

TRATAMIENTO

Recursos de tratamiento en internet para conductas adictivas

Treatment resources in internet for addictive behaviors

PEDRERO PÉREZ, E. J.

Psicólogo. Master Universitario en Drogodependencias. Asociación para la Prevención y la Investigación en Dependencias, APID.

RESUMEN: Internet se configura como un instrumento de utilidad en el apoyo a los procesos de tratamiento psicológico. El objetivo de este trabajo es la búsqueda de recursos de utilidad en el tratamiento de conductas adictivas. Dado lo extenso de este concepto se ha limitado la búsqueda a cuatro de estas conductas: adicción al propio Internet, al juego, a la comida y al tabaco (como muestra de adicción con sustancias). Se ha realizado un cribado para extraer aquellas páginas que proporcionan una ayuda de calidad, bien a los pacientes, bien a los profesionales que les tratan. Como resultado se han obtenido un buen número de páginas que proporcionan elementos de evaluación, protocolos de intervención, ayuda *on-line* e información relevante. Finalmente se hacen constar las limitaciones que se observan en estos trabajos.

PALABRAS CLAVE: Internet. Conductas adictivas. Recursos de salud. Terapéutica.

ABSTRACT: Internet is introducing as a useful tool to help psychological treatment processes. The goal of this text is a search for useful resources in the treatment of addictive behaviors. As far as it is a wide concept, the search has been limited to four of these behaviors: addiction to the Internet use, gambling, eating and smoking (the last as an example of a substance addiction). There has been a selection to extract those pages which offer a help of a certain quality, to the patients as well as the professionals who work with them. As a result, a high amount of pages have been obtained, that include

evaluation systems, intervention models, *on-line* help and important information. Finally, limitations of this works are pointed out.

KEY WORDS: Internet. Behaviors. Addictive. Health resources. Therapeutics.

Introducción

Durante la última década hemos asistido a la expansión de muy diversos sistemas de comunicación que han provocado importantes cambios en los estilos de relación de las personas, posibilitando que éstos se produzcan más allá de las distancias espaciales que medien entre ellos. Tales cambios han afectado también, y como no podía ser de otro modo, a la práctica de la psicología clínica, en la medida en que han hecho posibles formas de interacción terapéutica novedosas, o han posibilitado la acumulación de datos, la transmisión de información y la autoayuda.

El uso del ordenador personal, su conexión a redes, los soportes de acumulación de datos –como el CD-ROM–, la adición de periféricos –como la WEB-CAM– y, sobre todo, la combinación de todos estos elementos, han abierto vías impensables no hace muchos años, para la relación terapeuta/paciente, o para determinadas formas de autotratamiento con o sin supervisión. Aunque el avance pueda ser considerado como vertiginoso, es preciso constatar que se encuentra en sus albores.

Paradójicamente, estos medios de intercomunicación han generado al mismo tiempo nuevas formas de malestar que ya son objeto de intervención terapéutica. Algo que, sin embargo, no es novedoso, en la medida en que tal efecto se ha producido ya históricamente, por ejemplo, con el uso de sustancias farmacéuticas cuya elaboración permitió avanzar en el

Correspondencia:

EDUARDO J. PEDRERO PÉREZ.
C/ Bergantín, 11, 5º B.
28042 Madrid.
e-mail: ejpedrero@yahoo.es

control de enfermedades y sus síntomas, pero que, a la vez, se derivaron hacia usos diferentes que provocaron conductas adictivas (por ejemplo, las benzodiazepinas).

El objetivo de este trabajo es hacer un barrido por Internet en la búsqueda de recursos generados para tratar o ayudar a tratar las conductas adictivas. Para ello se ha realizado un rastreo de los descriptores correspondientes a cada apartado mediante los metabuscadores enumerados en la página de la Universidad Carlos III de Madrid (<http://www.uc3m.es/uc3m/gral/IT/1metabuscadores.htm>)

Internet

Si un hecho marca, por encima de cualquier otro, los años en torno al cambio de milenio es la expansión de Internet como nueva forma de comunicación y acumulación de información. A diferencia de otros medios, Internet es una fórmula que posibilita la interacción, relativamente económica, facilitadora del intercambio –no sólo de información–, sin límites espaciales y con una tremenda capacidad de penetración en los ámbitos privados de los sujetos. Aunque cualquier cifra de usuarios es provisional, dada la progresión geométrica de la incorporación de nuevos internautas, se calcula que en el mundo actual son ya más de 200 millones las personas que utilizan habitualmente Internet para sus fines: un 30% busca información, un 27,5% para enviar y recibir mensajes mediante el correo electrónico, un 10% con fines educativos y un 1% para participar en chats y grupos de noticias. En nuestro país, donde aún no se han alcanzado las cifras de cibernautas de nuestro entorno, se está produciendo una rápida incorporación a la red: un estudio publicado por Netvalue en agosto de 2001 (<http://es.netvalue.com/>) estima que se produce la incorporación de tres nuevos internautas por minuto (de los que el 70% son mujeres), lo que ha provocado el incremento del 24,5% del total de españoles conectados en el transcurso del año, hasta alcanzar el 19,8% de hogares conectados.

Una de las cuestiones que la accesibilidad a Internet ha posibilitado es la aplicación de psicoterapias a través de este medio. La red permite el contacto de personas que, de otro modo, no hubieran accedido a la demanda de ayuda, ya fuere por sus características de personalidad, su apego a la intimidad, la distancia entre su medio habitual y el lugar de aplicación de la terapia o las consecuencias sociales que

tal situación pudiera acarrear. No obstante, esta modalidad naciente de intervención suscita dudas razonables aún no resueltas que afectan, fundamentalmente a dos aspectos: por una parte, la sustitución del lenguaje no verbal, clave de la terapia cognitiva en el espacio interpersonal, por grafismos; por otra, las cuestiones que tienen que ver con la ética de la intervención y la seguridad del usuario, que incluye la confidencialidad y la protección de sus datos. No están resueltas estas cuestiones: en cuanto al grafismo y el estilo de comunicación en red hay en marcha multitud de estudios que exploran su fiabilidad y los límites que impone a la actividad terapéutica; en los aspectos éticos, se ha propuesto el HONcode (*Health On The Net Foundation Code of Conduct*¹⁻³, y recientemente desde el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña se ha propuesto un código ético para regular los tratamientos que se ofertan desde la red, de modo que se garantice la confidencialidad, la privacidad y el consentimiento informado de los pacientes (<http://www.copc.org/informacio/materials/trece.asp>) ; en cuanto a los aspectos de seguridad son los más complejos, trabajándose en la actualidad en procedimientos como técnicas de encriptación, firma electrónica o establecimiento de cortafuegos (*firewalls*). Todo ello no representa sino un estado embrionario en constante crecimiento de lo que, sin duda, será una práctica habitual en el futuro inmediato. Existen trabajos de investigación que abordan estas cuestiones y otras, como la efectividad de los tratamientos psicológicos por Internet y sus futuras aplicaciones⁴.

Conductas adictivas

El concepto de conducta adictiva ha sido definido como *el uso repetido y abusivo de una sustancia y/o la implicación compulsiva en la realización de una conducta determinada que, de forma directa o indirecta, modifica el medio interno del individuo de tal forma que obtiene un reforzamiento inmediato por el consumo o por la realización de esa conducta*⁵. Para otros autores, la conducta adictiva es un patrón comportamental complejo que implica niveles biológicos, psicológicos, sociológicos y conductuales⁶, que queda determinada por la implicación patológica del sujeto como consecuencia de una compulsión subjetiva a continuar realizándola, lo que conlleva una pérdida de habilidad para ejercer control sobre ella, de modo que las consecuencias negativas de su ejecución no son suficientes para disuadir al individuo, a pesar del fuerte impac-

to que tales efectos provocan sobre todos sus niveles (Donovan, 1988, citado en Graña Gómez, 1994)⁷. Estas conductas, originariamente normales, adaptativas y toleradas socialmente, pueden llegar a ser inapropiadas, inadaptadas, anómalas o morbosas, cuando se practican con más insistencia o asiduidad de lo debido, o cuando se les dedica más energía o intensidad de lo apropiado, o cuando producen más perjuicios que beneficios⁸.

