de sus preocupaciones. Red social escasa, aunque implicada con el problema del paciente.

Presenta alteración en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), descuidando la higiene personal, que evita realizar si no es obligada y supervisada (expone manías al respecto) y la toma del tratamiento y cambio en su ritmo habitual del sueño.

El padre admite dificultad de manejo por su propio proceso vital. Cuando se inicia la atención en HD tiene pauta de sertralina 50 mg/día, pero la toma es errática. En el domicilio describen ritmo circadiano alterado y condicionado por el uso de pantallas: móvil, ordenador y consolas de

videojuegos. El juego Fortnite es el que ocupa en su horario la mayor parte del tiempo.

Evaluación al ingreso

Durante el tiempo de tratamiento en el HD, se evaluó con la siguiente batería de pruebas de evaluación al ingreso y al alta: inventario de depresión infantil (CDI) (1), inventario clínico de personalidad de Millon (MACI) (2), test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI) (3), cuestionario de ansiedad Estado - Rasgo en niños (STAIC) (4), cuestionario de apego (CaMir-R) (5), Test de percepción de diferencias revisado (CARAS-R) (6) y la escala de Impulsividad de Barrat (7) además de la escala Wechsler de inteligencia para niños (WISC -IV) (8) sólo al inicio.

ENCUADRE Y EVOLUCIÓN

Tras la evaluación y su atención en el HD se descarta el diagnóstico del espectro autista (que se había puesto tras una única visita en la USMI derivante) y se formula el caso clínico entendiendo que la adicción a los videojuegos está actuando como una forma de regulación del intenso malestar del menor por el duelo complicado y el trastorno ansioso, así como por el incremento de exigencias a nivel educativo en el instituto que no era capaz de afrontar.

Se pretende lograr el control del uso de las pantallas reintroduciendo otras actividades en la vida diaria que le permitan la adecuada socialización y recuperar unos hábitos saludables, al mismo tiempo que se trabaja la regulación emocional y habilidades personales (estilos de afrontamiento, comunicación - asertividad) junto con la toma de conciencia del problema y la adherencia al tratamiento tanto del adolescente como de su familia.

Se precisó un abordaje intensivo multidisciplinar, desde el enfoque cognitivo conductual, trabajando tanto con el paciente como con su familia, la toma de conciencia del problema mediante entrevistas individuales y familiares. A su vez, se implementaron estrategias de intervención como reestructuración cognitiva,

desarrollo de habilidades personales, manejo de contingencias y establecimiento de pautas a diario.

Durante su tratamiento en el HD, se aplaza el abordaje del duelo dado que la adicción al videojuego enmascara e inunda todo el proceso: se establece un contrato terapéutico que resultó imposible de cumplir debido al mal uso del tiempo, dedicando la mayor parte al videojuego *Fortnite* (incluso pasando noches en vela) y aparición de reacciones agresivas ante indicación de realizar las pautas establecidas. Dada la falta de control del propio paciente y la parental, ingresa de manera programada en la Sala de Hospitalización Infanto-Juvenil para lograr el aislamiento ambiental tecnológico y la búsqueda de otras alternativas a su adicción.

Se llevan a cabo exploraciones complementarias ordinarias al ingreso: analítica completa de sangre y orina, electrocardiograma y toma de constantes con resultados todos ellos dentro de normalidad. Índice Masa Corporal = 17,8.

No resultó problemática su adaptación a las condiciones restrictivas de la sala de hospitalización, pero requirió supervisión estrecha de ABVD, así como de visitas con familiares para mediar la recurrencia de conversación del sujeto sobre aspectos referentes al juego problema. En cuanto al tratamiento farmacológico, se aumentó la sertralina a 100 mg y se introdujo aripiprazol (7,5 mg/d) con buena tolerancia y mejora de sintomatología.

RESULTADOS

Desde el entorno protegido de la sala del hospital, es capaz de apreciar las repercusiones que el uso del videojuego estaba teniendo en su vida diaria; tras aumentar progresivamente su conciencia de problema, el paciente accede a cerrar su cuenta del juego poniendo muchas resistencias previas. La empresa pone varias trabas para el cierre definitivo de la cuenta, pero finalmente el padre consigue realizar todo el proceso. En dicho contexto, le resulta posible abordar lo que supuso el fallecimiento de su madre y cómo el empleo del juego comenzó como un refugio para su malestar emocional.

