

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, URSULA OBERTS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XIX - Nº 73 - 1er. trimestre 2008

Esta revista tuvo una época 1^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 20 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
SALUD A TRAVÉS DE LA RED: UNA PARADOJA EN LA SOCIEDAD DEL CONOCIMIENTO	7
Eulàlia Hernández, Manuel Armayones, Noemí Guillamón y Rubén Nieto	
ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS: UNA BREVE REVISIÓN PSICOLÓGICA	33
Mark D. Griffiths y Marta Beranuy Fargues	
ALGUNAS REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LOS JUEGOS (Y LOS JUGADORES) DE ROL ONLINE. IDENTIDAD Y ADICCIÓN	51
Antoni Talarn y Xavier Carbonell	
TERAPIA DE LA ADICCIÓN A INTERNET Y VÍDEO-JUEGOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	69
Rosa Díaz, Marta Beranuy Fargues y Ursula Oberst	
EL TRABAJO CON PERSONAS ADICTAS AL CIBERSEXO: UNA APROXIMACIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE	101
Kailla Edger, David L. Delmonico y Elizabeth Griffin	
LA e-PSICOLOGÍA: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN EN LA TERAPIA A DISTANCIA.....	119
Antoni Baena, Mónica Quesada y Florian Vogt	

EDITORIAL

Es indiscutible que en los últimos 20 años las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) - principalmente Internet y sus diversas aplicaciones, videojuegos y el teléfono móvil - han cambiado profundamente nuestra vida profesional, cotidiana y de ocio, al igual que las relaciones que mantenemos con otras personas. Para muchos de nosotros Internet y teléfono móvil se han convertido en instrumentos indispensables para el trabajo y para el ocio. Como estas nuevas tecnologías siguen desarrollándose todavía a un nivel vertiginoso, es imposible prever la envergadura de este cambio. También es indudable que este cambio ha aportado muchos beneficios a diversos niveles, mejorando nuestra calidad de vida. Por ejemplo, en el ámbito de la comunicación humana, las aplicaciones de Internet (email, chats, blogs, facebook, etc.) nos permiten estar en contacto con nuestros allegados que viven lejos, conocer gente nueva para fines amistosos o románticos. Se pueden encontrar grupos de apoyo a distancia, encontrar o difundir material de interés para una gran comunidad de personas (lamentablemente también con contenido potencialmente peligroso, racista, terrorista e ilegal); se pueden compartir actividades de ocio o abarcar información el acceso a la cual antes era mucho más complicado. Incluso los denostados videojuegos pueden ayudar al adolescente a mejorar sus procesos cognitivos complejos (atención, percepción visual, memoria, etc.), a adquirir estrategias para aprender en entornos nuevos y reforzar su sentido de dominio y autoestima.

Por otro lado, el uso y abuso de estas tecnologías ha despertado un gran interés en los medios de comunicación y una preocupación general, pero especialmente entre padres de niños y adolescentes respecto al efecto nocivo que pueden tener los TIC sobre los jóvenes. La «adicción a Internet» o la «adicción a los videojuegos», y en menor grado la «adicción al teléfono móvil» se ha perfilado como un trastorno «de moda», especialmente en la población joven. Al margen del revuelo social, existe ya un creciente cuerpo de estudios científicos (principalmente del ámbito de la psicología, medicina y sociología) sobre el uso y abuso de estas tecnologías y sus repercusiones en la vida cotidiana de los usuarios y en su salud física y mental. Todavía no existe una respuesta concluyente sobre este tema, pero desde los primeros estudios se ha sospechado que el uso desadaptativo de los TIC podrá provocar trastornos psicológicos. El efecto más comentado es que, paradójicamente, Internet puede producir más aislamiento, soledad y depresión que la que se intenta paliar mediante su uso; sin embargo,

investigaciones más recientes contradicen esta hipótesis inicial al comprobar que las aplicaciones de Internet también tienen una función socializadora. Otra consecuencia, en este caso de los juegos de rol en línea, sería la pérdida de contacto con la realidad debido a la inmersión psicológica en el personaje ficticio. La inversión de tiempo en Internet ocasiona una reducción de otras actividades de ocio, pero también puede afectar la dedicación a actividades académicas con el consiguiente deterioro en el rendimiento. También se aduce que el tiempo dedicado a la red y, eventualmente, las nuevas relaciones que de ahí se establecen, podrían precipitar problemas en la relación de pareja. Como veremos en las aportaciones de esta edición monográfica, el uso desadaptativo puede conllevar una serie de problemas psicológicos que abarcan desde un simple malestar psicológico, estados depresivos, conductas compulsivas hasta fenómenos que se podrían clasificar de adicción. Por otro lado, hay que distinguir también entre adicción al medio (la tecnología en sí) y a la aplicación facilitada por el medio. Es poco probable que una persona sea «adicta a Internet», sin más; la conducta problemática se establece, en la mayoría de los casos no con el ordenador o Internet a secas, sino con determinadas aplicaciones de la tecnología. Entre estas, se discute especialmente los chats, los foros y las páginas de contacto, y sobre todo el gran sector de los videojuegos (tanto los clásicos mediados por videoconsola *offline* como los juegos de rol de múltiples usuarios *online*). También se investigan en este contexto otras conductas problemáticas que existían ya antes de Internet, como el juego patológico y los trastornos de control de impulsos; en estos casos, el Internet facilita su uso excesivo como es el caso de los juegos de azar (por ejemplo *online* póker), las compras compulsivas vía Internet, o el gigantesco consumo de diversas formas de pornografía. Las conductas excesivas relacionadas con estos fenómenos pueden llegar a tener la característica de «adicción». En los últimos años, los juegos de rol online, en los cuales un jugador puede interactuar con múltiples jugadores en tiempo real y en el espacio virtual (los llamados *Multiplayer Online Role-Playing Games*, MMORPG) han entrado en el foco de la atención mediática y científica y constituye una de las aplicaciones más discutidas respecto a su capacidad adictiva, entre otras cosas porque estos juegos permiten a los jugadores representarse a sí mismos en una realidad virtual mediante una nueva identidad (avatar).

Concluimos, pues, que el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación puede conllevar conductas desadaptativas y consecuencias patológicas. Por otro lado no podemos negar que las TIC también pueden tener repercusiones benéficas sobre la calidad de vida de los usuarios.

Las contribuciones de este número de la Revista de Psicoterapia se ocupan de diferentes aspectos de las TIC y sus consecuencias. **Hernández, Armayones, Guillamón y Nieto** examinan los aspectos psicológicos del uso que se hace de Internet para la salud en claves de empoderamiento. **Griffiths y Beranuy**

presentan una revisión sobre el estado de la cuestión de la adicción a los videojuegos, discuten los indicadores y criterios de adicción, facilitan consejos para profesionales y padres sobre la detección y prevención de este trastorno en los niños y adolescentes. Los juegos de rol en línea (MMORPG) son analizados por **Talarn y Carbonell**; estos autores discuten cuáles pueden ser las características potencialmente adictivas de estos juegos a diferencia de los juegos de azar «clásicos». Hipotetizan que la posibilidad de adoptar diversas identidades virtuales puede afectar la sensación de identidad del jugador, llegando hasta un estado de disociación. En una línea más intervencionista, **Díaz, Beranuy y Oberst** discurren sobre la adicción a Internet y a video-juegos en niños y adolescentes, discutiendo las posibles causas, programas de prevención existentes y añaden una propuesta de tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a Internet y videojuegos, seguido por la presentación de un caso. **Edger, Delmonico y Griffin** centran su atención sobre la adicción al «cibersexo» y proponen un tipo de tratamiento centrado en el cliente de la actividad sexual compulsiva a través de Internet. Por último, **Baena, Quesada y Vogt** discuten uno de los aspectos benéficos de la red: su uso para mejorar la salud y para la terapia a distancia (e-terapia), tomando como ejemplo el tratamiento del tabaquismo.

Ursula Oberst

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

SALUD A TRAVÉS DE LA RED: UNA PARADOJA EN LA SOCIEDAD DEL CONOCIMIENTO

Eulàlia Hernández, Manuel Armayones, Noemí Guillamón y Rubén Nieto
Grupo de Investigación PSiNET¹. Instituto Interdisciplinario de Internet, IN3-Universitat Oberta de Catalunya.
ehernandez@uoc.edu

This article examines the paradox that in the knowledge society, where the frequency and diversity of use of the Web for health increases, does not appear that this use will result in a direct improvement of the health of citizens. The paradox appears after providing data of the use of the Web for health; after considering some personal characteristics modulating this use, and after describing some specific uses of the Web which take part of the current practice of psychological interventions. All of these ideas merge lead to the identification of the empowerment of people as a key point for the use of the Web for health. The final section discusses some of the initiatives, opportunities and roles that psychology can have a more effective use of the Network for Health.

Keywords: World Wide Web, Internet, health, empowerment, intervention.

1. El aumento del uso de la Red para el cuidado de la salud: frecuencia de utilización y características moduladoras.

El uso de la Red (Internet) y las nuevas tecnologías es cada vez más frecuente en nuestra vida diaria. En concreto, el acceso a la Red se ha hecho indispensable para muchos de nosotros en un período breve de tiempo. En efecto, en la actualidad se nos hace difícil pensar en nuestra vida sin acceso a la Red, sintiéndonos incluso desconectados cuando no tenemos acceso. También ha aumentado el porcentaje de personas que disponen de un ordenador con conexión a la Red, que abre las puertas a miles de recursos que nos pueden ser útiles, por ejemplo, para nuestra tarea profesional, para divertirnos y conocer a otras personas a través de sistemas como el Chat. Este aumento en el porcentaje de personas que tienen un ordenador con acceso a la Red queda reflejado en informes recientes como el publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2007) sobre el equipamiento y el uso de las nuevas tecnologías. Este informe muestra que un 60.4% de las familias en las que al menos hay un miembro de una edad comprendida entre los 16 y 17 años tiene un

ordenador. En cuanto a la Red, el 44.6% de los hogares tiene acceso. Por último, otro dato de interés de este estudio es que más del 50% de la población con una edad comprendida entre los 16 y 74 años ha utilizado el ordenador en los últimos tres meses y se ha conectado a la Red, siendo la mayoría de estas personas usuarias habituales. El Estudio General de Medios de Octubre/Noviembre del 2008 muestra datos similares: en este período hubo un 46,8% de usuarios de Internet (Audiencia de Internet, EGM, 2008).

Es lógico pensar que este aumento en la accesibilidad a la Red provoque cambios en nuestro estilo de vida y en nuestra manera de abordar los temas relacionados con nuestra salud (tanto mental como física) (Hernández, Armayones & Valiente, 2008). En este sentido, en nuestra sociedad actual, es muy frecuente el uso de la Red para temas relacionados con salud tal como se ha mostrado en diversos estudios de campo (ver por ejemplo, Andreassen et al., 2007, Baker, Wagner, Singer & Bundorf, 2003; Dart, 2008; Dumitru et al., 2007; Taylor, 2008, Trotter & Morgan, 2008; Ybarra & Suman, 2006). También disponemos de estudios que muestran este aumento específicamente en el ámbito de la salud mental (Christensen & Griffiths, 2003). Si nos fijamos en las consultas realizadas en buscadores también corroboramos este aumento en el uso de la Red para temas relacionados con salud. Por ejemplo, se ha estimado que un 4,5% de las búsquedas realizadas en la Red están relacionadas con temas de salud (Eysenbach & Köhler, 2003).

Un análisis de la información y recursos disponibles en Google nos ofrece también una idea de la cantidad de información y recursos relacionados con salud disponibles en la Red. Así, por ejemplo, si introducimos la palabra “salud” en este buscador (10/01/2009) obtenemos 132.000.000 de resultados. Con búsquedas más específicas también obtenemos cifras similares, como por ejemplo 6.460.000 en el caso de depresión o 245.000.000 en el caso de cáncer. Por otra parte, si revisamos el directorio de Google en español vemos que existen 3.200 recursos en la Red que se pueden englobar en la categoría de salud². Google también ofrece la posibilidad de crear grupos para compartir información y comunicarse con personas interesadas en temas similares. Si examinamos la temática de estos grupos, vemos que en Europa hay un total de 1091 grupos relacionados con temas de salud y en España un total de 124. Un recurso más reciente en la Red es *FaceBook*. Este también permite crear grupos de intereses determinados y compartir información y recursos relacionados con un tema específico. También los temas relacionados con salud están muy presentes en *Second Life*, otro recurso de reciente creación. Así por ejemplo, en *Second Life* existen 1240 comunidades y 149 Islas que tratan temas relacionados con salud (a fecha 10/01/2009).

Entre los motivos que han provocado este aumento en el uso de Internet podemos destacar, siguiendo a Khechine, Pascot & Prémont (2008), los siguientes: aumento del acceso a la Red y de la experiencia en la navegación por ésta, mayor accesibilidad de los recursos relacionados con salud en la Red, aumento de la

conciencia por parte de las personas de la necesidad de prevenir los problemas relacionados con la salud y de su responsabilidad sobre su salud, aumento de la publicidad agresiva por parte de la industria farmacéutica para que los receptores se interesen por sus productos de los que pueden encontrar información online, y el hecho de que muchos agentes de salud animan a sus pacientes a utilizar la Red como fuente de información complementaria.