Aunque son muchas las conductas que pueden llegar a encuadrarse en esta categoría, Donegan et al (1983), citado en Graña Gómez, 1994⁷, señalan una serie de puntos comunes a todas ellas:

- La capacidad de la sustancia o de la conducta para actuar como reforzador positivo.
- Desarrollo de tolerancia condicionada que provoca el decremento en la efectividad de la sustancia o conducta para provocar los mismos efectos, que quedan mediatizados por señales ambientales.
- El desarrollo de dependencia física y/o psicológica con el uso continuado y/o la repetición de la conducta.
- El contraste afectivo, provocando la sustancia o la conducta un estado inicial positivo que pasa a ser negativo en el transcurso de la ejecución.
- La potencialidad de sustancia o conducta para comportarse como un estímulo que provoque respuestas condicionadas a las señales ambientales.
- La presencia de estados de ánimo caracterizados por intensa activación.

Las dificultades conceptuales de esta descripción son evidentes. Es difícil trazar la frontera entre lo que se pueden considerar aficiones socialmente plausibles con lo que se considera una adicción. No cabe duda de que, por ejemplo, un coleccionista filatélico se siente gratificado con su actividad, estimulado para la adquisición de nuevas piezas aunque ello requiera fuertes desembolsos económicos, absorto en ocasiones en la contemplación de su colección y en la planificación de nuevas compras, mermando el tiempo que dedica a otras actividades alternativas –aunque sólo fuere por competición temporal–, etc. Quizá la dificultad estribe en intentar, al igual que en otros trastornos psicológicos, una estricta categorización de la conducta y la pretensión de su universalidad, en lugar de atender a la única circunstancia que realmente presenta un valor diferencial: la experimentación subjetiva de malestar del sujeto que desarrolla tal conducta, cuando inicialmente se sentía gratificado. Este será el punto en el que podrá plantearse la pérdida de control sobre la conducta, el cambio y la demanda de ayuda.

Sin embargo predomina la consideración categorial en ámbitos clínicos y ello lleva aparejada la consideración de infinidad de conductas con potencial adictivo: de la Gándara et al, *sin ánimo de ser exhaustivos* se limitan a mostrar *una relación somera de las (conductas) que se han considerado en algún momento como adictivas y peligrosas*: adicción a la comida en general y a los hidratos de carbono, el chocolate, los lácteos, los frutos secos –en especial, las pipas–, la goma de mascar en particular; ingesta de sustancias no alimentarias (papel, ropa, pintura, hojas, cal, metales, heces, orina, vómitos, tierra, guijarros, arena, hielo); adicción al sexo, parafilia (fetichismo, fetichismo transvestista, pedofilia, sadismo sexual, masoquismo sexual, exhibicionismo, voyeurismo, frotteurismo, necrofilia, zoofilia, coprofilia, urofilia, clismafilia, uso del teléfono con fines eróticos, adicción a la pornografía); conductas agresivas, adicción al trabajo, a las compras, al coleccionismo, a la televisión, al *zapping*, a los videojuegos, a la radio, al teléfono, a los móviles, a los *party-line*, a Internet, a la lectura, a las actividades artísticas, al dinero, al éxito, a la bolsa, al fútbol, a los deportes de riesgo, al deambular callejero, al hurto, la piromanía, la tricotilomanía, el juego patológico, la onicofagia, a mentir, a asumir el papel de enfermo y a viajar⁸.

No cabe duda de que la enumeración es somera, puesto que, como señalan Echeburúa y Corral⁹ cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Tal situación se produce «en el momento en que cualquier conducta placentera, incluso si es aceptada socialmente como una afición o un hábito normal, pasa a vivirse como una necesidad imperiosa, a convertirse en un comportamiento inevitable y deteriora las relaciones familiares, sociales o laborales⁸; a partir de este momento, los rasgos que se estiman como típicos de estas conductas son¹⁰:

- Saliencia: actividad particular que se convierte en la más importante en la vida del individuo.
- Modificación del humor: experiencias subjetivas que se experimentan como consecuencia de la implicación en la actividad.
- Tolerancia: se requiere incrementar la cantidad y frecuencia de la conducta particular.
- Síndrome de abstinencia: estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando la actividad es interrumpida o repentinamente reducida.
- Conflicto: entre el adicto y su entorno personal, laboral, relacional o intrapsíquico.
- Recaída: tendencia a volver a los patrones habituales de la actividad tras las fases de intento de abandono. Gándara et al⁸ describen otros criterios:

- Pérdida de control sobre la actividad.
- Continuación de la conducta a pesar de sus consecuencias adversas.
- Deseo cada vez mayor de repetir la conducta que genera una dependencia psíquica.
- Síndrome de abstinencia si no puede realizarse.
- Pérdida de interés por otro tipo de conductas previamente satisfactorias.

El sistema de clasificación categorial DSM, en su versión IV, incluye estos trastornos en el apartado de *trastornos del control de los impulsos*, si bien los criterios diagnósticos guardan un estrecho paralelismo con los de *abuso de sustancias*. Existen además muchos otros criterios para estimar concurrencias entre una y otra categoría: socioculturales, de personalidad, modelos explicativos, sintomatología común, repercusión social, procesos de recaída, tratamiento y fenómenos de co-adicción¹¹, aunque algunos autores hacen referencia a las diferencias, siendo la principal la inexistencia de un producto que ocasione cambios en el organismo, ni a corto ni a largo plazo, por lo que no se podría hablar de *adicción* en sentido estricto¹².

A los efectos de este trabajo se han escogido algunas conductas adictivas para explorar los recursos disponibles en Internet para su tratamiento: adicción a Internet, al juego, a la comida y al tabaco (como ejemplo, esta última, de conducta adictiva con drogas).

Adicción a Internet

Esta rápida penetración de nuevas tecnologías provoca cambios comportamentales importantes en el tejido social y en la conducta individual de los sujetos¹³, tanto más cuanto que se produce a la velocidad constatada. Kraut et al¹⁴ estudiaron lo que definieron como *la paradoja de Internet*: cómo un medio que fomenta la comunicación y otros tipos de interacción personal podía producir aislamiento y disminución del bienestar entre sus usuarios, encontrando apoyo empírico a una relación entre uso de Internet y depresión, especialmente entre los usuarios más jóvenes. Los autores hipotetizaban que las relaciones interpersonales superficiales establecidas a través de la red desplazaban y sustituían a las más profundas de la vida real. Otros autores, sin embargo, mediante estudios etnográficos encontraron que era más adecuado considerar que la comunicación en red suplementaba recursos relacionales reales, en lugar de reemplazarlos¹⁵. Desde la misma perspectiva, Wellman y Gulia¹⁶ concluyen que las relaciones

on-line pueden ser tan fuertes e íntimas como las que los sujetos establecen en el mundo real, y que los efectos negativos habitualmente atribuidos a Internet sólo se corresponden con una visión idealizada de las relaciones en la vida real. Con posterioridad LaRose et al¹⁷ han replicado el estudio de Kraut e interpretado los datos a la luz de la teoría de Bandura, llegando a la conclusión de que la autoeficacia ante el ordenador revierte los estados depresivos que eventualmente pudieran presentar sujetos depresivos o con vulnerabilidad al estrés.

Wynn y Katz¹⁸ enfatizaron el inherente carácter situacional de la interacción a través de Internet en un amplio contexto social que hace imposible la completa separación entre la vida *on-line* y la vida real. Greenfield¹⁹ propuso que la característica principal de las relaciones establecidas a través de la red es la desinhibición: pérdida de pudor y de miedo a expresarse libremente, lo que proporciona a la persona un sentimiento de protección y libertad simultáneos. Griffiths²⁰ señaló como más significativa la relación hombre-máquina que asimilaba el uso y abuso de Internet con otras conductas (videojuegos, *party-lines* telefónicos, televisión, etc.). Esta relación puede, como se ha constatado en la práctica, generar conductas problemáticas en las cuales los sujetos pierden el control, ven incrementado su malestar y demandan ayuda.