Tras 2 meses de ingreso y teniendo rutinas diarias establecidas, es dado de alta de la sala de hospitalización. Continúa el abordaje intensivo en

el HD, donde se trabaja la prevención de recaídas y la incorporación progresiva a su IES. También se prosigue el entrenamiento en regulación emocional y la adquisición de habilidades comunicativas, en formato grupal, ya que persiste discomfort en situaciones sociales. Requiere acompañamiento social por parte del padre para lograr el comienzo de otras actividades de forma paulatina.

También es destacable el cambio a nivel perceptivo del sujeto, que refleja la creciente imposición de límites por parte del padre, que aún resulta laxa (en comparación con los impuestos en el HD y referente a su madre fallecida). Es llamativo que al alta sea capaz de apreciar diferencias en el estilo educacional de ambos progenitores, cuando no puntuó así al ingreso, pudiendo explicarse desde una mayor toma de conciencia de la ausencia materna al facilitar la expresión de sus sentimientos.

Al alta del HD el diagnóstico principal fue Duelo Complicado y comórbidamente se incluyeron Trastorno de Ansiedad Generalizada, rasgos de personalidad cluster C y Adicción a videojuegos.

A nivel de personalidad persiste la inadaptación general y personal con timidez, introversión, sumisión e inseguridad con iguales.

Existe mejoría progresiva en la realización de ABVD, pero se mantiene la restricción del uso de pantallas para juegos permitiendo inicialmente solo el uso de móvil supervisado para contacto con iguales, fomentando así su socialización. Se planea la reintroducción progresiva del uso de otros dispositivos, con supervisión total del uso de las mismas hasta que pueda hacer un uso adecuado.

DISCUSIÓN

Internet ofrece múltiples posibilidades de acceso a un universo de aplicaciones electrónicas, a través de dispositivos fijos o móviles, a la vez que ha virtualizado infinidad de actividades cotidianas. Según recoge el Instituto Nacional de Estadística (9), en España el 91% de los hogares (unos 15 millones de viviendas) tiene acceso a la red. Para los adolescentes relacionarse a través de internet es una realidad interiorizada que constituye la forma en que conciben su mundo.

Entre las diversas opciones dentro del ocio digital se encuentran los videojuegos y un tipo de videojuegos en particular, denominados masivos (Massively Multiplayer Online Role-Playing Games, MMORPG) que pueden llegar a tener miles de jugadores conectados simultáneamente interactuando entre ellos en un mundo virtual. En los videojuegos tradicionales el usuario juega en solitario, en cambio, en los MMORPG es la interacción con otros jugadores lo que permite formar grupos con los mismos objetivos o competir contra ellos. El jugador crea un avatar personalizado y puede desarrollar sus habilidades, escoger sus propias rutas de desarrollo argumental y encontrar nuevos alicientes con distintas actividades a ejecutar (10). Los MMORPG, a diferencia de los videojuegos tradicionales, son de carácter abierto, están disponibles las 24 horas del día. Ningún juego social es tan accesible.

En cuanto a las motivaciones que mantienen la conducta de jugar debemos considerar que en el mundo virtual casi todos los esfuerzos realizados son recompensados de un modo u otro de manera casi inmediata, el componente social permite jugar con sus amigos reales, familiares y con desconocidos; y también puede moverles la exploración (interés por descubrir un entorno virtual y las aventuras que propone), el logro (interés en el prestigio, el liderazgo y el dominio sobre otros jugadores) y la disociación (evasión de la realidad identificándose con el avatar virtual) (11).

Cabe señalar que el videojuego no supone un problema en sí mismo (10) ya que su uso adecuado puede conllevar unos beneficios a nivel educativo, a nivel social e incluso puede ser terapéutico para algunos trastornos (12). Sin embargo, las consecuencias negativas apreciadas por uso inadecuado de los mismos son crecientes; hay numerosos estudios que analizan el juego como factor de riesgo para la salud tanto física como mental.

La adicción a Internet fue propuesta como “Trastorno del comportamiento” en 1995 y en 2010, fue definida la Adicción Comportamental como “la pérdida de control sobre una conducta

que genera la aparición de consecuencias adversas” (13). La OMS ha declarado en 2018 el Trastorno por videojuego como una enfermedad mental, reflejándolo en la publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). El DSM 5, tras realizar revisiones de la categoría del juego patológico incluido en el apartado de los “Trastornos relacionados con el control de impulsos”, diferencia los videojuegos online de los offline (14) y propone unos criterios diagnósticos para el Internet Gaming Disorder (15).

Existe un debate en la sociedad científica acerca de si el uso problemático de las tecnologías de la información y la comunicación suponen una patología adictiva en sí misma o si se trata de un problema novedoso que requiere de otro tipo de explicaciones orientando la investigación a elementos ambientales que favorecen nuevos comportamientos (16).