Por otra parte, no sólo se ha producido un aumento en el uso de la Red para temas relacionados con salud, sino también los diferentes usos disponibles. En efecto, si tradicionalmente la Red se utilizaba básicamente para buscar información relativa a los temas relacionados con salud, actualmente disponemos de muchas más posibilidades como comprar medicamentos, preparar una cita con el médico o buscar información después de una visita médica, buscar información respecto a una enfermedad concreta, decidir si visitar o no a un médico, encontrar a un profesional, interactuar con pacientes en la misma situación y buscar o seguir un tratamiento en línea. En el segundo apartado de este artículo presentaremos algunos usos concretos de la red para temas relacionados con salud.

Todo este aumento en el uso de la Red, y las aplicaciones disponibles para temas relacionados con la salud ha incrementado el “empoderamiento” en relación con la salud por parte de las personas. Es decir, cada vez la persona es un agente más activo en el cuidado de su salud, ganando control y responsabilidad sobre ella. Siguiendo la reciente revisión de Korp (2006), los recursos disponibles en la Red podrían mejorar el empoderamiento del usuario respecto a su salud (y por lo tanto un mejor cuidado de ésta) a través de diversos elementos. Entre estos elementos podríamos destacar: el incremento de información para manejar y afrontar más adecuadamente sus problemas de salud, disponer de información para comentar con los profesionales de la salud de forma más efectiva sus problemas, buscar información de manera individual y cuando la persona lo estime oportuno, contactar con personas en situaciones similares, compartir conocimientos, y crear o contribuir a la consecución de los objetivos de asociaciones de pacientes. Por lo tanto, en este sentido, la Red podría ser considerada un elemento muy positivo para la salud.

Desde esta perspectiva, el paciente no es una persona pasiva sino proactiva que contribuye a través de sus búsquedas en la Red al conocimiento y cuidado de su condición. A esta figura del paciente proactivo a través de la red algunos autores la denominan *e-paciente*. Uno de los primeros autores en utilizar este término fue Ferguson (Ferguson & Frydman, 2004). El autor se refiere genéricamente al e-paciente como un paciente proactivo, implicado en el mantenimiento de su salud y más integrado en el sistema de asistencia sanitaria. Poco después Jadad, Enkin, Glouberman, Groff & Stern (2006) remarcaban esta idea y la ampliaban con la de que en una sociedad donde cada vez será más difícil satisfacer las necesidades de los ciudadanos (aumento de población, envejecimiento, etc.) es necesaria la figura de este e-paciente más autónomo y proactivo, aunque ello suponga romper

claramente con la imagen que desde una perspectiva profesional se pueda tener de lo que es/o era un “buen paciente”. Hasta ahora un buen paciente era una persona a la que, una vez que se le había diagnosticado una enfermedad, cedía todo el control sobre su enfermedad, sobre su salud e incluso a veces sobre su vida, al sistema sanitario. Una persona que se podía limitar a hacer lo que le dijeran, que normalmente no protestaba, aceptaba los tratamientos sin hacer demasiadas preguntas y que, en definitiva, “tenía paciencia”. ¿Pero quién puede tener paciencia en esta sociedad cuando él o algún familiar cae gravemente enfermo? En contraposición con esta figura del antiguo “buen paciente”, los autores presentan un paciente activo, proactivo, que quiere y puede participar en las decisiones que le afectan como persona (*prosumidor*³, es decir, creador de conocimiento y recursos) y que básicamente quiere participar en las decisiones que se tomen en relación a su tratamiento y a su salud.

Por lo tanto y según hemos visto, ha aumentado el uso de la Red para los temas relacionados con salud y ha aparecido una nueva figura de paciente. No obstante, es importante señalar algunas variables que se han estudiado como potenciales mediadoras de la utilización de la Red. A continuación exponemos brevemente algunos de los estudios disponibles que muestran el efecto de alguna de estas variables. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no es nuestro objetivo realizar una revisión bibliográfica exhaustiva, y por lo tanto se señalan aquellos trabajos y elementos que hemos considerado más relevantes.

Variables sociodemográficas

Un tipo de variables que ha recibido atención son las variables sociodemográficas. A partir de los estudios disponibles, en general, podemos decir que las mujeres, las personas jóvenes o de edad media, con mayores niveles educativos y socioeconómicos y desarrollando cargos de gestión y dirección usarían en mayor medida la Red para temas relacionados con la salud (ver por ejemplo, Andreassen et al. (2007); Baker et al., 2003; Bundorf, Wagner, Singer & Baker (2006); Cotten & Grupta, 2004; Dart, 2008; Dumitru et al. (2007); Haviland, Pincus & Dial, 2003; Lemire, Paré, Sicotte & Harvey (2008); Ybarra & Suman (2006)). Algunos de estos resultados pueden ser debidos a lo que se denomina la “brecha digital”. Es decir, aquellas personas más jóvenes, con más estudios y con un mayor estatus socioeconómico saben y utilizan frecuentemente las nuevas tecnologías, lo que provocaría un mayor uso de la Red para temas relacionados con la salud en estas personas.

Coste

La relación coste-beneficio del uso de la Red para temas relacionados con salud también es importante ya que se supone que los usuarios valoran los beneficios potenciales de acudir a un especialista respecto a utilizar la Red. En este

sentido, Dart (2008) encontró que aquellos sujetos que debían recorrer una mayor distancia para visitar a un especialista utilizaban en mayor medida la Red para temas relacionados con salud. También en este estudio se encontró una tendencia hacia un mayor uso de la Red para temas relacionados con la salud en aquellos sujetos sin seguro médico.

Por lo tanto, es probable que si la persona interesada en obtener información o recursos para su salud estima que los puede obtener más fácilmente y de mejor calidad mediante otros medios no recurrirá a la Red.

Estado de salud

Los estudios muestran que aquellos sujetos con mayores preocupaciones por temas relacionados con salud, con un peor estado de salud o con alguna enfermedad están más predispuestos a utilizar la Red (buscar información, participar en chats, contrastar información) para temas relacionados con salud (Baker et al., 2007; Bundorf et al., 2006; Dumitru et al., 2007; Haviland, Pincus & Dial, 2004; Houston & Allison, 2002; y Lemire et al., 2008, entre otros), remarcándose especialmente el aumento del uso de la Red en aquellas personas con enfermedades crónicas o vinculadas a su cuidado.

No obstante, en contra de lo expuesto hasta el momento, Andreassen et al. (2007) encontraron que aquellas personas con un mejor estado de salud percibida utilizaban más frecuentemente la Red para temas relacionados con salud. Ello puede ser debido al culto por la salud imperante en la sociedad actual.

Actitudes, cogniciones y conductas relacionadas con la salud

Dutta-Bergman (2004) en su estudio encontró que aquellos sujetos que daban más importancia a obtener información relacionada con la salud, que creían que las actividades saludables eran importantes y que realizaban más conductas para mantener su salud utilizaban en mayor medida la Red para encontrar información relacionada con la salud.

Por lo tanto, parece que en cierta medida, aquellos sujetos con mayor motivación para su salud tendrían una mayor tendencia al uso de la Red para temas relacionados con salud.

Experiencia con la Red

Ybarra et al. (2006) informaron en su estudio que los sujetos que utilizaban la Red para temas relacionados con salud llevaban un mayor tiempo en contacto con ésta y evaluaban que tenían mayores habilidades que aquellos que no habían utilizado Internet para temas relacionados con salud en el último año.

Esta variable tiene relación también con la “brecha digital” que comentábamos anteriormente. Es decir, aquellos sujetos con mayores recursos y mayor entrenamiento en el uso de Internet tendrán más probabilidades de utilizar este medio para

buscar información relacionada con la salud.

Utilidad percibida, intereses y confianza en la información

Lemire et al. (2008) encontraron que la utilidad percibida de los recursos disponibles en una página web sobre temas relacionados con la salud permitía predecir el uso de ésta. Por otra parte, en este estudio se encontró que los sujetos con un interés mayor en temas relacionados con la salud también tenían una mayor probabilidad de utilizar frecuentemente la Web. Por último, estos autores encontraron que una confianza elevada en la información disponible en la web permitía predecir la frecuencia de uso de ésta.

Por lo tanto, será importante también tener en cuenta el interés, la confianza y la utilidad percibida de la Red como recurso para la salud, así como las expectativas que el usuario se puede generar, ya que autores como Anhoj & Jensen (2004), y Hart Henwood & Wyatt (2004) afirman que las personas confían y esperan encontrar la información sobre salud que están buscando en la Red.

Estado de decisión médica

Khechine et al. (2008) hicieron una investigación para determinar en qué medida el momento en el que se encontraban los pacientes en el proceso de decisión médica influenciaba el uso de la Red para temas relacionados con la salud. Para ello, partieron de las fases propuestas en el modelo de Simon (1960). Según este autor los pacientes pasan por tres fases en el proceso de decisión médica: 1) Fase de identificación de posibles tratamientos: se identifican y evalúan diferentes soluciones alternativas una vez los pacientes conocen su diagnóstico; 2) Fase de selección: los pacientes eligen una de las posibles soluciones y se aplica; y 3) Aplicación y seguimiento: se evalúa la efectividad de la solución elegida. Los resultados de este estudio mostraban que los pacientes utilizaban en mayor medida la Red durante la fase de selección y aplicación.

Por lo tanto, parece que el momento en el que se encuentre el paciente respecto a su tratamiento puede ser importante para regular el uso de la Red para temas relacionados con salud. En este sentido, sería muy interesante estudiar en qué medida las diversas fases de cambio que se suceden cuando nos enfrentamos a un problema estarían asociadas con conductas diferenciales respecto a la utilización de la Red para temas relacionados con la salud. Por ejemplo, es posible que una persona utilice más frecuentemente la Red para temas relacionados con salud cuando empiece a tener conocimiento de que tiene una condición que debe cambiar. Por el contrario, es posible que el uso sea menor cuando ya se ha superado el problema.

Otras variables e hipótesis

Aunque las variables comentadas hasta el momento son las que han recibido una mayor atención en los estudios empíricos publicados, podemos pensar que otras

variables pueden ser también importantes para modular el uso de la Red para temas relacionados con la salud.

Una de estas variables podría ser la personalidad de los sujetos, aunque existen resultados contradictorios acerca de si es la introversión (que permite evitar la interacción personal) o la extroversión (facilitando la búsqueda de sensaciones) la que inciden en un mayor uso de la Red.

El estigma que en ciertas ocasiones está asociado a algunas enfermedades también puede ser un factor decisivo en el uso de la Red como recurso para la salud. Por ejemplo, aquellas personas que padecen una enfermedad mental pueden considerar como primera aproximación a ésta la búsqueda de información a través de la Red. Esto les proporcionará una primera información sin tener que salir de casa, y por lo tanto conservando la confidencialidad y evitando el estigma asociado a la enfermedad (ver Verheijden, Jans, Hilderrant, & Homan-Rock, 2007; y Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe & Thorogood, 2006, para una discusión similar).

Otra variable potencialmente muy importante es el nivel de autoeficacia percibido. Es decir, aquellos sujetos que se sientan más capaces de encontrar información y recursos útiles para su salud en la Red probablemente utilizarán este medio con más frecuencia. A su vez, la autoeficacia percibida estará relacionada con otras variables como el “empoderamiento”. Al inicio ya hemos comentado que a partir de la proliferación de recursos de salud en la Red ha surgido un nuevo concepto de pacientes denominados “e-pacientes”. Es probable que en la medida en que estos “e-pacientes” sientan que se han apoderado de las nuevas tecnologías, y por lo tanto puedan utilizarlas eficazmente, aumente su autoeficacia en relación a la utilización de la Red para temas relacionados con salud.

También la influencia que ejerce la sociedad intentando aumentar la conciencia sobre la necesidad de mantener un estilo de vida saludable puede ser un factor modulador del uso de la Red para temas relacionados con salud. Esto junto con el culto al bienestar, valor dominante en la sociedad del conocimiento, podría incrementar el uso de la Red como un recurso para mantener y mejorar la salud. El estudio de Dutta-Bergman (2004) confirmaría al menos parcialmente esta hipótesis.

Otras muchas variables podrían ser enumeradas en este sentido. Por lo tanto, vemos que esta es un área en la que es necesaria mucha más investigación para poder conocer qué elementos hacen más probable que las personas utilicen la Red como un recurso para su salud. No obstante, no sólo es necesario conocer estos factores sino que también se deben formular modelos explicativos que nos permitan entender por qué una persona hace uso de la Red para temas relacionados con la salud integrando las distintas variables estudiadas. Por ejemplo, Von Knoop, Lovich, Silverstein & Tutty (2003, en Ferguson, 2007) establecen una tipología de pacientes tomando como base la condición de salud y la actitud hacia el profesional de la salud. Este modelo, aunque útil, no engloba todas las variables que potencial-

mente podrían influir en el uso de la Red para temas relacionados con salud, por lo que es necesario seguir determinando el efecto de diversos factores a partir de la formulación de nuevos modelos teóricos.

A pesar de la necesidad de seguir investigando en este tema, lo que parece que sí está claro es que el uso que se hace de la Red para temas relacionados con salud depende principalmente de las características personales y sociales de las personas.