Con todo, el problema conceptual clave es: ¿a qué se hace adicto el abusador de Internet? ¿al propio Internet o a alguno o algunos de los contenidos que la red le ofrece?²¹. Diversos autores^{6,10} proponen que Internet sólo sería un medio, en la mayor parte de los casos, donde alimentar otras adicciones o aliviar determinados trastornos.

Goldberg²² formuló, atendiendo a los procedimientos de los sistemas DSM, un cuadro clínico que denominó desorden de adicción a Internet, definiéndolo como *un patrón desadaptativo de uso de Internet, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los siguientes ítems, en algún momento o período continuado de 12 meses*:

Young²³, utilizando criterios similares, ha elaborado cuestionarios que se cumplimentan en red (<http://www.ianet.com/www/netad.htm>), para la detección del trastorno²⁴. Un cuestionario similar, el VAS (*Virtual Addiction Survey*) ha sido aplicado por Greenfield¹⁹.

A partir de estos criterios se ha llegado a estimar que el 16% de los navegantes españoles cumplirían criterios de adicción a Internet, según estudios de las universidades de Gerona y Politécnica de Cataluña, aunque la me-

Tabla 1. Desorden de adicción a Internet (Goldberg, 1995)²²

- a) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
 Una necesidad de incrementar notablemente la cantidad de tiempo en Internet para lograr satisfacción.
 Notable disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de tiempo en Internet.
- b) Abstinencia, manifestado por cualquiera de los siguientes:
 – El característico síndrome de abstinencia: cesación o reducción de un uso de Internet que ha sido grande y prolongado. Dos o más de los siguientes, desarrollados algunos días durante un mes antes:
 a) Agitación psicomotora.
 b) Ansiedad.
 c) Pensamientos obsesivos acerca de lo que estará sucediendo en Internet.
 d) Fantasías o sueños a cerca de Internet.
 e) Movimientos de tacleo voluntarios o involuntarios.
 Los síntomas causan malestar o deterioro en el áreas social, laboral u otra área importante de funcionamiento.
 – El uso de Internet o un servicio similar está dirigido a aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
- c) Se accede a Internet con más frecuencia o por períodos más largos de lo que inicialmente se pretendía.
- d) Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el uso de Internet.
- e) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas al uso de Internet (p.ej., comprando libros sobre Internet, probando nuevos navegadores, indagando proveedores de Internet, organizando fichero o descargando materiales).
- f) Actividades sociales, ocupacionales o recreativas se dejan o reducen a causa del uso de Internet.
- g) Internet se continúa usando Internet un pesar de saber que se tiene un persistente o recurrente problema físico, social, ocupacional o psicológico que parece ser causado o exacerbado por el uso de Internet (privación de sueño, dificultades maritales, llegar tarde a las citas por las mañanas, abandono de los deberes profesionales, o sentimientos de abandono de personas significativas).

todología de esta investigación hace muy cuestionables tales resultados (<http://www.el-mundo.es/navegante/2001/08/27/esociedad/998911220.html>). En la reunión anual de la *American Psychological Association* se ha presentado un estudio de DioGuardi según el cual, en una muestra de estudiantes, el 11% se consideraban a sí mismos adictos a Internet (<http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/otras/4224/>)

Recursos

Se han encontrado muchos lugares en los que se informa del trastorno de adicción a Internet, sin mayor relevancia que la toma de contacto de sujetos afectados y el aporte de información básica y motivación para la demanda de ayuda. Algunos de estos *sites* remedian cuestionarios como los de Young²³ y Greenfield¹⁹ aunque sin criterios claros de validación

(<http://www.elmundo.es/su-ordenador/SORnumeros/97/SOR069/SOR069test.html>)

Pueden encontrarse en todas las páginas relacionadas con el tema enlaces a las *webs* de las diferentes asociaciones que se han creado en la propia red para la ayuda a personas con problemas en su uso de Internet. Muchas de ellas han adoptado nombres que recuerdan a las asociaciones de alcohólicos y narcóticos anónimos (*Interneters Anonymous*, *Netaholics Anonymous*, *Netadictos Anónimos*), lo que hace suponer que operarían como asociaciones de autoayuda bajo la filosofía de los 12 pasos y las 12 tradiciones. Sin embargo, se dan una serie de circunstancias:

– La mayor parte de los enlaces no conducen a un *site* existente, lo que hace pensar que hayan desaparecido de la red.

– En algún caso (*Netaholics Anonymous*, <http://www.geocities.com/heartland/bluffs/8100/webhelp.html>) la página parece corresponder más a un lugar humorístico que a un espacio de autoayuda. Paradójicamente, la página proporciona espacio en la web para la instalación gratuita de páginas personales para quienes se suscriban, lo que parece corresponder más a la captación de clientes que a la ayuda a personas con problemas. Obviamente, los intereses de la página están lejos de los que se le suponen y han utilizado un nombre sugerente para facilitar el acceso a personas que, lejos de poder resolver sus problemas, encuentran una nueva oferta de incorporación a la red.

Esta parece ser la tónica de muchas de las páginas encontradas: parecen operar más como reclamo para clientes dispuestos a hacer un amplio dispendio de tiempo y recursos que para lo que se supone que deberían servir.

El otro hecho también es significativo: la desaparición de páginas que originariamente se concibieron con fines de autoayuda sugiere problemas para la supervivencia en la red, acaso determinadas por la falta de ayuda económica para el mantenimiento, o quizás por la baja captación de afectados, o acaso por la confrontación de intereses con los proveedores de servicios en la red.

Sólo tres páginas se han encontrado, con contenidos que supongan un apoyo efectivo en la resolución de estos problemas:

El *Center for Internet Studies* del Dr. Greenfield (<http://www.virtual-addiction.com/>) proporciona resultados de estudios sobre la materia, así como todos los artículos publicados por este autor (incluyendo temas colaterales, como la adicción al sexo a través de Internet, o la problemática de las parejas de adictos). Ofrece también el *Internet Addiction Self-Appraisal Test*, cuestionario de 11 ítems para la autoevaluación del problema, así como los criterios de corrección y la

interpretación de los resultados. La página no proporciona ayuda *on-line*, sino que remite a la dirección del Instituto para formular la demanda de tratamiento.

Una página similar es la de la Dra. Young, otra autoridad sobre la materia, el *Center for Online Addiction* (<http://netaddiction.com/>). Ofrece una batería de tests para estimar la adicción a Internet y conductas adictivas desarrolladas en red, como el sexo, las compras y el juego, y cuestionarios para la evaluación de familiares con conductas aparentemente problemáticas. Proporciona también consejo profesional para afectados y familiares afectados, así como para profesionales que han de tratar a estas personas, no sólo en el ámbito de la salud, sino también a abogados, agentes de seguridad, y empresas; para estimar la necesidad de este consejo, la página propone un formulario que ha de llenar el profesional, solicitando tal consejo a los autores de la página. Provee de información para padres sobre la potencial peligrosidad de las conductas de sus hijos en el uso de ordenador y una completa guía de publicaciones y agenda de eventos relacionados con el tema.

En España, la página <http://www.adictosainternet.com/>, dirigida por los doctores Bayón, Estévez, Fernández y Otín, psiquiatras de diversos hospitales de Madrid y Barcelona, ofrece la posibilidad de explorar la posible conducta adictiva a través de tres cuestionarios: un cuestionario de hábitos de uso de Internet, un cuestionario de conductas asociadas y el test de personalidad de Cloninger (traducción española de Fernández Aranda, Badía, Casanovas, Bayón y Aitken). El objetivo de los autores es tanto orientar hacia la demanda de ayuda como recoger datos para futuras investigaciones.