Se deben tener en cuenta las características de las adicciones comportamentales incluyendo la pérdida de control sobre la actividad, la tolerancia, la pérdida de interés por otras antes placenteras y la interferencia en la vida cotidiana (15). Existen factores de riesgo a considerar como indicadores de abuso en el consumo de videojuegos: retraimiento social, bajo rendimiento académico, existencia de problemas psicopatológicos (síntomas depresivos, rasgos de personalidad como perfeccionismo u obsesivos o trastornos ya identificados como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) y sociofamiliares (sexo masculino, padres trabajadores con escasa posibilidad de supervisión, nivel socioeconómico bajo, estresores externos de su entorno) (17). También hay señales que deben alarmar al entorno del jugador al inicio del problema: falta de control sobre el tiempo dedicado al juego o seguir utilizándolo incluso cuando hay síntomas y consecuencias negativas. El impacto en los más jóvenes genera un interés crítico ya que es la época en la que se produce la maduración de la corteza prefrontal (con la consiguiente adquisición del control de las funciones ejecutivas de la conducta), provocando mayor inestabilidad en el grupo de jugadores (18).

Dentro de los MMORPG, el *Fortnite* merece una atención especial. Solo en su año de salida

al público ya superó en usuarios a los demás MMORPG existentes. Actualmente cuenta con más de 200 millones de jugadores a nivel mundial. La empresa creadora, *Epic Games*, diseña constantemente nuevas funcionalidades que mantienen al jugador activo, como nuevos escenarios, recompensas, personajes, bailes, etc. Presenta una combinación de características aparentemente inocuas y otras con potencial adictivo.

Tabla 1. Características del juego Fortnite

Aparentemente inocuas	Potencial adictivo
Violencia no explícita	Gratuito inicialmente
No discriminatorio	Pegi mayor de 12 años
Uso de lenguaje adecuado	Modalidad online, competitivo, multijugador
No mostrar sexo ni drogas	Programa de recompensas variable con refuerzo inmediato
No temática de miedo	Acceso desde múltiples dispositivos (crossplatform)
No tener acceso a apuestas	Uso de pequeñas transacciones económicas
Diseño estético de los personajes	Imposición de plazos para lograr los retos

*PEGI: Pan European Game Information. La edad recomendada PEGI se basa en ocho factores: violencia; lenguaje soez; terror; sexo; drogas; discriminación; apuestas; juego online.

Un punto fuerte que agrava su potencial adictivo es la imposición de plazos para lograr los retos de cada temporada, lo que hace que el jugador quede absorto e inmerso en el juego, para no perder el progreso de niveles conseguidos. Estas características crean un hábito que cada vez genera un deseo mayor de seguir jugando, puesto que el sentimiento de competitividad constante conlleva estrés y frustración cuando no se permite alcanzar el nivel que aspiran.

Otro aspecto adicional a remarcar es el manejo que hacen del juego los niños y adolescentes ya que tienen acceso a plataformas de retransmisión en vivo que muestran vídeos de personas jugando mientras comentan su uso (con el consiguiente riesgo de estar viendo vídeos de adultos con uso de vocabulario y gestos poco adecuados), entre

ellos personajes famosos. También está presente en programas televisivos donde pueden ver bailes que acaban imitando, así como juegos de mesa y productos de mercadotecnia relacionados.

Puede ser un problema aún no identificado por muchos adolescentes que envidian a quien puede jugar más número de horas, ni tampoco por sus adultos cuidadores.

Por otro lado, en relación con los diagnósticos con los que llega el paciente a nuestro dispositivo, cabe señalar las dificultades (y potenciales consecuencias) que entraña la elaboración de un correcto diagnóstico en pacientes en los que predominan los síntomas evitativos y las dificultades en las relaciones sociales para lo cual se hace necesario dotarse del tiempo y el entorno que sea necesario. Consideramos que en este tipo de casos la derivación a un hospital de día puede permitir dicha evaluación de una manera más adecuada.

CONCLUSIONES

Dado el gran impacto generado por el videojuego *Fortnite* estos últimos años, es necesario prestar atención a los comportamientos de los usuarios menores de edad entre los que su uso está muy extendido. No se deben banalizar las posibles señales de alarma detectadas en el ámbito familiar, sino ser ágiles para discernirlas observando al menor con atención y buscar ayuda especializada.

Es posible que estemos ante la aparición de la punta de un iceberg que esconde una gran problemática si no es tenida en cuenta a tiempo debido a la precocidad creciente en el uso de estos videojuegos y a la falta de maduración en las funciones ejecutivas y cognitivas.