2. Usos de la Red para la salud.

En el ámbito de la salud se asiste en estos momentos a un crecimiento vertiginoso de iniciativas que, promovidas por usuarios y por profesionales, usan la Red como medio para buscar, crear y divulgar información, compartirla con otros, y recibir orientación y apoyo sobre diversos problemas de salud.

Uno de los ámbitos con una trayectoria más larga y que actualmente está teniendo un gran impulso es el de los portales de salud como espacios de centralización de información, gestión, formación e intervención para profesionales sanitarios y usuarios no profesionales (Hernández & Gómez-Zúñiga, 2007). El objetivo principal de los portales de salud es organizar y sistematizar la información sobre salud y enfermedad que hay en la red, y en algunos casos elaborar guías de buenas prácticas que orienten acerca del contenido de las Web sobre salud o de cómo realizar una adecuada intervención online. Dos de los portales a nivel estatal de mayor prestigio son Webpacientes.org⁴ y FisterraSalud⁵, iniciativas que ponen a disposición del usuario información de calidad sobre salud, y que proporcionan un espacio de relación y comunicación entre paciente y profesional y entre paciente-paciente en el que los usuarios pueden obtener información y ayuda mutua (Roqué, 2007).

Por otra parte, también es importante destacar el papel de la web 2.0. Las características de esta nueva web 2.0 (como se denomina a la web social), que incorpora más elementos de comunicación y de interacción como son los foros, chats, blogs, etc., propicia, sin duda alguna, la expansión de redes sociales en las que los usuarios intercambian información y experiencias, buscan apoyo mutuo, consultan dudas acerca de enfermedades, diagnósticos y terapias, y gestionan su propia salud o la de sus familiares. En este sentido encontramos los *programas de comunicación sanitaria interactiva*, que son en cierta manera similares a los portales de salud pero combinando información sanitaria con apoyo social, apoyo sobre decisiones o apoyo de cambios conductuales. Por lo tanto, sus funciones principales son las de transmitir información sobre salud, promover el autocuidado y el intercambio de información y apoyo entre iguales y facilitar la toma de decisiones (Murray, Burns, See Tai, Lay & Nazareth, 2007).

En la misma línea, otro de los avances más prometedores y relevantes en el campo de la salud es la posibilidad de que el usuario gestione sus propios datos sobre salud a través de la red. Los registros personales de salud (RPS o *Personal Health*

Records en el mundo anglosajón) aparecen en el 2006 como herramientas para la autogestión y el autocontrol del usuario, y posibilitan que la persona pueda acceder a sus registros sanitarios, realizar comentarios, modificarlos si detecta algún error y, en definitiva, participar de una forma activa en el control de su propia salud, ámbito restringido hasta hace bien poco a la comunidad profesional médica. La posibilidad de combinar aplicaciones de la web 2.0, junto con registros personales de salud es uno de los elementos que pueden dibujarse como novedosos y prometedores en el uso de la Red para la salud.

Más allá de la consulta de información y la interacción con otras personas (profesionales y no profesionales), la Red se dibuja también como una nueva vía para llevar a cabo intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida a través de programas de promoción de un estilo de vida saludable y de intervenciones que de forma autoaplicada o complementaria a la intervención presencial persiguen la mejora de determinados problemas de salud. Estos programas se centran, en su mayoría, en el establecimiento de pautas adecuadas de actividad física, el mantenimiento de una dieta saludable o el control de hábitos no saludables (como el consumo de tabaco, por ejemplo), y van dirigidos a la prevención de enfermedades relacionadas con conductas de riesgo, como el VIH, la diabetes o la obesidad. La mayoría de estos programas son autoaplicados, aunque en muchos el usuario cuenta con el apoyo del profesional a través de contactos periódicos vía correo electrónico o teléfono. Iniciativas españolas como “Vida sin tabaco” del Hospital Carlos III de Madrid o “Nicotinaweb” son ejemplos de intervenciones online dirigidas a la cesación del hábito tabáquico que están dando muy buenos resultados (Baena, Obando, Monterde, Costa & López, 2007; Quesada, Fletes, Sánchez, Carreras & Sánchez, 2007).

El e-Health Behavior Management Model (Bensley et al., 2004) constituye un ejemplo de cómo la Red puede facilitar la toma de decisiones y aumentar la motivación para el cambio utilizando elementos de comunicación persuasiva. En este programa se crea un contexto de comunicación entre el usuario y el ordenador que promueve el cambio de comportamiento suministrando información personalizada con el objetivo de aumentar su nivel de autoeficacia y potenciar la toma de decisiones. El algoritmo subyacente sigue una estructura de árbol de decisiones y funciona como una herramienta diagnóstica que va determinando en cada momento el nivel de preparación para el cambio del sujeto.

En la misma línea, identificamos un programa para la promoción de la salud combinado con fines de investigación, el PQL (Quality Tools for Quality Life⁶). Se trata de un programa de promoción de la salud creado en la Universidad de Uppsala (Suecia) que, a partir de unas preguntas sencillas sobre el nivel de estrés, la calidad del sueño y aspectos relacionados con la satisfacción con la vida social y el trabajo, remite al usuario a un espacio personal en el que puede obtener información y consejos, así como realizar ejercicios de relajación, de reestructuración cognitiva y

de manejo de las emociones, con objeto de supervisar y mejorar su salud y reducir los niveles de estrés. Esta iniciativa es un ejemplo de uso de la Red para mejorar la calidad de vida pero también con fines de investigación, ya que el equipo que lo ha diseñado realiza estudios acerca del estilo de vida y la calidad de vida a partir de las respuestas de los usuarios a las encuestas que se incluyen en el programa.

Del mismo modo que existen muchas iniciativas en la Red que tienen por objeto la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades, también podemos encontrar programas que posibilitan la detección precoz o la intervención en problemas de salud concretos que ya han aparecido. Muchos de estos programas de intervención combinan el uso de la Red con otros recursos tecnológicos como el email, el teléfono, el CD-DVD o la realidad virtual, por lo que en este apartado hablaremos del uso de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) para la intervención en salud.

En el campo de la salud se viene observando que las TIC constituyen un medio muy eficaz para abordar problemas bien delimitados, es decir, bien conocidos a nivel teórico, con un diagnóstico sencillo, y para los que existe un tratamiento protocolizado que ha demostrado su eficacia en la terapia presencial tradicional. En estos casos, la terapia presencial ‘cara a cara’ ha sido sustituida o complementada progresivamente por la aplicación de la realidad virtual y de programas en CD-DVD específicos que el usuario puede utilizar con un apoyo por parte del profesional mínimo.

Un ejemplo de ello es la que propone el grupo de la Universitat Jaume I de Castellón y la Universitat de Valencia haciendo uso de la realidad virtual. No implica la creación de un dispositivo específico para cada problema, sino uno que puede personalizarse para cada usuario, adaptable. Se trata de ‘El Mundo de EMMA’, en el que se recrean todos aquellos elementos significativos de la realidad del usuario (fotos, música, videos, texto) que permita revivir las emociones asociadas a ellos. Este proyecto puede resultar de utilidad en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno adaptativo, el duelo patológico, y se está aplicando en la intervención con personas de la tercera edad y con mujeres víctimas de violencia de género (Baños et al., 2007). Asimismo, otros autores señalan la utilidad de la RV para la reducción del dolor percibido (Nieto y Miró, 2008).

Otro ejemplo podría ser el uso de las PDA, que se está extendiendo como herramienta de apoyo para aquellos pacientes con trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo o agorafobia que tienen que realizar exposiciones a diferentes situaciones entre las sesiones de terapia presencial. En otros trastornos de ansiedad, como la ansiedad generalizada, los pacientes pueden recurrir a su PDA para revisar un ejercicio sobre pensamientos negativos, técnicas de relajación, etc. Se ha visto que el uso de estos dispositivos conectados a la Red puede ser un complemento de mucha utilidad para la terapia presencial (Anderson, Jacobs & Rothbaum, 2004),

ya que ayuda a generalizar las estrategias aprendidas en la sesión a situaciones y problemas de la vida cotidiana.

El uso de la Red y algunos dispositivos TIC como complemento de la terapia presencial, ya sea para trabajar las estrategias aprendidas entre sesiones (como el uso de la PDA) o como fase previa para abordar los aspectos más psicoeducativos del problema, resulta muy atractivo debido a sus ventajas potenciales (Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe & Thorogood, 2006). En primer lugar, facilita el acceso a poblaciones con dificultades para buscar ayuda presencial, ya sea por razones de distancia geográfica, para evitar el posible estigma que puede ocasionar el hecho de ir al psicólogo, porque el propio problema supone una limitación para buscar esta ayuda o porque se muestran reticentes en cuanto a la utilidad de los tratamientos. Asimismo, potencia la promoción del autocontrol y la autogestión del usuario de su propio problema, ya que es él quien decide cuándo, dónde y cómo hacer los ejercicios, exponerse a las situaciones problemáticas, etc. Y en tercer lugar, el uso de la Red y algunos dispositivos TIC como complemento de la terapia presencial puede contribuir a la reducción de las horas dedicadas por parte del psicólogo a la terapia, permitiendo que pueda centrar sus esfuerzos en aquellos casos más graves que necesitan de un apoyo profesional más intenso, y reduciendo las listas de espera.

En relación a este último aspecto, cabe señalar que en algunos países la sanidad pública promueve el uso de estos programas autoaplicados. En el Reino Unido, por ejemplo, los programas *Beating the Blues*⁷ y *Fear Fighter*⁸, dirigidos a personas con sintomatología de leve a moderada de depresión y de ansiedad, se dispensan de forma gratuita en todos los centros de atención primaria del país. Se trata de dos iniciativas promovidas por el sistema nacional de salud británico (el *NHS* en sus siglas en inglés) que tienen como objetivo principal dar acceso a toda la comunidad a servicios de atención en salud mental que el actual sistema no es capaz de asumir. En ambos, el usuario puede acceder al programa de intervención desde cualquier PC y seguir un tratamiento estructurado de corta duración (2-3 meses) basado en el modelo cognitivo-conductual. Se trata de programas autoaplicados que cuentan con el apoyo de un profesional de enfermería durante todo el tratamiento, que ofrece atención telefónica o por email. El coste del tratamiento, pues, no sólo se puede disminuir a través de la reducción de las horas de terapia presencial, sino también con la participación de profesionales de la salud mental que no tienen que ser necesariamente psicólogos expertos.

Como ya hemos comentado, el usuario que accede a un programa de tratamiento totalmente autoaplicado tiene la libertad para decidir qué, cómo y cuándo aplica las pautas indicadas en el tratamiento. Si bien eso puede aumentar su percepción de control hacia el problema y facilitar que inicie el tratamiento, también tiene sus riesgos y desventajas: es posible que una persona comience un tratamiento dirigido al abordaje de un problema sin que se haya establecido adecuadamente el diagnós-

tico, incurriendo en el riesgo de estar trabajando para solucionar un problema que no tiene, o dejando de lado el verdadero problema que requiere atención. También se ha apuntado que los usuarios sin ningún tipo de guía profesional pueden aplicar de manera inapropiada el programa, y eso puede ocasionar una no resolución del problema, una agravamiento del mismo o, lo que se observa frecuentemente, un abandono del tratamiento (Cuijpers & Schuurmans, 2007). De hecho, una de las principales limitaciones de la psicoterapia aplicada a través de la Red es el elevado índice de abandonos, en comparación a la terapia presencial. En relación a este punto, muchos trabajos señalan los beneficios de los diseños que llamamos híbridos, es decir, que presentan alguna combinación derivada del apoyo de un profesional y del uso de la Red. La terapia autoaplicada a través de la Red puede resultar mucho más efectiva si se complementa con la supervisión por parte de un profesional experto en forma de contactos periódicos de seguimiento a través del teléfono o el email para revisar el cumplimiento de los ejercicios a realizar por el paciente, las dificultades que puede ir presentando, y ajustar el tratamiento en función de las mismas (Guillamón, 2008).

Hay pocos trabajos rigurosos que hayan estudiado el grado en que la terapia online es efectiva en el tratamiento de los problemas de salud. Los más destacados han analizado la efectividad de esta forma de terapia respecto de los problemas de ansiedad y de depresión. Klein, Richards & Austin (2006) concluyeron que el tratamiento a través de la red combinado con el apoyo de un profesional a través del e-mail era igual de efectivo que el tratamiento tradicional presencial en un grupo de sujetos con trastorno de pánico. En la misma línea, Spek et al. (2007) realizaron un metaanálisis donde revisaban 12 estudios controlados y aleatorizados que aplicaban un tratamiento cognitivo-conductual para diferentes trastornos de ansiedad y depresión. En este metaanálisis se concluyó que los tratamientos autoaplicados con algún tipo de apoyo profesional eran más efectivos que aquellos totalmente autoaplicados, siendo estos tratamientos más efectivos que un grupo en lista de espera.