Adicción al juego

La conducta de adicción al juego, ludopatía o juego patológico, ha sido bien estudiada, representando el paradigma de la adicción sin drogas (Labrador y Fernández-Alba)²⁵. En nuestro país, por mor de las condiciones políticas, el juego no se legaliza hasta el año 1977 y es unos años después cuando emergen conductas problemáticas en personas que se muestran incapaces de ejercer un control sobre su deseo de jugar. Las consecuencias de tales conductas y las modalidades de tratamiento han sido ampliamente estudiadas sobre todo por Enrique Echeburúa y Elisardo Becoña en un buen número de trabajos.

Cuando se hace referencia al juego patológico suele considerarse como tal aquél que implica la apuesta de dinero. Sin embargo, es posible identificar otras modalidades de juego que no implican necesariamente la in-

versión económica y que diversifican notablemente el problema: un ejemplo puede ser la conducta compulsiva de utilización de videojuegos, tanto en consolas como en ordenadores personales, los juegos de rol, los juegos de mesa, etc. Si bien en los juegos de apuestas (casino, bingo, tragaperras, loto, etc.) la expectativa de ganancias puede explicar el carácter reforzante de estas conductas, no es tan fácil establecer los mecanismos que subyacen al resto de conductas lúdicas, ni trazar una línea entre lo meramente lúdico y lo problemático.

En algunas de estas conductas (videojuegos, p.e.) podría aplicarse el concepto sugerido por Griffiths²⁰ de *adicción a la máquina*, es decir, el establecimiento de una relación especial entre el sujeto y la gratificación recibida de la manipulación de la consola, el ordenador personal, el *flipper* («máquinas del millón») o cualquier otro artefacto. En otros casos, como los juegos de mesa sin apuesta económica, es aún más difícil establecer el criterio de adicción, por cuanto el sujeto se haya enfrascado en una relación interpersonal real que, según qué criterios, puede considerarse invasiva o limitante. La cuestión se complica cuando aparecen nuevas formas de desarrollar el juego en mesa (sin apuesta económica) a través de Internet (existen diversas páginas que proporcionan la posibilidad de jugar al mus, el backgammon, la pocha, el ajedrez y otros, con jugadores reales *on-line*): en estos casos acaso el abuso se definiera más en la línea de la adicción a Internet, ya tratada, que a la adicción al juego, tal y como se conceptualiza habitualmente.

Con todo, la delimitación del concepto de adicción al juego se ha basado generalmente en aquéllas actividades con incentivo económico, que son las que, por sus consecuencias familiares y sociales, han ofrecido problemáticas más complejas. En la página web del Ministerio del Interior (<http://www.mir.es/juego/>) se ofrece toda la normativa reguladora, incluyendo los mecanismos de autodenuncia para no ser admitido en los locales de juego.

Sin embargo, Internet una vez más ha provocado un cambio en la situación: el juego de apuestas por la red crece a ritmo vertiginoso sin que existan fórmulas de control ni estudios válidos para determinar la magnitud del nuevo problema originado. Baste decir que un buscador recoge 2.660.000 entradas para la palabra «gambing» (probablemente sólo superada por la entrada «sex» con 7.310.000), y 120.000 para las claves «gambing + treatment» (una cifra también inusualmente abultada). La proliferación de *banners* en multitud de páginas de muy diverso contenido, que remiten a «casinos virtuales» es otro indicador de la proliferación indiscriminada de estos espacios para el juego sin control.

Recursos

El impacto y las consecuencias de estas conductas en los Estados Unidos pueden conocerse en el *National Gambling Impact Study Comision* (<http://www.ngisc.gov/index.html>), que ofrece los resultados del estudio a nivel nacional de los problemas relacionados con el juego, así como las medidas a tomar y los recursos dispuestos a tal efecto. La búsqueda en Internet evidencia la existencia de al menos una página por Estado, y en ocasiones incluso por ciudad o condado, dedicada a la autodetección de problemas asociados con el juego, a la motivación para la demanda de ayuda (rara vez *on-line*, más frecuentemente mediante contacto telefónico con agencias que proporcionan tratamiento) y a la información a familiares y allegados para propiciar el tratamiento de los adictos. Una de las más completas en cuanto a proporcionar información sobre síntomas que alerten sobre el problema y medidas a llevar a cabo es la del *California Council of Problem Gambling* (<http://www.calproblemgambling.org/index.html>).

El *Gambling Treatment & Research Center* (<http://www.gamblingtreatment.net/>) ofrece un tratamiento gratuito a los residentes en el área de Nueva Inglaterra, a cambio de participar en un estudio en el que se somete a comparación un programa cognitivo conductual amplio frente a un programa de intervención breve.

Son habituales las páginas que ofrecen programas de autoayuda para afectados, incluyendo como elemento principal el contacto, mediante *chats* y foros, para los interesados. De entre ellas destacan dos que tienen en común la adopción de la filosofía de los 12 pasos y 12 tradiciones: una página personal, que incorpora la *Gamblers_Anon* (<http://members.optus-home.com.au/kmccoy/welcome.html>), que incide especialmente en aspectos espirituales (propios de la filosofía mencionada, pero especialmente destacados en este site); y la página oficial de *Gamblers Anonymous* (<http://www.gamblersanonymous.org/>), que en este caso se ciñe estrictamente a la metodología propia de Alcohólicos Anónimos y sus derivaciones a otras conductas adictivas.

Menos delimitada es la filosofía y métodos de otras páginas que se limitan a la propuesta de frases con carga motivacional, artículos de prensa y otros de aspecto más científico (aunque sin bibliografía), además de los habituales foros y listas de correo para la interconexión de los sujetos interesados: un ejemplo es la página Juegopatológico.com (<http://www.juegopatologico.com/>) que ofrece, además, los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10 y un amplio directorio de enlaces a páginas relacionadas.

En la web del IEA (Instituto para el Estudio de las adicciones, <http://w3.arrakis.es/iea/juego.htm>) pueden encontrarse los criterios DSM-IV para el diagnóstico de juego patológico, así como una guía de recursos de autoayuda y centros de tratamiento en España (<http://w3.arrakis.es/iea/juego1.htm>)

La página de la Asociación de Jugadores Patológicos Rehabilitados de Valladolid (AJUPAREVA) (<http://www.castillayleon.com/ongs/ajupareva/central.htm>) proporciona, además de la información habitual en cuanto a criterios diagnósticos y enlaces con otras asociaciones, la posibilidad de realizar *on-line* el test LUDO CAGE y una versión modificada del cuestionario de Lesieur SOGS (*South Oaks Gambling Screen*), que puede obtenerse completa y autocorregible *on-line* (aunque en inglés) en <http://www.gov.ns.ca/health/gambling/IsThereAProblem/SouthOaks/>. Este cuestionario ha sido validado en población española por Echeburúa et al (1994).

La página Juego Patológico/Ludopatía, creada por el Profesor Villoria López, (<http://www.cop.es/colegiados/M-13641/index.htm>) se presenta como la 1ª página española especializada en juego patológico; se encuentra actualmente en construcción, y ofrece la posibilidad de realizar diagnósticos *on-line*, actualización de artículos sobre el tema, y dedica un espacio a advertir sobre el peligro que representan los juegos de azar en Internet, así como un directorio de asociaciones y centros especializados que tienen página en Internet.

El *North American Training Institute* (<http://www.nati.org/oll/cpg/index.html>) es la única página que ofrece explícitamente un curso *on-line* para profesionales dirigido al entrenamiento en la detección, evaluación y tratamiento de problemas relacionados con el juego. El curso se establece en dos modalidades de pago según el tiempo contratado.

Adicción a la comida

La existencia de esta entidad es cuestionable, al menos si se pretende desligar de otros comportamientos que tienen que ver con la alimentación, a los que va asociada la sobreingesta. De alguna manera, la bulimia puede considerarse una conducta adictiva cuyo objeto gratificante es la comida, pero no es fácil distinguir si tal comportamiento tiene relación con la adopción previa de dietas, con estados anímicos predisponentes o con pautas sociales que consideran aceptable la sobrealimentación. Se ha estudiado ampliamente la relación de la anorexia en relación a demandas sociales percibidas sobre la imagen corporal deseable, pero es también demostrable que determina-

das culturas (o las mismas que adoptan las imágenes anteriormente citadas) valoran también el otro extremo del continuo: la sobrealimentación como imagen pública de salud.