Es crucial la prevención a todos los niveles y para ello sería necesario informar de los riesgos que puede traer un mal uso de manera clara y concisa al usuario de los videojuegos, a su familia y escuela, a los profesionales sanitarios que tendrán que atenderle en diversos niveles asistenciales (especialmente en el ámbito de la atención primaria) y hasta a los organismos responsables que puedan controlar los productos que llegan al jugador.

Entre las estrategias de prevención revisadas, hay consenso en la necesidad de supervisión del uso que realizan los menores de las pantallas estableciendo límites claros y bien delimitados para su uso y fomentando el invertir tiempo en otras fuentes de satisfacción, así como el restringir los dispositivos en la habitación del menor y defender espacios de interacción familiar para realizar actividades en conjunto.

Una vez se ha instaurado clínica compatible con el diagnóstico de un trastorno adictivo y aparecen problemas del comportamiento con repercusión funcional importante en diversas áreas de la vida, se debería actuar en consideración planteando la opción terapéutica que permita distanciar al usuario de la sustancia (en este caso de las pantallas).

En cuanto a nuestro paciente, ante la falta de estudios no ha sido posible realizar comparación con otros resultados si bien la dificultosa deshabitación de las pantallas y la necesidad de seguimiento exhaustivo prolongado en el tiempo tras la retirada total de las mismas para superar el riesgo de recaídas, son características de especial relevancia.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

REFERENCIAS

1. Del Barrio V, Carrasco MA. CDI. Inventario de depresión infantil Madrid: TEA Ediciones; 2004.
2. Millon T. MACI, Inventario Clínico para Adolescentes de Millon España: Pearson Alhambra; 2011.
3. Hernández P. TAMAI, Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. Sexta ed. Madrid: TEA Ediciones; 2009.
4. Spielberger CD, Edwards CD, Lushene RE, Montuori J, Platzek D. STAIC, Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado / Rasgo en niños Madrid: TEA Ediciones; 1990.

5. N B, Lacasa F, Gorostiaga A, Muela A, Pierrehumbert B. Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*. 2011; 23(3): 486-94.
6. Thurstone LL, Yela M. *Caras: Test de percepción de diferencias* Madrid: TEA Ediciones; 2001.
7. Barratt ES. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Percept Mot Skills*. 1959; 9(3): 191-8.
<https://doi.org/10.2466/pms.1959.9.3.191>
8. Wechsler D. *WISC-IV, Escala de inteligencia para niños IV* Madrid: TEA Ediciones; 2005.
9. Instituto Nacional de Estadística de España [INE]. *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares*. [Online]; 2019. Disponible en: www.ine.es.
10. Griffiths MD. Videogame Addiction: Further Thoughts and Observations. *International Journal of Mental Health & Addiction*. 2008; 6(2): 182-5.
<https://doi.org/10.1007/s11469-007-9128-y>
11. Fuster H, Oberst U, Griffiths M, Carbonell X, Chamarro A, Talarn A. Psychological motivation in online role-playing games: A study of Spanish World of Warcraft players. *Anales de Psicología*. 2012; 28: 274-80.
12. Bean AM, Nielsen RKL, Van Rooij AJ, Ferguson C. Video game addiction: The push to pathologize video games. *Professional Psychology: Research And Practice*. 2017; 48(5): 378-89.
<https://doi.org/10.1037/pro0000150>
13. Cía AH. Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM 5, APA 2013): un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en la clasificación categorial vigente. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2013; 76(4): 210-7.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v76i4.1169>
14. Petry NM, O'Brien CP. Internet gaming disorder and the DSM5. *Addiction*. 2013; 108(7): 1186-7.
<https://doi.org/10.1111/add.12162>
15. Echeburúa E, P DC. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*. 2010; 22(2): 91-6.
16. Pedrero-Pérez EJ, Ruiz-Sánchez de León JM, Rojo-Mota G, Llanero-Luque M, Pedrero-Aguilar J, Morales-Alonso S, et al. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): uso problemático de Internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC. *Adicciones*. 2018; 30(1): 19-32.
17. Méndez-Gago S, González-Robledo L. Uso y abuso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación por adolescentes. *Revista Metamorfosis: Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud*. 2018; 9: 182-6.
18. Buiza-Aguado C, García-Calero A, Alonso-Cánovas A, Ortiz-Soto P, Guerrero-Díaz M, González-Molinieri M et al. Los videojuegos: una afición con implicaciones neuropsiquiátricas. *Psicología Educativa*. 2017; 23: 129-36.
<https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.001>