Pero el uso de la tecnología para la intervención en salud está sobrepasando los límites de la realidad tal y como la conocemos, y se está extendiendo a mundos virtuales como *Second Life*, constituyendo un prometedor medio para realizar difusión sobre información sanitaria dirigida a usuarios y profesionales, publicitar servicios de salud presenciales, llevar a cabo terapias online o construir comunidades virtuales de pacientes. La recreación de figuras, situaciones y roles con una enorme dosis de realidad permite aplicar la realidad virtual a la exposición a los estímulos temidos con una sensación de presencia difícilmente superable con el uso de otros medios. Esta técnica se está aplicando a diversos trastornos de ansiedad, como la fobia social y la agorafobia, así como a problemas de adicción. Por otro lado, la posibilidad de compartir información, experiencias y recursos entre usuarios con problemas similares también se ha extendido a *Second Life*, donde

proliferan las islas de pacientes, especialmente con enfermedades crónicas, que se constituyen en comunidades virtuales de apoyo. Son un ejemplo las comunidades de personas con autismo, parálisis cerebral, las dedicadas a ayudar a niños que han sufrido abuso sexual a adquirir competencias sociales, o agorafobia (Gorini, Gaggioli, Vigna & Riva, 2008). El interés por los mundos virtuales se evidencia en la construcción de entornos virtuales en páginas web donde, tal como en los museos virtuales, pueden realizarse visitas a páginas de instituciones y servicios con apariencia de avatar.

Como podemos comprobar, la presente revisión, junto con el aumento del uso de la Red para la salud presentado en el apartado anterior, nos dibuja un panorama de gran diversidad de usos de la Red para el profesional de la salud. Estos usos contemplan asimismo distintos grados de participación y colaboración entre los diferentes agentes de salud (usuario profesional y usuario no profesional) así como variedad en el mismo uso de la Red.

Esta variedad de usos y grados de participación nos remite a la propuesta de Von Knoop et al. (2007) citada al final del apartado anterior. En este caso también parece ser el tipo de patología o problema de salud y su gravedad, así como el grado de directividad (en el caso del profesional) que quiera ejercer en su intervención, el que marcaría los usos de la Red. En ambos casos, ya sea en situaciones de uso intensivo y generalizado, o puntual y específico de la Red, el aumento en el uso y la variedad de los usos de la Red para la salud es innegable.

3. La paradoja del uso de la Red para la salud.

Tras realizar el análisis del incremento del uso de la Red para la salud y describir la variedad de usos que profesionales y usuarios hacen de ella, podemos tener la impresión que esta situación puede venir acompañada por una mejor salud de las personas. Efectivamente, disponemos de algunos datos que refuerzan esta idea. Así, por ejemplo, el uso de la Red para la salud tiene un efecto sobre la autoeficacia, el empoderamiento y el apoyo social. La revisión Cochrane de Murray, Burns, See Tai, Lay & Nazareth (2007) muestra que hay un aumento en el apoyo social, y una tendencia al aumento en la percepción de autoeficacia, el empoderamiento y el apoyo social con el uso de las redes sociales online para la salud, donde se comparten y crean conocimientos, expectativas, esperanza y en general “experiencias” que contribuyen al propio cuidado. Asimismo, las consultas online y la comunicación con el profesional también aumentan el empoderamiento y la autoeficacia (Fleisher, Bauerle, Burt & McKeown-Conn, 2002). Y a su vez, en relación con el empoderamiento que se consigue con la participación, aunque sólo sea a nivel de lectura, en grupos de apoyo virtuales (Meier, Van Uden-Kraan, Drossaert, Taal, Sydel & Van de Laar, 2008). Este último dato nos permite imaginar las enormes posibilidades que ofrece la Red para la salud, puesto que no sería necesario mostrar una participación activa –con el grado de iniciativa, motivación,

autoconfianza, e incluso competencia o alfabetización necesarias para ello— que algunas personas no tienen o no pueden mostrar en determinadas condiciones de salud.

Sin embargo, también disponemos de algunos datos que muestran que a pesar de este aumento en el uso y las posibilidades de la Red, las personas no muestran una mejor salud. Este hecho lo encontramos reflejado en distintos índices. Así, los datos del Pew Internet⁹ por ejemplo, juntamente con la de autores como Houston y Allison (2002), muestran que sólo el 31% de personas que han encontrado una información relevante en la Red, se han sentido realmente ayudadas por ésta y le ha permitido tomar decisiones con un impacto importante para su salud (Fox, 2006), aunque estos índices se duplican en relación con personas con condiciones crónicas de salud (Fox, 2007). También algunos trabajos muestran la confusión de las personas ante la Red cuando pretenden evaluar la información sobre salud que encuentran y quieren usarla para tomar decisiones (Anhoj & Jensen, 2004). Si bien es cierto que no podemos decir que sea una consecuencia directa, también podemos tomar en consideración los datos de la OMS según la cual enfermedades como la depresión van en aumento y serán en 2020 la segunda causa de discapacidad entre la población de 15 a 44 años para los dos sexos (WHO, 2008). Todo esto en una sociedad donde el uso de la Red ha penetrado en los distintos ámbitos de la vida cotidiana.

Incluso recientemente algún medio de comunicación afirmaba literalmente que “el uso de internet para buscar información sobre salud provoca cibercondría”¹⁰. Con ello, se hacía eco del hecho de que la multinacional Microsoft ha realizado un estudio en el que hace este tipo de afirmaciones después de analizar el comportamiento de un extenso grupo de usuarios (búsquedas de un millón de internautas y encuestas a quinientos quince de ellos). Explica, por ejemplo, que cuando se utiliza en cualquier buscador “dolor de cabeza” aparecen cientos de miles de ocurrencias del término, y que entre las primeras ya aparecen enfermedades tan graves como los tumores cerebrales. Nosotros creemos que esta afirmación que presenta la cibercondría como “una afección causada por internet”, es cuando menos excesiva. Es probable que determinadas personas puedan precisar formación sobre cómo buscar y explotar la información sobre salud en la Red; no cabe duda de que habrá personas con tendencia a la hipocondría que hace unos años tenían un menor acceso a las fuentes de información que en la actualidad y a los cuáles las nuevas tecnologías les puedan permitir un mayor acceso a información que pueda agudizar su sintomatología; pero la presentación de esta información ofrece una visión con cierto tono estigmatizante.

De hecho quizás sea el campo de la Salud el único en el que se ha establecido un término para el “efecto negativo” de la información. Que sepamos no hay un término similar para quien consulta otro tipo de contenidos en la Red que potencialmente también pueden contribuir a aumentar sintomatología de corte obsesivo, como el seguimiento de las noticias de actualidad, de la información sobre la

evolución de la bolsa, o de cualquier otro tipo de información que pueda tener un efecto directo sobre la persona.

Analizando los párrafos anteriores vemos cómo parece existir una contradicción subyacente en el uso de la Red y otras TIC, y más concretamente en el ámbito sanitario. Como hemos visto existe una “cara negativa” del uso sanitario de la tecnología (cibercondría), pero también una “cara positiva”, como el aumento de la información-formación sobre enfermedades, la posibilidad de que el paciente participe en su autocuidado, etc. Pero esta aparente contradicción no se da sólo en el campo de salud, porque el uso sanitario de la Red (sea a través de cualquiera de los dispositivos de conexión presentes o futuros) no puede desligarse del efecto general que la sociedad del conocimiento está teniendo en nuestras vidas.

Así, a principios de los noventa, con la aparición incesante de iniciativas empresariales basadas en las nuevas tecnologías, la irrupción de los ordenadores en los domicilios de muchos ciudadanos, la generalización de la telefonía móvil, etc. se hablaba básicamente de los efectos positivos que las nuevas tecnologías iban a tener en nuestras vidas, liberándonos de muchas tareas repetitivas en nuestros puestos de trabajo, mejorando considerablemente la relación con la administración, permitiéndonos conectarnos desde cualquier lugar y con cualquier persona. Si analizamos uno por uno cada uno de estos elementos podríamos llegar a la conclusión de que las nuevas tecnologías iban a ser decisivas en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, y volviendo al tema de la salud, y siendo éste un aspecto básico de la calidad de vida, podríamos interpretar que a más tecnología mayor iba a ser nuestra calidad de vida, o si se prefiere y para utilizar un término más amplio, con un mayor uso de la tecnología íbamos a tener una mayor “felicidad”. Los datos de la OMS que hemos comentado sobre el aumento de la depresión en los jóvenes y adultos de ambos sexos, dato escalofriante por sí solo, lo es aún más si analizamos la paradoja de que en la sociedad del conocimiento en la que disponemos de “más de todo”, incluido mayor acceso a las nuevas tecnologías, mayor capacidad de estar en contacto, de relacionarnos, de trabajar conjuntamente, etc., aumenta el número de personas que padecen a lo largo de su vida un trastorno del estado de ánimo.

Manteniéndonos en esta perspectiva más amplia, autores como Lipovetsky (2007), consideran que el excesivo culto al bienestar en la sociedad del conocimiento conduce paradójicamente a que los individuos sean más sensibles al sufrimiento que en épocas anteriores, con sus aspectos positivos (solidaridad, apoyo a la investigación) y negativos (intentos de convertir en problemas sanitarios lo que son sufrimientos inherentes a la vida, como el duelo o simplemente conflictos con uno mismo o con los demás). Para Lipovetsky uno de los efectos de la globalización ha sido una inquietante fragilización y desestabilización emocional de los individuos debida a que cada vez parecemos menos preparados para soportar el sufrimiento y las desgracias de la vida, ya que las grandes instituciones, valores y estructuras

sociales de antaño han dejado de proporcionar el almacén emocional que nos proporcionaban. Aportaciones como la de Lipovetsky reflejan la paradoja de que en la “sociedad del bienestar” parece estar germinando un “malestar” que tiende al aumento.

Reforzando esta idea, autores como Bauman (2007) consideran que hemos ido evolucionando desde una sociedad “sólida” –estable, repetitiva– a una sociedad “líquida” –flexible, voluble. En ella, las infinitas posibilidades que se presentan de forma simultánea y cambiante generan prisa, necesidad de cambio continuo para probar cada una de ellas e insatisfacción por no poder hacerlo. Las estructuras ya no perduran el tiempo necesario para solidificarse y no sirven de marcos de referencia para los actos humanos, generándose así un estado de conflicto personal y desasosiego que rápidamente se encauza hacia los servicios sanitarios.

El punto de vista de Bauman es interesante en cuanto que relaciona lo que él denomina “conflicto personal y desasosiego” con el aumento en el uso de los servicios sanitarios. Y todo ello en un contexto en el que las apelaciones a través de administraciones y medios de comunicación a cuidar la propia salud parecen estar configurándose como un imperativo social que admite poca o ninguna discusión, proliferando las apelaciones a la “vida sana”, la oferta de productos con las etiquetas “ecológico”, “bio”, “light” y en definitiva la preocupación social por la salud que para autores como Fitzpatrick (2001) indican una excesiva “medicalización” de problemas y conflictos que hasta ahora no eran abordados en los centros sanitarios.

¿Significaría esto que existe un uso intensivo de la Red, que este es muy diverso, pero que no podemos considerarlo un buen uso? ¿Qué sería un buen uso de la Red para la salud?

Tomando en consideración la explosión en el desarrollo y uso de la tecnología, podríamos decir que estamos haciendo un ‘uso adolescente’ de una Red también en una etapa adolescente. Una Red que está sufriendo un cambio súbito en sus potencialidades y en la forma de los dispositivos que permiten acceder a ella, cambio basado en las oportunidades que brindan las herramientas de la *web social* o web 2.0 (blogs, chats, wikis, webquests, etc.) y donde la información ha escapado del control (“parental”) de las instituciones como únicos proveedores de información y servicios, para ser el resultado de la participación de todos los usuarios que lo deseen. En este “entorno adolescente”, nuestro uso de la Red parece en cierta manera que también lo sea. Así, a menudo usamos la Red de forma asistemática, intentando evitar controles (con software de código abierto), la necesidad de estar presente en la sociedad y mostrarlo en múltiples redes sociales (de aquí el éxito de FaceBook, por ejemplo), con la huida hacia mundos virtuales que permiten la creación y recreación de nuestras propias normas e identidades.

Por otro lado, algunos estudios muestran que las personas necesitan guías, instrucciones, tesauros, criterios que acompañen su uso de la Red para la salud (Eysenback & Köhler, 2002; Jadad, Haynes, Hunt & Browman, 2000; O’Connor et

al., 1999; Plovnik & Zeng, 2004, entre otros). Y esta necesidad se presenta incluso en los casos donde más motivación tienen los usuarios y más abiertos están hacia el medio online, puesto que es entonces cuando parecen desplegarse de forma natural los conocimientos prácticos e instintivos para el uso de la información hallada en la Red, que llegan incluso a confundir a la persona y a dificultarle la toma de decisiones sobre la propia salud (Anhoj & Jensen, 2004). Con todo, necesitamos disponer de algunos instrumentos que nos permitan obtener indicadores de lo que consideramos un “mal” o un “buen” uso de los recursos de salud disponibles online. Es decir, aquellas variables que hacen que, por ejemplo, dos personas diferentes con una misma sintomatología, después de una consulta a una misma información o servicio online, acaben convencidas una que presenta un cuadro de estrés, y otra que tiene un tumor cerebral.