Los atracones, como conducta manifiesta, y la obesidad, como consecuencia metabólica, tendrían que ver (sólo en los casos en que no existiera una causa orgánica que lo justificara, como enfermedades del tiroides, por ejemplo) con unas inadecuadas pautas de alimentación. El DSM-IV no llegó a admitir el trastorno alimentario compulsivo como una entidad diagnóstica específica, pero sugirió una serie de pautas para orientar la investigación de cara a futuras ediciones.

En realidad, en el estado actual de conocimientos, sería más apropiado incluir la supuesta adicción a la comida en un epígrafe más amplio, el de Trastornos de la Conducta Alimentaria, y sólo la exploración funcional de la conducta podría orientar hacia entidades más complejas y bien estudiadas (como la anorexia nerviosa), o bien a la existencia de pautas y hábitos re-

petitivos más próximos a la conducta adictiva tal y como se ha conceptualizado anteriormente.

Algunas de las adicciones «monoalimentarias»⁸ pueden ser mejor explicadas a partir de las sustancias que se ingieren y sus efectos conocidos sobre el metabolismo o las funciones del sistema nervioso central: el consumo compulsivo de chocolate podría explicarse a partir de sus conocidas propiedades antidepresivas, tranquilizantes e hipnóticas. No estaríamos hablando, entonces, de una «adicción sin drogas», sino de la búsqueda de las propiedades psicoactivas de los componentes de productos alimentarios.

Recursos

Lo más habitual es que se encuentren páginas que, tras ofrecer información sobre los diferentes trastornos de la alimentación, remitan a algún centro, generalmente privado, en donde realizar el tratamiento propuesto. Otras ofrecen, previo pago, ese mismo tratamiento (generalmente basado en técnicas de *counseling*) pero proporcionado *on-line* (<http://www.edrecovery.com/index.html>). En otros casos, a la oferta de intervención profesional se suma una filosofía de autoayuda y se fomenta la creación de grupos de apoyo como *New Realities Eating Disorders Recovery Centre* (<http://www.newrealitiescan.com/Pages/index.html>)

En la *Website On Eating Disorders* (<http://www.somethingfishy.org/whatarethey/coe-s.php>), disponible, al menos en parte, en diversos idiomas, entre ellos el español, ofrece información sobre los trastornos de la alimentación y específicamente sobre la ingesta compulsiva. Ofrece la posibilidad de recibir consejo *on-line*, de establecer contacto con otros afectados mediante *chat* y foros de discusión y proporciona una amplia guía de recursos disponibles en Internet para el tratamiento y *counseling on-line* (<http://www.somethingfishy.org/treatment/ol.php>), lugares en los que se ofrece la posibilidad de establecer servicios de *counseling* en tiempo real a través del *chat* (p.e. <http://www.asktheinternetherapist.com/>). Otras son asociaciones sin ánimo de lucro para la educación en temas de alimentación y trastornos de la conducta alimentaria, como Edeo (<http://www.edeo.org/aboutedeo.htm>) o Wanbula, ésta en Valencia (http://members.nbcicom/_XMCM/wanbula/quees.html), que reúnen a enfermos, ex enfermos, profesionales, familiares, amigos y en general de personas que se solidarizan con los afectados por los trastornos de la alimentación. Otras proporcionan contacto con profesionales en función de los problemas experimentados (<http://www.4therapy.com/consumer/>).

Tabla 2. Criterios de investigación del DSM-IV para el «Trastorno alimentario compulsivo o trastorno por atracón» (*binge eating disorder - BED*). Fuente: American Psychiatric Association (1994) (tomado de Saldaña, 1998)²⁶

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un atracón debe cumplir las dos siguientes características:
 - ingesta, en un corto período de tiempo (p.ej., 2 horas), de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y en circunstancias similares,
 - sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- B. Los atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
 - ingesta mucho más rápida de lo normal,
 - comer hasta sentirse desagradablemente lleno,
 - ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre,
 - comer a solas para esconder su voracidad, y
 - sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- C. Profundo malestar al recordar los atracones.
- D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.
- E. El atracón no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas (p.ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Otra página especializada es Boulimie.com (<http://www.boulimie.com/spa/accueil.htm>), disponible también en español, que recoge informaciones, testimonios, *chats* y *counseling on-line* (aunque la versión de este apartado se encuentra en construcción) para los trastornos de la alimentación, entre los que incluye lo que denominan hiperfagia.

Tres páginas configuran, en este apartado, verdaderas ofertas de calidad:

En Paidopsiquiatria.com, de la Asociación Andaluza de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil existe una página dedicada exclusivamente a los trastornos de la alimentación, especialmente anorexia y bulimia (<http://www.paidopsiquiatria.com/anorexia/presentacion.htm>), con información muy completa que incluye acceso a los cuestionarios EAT-40, BITE, SAD y EDI, que son descargables en formato PDF. También, y en el mismo formato, puede descargarse el *Leuven Family Questionnaire*, de Kog, Vandreycken y Vertommen (1987)²⁷, que explora las actitudes y comportamientos de la familia que han sido identificados como precursores de los trastornos de la alimentación en los jóvenes (http://www.vanderbilt.edu/AnS/psychology/health_psychology/families.htm). Presenta también los protocolos de actuación en diversas unidades especializadas en el tratamiento de estos trastornos. La página ofrece un almacén exhaustivo de trabajos relacionados, un espacio dedicado a los profesionales de la materia, un directorio de asociaciones españolas de afectados y un útil directorio de enlaces a otras páginas de interés.

La web Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCAS) (<http://www.utcas.com/default.asp>) es un espacio participado por un buen número de instituciones hospitalarias públicas y privadas y financiado por un laboratorio farmacéutico (Pharmacia) que permite la administración *on-line* de un gran número de test y cuestionarios habitualmente utilizados en la evaluación de los trastornos alimentarios. Para su utilización plena requiere del alta del profesional que habrá de administrar el test y del paciente que lo realizará. Si no se realiza esta inscripción, se tiene acceso a la descripción detallada de cada test, su utilidad, su estructura y los aspectos que explora, así como la bibliografía y los resultados de su aplicación en algunas muestras hospitalizadas en España. Si se realiza el alta, el programa proporciona, además, la interpretación de los resultados individualizados, la evolución de cada paciente en los sucesivos pasos del test y la del grupo de pacientes que son inscritos por cada profesional. Los test que proporciona son: el EAT, EDI, BITE, BSQ, SCL-90-R, CIMEC-26, SCANS y EMBU. Los cuestionarios pueden

ser respondidos directamente por el paciente en el formulario *on-line*, o bien pueden ser cumplimentados en papel y remitidos a la central de datos en el Hospital de la Fe en Valencia donde son procesados e incluidos en el espacio correspondiente a cada paciente y cada profesional. Se garantiza la confidencialidad de los datos, de modo que los resultados y datos se envían encriptados al servidor central de la web.

Si bien las dos páginas antes mencionadas van dirigidas específicamente a profesionales, como apoyo instrumental a su labor terapéutica, existe otra página, sin duda la más completa encontrada, dirigida también a profesionales, pero más específicamente a los afectados: *Eating Disorders Mirror-Mirror* (<http://www.mirror-mirror.org/eatdis.htm>) aborda de forma integral el tratamiento de los desórdenes alimenticios (incluyendo la comida compulsiva). Esta página no se limita a la aportación de información habitual y a la motivación para la demanda de ayuda: propone pautas de autotratamiento, de prevención de recaídas, de detección de señales internas y externas de riesgo, proporciona información personalizada para niños, adolescentes, mujeres y otros grupos específicos; proporciona autorregistros, estrategias de afrontamiento de circunstancias estresantes que puedan precipitar la recaída, proporciona pautas de rediseño ambiental y control de estímulos, etc. Es, en realidad, la página más completa que ofrece todo un programa cognitivo-conductual autoaplicable con los soportes documentales, instrumentales y de apoyo externos para efectuar un adecuado autotratamiento.