Norman y Skinner (2006) han diseñado una herramienta como predictora del buen uso de la Red para la salud. Basada en la teoría de Bandura, la *escala eHeals* evalúa la confianza y competencia del usuario de salud online. Así, una persona que puntúe alto en la escala, haría un mejor uso de los recursos de salud online, así como se esperaría que el aumento en la puntuación de la escala (en la percepción de autoeficacia, por tanto) viniera acompañado de indicadores de mejora en la salud. Este último punto es el que actualmente están estudiando con diferentes poblaciones. En cualquier caso, iniciativas como la de esta escala evidencian la necesidad de acompañar el uso de la Red para la salud con herramientas que faciliten su uso adecuado.

Corporativamente, los profesionales de la psicología también hemos construido herramientas para el diseño de indicadores de los buenos usos de la Red, basadas en la evidencia y (en algunos casos) incluso apoyadas por comunidades virtuales de profesionales. Más allá de la modificación de los códigos deontológicos, de forma más específica encontramos iniciativas como la del National Institute of Clinical Excellence (NICE)¹¹ del Reino Unido, que evalúa programas de intervención online y su efectividad y eficacia con una perspectiva amplia (considerando aspectos de sanidad pública, económicos, sociales, entre otros). También lo es la International Society for Research on Internet Interventions (ISRII)¹², una organización para el desarrollo y evaluación de programas de intervención en salud (psicología clínica y de la salud y psiquiatría, en concreto) en la Red, básicamente desde una perspectiva cognitivo-conductual.

Con todo, para entender realmente el uso que una persona hace de la Red para el cuidado de la salud, hemos de considerar este uso como una experiencia integrada. Esto significa que la persona no usa la Red en el vacío, sino que la usa en un contexto personal, familiar, laboral y, por tanto, busca y evalúa aquello que encuentra en relación con otros elementos de su vida cotidiana (Lewis, 2006). Es más, otros autores insisten en que el uso de la Red para la salud no está promovido básicamente por un motivo instrumental (buscar una información concreta, regis-

trar unos datos de salud, consultar un síntoma con una comunidad online, acceder a la consulta de un terapeuta, etc.), sino que la clave del uso estaría en la experiencia que de éste se obtiene (Kivits, 2006; Lorca y Jadad, 2006). De esta manera, el uso de la Red para la salud sería propiamente una experiencia de salud.

Si esto es así, podemos entender que el uso de la Red por sí sólo no sea el determinante básico de la salud, sino que habría que atender a variables de otra naturaleza, entre las que estarían, de una manera clara, las variables psicológicas (Armayones y Hernández, 2006). Así, por ejemplo, si la persona que está consultando la información tiene rasgos hipocondríacos es posible que su experiencia emocional sea realmente negativa (Kivits, 2006), aumentando su nivel de preocupación respecto a su salud y alimentando su trastorno. Pero si la persona que consulta la información padece realmente un tumor cerebral y la información que encuentra satisface sus expectativas de mantenerse informada, aumenta su percepción de autoeficacia y/o disminuye su ansiedad por el hecho de encontrar información que le ayude a entender mejor su enfermedad, la experiencia de uso será más que probablemente positiva, como parece ser en la mayoría de los casos de personas con enfermedades crónicas. Es por eso que podemos afirmar que el acceso a esa información no es positivo o negativo en sí mismo, ni siquiera el uso de la información es el determinante, sino que es el tipo de evaluación subjetiva que se hace de tal uso (experiencia positiva o negativa) lo que realmente hay que tener en cuenta. Esta experiencia, en tanto que personal y subjetiva, difícilmente podrá generalizarse al uso general de la información sobre salud, puesto que habrá tantos tipos de experiencias de uso como usuarios accedan a los contenidos de la salud.

No parece fácil encontrar una “solución” a la paradoja de que en la sociedad del conocimiento, en la que el uso de la tecnología se extiende día a día y en teoría con ello sus efectos positivos deberían aumentar, lo que ocurre es que aumentan también enfermedades como la depresión o trastornos de nuevo cuño como la “cibercondría”, siendo ésta última una clara muestra de que existe una tendencia a etiquetar como “trastorno” lo que puede ser un uso inadecuado de los recursos.

4. Iniciativas y oportunidades para la Psicología.

La solución a un problema complejo con implicaciones culturales y sociales no es sencilla, ni estamos en condiciones de darla en toda su extensión. Pero desde la Psicología pueden identificarse algunas de sus causas y proponerse posibles elementos de intervención.

En primer lugar y trabajando directamente con el usuario, consideramos básico el papel que los psicólogos pueden desempeñar en la orientación y asesoramiento a los usuarios sobre qué tipo de información sanitaria pueden encontrar en la Red. Este aspecto puede ser especialmente interesante en el caso de psicólogos que trabajen en el seno de asociaciones de pacientes, normalmente de enfermedades crónicas, que pueden orientar a la persona hacia aquellas fuentes de información

más adecuadas para el momento específico en el que la persona se encuentra. Obviamente un profesional de la Psicología no puede, ni debe, interferir en cómo un usuario determinado decide buscar información sobre Internet, pero sí que puede ponerse a disposición del usuario para orientarle sobre qué criterios de calidad debe tener en cuenta cuando navega por Internet buscando información sobre salud (por ejemplo que consulte fuentes contrastadas como las de los estamentos públicos, que tenga en cuenta la presencia de sellos de calidad, etc.). Ello siempre con el objetivo último de facilitar que los usuarios accedan a aquella información que pueda reportarles “experiencias emocionales positivas”, a modo de “coach” sobre cómo gestionar su propia enfermedad o salud en lo relativo al uso de la Red. Así por ejemplo, un profesional que analice las características de un determinado usuario, sus expectativas y necesidades, su posición ante la enfermedad, su percepción de control sobre la enfermedad, su autoeficacia, su red de apoyo social, etc., podría asesorar a la persona sobre qué tipo de servicios online podrían ser los más útiles para él (participar en blogs, formar parte de una comunidad virtual, de un grupo de apoyo presencial, acceder a información sobre investigación, etc.) siempre con el objetivo de potenciar los efectos más positivos del uso de la Red.

Otro papel que puede desempeñar el profesional de la Psicología es el de contribuir, a través de su participación en campañas de promoción y prevención de cualquier tipo de enfermedad o trastorno a que la información que se ofrezca sea adecuada para la población diana a la que vaya dirigida la acción, de tal manera que se facilite que cada persona pueda consultar y trabajar con las aplicaciones informáticas, los materiales y contenidos (cada vez más en formato online) con los que más cómodo pueda sentirse. Así por ejemplo, el conocimiento de determinadas características de personalidad, estilos cognitivos, actitudes y también aptitudes informacionales se puede configurar como básico a la hora de recomendar que una persona acceda a un tipo de intervención online, se le oriente sobre qué tipo de comunidad de pacientes puede ser más interesante en su situación y, en definitiva, se le ayude a moverse en el maremagno en el que se ha convertido la Red, con miles de recursos a disposición de todo el mundo, de calidad variable y que en ocasiones pueden requerir competencias informáticas que una persona no haya adquirido.

Ambas opciones, el asesoramiento a usuarios y la contribución en campañas de promoción y prevención, están basadas en la consideración de las características personales para el uso de la Red en el cuidado de la salud. En esta línea, identificamos dos iniciativas a modo de ejemplo. El NHS británico ha desarrollado el programa del paciente experto (*Expert Patients Programme*, ver Turner & Barlow, 2007 para una breve presentación). Se trata de un programa con una orientación cognitivo-conductual que promueve el establecimiento de conductas saludables y que pretende aumentar la autoeficacia de los participantes y dotarles de recursos para la autogestión de su salud. Aunque el programa se apoya en sesiones presenciales, el contenido incluye indicaciones para el buen uso de la Red

para la salud. Por otro lado, el Ministerio de Salud de Luxemburgo ha diseñado una intervención basada en la creación de entornos que promuevan el despliegue de conductas saludables y eficientes, facilitando así el empoderamiento de las personas y al mismo tiempo, la mejora de su salud (Angelmar & Berman, 2007). De entre los resultados del informe del proyecto, destacamos: la reafirmación en el interés en el trabajo en pro del empoderamiento de las personas, que esta condición de empoderamiento no se traduce en una mejora de la salud en todas las patologías o trastornos, y que es indispensable la personalización en las intervenciones. Es precisamente en la personalización de las intervenciones donde la Red tiene mayores posibilidades, aunque hoy día sea aún uno de sus mayores retos. Así, algunas intervenciones fracasan por el desacuerdo entre los objetivos de profesionales y las expectativas de usuarios-pacientes que buscan en vano en las aplicaciones online un feedback personalizado que dé respuesta a sus necesidades (Nijland et al., 2008).

Un profesional de la psicología debería poder trabajar también asesorando a los profesionales de otras disciplinas como la Medicina y la Enfermería, por poner sólo dos ejemplos, a comprender y canalizar las necesidades y expectativas de un usuario ante la información y contenidos que sobre salud puede encontrar en la Red.

Para algunos profesionales el paciente que acude a la consulta con información extraída de Internet puede ser una potencial amenaza, en tanto que el profesional puede considerar que la información que aporta el paciente puede haber sido malinterpretada, no es aplicable a su caso, o puede entrar en conflicto con el criterio del facultativo. Asesorar adecuadamente a los profesionales de la Salud sobre los aspectos relativos a los efectos de las enfermedades sobre la salud mental de las personas ha sido siempre un campo de intervención del psicólogo de la salud. No debería ser demasiado difícil que en una evolución de su rol el psicólogo hiciera la misma función, tanto en relación a los profesionales como en relación a los propios usuarios, cuando nos referimos al uso de la información y los servicios sobre salud en la Red.

El papel del psicólogo como mediador, guía u orientador del usuario coincidiría con las tendencias más actuales de la intervención, donde el papel del psicólogo es menos directivo, su rol es el de ofrecer estrategias de afrontamiento ante distintas situaciones de la vida; orientar sobre la resolución de problemas, analizar e intervenir sobre los efectos psicológicos que pueden tener enfermedades y trastornos físicos. En un mundo en el que muchos ciudadanos dedican gran parte de su tiempo al uso de la tecnología tanto para fines lúdicos como profesionales, sería un gran error no profundizar sobre cómo favorecer que el usuario, bien en intervención individual, bien en intervenciones sobre la comunidad, consiga desarrollar al máximo habilidades relativas al uso de la Red como herramienta útil para afrontar problemas, tomar decisiones e incluso velar por su propia salud.

Hasta ahora el profesional de la Psicología, de la Medicina, y de cualquier otra

disciplina no dejaba de ser un mediador entre el usuario final (el paciente, cliente) y el cuerpo de conocimientos de la disciplina (conocimientos, técnicas y servicios). En la actualidad cualquier persona que acuda a un profesional de la psicología y que tenga unas competencias informacionales básicas puede ser informada con gran precisión sobre una gran cantidad de aspectos tanto de su problema como de las técnicas que se utilizan. Dispone además de espacios de interacción social, redes sociales basadas en tecnologías 2.0 en las que puede encontrar, de manera sencilla y en ocasiones gratuita, consejo profesional ofrecido por instituciones de prestigio, con lo que el psicólogo dejaría de ser un intermediario entre el usuario y el conocimiento, ya que aparecen nuevos actores en la relación profesional-usuario que nos invitan a pensar en cómo adaptarnos a una nueva realidad, muy distinta a aquella para la que fuimos formados en su momento. Eysenbach (2008) ha acuñado el término “apomediación” para describir este rol de guía entre servicios, informaciones y relaciones que va más allá de la relación estricta del profesional como única fuente de servicios válida para el usuario. En este marco, la Web 2.0 incidiría claramente en la redefinición de la salud como entorno apomediático. Y la participación del psicólogo en el diseño y puesta en marcha de iniciativas que impliquen el uso de nuevas tecnologías y de la Red con el objetivo de aumentar la capacidad de autocuidado de las personas, y particularmente de las personas con enfermedades crónicas, puede ser un campo natural de trabajo del profesional de la Psicología.

Obviamente estas intervenciones del psicólogo orientando al usuario, dinamizando espacios online en el seno de asociaciones o comunidades virtuales, o asesorando a profesionales sobre cómo canalizar las demandas, pero también las ansiedades que puede generar en algunas personas el acceso a información en la Red, no excluyen sino que complementan el trabajo directo del psicólogo en su rol más clínico a través de los distintos dispositivos de los que vayamos disponiendo. Coincidiendo con la idea de Potts (2006) que indica que están progresando más rápido las aplicaciones y servicios en e-salud que las investigaciones sobre éstos, consideramos que es necesario innovar y buscar oportunidades para el desarrollo de la profesión en campos tan recientes como la intervención online.

Una de estas oportunidades nos la brinda la *inteligencia ambiental*, concepto que en la enciclopedia virtual se define en relación con entornos electrónicos sensibles y respondientes a la presencia de las personas, refiriéndose claramente a un paradigma de conexión continua y ubicua a la Red, integrado, anticipatorio y centrado en la persona. La gran aportación de la inteligencia ambiental para la salud es que puede cambiar, al menos de forma aparente, el vínculo entre el usuario y la Red que hasta ahora ejercía el ordenador o la PDA. Obviamente el dispositivo que hace la conexión continúa existiendo (p.ej. camisas con sensores, electrodomésticos que detectan contenido y ejecutan pedidos, sistemas de células fotoeléctricas detectores de presencias y ausencias, tejidos y dispositivos que detectan caídas o la

desorientación de una persona con Alzheimer, etc.), pero en muchos casos nuestro nivel de “conciencia” de que estamos conectados a la Red ya no es el mismo, puesto que habríamos “salido fuera del ordenador”. Con un sistema de inteligencia ambiental bastaría que una vez hiciéramos el acto voluntario de querer mantener unos hábitos concretos, a partir de ese momento diferentes “dispositivos” conectados a la Red detectarían nuestras necesidades y nos ayudarían a mantener nuestro propósito en los distintos entornos donde nos moviéramos, tal como en una terapia de control de estímulos. Y eso no es ciencia ficción, sino la extensión del uso del *igoogle*, la publicidad personalizada de *google*, o de un sistema de *feeds* o de actualización de información virtual, a los que seguramente todos estaremos suscritos (todo en base a las características de la web semántica, web 3.0). Y el dispositivo que permitiría que distintas informaciones de la Red se dirigieran a nosotros de forma personalizada y actualizada ubicua y continuamente, sería simplemente nuestro teléfono móvil, tal como en estos momentos ocurre ya en Japón.

Pero saber hacerse las preguntas adecuadas suele ser mucho más difícil que encontrar las respuestas. Así, la principal pregunta a hacernos es si la intervención psicológica online debe limitarse a “adaptar” las técnicas de intervención presenciales a un nuevo medio o puede surgir un nuevo conjunto de técnicas, incluso un nuevo paradigma de intervención que complemente, mejore o incluso sustituya las técnicas que se utilizan en la clínica tradicional.

Diseñando una hoja de ruta

En este artículo hemos visto algunos ejemplos de intervenciones psicológicas online. La mayoría de ellas se han desarrollado en el mundo anglosajón y en el seno de sistemas públicos de salud, como por ejemplo en el *NHS* del Reino Unido.

En el Estado Español la situación es distinta. A excepción de algunos trabajos pioneros en nuestro país no se han generalizado aún aplicaciones online en el seno del sector público de la Salud. Un sector público que con el crecimiento de la población y en una situación de crisis económica puede ver amenazada su eficacia y eficiencia. El papel de los psicólogos, junto a los expertos en áreas como la informática, la inteligencia artificial y en definitiva en áreas tecnológicas, puede ser clave en estos momentos en los que todo (o casi todo) está por hacer. Potenciar la investigación sobre la eficacia terapéutica de las intervenciones online, estimular la creatividad de los profesionales (p.ej. la reciente campaña del Ministerio de Sanidad y Consumo en el *FaceBook* para el fomento del uso del preservativo entre adolescentes y jóvenes aprovechando el éxito de esta aplicación entre estos grupos de edad), mejorar la personalización de las aplicaciones (p.ej. con la inteligencia ambiental) de tal manera que cubran las necesidades reales de los usuarios, son la clave para contribuir a la mejora del sistema sanitario, y por ende a la mejora de la valoración del rol del psicólogo en el sistema de salud.

Trabajar en red, creando conocimiento, aportando ideas rompedoras, pero todo ello sobre la base del rigor metodológico, tanto en lo relativo a la investigación como en relación a la intervención psicológica, puede ser una buena estrategia para no perder el tren de una sociedad que se mueve más rápido de lo que nosotros podemos hacerlo si no trabajamos desarrollando toda la potencialidad de las nuevas tecnologías en nuestro quehacer diario.

El artículo examina la paradoja de que en la sociedad del conocimiento, en la que aumenta la frecuencia y diversidad del uso de la Red para la salud, no parece que este uso se traduzca en una mejoría la salud de los ciudadanos. La paradoja aparece tras aportar datos del aumento del uso de la Red para la salud, analizar algunas características personales moduladoras de este uso y describir algunos usos concretos de la Red que forman parte de la práctica de la intervención psicológica. Con ello, se identifica el empoderamiento de las personas como un punto clave del uso de la Red para la salud. En el apartado final se discuten algunas iniciativas, oportunidades y roles que la psicología puede ejercer para un uso más efectivo de la Red para la salud.

Palabras clave: Red, salud, empoderamiento, intervención.

Notas:

- 1 El grupo de Investigación PSiNET, del Instituto Interdisciplinario de Internet-IN3 de la UOC, trabaja desde el año 2003 sobre los aspectos psicológicos del uso de la Red para la salud. Tras algunos trabajos sobre el análisis de la información sobre salud en la Red y el estudio del usuario para estos fines, la línea de trabajo actual del grupo se centra en el uso de la Red para el aumento de la calidad de vida de cuidadores.
- 2 <http://www.google.com/Top/World/Espa%C3%B1ol/>
- 3 Prosumidor es un término acuñado por Alvin Toffler que integra la idea de “productor+consumidor” y que ejemplifica el papel de muchos usuarios que “crean” su propio conocimiento y “consumen” información sobre salud en la Red. La primera referencia aparece en su libro Future Shock (ver referencia completa en el apartado final).
- 4 www.webpacientes.org
- 5 www.fisterra.com
- 6 <http://www.pql.se>
- 7 <http://www.beatingtheblues.co.uk/ultrasis/btbOnline/>
- 8 <http://www.fearfighter.com/>
- 9 El Pew Internet review es el estudio que el Pew Research Center realiza de forma ininterrumpida desde el año 2000 sobre el uso de Internet y sus efectos en la vida de los ciudadanos norteamericanos.
- 10 http://www.elperiodico.com/default.asp?idpublicacio_PK=46&idioma=CAS&idnoticia_PK=570830&idseccio_PK=1021 “es una afección causada por internet y se la llama cibercondría”.
- 11 www.nice.org.uk
- 12 www.isrii.org

Referencias Bibliográficas

- Anderson, P., Jacobs, C. & Rothbaum, B.O. (2004). Computer-supported cognitive behavioural treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 253-267.
- Andreassen, H.K., Bujnowska-Fedak, M.M., Chronaki, C.E., Dumitru, R.C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H., & Wynn, R. (2007). European citizens' use of eHealth services: A study of seven countries. *BMC Public Health*, 7, 53.
- Angelmar, R. & Berman, P.C. (2007). *Patient empowerment and efficient health outcomes*. Report presented at The Helsinki Conference on 'Sustainable Healthcare Financing: new approaches for new outcomes'. Helsinki, 7–8 febrero de 2007. Extraído desde http://www.sustainhealthcare.org/Report_3.pdf.
- Anhoj, J. & Jensen, A. (2004). Using the internet for life style changes in diet and physical activity: a feasibility study. *Journal of Medical Internet Research*, 6(3):e28. Extraído desde <http://www.jmir.org/2004/3/e28/>
- Armayones, M. y Hernández, E. (2007). Las características psicológicas de los usuarios en la salud: nuevas oportunidades a través de la Web 3.0. *Revista salud*, 11(3). Extraído desde <http://www.revistaE-salud.com/index.php/revistaE-salud/article/view/165>.
- Audiencia de Internet EGM (2008). Extraído el 28 de septiembre de 2008 desde <http://www.aimc.es/aimc.php>.
- Baena, A., Obando, C., Monterde, R., Costa, T. y López, R. (2007). Teletratamiento del tabaquismo. En E. Hernández y B. Gómez-Zúñiga (coords.as). *Intervención en salud en la Red. UOC Papers*, 4. Extraído desde <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/garcia.pdf>
- Baños, R.M., Botella, C., Alcañiz, M., Guillén, V., García-Palacios, A. y Quero, S. (2007). *La utilización de las Nuevas Tecnologías para el tratamiento psicológico de las víctimas de violencia de género: "El mundo de Emma"*. Comunicación presentada en el Congreso Internacional 'Violencia de Género: Medidas y Propuestas Prácticas para la Europa de los 27' abril, Valencia.
- Bauman, Z. (2007). *Els reptes de l'educació en la modernitat líquida*. Barcelona: Arcàdia.
- Bensley, R.J., Mercer, N., Anderson, J., Kelleher, D., Brusck, J.J., Underhile, R., et al. (2004). The eHealth Behavior Management Model: A Stage-based Approach to Behaviour Change and Management. *Preventing Chronic Disease*, 1(14)
- Bundorf, M.K., Wagner, T.H., Singer, S.J., & Baker, L.C (2006). Who searches the Internet for health information? *BMC Health Services Research*, 41, 819-836.
- Baker, L., Wagner, T.H., Singer, S., & Bundorf, M.K. (2003). Use of the Internet and e-mail for health care information. *JAMA*, 289, 2400-2406.
- Christensen, H. & Griffiths, K. (2003). The Internet and mental health practice. *Evidence Based Mental Health*, 6, 66-69.
- Cotten, S.R. & Gupta, S.S. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science and Medicine*, 59, 1975-1806.
- Cuijpers, P. & Schuurmans, J. (2007). Self-help Interventions for Anxiety Disorders: An Overview. *Current Psychiatry Reports*, 9, 284-290.
- Dart, J. (2008). The Internet as a source of Health information in three disparate communities. *Australian Health Review*, 32, 559.
- Dumitru, R.C., Bürkle, T., Potapov, S., Lausen, B., Wiese, B., & Prokosch, H.U. (2007). Use and perception of Internet for health related purposes in Germany: results of a national Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 52, 275-285.
- Dutta-Bergman, M.J. (2004). Health attitudes, health cognitions, and health behaviours among Internet health information seekers: Population- Based Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 6(2)e15. Extraído desde <http://www.jmir.org/2004/2/e15>
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0.: social networking, Collaboration, Participation, Apomediation and Openness. *Journal of Medical Internet Research*, 10(3): e22. Extraído desde <http://www.jmir.org/2008/3/e24/>
- Eysenbach, G., & Köhler, C. (2003). What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the Internet. *Proceedings of the AMIA Symposium*, 225–229.
- Eysenbach, G. & Köhler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the World Wide Web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324, 573-577.
- Ferguson, T. (2007). *E-patient. How they can help us heal health care*. San Francisco: Acor Foundation. Extraído desde <http://www.acor.org/e-patients>.

- Ferguson, T. & Frydman, G. (2004). The first generation of e-patients. *British Medical Journal*, 328, 1148-1149.
- Fitzpatrick, M. (2001). *The Tyranny of Health: Doctors and the regulation of Life Style*. Routledge: New York.
- Fleisher, L., Bauerle, S., Burt, S., & McKeown-Conn, N. (2002). Relationships among internet health information use, patient behaviour and self-efficacy in newly diagnosed cancer patients who contact the National Cancer Institute's Atlantic Region Cancer Information Service. *Proceedings of the AMIA*, 260-264.
- Fox, S. (2006). *Online Health Search 2006*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project. Extraído el 9 de enero de 2009 desde <http://www.pewinternet.org/>
- Fox, S. (2007). *E-patients with a Disability or Chronic Disease*. Pew Internet & American Life Project. Extraído el 9 de enero de 2009 desde http://www.pewinternet.org/pdfs/EPatients_Chronic_Conditions_2007.pdf
- Gorini, A., Gaggioli, A., Vigna, C., & Riva, G. (2008). A Second Life for eHealth: Prospects for the Use of 3-D Virtual Worlds in Clinical Psychology. *Journal of Medicine Internet Research*, 10(3):e21.
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., & Thorogood, M. (2006). Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medicine Internet Research*, 8(2):e10. Extraído desde <http://www.jmir.org/2006/2/e10>
- Guillamón, N. (2008). Psicoterapia en línea. En Nieto, R., Armayones, M., Guillamón, N., Huguet, A., Martínez, M. y Miró, J. (2008). *Aplicacions de les NTIC en Psicologia Clínica i de la Salut*. Barcelona: Ediuoc.
- Haviland, M.G., Pincus, H.A. & Dial, T.H. (2004). Type of illness and use of the internet for health information. *Psychiatric services*, 54, 1198.
- Hart, A., Henwood, F. & Wyatt, S. (2004). The role of the internet in patient-practitioner relationships: findings from a qualitative research study. *Journal of medical internet research*, 6(3):e36. Extraído desde <http://www.jmir.org/2004/3/e36>.
- Hernández, E., Armayones, M. y Valiente, L. (2008). Estilos de vida, salud y sociedad del conocimiento. *Psiquiatría.com*, 12(1). Extraído desde <http://www.psiquiatría.com/psiquiatría/revista/216/36518/?++interactivo>
- Hernández, E. y Gómez-Zúñiga, B. (coord.^{es}) (2007). Intervención en salud en la Red. *UOC Papers [monográfico en línea]*, 4. Extraído desde <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/monografico.pdf>
- Houston, T. & Allison, J. (2002). Users of internet health information: differences by health status. *Journal of Medicine Internet Research*, 4(2):e7. Extraído desde <http://www.jmir.org/2002/2/e7/>
- INE (2007). *Encuesta de tecnologías de la información y la comunicación en los hogares*. Extraído el 8 de enero de 2009 desde www.ine.es/inedmenu.
- Jadad, A., Enkin, M., Glouberman, S., Groff, P., & Stern, A. (2006). Are virtual communities good for our health? *British Medical Journal*, 332, 925-926.
- Jadad, A., Haynes, R., Hunt, D., & Browman, G. (2000). The internet and evidence-based decision-making: a needed synergy for efficient knowledge management in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 162(3) 362-365.
- Khechine, H., Pascot, D., & Prémont, P. (2008). Use of health-related information from the Internet by English-speaking patients. *Health Informatics*, 14, 17-27.
- Kivits, J. (2006). Health professionals informed patients and the Internet: A mediated context for consultations with health professionals. *Journal of Health Psychology*, 11, 269-282.
- Klein, B., Richards, J.C., & Austin, D.W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238.
- Korp, P. (2006). Health on the Internet: implications for health Promotion. *Health Education Research*, 21, 78-86.
- Lemire, M., Paré, G., Sicotte, C., & Harvey, C. (2008). Determinants of Internet use as a preferred source of information on personal health. *International Journal of Medical Informatics*, 77, 723-734.
- Lewis, T. (2006). Seeking health information on the internet: lifestyle choice or bad attack of cyberchondria? *Media, Culture & Society*, 28, 501-539.
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad del hiperconsumo*. Barcelona: Anagama.
- Lorca, J. & Jadad, A. (2006). En busca del bienestar: una dimensión esencial de la salud. *Revista salud*, 2(6). Extraído desde <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/96/284>
- Meier, A., Van Uden-Kraan, C.F., Drossaert, C.H.C., Taal, E., Sydel, E.R., & Van de Laar, M.A.F.J. (2008). Self-Reported Differences in Empowerment Between Lurkers and Posters in Online Patient Support Groups. *Journal of Medicine Internet Research*, 10(2): e18. Extraído desde <http://www.jmir.org/2008/2/e180/>
- Murray, E., Burns, J., See Tai, S., Lay, R., & Nazareth, I. Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, número 4. Disponible online en <http://www.update-software.com/AbstractsES/AB004274-ES.htm> (fecha de consulta 1/4/2008)