También es destacable una página, *Eating Disorders* (<http://eatingdisorders.about.com/>) que se configura como una completa guía de enlaces a páginas que abordan cualquier tópico asociado a estos problemas, desde la depresión, hasta la prevención de recaídas, estableciendo enlaces con multitud de páginas especializadas tanto en los trastornos alimentarios como con cualquiera de las problemáticas concurrentes o colaterales.

Adicción al tabaco

A los efectos de este trabajo se ha elegido la dependencia nicotínica como muestra de conducta adictiva con sustancias. El hecho de que esta droga presente un estatus legal y que las cifras de prevalencia sean abultadas, unido al hecho de que su consumo es perfectamente compatible con el de tecnologías como Internet, permite suponer que puedan encontrarse en la red un buen número de recursos que apoyen el abandono del consumo de las personas motivadas para ello. Por otra parte, la sensibilización social hacia la peligrosi-

dad de esta droga es un fenómeno creciente en nuestro país, que remeda las campañas insidiosas que se llevaron a cabo en Estados Unidos desde la década de los 80, cuyo objetivo era la drástica reducción de los niveles de prevalencia del consumo de tabaco.

Estas campañas, aún vigentes en la sociedad norteamericana (con resultados dudosos), comienzan a alcanzar niveles similares en España, de modo que basta la suscripción a cualquier lista de noticias sobre investigación en temas de salud para comprobar el constante bombardeo de novedades, generalmente atribuidas a la investigación correlacional científica, que informan de nuevos hallazgos cada vez más alarmantes en relación al consumo de cigarrillos. Sin negar la más que evidente peligrosidad para la salud del consumo de tabaco (droga que posee los máximos niveles de morbi-mortalidad asociados en el mundo desarrollado), no conviene olvidar que existen, también, razones de índole económica que justifican la agresividad de las campañas, los gastos prolíficos en investigación sobre patología asociada y la adopción de medidas sociales para la reducción de la disponibilidad y accesibilidad de las diversas presentaciones del tabaco: se estima el gasto anual de los españoles en tabaco en 2,2 billones de pesetas –según los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas realizada por el Plan Nacional Sobre Drogas en 1999– (http://www.elpais.es/articulo.html?d_date=20010620&xref=20010620elpepusoc_1&type=Tes&anchor=elpepupor); y este consumo supone un gasto de 605.000 millones anuales para el Sistema Nacional de Salud (<http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/tabcaco/3466/>)

La aparición de nuevos fármacos (terapia sustitutiva con chicles, parches dérmicos de nicotina, bupropion) también suponen un estímulo al abandono del hábito o, cuando menos, a la proliferación de noticias que motiven tal decisión. Aunque tampoco tardan en aparecer noticias que cuestionan la eficacia de tales procedimientos (<http://psychiatry.medscape.com/reuters/prof/2001/08/08.16/20010815clin018.html>) o ponen de manifiesto su potencial peligrosidad (<http://www.elmundo.es/2001/04/27/sociedad/988318.html>)

La Unión Europea ha puesto en marcha diversas directivas para favorecer la disminución de la oferta y el consumo de tabaco (<http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/tabcaco/3453/>; <http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/tabcaco/3545/>), medidas que también serán respaldadas por la Administración española (<http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/tabcaco/3721/>), persiguiendo incluso la publicidad mediante *banners* en Internet (<http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/tabcaco/3598/>). Están también accesibles

en Internet todas las disposiciones legales establecidas por la *Food & Drug Administration* (FDA) norteamericana (http://www.access.gpo.gov/su_docs/fda/)

El DSM-IV fija los criterios para los trastornos relacionados con nicotina (http://www.psicommed.com/dsm4_22.htm), de modo que el 90% de los fumadores españoles pueden ser considerados drogodependientes, aunque sólo el 10% se plantea el abandono del hábito (<http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/tabcaco/3506/>) y, de ellos, sólo el 5% por ciento lo consiguen (<http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/tabcaco/3809/>), a pesar de informaciones que sugieren que la mitad de los adictos morirán por alguna causa relacionada con su conducta adictiva (<http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/tabcaco/3524/>)

Todas estas circunstancias provocan que muchos profesionales de la salud soliciten a la Sanidad Pública que ofrezca a los fumadores recursos reales y efectivos para propiciar el abandono del hábito, más allá de medidas disuasorias, represivas o de acoso permanente (<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=14738>) algo que ya empieza a suceder en otros países, como el Reino Unido (<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=15240>).

En tales circunstancias, el apoyo al abandono del tabaquismo en Internet puede representar una alternativa de gran interés.

Recursos

La proliferación de páginas que incitan al abandono del hábito tabáquico es extraordinaria: promovidas por instituciones, públicas y privadas, o por particulares, cualquier buscador proporciona miles de entradas a *sites* que proporcionan información, generalmente alarmante sobre las consecuencias de fumar, y proponen fórmulas curiosas o excéntricas para dejarlo. No faltan «páginas trampa» que, con el reclamo de ayudar a dejar de fumar, se configuran como un auténtico almacén de artículos para el fumador o remiten, mediante *banners*-enlace, a páginas de laboratorios que publicitan sus fármacos o remedios naturales: <http://www.stopsmoking.net/> aparentemente un auténtico almacén sobre todo lo relacionado con el tabaco: técnicas, autoayuda, tiendas, productos; sin embargo, pinches donde pinches te redirige a <http://www.quitsmoking.com/>, especie de tienda virtual autoservicio, que remite a las páginas de los patrocinadores, como la página patrocinada por el bupropion o por los parches de nicotina. Tampoco faltan páginas de las compañías tabaqueras

que ofrecen «contrainformación» y sus «actividades» encaminadas a disminuir el consumo en determinados colectivos, como la página de *R.J. Reynolds Tobacco Company In* (<http://www.rjrt.com/TI/Pages/TIcover.asp>)

Pueden encontrarse páginas que ofrecen métodos sencillos autoaplicables para dejar de fumar, así como bibliotecas y hemerotecas sobre temas relacionados y estudios de investigación, y enlaces a otras páginas especializadas, como *National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information* (<http://www.health.org/catalog/catalog.asp?key=15&detail=false>) o *Drugnet* (<http://www.drugnet.net/training.htm>)

La página *Nicotine Anonymous* (<http://www.nicotine-anonymous.org/>) aplica punto por punto la filosofía de los 12 pasos y 12 tradiciones, promueve encuentros entre sus miembros, tanto vía electrónica como personales, e incluye, traducida al español, la *Oración de la serenidad para fumadores*. Es, de todas las encontradas para otras conductas adictivas ya mencionadas, la que reproduce y promueve el método más ortodoxo y completo de este tipo de asociaciones de autoayuda.

La página *BBC On Line* (<http://www.bbc.co.uk/health/kth/>) ofrece métodos para dejar de fumar y propone concursos en los cuales aparecen aquellas personas que han conseguido superar el hábito, como elemento de motivación, en la línea en que se han desarrollado programas similares en empresas.

La página *Infotabaquismo* (<http://www.infotabaquismo.com/>) es mixta, tanto información para profesionales como para pacientes: para profesionales, información sobre publicaciones y noticias, y remite al programa *Encompañí@* (del que hablaremos más adelante); para pacientes información general y métodos para dejar de fumar, primando el uso del bupropion, medicamento elaborado por el laboratorio que patrocina la página. Incluye el Test de Fagerström e instrucciones para elaborar el plan de abandono.

La página *QuitNet* (http://www.quitnet.com/qn_main.jhtml), fundada el año 2000 y que opera en asociación con la *Boston University School of Public Health*, está dedicada al apoyo a las personas decididas a abandonar su hábito. Requiere inscripción gratuita y proporciona tanto recursos generales como servicios personalizados. Ayuda a establecer un calendario personalizado para el abandono de la conducta, proponiendo los pasos necesarios en cada etapa, e informa de recursos farmacológicos que puedan ser utilizados como coadyuvantes (remitiendo a los médicos para su prescripción) y mantiene una línea de información permanente sobre noticias e investigaciones relacionadas con el tabaco. También ofrece foros de discusión y mutuo apoyo entre personas que están llevando a cabo el programa. Remite a páginas que

puedan aportar soporte a complicaciones derivadas del abandono del hábito, como la ganancia de peso (<http://www.nutrio.com/servlet/nutrio?page=7&cat=0&cp=quitnet>), depresión u otras adicciones que suelen ir asociadas al uso del tabaco.