- Nieto, R. y Miró, J. (2008). Aplicació de la realitat virtual en psicologia clínica i de la salut. En Nieto, R., Armayones, M., Guillamón, N., Huguet, A., Martínez, M. y Miró, J. (2008). *Aplicacions de les NTIC en Psicologia Clínica i de la Salut*. Barcelona: Ediuoc.
- Nijland, N., Van Gemert-Pijnen, J., Boer, H., Steehouder, M., & Seydel, E. (2008). Evaluation of internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *Journal of Medicine Internet Research*, 10(2): e13. Extraído desde <http://www.jmir.org/2008/2/e13/>
- Norman, C. & Skinner, H. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*, 8(4):e27. Extraído desde <http://www.jmir.org/2006/4/e27/>
- O'Connor, A., Rostom, A., Fiset, V., Tetroe, J., Entwistle, V., Llewellyn-Thomas, H., Holmes-Rovner, M., Barry, M., & Jones J. (1999). Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ*, 319, 731-734.
- Plovnik, R. & Zent, Q.T. (2004). Reformulation of consumer health queries with professional terminology: a pilot study. *Journal of Medical Internet Research*, 6(3): e27. Extraído desde <http://www.jmir.org/2004/3/e27/>
- Potts, H.W. (2006). Is E-health Progressing Faster than E-health Researchers? *Journal of Medicine Internet Research*, 8(3):e24. Extraído desde <http://www.jmir.org/2006/3/e24/>
- Quesada, M., Fletes, I., Sánchez, B., Carreras, J.M. y Sánchez, L. (2007). La unidad de tratamiento de tabaquismo en línea "Vida sin Tabaco". En: E. Hernández y B. Gómez-Zúñiga (coords.^{as}). Intervención en salud en la Red. *UOC Papers*, 4. Extraído desde <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/quesada.pdf>.
- Roqué, Pilar (2007). Portales de salud. En: E. Hernández y B. Gómez-Zúñiga (coords.^{as}). Intervención en salud en la Red. *UOC Papers*, 4. Extraído desde <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/roque.pdf>
- Simon, H.A. (1960). *The New Science of Management Decision*. New York: Harper & Row.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328
- Taylor, H. (2008). Number of "Cyberchondriacs" – Adults Going Online for Health Information – Has Plateaued or Declined. Harris Poll. Extraído el 28 de diciembre de 2008 desde http://www.harrisinteractive.com/harris_poll/index.asp?PID=937
- Toffler, A. (1970). *Future Shock*. New York: Bantam Books.
- Trotter, M.I. & Morgan, D.W. (2008). Patients' use of the Internet for health related matters: a study of Internet usage in 2000 and 2006. *Health Informatics Journal*, 14, 175-181.
- Turner, A. & Barlow, J. (2007). The expert patients programme (EPP): a resource for GPs treating chronic disease and co-existing common mental health problems? *The mental health review*, 12(2), 4-6.
- Verheijden, M.W., Jans, M.P., Hilderbrant, V.H., & Homan-Rock, M. (2007). Rates and determinants of repeated participation in a web-based behaviour change program for healthy body weight and healthy lifestyle. *Journal of Medicine Internet Research*, 9(1): e1. Extraído desde <http://www.jmir.org/2007/1/e1/>
- Von Knoop, C., Lovich, D., Silverstein, M., & Tutty, M. (2003). *Vital signs: ehealth in the United States*. Boston: Boston Consulting Group, MA.
- World Health Organization (2008). *Mental health. Depression*. Extraído el 20 de diciembre de 2008 desde http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/definition/en/print.html
- Ybarra, M.L. & Suman, M. (2006). Help seeking behaviour and the Internet: A national survey. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 29-41.

ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS: UNA BREVE REVISIÓN PSICOLÓGICA

Dr. Mark D. Griffiths

International Gaming Research Unit. Psychology Division.
Department of Social Sciences. Nottingham Trent University.
Burton Street, Nottingham, NG1 4BU
United Kingdom
mark.griffiths@ntu.ac.uk

Marta Beranuy Fargues

Beca de Formación de Profesorado Universitario (Ministerio de Ciencia e Innovación).
Universitat Ramon Llull. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport
Blanquerna.
bymarta@gmail.com

For many, the concept of videogame addiction seems far-fetched particularly if their concepts of addiction involve the taking of drugs. This paper overviews the small but growing area of videogame addiction including online videogame addiction. Worldwide, there are few practitioners that specialise in the treatment of videogame addiction and this may be because there are so few players who are genuinely addicted to playing videogames. However, the Internet may be facilitating excessive online game playing as evidenced by the increasing number of specialist addiction treatment clinics for online videogame addiction. Taking all factors and variables into account and by considering the prevalence of play, the prevalence of serious adverse effects on health is relatively rare based on the empirical evidence to date. An overview of the available literature appears to indicate that adverse effects are likely to affect only a very small subgroup of players and that frequent players are the most at-risk from developing health problems. Those that it does affect will experience subtle, minor, and temporary effects that resolve spontaneously with decreased frequency of play.

Keywords: Videogames; Addiction; Videogame addiction; Internet addiction.

Introducción

Son muchas las ventajas que los jugadores de videojuegos encuentran en su actividad elegida. Éstas pueden ser educativas (ej., Griffiths, 2002a; de Freitas y Griffiths, 2007), sociales (ej., Cole y Griffiths, 2007; Hussain y Griffiths, 2008) y/

o terapéuticas (ej., Griffiths, 2005a; 2005b). Sin embargo, es evidente que cuando nos acercamos al exceso, jugar con videojuegos puede ser adictivo en algunos casos (Griffiths, 2000; 2008a). Esto sucede especialmente cuando se trata de videojuegos *on line* ya que el videojuego nunca se interrumpe ni termina y, además, tiene el potencial de convertirse en una actividad a tiempo completo, es decir, 24 horas los siete días de la semana (Chappell, Eatough, Davies y Griffiths, 2006; Grüsser, Thalemann y Griffiths, 2007; Ng y Weimer-Hastings, 2005). En este artículo hacemos una revisión exhaustiva de la literatura sobre el uso excesivo de los videojuegos con la finalidad de brindar una definición más operativa de dicha adicción, observar la influencia de Internet en los videojuegos (ahora juegos *on line*), comentar los efectos médicos del uso excesivo, ofrecer algunas orientaciones prácticas sobre la adicción y observar la red de apoyo y tratamiento que se ofrece hoy en día sobre este tema.

¿Adicción a los videojuegos?

Para muchos, el concepto de la adicción a los videojuegos parece poco probable, sobre todo si los conceptos y definiciones de la adicción implican tomar drogas. A pesar de eso y de que predominan las definiciones para la adicción basadas en drogas, actualmente hay un movimiento, cada vez más extendido, que valora ciertos comportamientos como potencialmente adictivos, incluyendo algunos comportamientos que no implican la ingestión de sustancias psicoactivas (ej., el juego patológico, el juego por ordenador, el ejercicio, el sexo, el uso de Internet) (Griffiths, 2005c). Tal diversidad ha conducido a definiciones nuevas que abarcan todo lo que constituye el comportamiento adictivo. El concepto de ‘adicción a los videojuegos’ como una adicción genuina ha empezado a tener cierto reconocimiento en la comunidad médica. Por ejemplo, en junio de 2007, la Asociación Médica Americana (AMA) recomendó a la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) que reconsiderara su posición con respecto a la revisión del DSM en 2012 (Khan, 2007).

La actividad excesiva y la adictiva son dos conductas muy diferentes, aunque hay que reconocer que en ocasiones se solapan. La diferencia entre el uso excesivo saludable de los entusiastas y la adicción de algunos usuarios es que los primeros añaden el juego a su vida, mientras que para los segundos el juego les quita parte de ella (Griffiths, 2005c). Aunque todos los comportamientos adictivos tienen diferencias idiosincrásicas, las adicciones acostumbran a tener muchas semejanzas. En este sentido, se discute ampliamente sobre el hecho que los videojuegos y las máquinas tragaperras tienen más semejanzas inherentes que diferencias (como podría ser conceptualmente, psicológicamente, comportamentalmente, etc.). Asimismo, discutimos también sobre el hecho que jugar a los videojuegos se podría describir como una forma no-financiera de juego patológico *on line*, donde se consiguen puntos en lugar de monedas (Griffiths, 1991; 2005d). Esta es una de las

razones por la que muchos investigadores analizan la ‘adicción a los videojuegos’ utilizando instrumentos de *screening* adaptados del juego patológico. De la misma manera que los profesionales que tratan la ‘adicción a los videojuegos’ utilizan las mismas técnicas terapéuticas que se usan en juego patológico (Keepers, 1990; Kuczmierczyk, Walley y Calhoun, 1987).

Indicadores comportamentales de la adicción a los videojuegos

Hasta la fecha, ha habido muy pocas investigaciones que analizaran directamente la adicción a los videojuegos. Además, muchas de ellas se han centrado en adolescentes (Fisher, 1994; Gentile, citado en Harris Interactive, 2007; Griffiths, 1997; Griffiths y Hunt, 1995; 1998; Hauge y Gentile, 2003; Parsons, 1995; Phillips, Rolls, Rouse y Griffiths, 1995; Tejeiro-Salguero y Moran, 2002) o jóvenes (Shotton, 1989). De hecho, hay informes adicionales con indicios de dependencia a los videojuegos entre los adolescentes como son: robar dinero para jugar a juegos de *arcade* o para comprar nuevos juegos (Griffiths y Hunt, 1995; 1998; Keepers, 1990; Klein, 1984), faltar a la escuela para poder jugar (Griffiths y Hunt, 1998; Keepers, 1990), no hacer los deberes o sacar malas notas en la escuela (Griffiths y Hunt, 1998; Phillips et al, 1995), sacrificar actividades sociales para jugar (Egli y Meyers, 1984; Griffiths y Hunt, 1998), irritabilidad y enojo si no es posible jugar (Griffiths y Hunt, 1998; Rutkowska y Carlton, 1994), y jugar más de lo propuesto en un principio y/o perder el tiempo (Egli y Meyers, 1984; Griffiths y Hunt, 1998; Wood y Griffiths, 2007a; Wood, Griffiths y Parke, 2007). No hay duda de que para una minoría de personas (particularmente los adolescentes), los videojuegos pueden tomar una considerable cantidad de tiempo y frecuencia, cosa que podría llevar a etiquetarlos como ‘adictos’. Sin embargo, la prevalencia de dicha adicción está aun bajo una gran controversia, igual que el mecanismo mediante el cual las personas pueden volverse adictas. Ésta parece ser un área donde la investigación se percibe como imprescindible puesto que se hace muy evidente la necesidad de establecer la incidencia y la prevalencia de los problemas clínicos significativos asociados a la adicción a los videojuegos. No hay duda de que debemos conseguir definiciones más claras y pragmáticas.

Criterios de adicción

Parece que la única manera de determinar si las adicciones no-químicas, es decir, conductuales (como la adicción a los videojuegos), son adictivas en un sentido no metafórico es compararlas con criterios clínicos de otras adicciones a drogas ya establecidas. Sin embargo, muchos investigadores del campo han frustrado sus intentos, cosa que ha perpetuando el escepticismo demostrado en una parte de la comunidad investigadora sobre adicciones. Griffiths (2008b) argumenta que la investigación en el área de la adicción a los videojuegos necesita estar sostenida por tres preguntas fundamentales:

- (1) ¿Qué es la adicción?
- (2) ¿Existe la adicción a los videojuegos?
- (3) Si la adicción a los videojuegos existe, ¿a qué es adicta la gente realmente?