Producida y mantenida por la *Society for Research on Nicotine and Tobacco*, en asociación con el *World Bank*, los *Centers for Disease Control and Prevention*, el *World Health Organization*, el *Cochrane Group* y un panel de expertos internacionales, la página <http://www.treatobacco.net/> se configura como base de datos sobre estudios clasificados con criterios de eficacia basada en la evidencia, tanto de tratamientos farmacológicos como psicoterapéuticos. Aunque el prestigio de los participantes parece garantizado, no deja de ser sospechosa la financiación de tres laboratorios farmacéuticos con claros intereses en el tratamiento de los problemas de la adicción nicotínica.

La UCSF (Universidad de California San Francisco) ha puesto en marcha a finales del año 2000 una página que ofrece la posibilidad de realizar un tratamiento a través de internet a cambio de participar en un estudio cuyo objetivo es, precisamente, determinar las posibilidades de Internet para proporcionar tratamientos *on-line* (<https://stopsmoking.ucsf.edu/espanol/>). Está disponible en español y comienza con la cumplimentación de un cuestionario que determina la idoneidad, según los precursores del estudio, para participar en él. Posteriormente se informa de las condiciones del servicio, las limitaciones, las medidas de seguridad y los mecanismos de contacto que se establecerán una vez iniciado el tratamiento/estudio, así como el envío de un formulario con el consentimiento informado del usuario. Tras la adjudicación de un número secreto de acceso, se cumplimenta un cuestionario con variables psicosociales, hábito tabáquico, estudio de cambio (contemplación/preparación) y otras variables asociadas. Posteriormente se presentan dos cuestionarios que exploran posibles estados depresivos en el pasado y en el momento actual, tras cuya cumplimentación se proporciona un *feedback* sobre el estado declarado y su influencia posible en el proceso de abandono del hábito. Continúa con el Test de Fagerström para la valoración de la dependencia, y un cuestionario que explora las consecuencias experimentadas la última vez que se intentó dejar de fumar. La evaluación finaliza con un test sobre las motivaciones para dejar de fumar, tras lo cual, el programa informa de los resultados y proporciona algunos instrumentos e informaciones para iniciar el cambio de conducta: una guía para dejar de fumar, elaborada por el *Hispanic Smoking Cessation Research Project* en San Francisco,

e información detallada sobre apoyos farmacológicos (parches, chicles, inhaladores, antidepresivos) que podrían ayudar en el proceso, incluyendo efectos secundarios, precauciones, comparación de resultados y la recomendación de realizar todo tratamiento bajo supervisión médica. Los investigadores se comprometen a un contacto periódico, vía correo electrónico, para conocer la evolución y dificultades encontradas.

La última página a la que haremos referencia es una creación española (CEPS, Centro de Estudios de Promoción de la Salud), de muy reciente creación (inicios de 2001), financiada por los laboratorios Glaxo (fabricantes del bupropion), que se configura como el apoyo más completo a los profesionales que atienden a sujetos fumadores (médicos y otros profesionales de la salud interesados en ofrecer tratamiento a sus pacientes fumadores, tanto desde la atención primaria, la atención especializada y el medio laboral). Se trata del Programa de Apoyo a la Intervención Sanitaria para el Tratamiento del Tabaquismo, que se ofrece en el formato del Programa En Compañí@ (<https://www.atenciontabaquismo.com/>), que se define en tres líneas:

- Un sistema de orientación profesional, permanentemente actualizado, sobre cómo desarrollar intervenciones para el tratamiento del tabaquismo desde los distintos servicios de atención sanitaria.
- Una propuesta de intervención basada en la evidencia y adaptada a las distintas realidades y disponibilidad de recursos de cada médico.
- Una herramienta profesional eficaz para facilitar el tratamiento adecuado de los problemas que presentan los pacientes fumadores.

La oferta de este programa se concreta en tres puntos:

- Un programa de apoyo personalizado e interactivo para el desarrollo de intervenciones de tratamiento del tabaquismo.
- Diversos materiales de intervención que incluyen pautas detalladas a tres niveles de actuación: intervención mínima, breve o extensa.
- Un banco de instrumentos y documentación científica que facilita la aplicación y la evaluación de intervenciones terapéuticas.

La oferta general incluye un servicio de información sobre noticias relacionadas con la investigación, actividad congresual, técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas, etc., relacionados con el tabaco, un forum profesional, un servicio bibliográfico (que incorpora un buscador en bases de datos) y un mapa de recursos por Comunidades Autónomas, en cuanto a centros de tratamiento y asociaciones de afectados y autoayuda.

El programa de apoyo al profesional propiamente dicho, ofrece tres protocolos a elegir en función del

tiempo que se desee dedicar y la intensidad de la intervención prevista:

1. Intervención mínima: basado en el consejo profesional y la entrega de material de autoayuda.
2. Protocolo breve: requiere menos de tres minutos y ayuda a recoger información mínima para establecer un plan de intervención personalizado. Consta de recogida de información sobre las conductas relacionadas con el hábito tabáquico (incluyendo el Test de Fagerström), consejo médico y entrega de material de autoayuda (folleto «Guía práctica de apoyo para dejar de fumar», motivación, autorregistro de razones para fumar y para dejar de fumar, programación de actividades para el abandono del hábito y publicidad sobre el fármaco patrocinador del site). Estas actividades permiten establecer un plan de intervención personalizado, que incluirá la fijación de una fecha para suspender el consumo (consensuada con el paciente) y el establecimiento de citas para el seguimiento profesional. (Se incluye, obviamente, la conveniencia de prescribir el fármaco patrocinador a los sujetos que hayan puntuado por encima de 4 en el Test de Fagerström.)

3. Intervención extensa: además de las actividades incluidas en los protocolos anteriores, el protocolo extenso proporciona un formulario donde quedarán registrados, en una base de datos, todos los datos del paciente –se garantiza el acceso restringido del profesional a los datos de identificación, mientras que el resto de datos impersonales pueden ser utilizados por el webmaster para su explotación–, que incluyen características sociodemográficas, datos sobre historial de consumo de tabaco y consumo actual, información ambiental, tratamientos previos, Test de Fagerström, valoración general de salud, actitudes frente al abandono y el tratamiento de elección. El profesional dispone, además, de formularios *on-line* para la cumplimentación de test complementarios, como la escala de depresión del SCL-90-R, test de valoración del síndrome de abstinencia, cuestionario de motivación para fumar (que proporciona una interesante puntuación, en cuatro dimensiones, que puede orientar hacia el tipo de fumador y la funcionalidad de la conducta de fumar: hábito, relajación placentera, estimulación, manipulación placentera o automedicación) y cuestionario de autoeficacia frente al abandono del consumo.

El protocolo extenso proporciona también un calendario para las citas de seguimiento y administración y retest de los cuestionarios, así como información individualizada de cada paciente o comparativa entre todos los pacientes inscritos por el profesional.

Tanto los cuestionarios, como el manual o los protocolos son descargables en formato PDF, e incluye

manuales dirigidos específicamente a servicios médicos de empresa, atención primaria o atención especializada. Proporciona también manuales para estimular las habilidades de terapeutas que deban trabajar con grupos, así como un guión para cada sesión programada y pautas de prevención de recaídas. Proporciona igualmente materiales audiovisuales (ilustraciones, diapositivas, etc.) para las presentaciones que los profesionales deseen realizar en sus ámbitos de trabajo.

Comentarios

En las páginas anteriores he intentado reflejar las ofertas encontradas y que representan opciones de calidad en el apoyo al psicólogo en el conocimiento, actualización y tratamiento de los problemas adictivos, junto con otras páginas que ofrecen información complementaria o aportaciones de cierto interés.

Los recursos mencionados pueden clasificarse en:

- aquéllos que proporcionan información
 - a los afectados
 - a los profesionales
 - a ambos
- aquéllos que proporcionan elementos (información, instrumentos, filosofías) que permiten la autoayuda o la autoadministración de tratamiento,
- aquéllos que proporcionan tratamiento profesional a través de la red a los afectados o familiares, y
- aquéllos que proporcionan ayuda (instrumentos de evaluación, bases de datos para el almacenamiento de la información, resultados de la intervención) a los profesionales que tratan estos problemas.

Internet, a pesar de parecernos hoy por hoy un medio fascinante y extremadamente avanzado, se encuentra aún en una fase muy precoz de su propio desarrollo, es aún lento y sustituye con dificultad a formatos previos (el acceso a la información es infinitamente más rápido que hace una década pero la lectura de textos en pantalla no puede competir aún con el formato papel).

En los próximos años es previsible que la forma en que hoy lo utilizamos sea superada por modalidades aún más cómodas y rápidas, pero no necesariamente más baratas. Las ofertas de calidad en la red tienden a convertirse en opciones de pago, lo que también supondrá una transformación de las formas de interacción de los individuos que accedan a la red. El patrocinio de industrias (como la farmacéutica, con fuertes intereses en el tema que nos ocupa) permitirá eludir el pago a costa de perder fiabilidad en la información y en los resultados de los estudios que se promuevan.

Plantear la evaluación de la eficacia o la efectividad de los métodos disponibles en Internet para el tratamiento de las conductas adictivas es, en el momento actual, absolutamente imposible. Algunos estudios hacen mención a muestras que han cumplimentado cuestionarios en red o a resultados de tratamientos realizados. Los sesgos propios de cualquier estudio correlacional son irrisorios comparados con los que ofrecen estos estudios «a través de Internet»: o se trata de muestras de sujetos que acceden accidental o deliberadamente a una página y deciden llenar un cuestionario sin tener muy claro ni por qué ni para qué; o se trata de resultados de estudios patrocinados por marcas con intereses comerciales claros. La explotación de datos es un derecho reservado de los patrocinadores.

Sería deseable la implicación de entidades de prestigio contrastado en la promoción de recursos en la red. En especial, posiblemente sea la Universidad la que tenga el reto de entrar en la batalla de la red y descubrir hasta qué punto estos recursos son fiables, son útiles, ayudan en realidad a la gente y a quienes les tratan, y en qué condiciones estos logros se consiguen con mayor magnitud. La iniciativa de la UCSF, respaldada por expertos de prestigio, proporcionando un tratamiento supervisado para el abandono del tabaco, y la subsiguiente explotación de los datos, quizás sea el ejemplo más claro de un trabajo que será necesario hacer si se pretende preservar el carácter científico de la Psicología y otras disciplinas.

Bibliografía

1. Huang MP, Alessi NE. The Internet and the future of Psychiatry. Am J Psychiatry 1996;153:861-9.
2. Boyer C, Selby M, Scherrer JR, Appel RD. The Health on the Net Code of Conduct for medical and health Websites. Comput Biol Med 1998;28:603-10.
3. Baca García E. Relación médico enfermo, el impacto de las nuevas tecnologías de telecomunicaciones. I Congreso Virtual de Psiquiatría; 2000 [Consultado el 22-08-2001]. URL: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa15/conferencias/15_ci_b.htm
4. Bermejo Mercader A. Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía Internet. Psiquiatria.com 1991 [Consultado el 29-08-2001];5 (3). URL: http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/psiquiatria_e_internet/3533/
5. Pomerleau OF, Pomerleau CS. A behavioral view of substance abuse and Addiction. J Drug Issues 1987;17:111-31.

6. Echeburúa E. *Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclée de Brower, 1999.
7. Graña Gómez JL. *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate, 1994.
8. Gándara Martín JJ de la, Sanz Granado O. Fuentes Rocañín JC. *Adicciones sin drogas. ¿Hábitos o enfermedades?* Madrid: Agencia Antidroga, 1999.
9. Echeburúa E, Corral P. Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clín Salud* 1994;5:251-8.
10. Griffiths MD. Internet addiction: does it really exist? En: Gackenbach J, editor. *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications*. Nueva York: Academic Press, 1998. p. 61-75.
11. Robert C, Botella C. Trastornos del control de los impulsos: el juego patológico. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F, coord. *Manual de Psicopatología*. Vol 1. Madrid: McGraw-Hill, 1995.
12. Echeburúa E. Las conductas adictivas: ¿Una ruta común desde el crack al juego patológico? *Psicol Conductual* 1993;1:321-37.
13. Estallo Martí JA. El impacto de las tecnologías de la información. Del PC a Internet. Universidad de Barcelona. Departamento de Psicología; 1997 [Consultado el 19-08-2001]. URL: <http://www.ub.es/personal/impacto.htm>
14. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukophadhyay T, Scherlis W. Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am Psychol* 1998;53:1017-31.
15. Hamman RB. Computer networks linking communities: a study of the effects of computer network use upon pre-existing communities. En: Thiedke U, ed. *Virtuelle Gruppen- Characteristika und Problemdimensionen* (Virtual groups: characteristics and problematic dimensions). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag; 1999 [Consultado el 19-08-2001]. URL: <http://www.socio.demon.co.uk/mphil/short.html>
16. Wellman B, Gulia M. Virtual communities as communities: net surfers don't ride alone. En: Smith MA, Kollock P, editores. *Communities in cyberspace*. Nueva York: Routledge, 1999. p. 167-94.
17. Larose R, Eastin MS, Gregg J. Reformulating the Internet paradox: social cognitive explanations of Internet use and depression. *J Online Behav* 2001 [Consultado el 19-08-2001];1 (2). URL: <http://www.behavior.net/JOB/v1n1>
18. Wynn E, Katz JE. Hyperbole over cyberspace: self-presentation and social boundaries in Internet home pages and discourse. *Inf Soc* 1997;13:297-327.
19. Greenfield DN. The nature of Internet Addiction: Psychological factors in compulsive internet use. Encuentros de la APA Boston, Massachusetts; 1999 [Consultado el 22-08-2001]. URL: <http://www.virtual-addiction.com/internetaddiction.htm>
20. Griffiths MD. Technological addictions: looking to the future. 105th Annual Convention of the American Psychological Association. Chicago, 1997.
21. Madrid López RI. Adicción a Internet: conceptualización y mecanismos explicativos. *Psiquiatría.com* 2000 [Consultado el 19-08-2001]; 4 (1). URL: http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/psiquiatria_e_internet/1814/
22. Goldberg I. Internet addiction disorder. Diagnostic criteria [Consultado el 22-08-2001]. URL: www.iucf.indiana.edu/~brown/hyplan/addict.html. En: Madrid López RI. Adicción a Internet: conceptualización y mecanismos explicativos. *Psiquiatría.com* 2000 [Consultado el 19-08-2001]; 4 (1). URL: http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/psiquiatria_e_internet/1814/
23. Young S. Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. En: Vandecreek L, Jackson T, eds. *Innovations in Clinical Practice: a source book*. Sarasota. Professional Resource Press, 1999.
24. Estallo Martí JA. Ciberadicción ¿una nueva ludopatía? Universidad de Barcelona. Departamento de Psicología; 1977 [Consultado el 22-08-2001]. URL: <http://www.ub.es/personal/psicopat.htm>
25. Labrador Encinas FJ, Fernández-Alba A. Juego patológico. En: Vallejo Pareja MA, editor. *Manual de Terapia de Conducta*. Vol II. Madrid: Dykinson 1998.
26. Saldaña C. Obesidad y trastorno alimentario compulsivo. En: Vallejo Pareja MA, ed. *Manual de Terapia de Conducta*. Vol II. Madrid: Dykinson, 1998.
27. Kog E, Vertommen H, Vandereycken W. Minuchin's psychosomatic family model revised: a concept-validation study using a multitrait-multi-method approach. *Fam Process* 1987;26:235-53.