La primera pregunta continúa siendo foco de debate, tanto para psicólogos del campo de la adicción como para aquellos que trabajan en otras disciplinas. Durante muchos años se ha definido la conducta adictiva como cualquier comportamiento que se caracterice por todos los componentes principales de la adicción (Griffiths, 2005c; Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst, 2008). Por tanto, cualquier comportamiento (como jugar a videojuegos) que cumpla estos seis criterios, sería definido como adicción. En el caso de la adicción a los videojuegos sería:

Focalización. Ocurre cuando jugar a videojuegos se convierte en la actividad más importante en la vida de la persona y domina sus pensamientos (preocupaciones y distorsiones cognitivas), sentimientos (*craving*) y conductas (deterioro del comportamiento social). Por ejemplo, aunque la persona no esté jugando estará pensando en su próxima partida.

Modificación del estado de ánimo. Hace referencia a las experiencias subjetivas que las personas explican como consecuencia del atractivo de los videojuegos y que puede ser visto como una estrategia de afrontamiento. Por ejemplo, experimentan una excitación fuerte, como un “colocón” o un “subidón” o, paradójicamente, un sentimiento tranquilizador de evasión o entumecimiento.

Tolerancia. Es el proceso a través del cual deviene necesario aumentar el juego para obtener los mismos efectos de modificación del estado de ánimo que sucedían al principio. Esto significa, básicamente, que alguien que esté enganchado a los videojuegos aumentará gradualmente la cantidad de tiempo pasado *on line*, implicándose aun más en este comportamiento.

Síntomas de abstinencia. Estos síntomas son los sentimientos y/o efectos físicos desagradables que ocurren cuando el juego se interrumpe o se reduce de repente. Por ejemplo, se da agitación, mal humor, irritabilidad, etc.

Conflicto. Hace referencia a los conflictos ocasionados por haber dedicado demasiado tiempo a los videojuegos. Éstos se dan con aquellas personas que rodean al jugador (conflictos interpersonales), con otras actividades (conflictos laborales, académicos, sociales, con aficiones y otros intereses) o con uno mismo (conflictos intrapsíquicos y/o sentimientos subjetivos de pérdida de control).

Recaída. Es la tendencia a restablecer patrones de juego de las primeras fases o a repetir, incluso, los patrones más fuertes y extremos típicos del uso excesivo de videojuegos. Así se restauran rápidamente, después de periodos de abstinencia y control.

En referencia a la segunda pregunta, una vez definida la adicción de una forma más operativa, pensamos que la adicción a los videojuegos existe. Aunque también creemos que sólo afecta a una minoría de jugadores. Parece que hay muchas personas que utilizan los videojuegos excesivamente si comprobamos la literatura y los centros que ofrecen tratamiento, pero es bueno reconsiderar la adicción y diagnosticarla bajo estos (u otros) criterios operativos.

La tercera y última cuestión es, quizás, la más interesante e importante en lo que se refiere a la investigación en este campo. ¿A qué es la gente realmente adicta? ¿Es el medio interactivo en el que juegan?, ¿son los aspectos específicos de su estilo (por ejemplo, actividades anónimas y desinhibidoras)? o ¿son los tipos específicos de juegos (juegos agresivos, juegos de estrategia, etc.)? Éstas son las preguntas que han creado un debate intenso entre los que trabajamos en este ámbito y para las cuales todavía no se ha encontrado respuesta.

Los problemas principales con los criterios de adicción sugeridos por muchos investigadores son las medidas usadas. Es decir, lo que sucede generalmente es que (a) no se utilizan índices de gravedad, (b) no hay dimensiones temporales, (c) existe cierta tendencia a sobre-estimar la prevalencia de los problemas y (d) no se tiene en cuenta el contexto en el que se usan los videojuegos. Asimismo, existen dudas sobre los métodos de muestreo utilizados (Griffiths, 2008b). Como consecuencia, ninguna de las investigaciones hasta la fecha muestra de forma concluyente que la adicción a videojuegos exista. En el mejor de los casos, éstas indican que la adicción a los videojuegos puede ser frecuente en una minoría significativa de personas (generalmente adolescentes) pero, aun así, es necesaria más investigación con instrumentos validados y otras técnicas (ej. entrevistas cualitativas en profundidad).

Estudios de casos de adicción a videojuegos

Los estudios de casos pueden provenirnos de una mejor evidencia sobre si la adicción a los videojuegos existe ya que los datos recogidos son mucho más precisos. Encontramos varios estudios de casos que parecen mostrar que los jugadores con uso excesivo de videojuegos muestran muchos síntomas de adicción (Keepers, 1990), algunos de ellos con juegos *on line* (Allison, von Wahlde, Shockley y Gabbard, 2006; Block, 2007; Griffiths, 2000; Griffiths, Davies y Chappell, 2003; 2004a; 2004b; Wan y Chiou, 2006a; 2006b). Estos casos tienden a mostrar que los videojuegos se utilizan para contrarrestar otras deficiencias y problemas subyacentes en la vida de los jugadores (problemas de relación, falta de amigos, problemas con la apariencia física, discapacidad, problemas de afrontamiento, etc.). Aun así y una vez más, es necesario un trabajo más profundo y cualitativo para confirmar la existencia de la adicción a los videojuegos.

Según algunos informes, los síntomas de la adicción al ordenador son muy específicos (Orzack, 2003) e incluyen tanto síntomas psicológicos como físicos. Entre los síntomas psicológicos se encuentran: (a) tener una sensación de bienestar

o euforia mientras se está con el ordenador, (b) incapacidad para detener la actividad, (c) aumento del *craving* y del tiempo que se está con el ordenador, (d) descuidar la familia o los amigos, (e) sentirse vacío, deprimido o irritable cuando no se está con el ordenador, (f) mentir al jefe o a la familia sobre dichas actividades y (g) tener problemas con la escuela o con el trabajo. En relación a los síntomas físicos encontramos: (a) el síndrome del túnel carpiano, (b) sequedad de ojos, (c) migrañas, (d) dolor de espalda, (e) irregularidades en las comidas, (f) descuido de la higiene personal y (g) trastornos del sueño o cambios en el patrón de éste.

¿Son los videojuegos *on line* más adictivos?

Se ha especulado sobre el hecho que los juegos *online* son más problemáticos y/o adictivos que los juegos *offline* (Griffiths et al., 2004a). La adicción a los juegos *online* se puede explicar, por un lado, por el Efecto de Refuerzo Parcial (ERP), un ingrediente psicológico fundamental de la adicción al juego ya que se trata de un refuerzo intermitente. La gente mantiene la conducta en ausencia del refuerzo esperando que haya otra recompensa a la vuelta de la esquina. El conocimiento del ERP le da al diseñador de juegos cierta ventaja para poder diseñar juegos atractivos. Por otro lado, la magnitud del refuerzo también es muy importante ya que grandes recompensas conducen a una mayor resistencia a la extinción (en otras palabras, a más adicción). Asimismo, el refuerzo instantáneo es también muy satisfactorio. Y, además, el juego *online* implica múltiples refuerzos de características variadas que podrían ser gratificantes de diferente forma para personas diferentes.

También hay que tener en cuenta que en los videojuegos existen dos tipos de recompensas. Las intrínsecas (ej. cuando se supera la puntuación de un amigo o la de uno mismo, cuando se entra en la “lista de los mejores” o cuando se gana al ordenador) y las extrínsecas (ej. la admiración de los amigos). Asimismo, puede ser inmensamente reforzante y psicológicamente absorbente el hecho que no exista un final en los juegos *on line* y que se juegue sin cesar contra (y con) otras personas reales. Para una pequeña minoría, todo esto podría conducirles a la adicción, de manera que los juegos *online* podrían convertirse en lo más importante de la vida y así descuidar los compromisos u otras áreas.

Grüsser et al. (2007) investigaron el potencial adictivo de los videojuegos *on line*. Una muestra autoseleccionada compuesta por 7.069 jugadores, mayoritariamente hombres (94%) y con una edad media de 21 años, contestaron dos cuestionarios *online*. Uno de cada nueve de ellos (840 jugadores) cumplía al menos tres criterios del diagnóstico de la adicción al juego. Los síntomas de adicción estaban inspirados en los síntomas clave del síndrome de dependencia que la Organización Mundial de la Salud señalaba. Estos incluían el *craving*, la tolerancia, los síntomas de abstinencia, la pérdida de control, el abandono de otras actividades y otras consecuencias negativas. Estos jugadores, que mostraban tres de los síntomas de la adicción como mínimo, fueron comparados con el resto de los

jugadores y se encontró que los jugadores “adictos” jugaban significativamente periodos diarios más largos y eran significativamente más propensos a mostrar síntomas de abstinencia y de craving. A pesar de que los jugadores mostraran algunos signos de adicción que normalmente se encuentran en otras adicciones más tradicionales, los resultados no se mostraban concluyentes para poder decir que esos jugadores eran genuinamente adictos. Muchos jugadores juegan en exceso y muestran pocas consecuencias negativas. Aun así, los juegos *online*, disponibles 24 horas los 365 días del año, pueden proporcionar un medio potencialmente adictivo para aquellos que tienen predisposición al juego excesivo.

Juego excesivo de videojuegos: consecuencias médicas

Durante más de 25 años, la profesión médica ha expresado una serie de preocupaciones sobre el juego excesivo de videojuegos. Remontándonos a principios de los años 80, los reumatólogos describían casos del “*Codo Come-cocos*” y de “*La venganza de los invasores del espacio*”; los jugadores sufrían problemas de piel, articulaciones y músculos por culpa de darle tantas veces al botón de ataque y de apretar tantas veces la palanca del mando de juegos (Loftus y Loftus, 1983; Rushton, 1981). Las primeras investigaciones de Loftus y Loftus indicaban que dos tercios de los jugadores de videojuegos de *arcade* examinados, se quejaba de ampollas, callos, dolor en los tendones y entumecimiento de dedos, manos y codos como consecuencia directa del juego.

Ha habido toda una serie de estudios en la literatura médica informando sobre los efectos adversos de jugar a videojuegos (ver Griffiths, 2003; 2005c). Estos incluyen alucinaciones auditivas (Spence, 1993), enuresis (Schink, 1991), encopresis (Corkery, 1990), dolor de muñeca (McCowan, 1981), dolor de cuello y de codo (Miller y Rollnick, 1991), tenosinovitis, también llamado nintendinitis, (Brasington, 1990; Casanova y Casanova, 1991; Reinstein, 1983; Siegal, 1991), síndrome de vibración en manos y brazos (Cleary, McKendrick y Sills, 2002), lesiones por tensiones repetitivas (Mirman y Bonian, 1992) y neuropatías periféricas (Friedland y St. John, 1984). Es cierto que algunos de estos efectos adversos son muy raros y el “tratamiento” consiste, simplemente, en dejar de jugar. De hecho, en los casos con enuresis y encopresis, los niños estaban tan absorbidos por el juego que no querían ir al baño. En estos casos simplemente se les enseña como usar el botón de “pausa”. Cabe señalar también que hay varios informes de prensa de jugadores del Sureste Asiático que han muerto por embolia pulmonar, aunque estos casos aun no se han analizado ni verificado en la literatura médica.

Por último, Spielberg (2006) argumenta que existen tres factores que han obstaculizado a los profesionales de la salud mental la investigación sobre la adicción a los videojuegos:

- la velocidad en la que la industria del juego avanza, puesto que tanto el formato de los juegos como de la tecnología en la que se sustentan avanzan

mucho mas rápido que lo que las técnicas terapéuticas pueden ser investigadas y establecidas;

- la adicción a los videojuegos tiene un coste muy pequeño, en el inicio y en el mantenimiento de dicha adicción, en comparación con los de otras adicciones;
- los videojuegos pueden ser vistos como entretenimientos inofensivos por todas las generaciones de una misma familia, por lo que crecen las probabilidades de niños adictos, matrimonios rotos, etc. Por tanto, las actitudes también deberían cambiar.

Orientaciones y consejos prácticos sobre la adicción a los videojuegos

Los padres y educadores deben empezar averiguando a qué videojuegos juegan realmente los niños. Si tienen objeciones con el contenido de esos juegos, deben facilitar el debate con los niños sobre ello, y si es apropiado, poner ciertas normas (Griffiths, 2003). Algunos objetivos con los niños deben ser:

- ayudarles a elegir juegos apropiados con los que se diviertan también;
- hablar con ellos sobre el contenido de los juegos para que puedan entender la diferencia entre la imaginación y la realidad;
- desalentar el juego solitario;
- tener cuidado con el juego obsesivo;
- seguir las indicaciones sobre los posibles riesgos señalados por los distribuidores de videojuegos;
- asegurarse de que disponen de otras actividades para el tiempo libre a parte de los videojuegos.

Padres y profesionales necesitan recordar que los videojuegos, en un buen contexto, pueden ser educativos (ayudando a los niños a pensar y a aprender más rápidamente, por ejemplo), pueden ayudar a levantar la autoestima de los niños y pueden aumentar la velocidad de su tiempo de reacción. La gran pregunta es ‘¿Cuándo podemos decir que hay demasiado juego?’. Para ayudar a contestar esta pregunta, Griffiths (2003) elaboró un breve cuestionario diagnóstico para evaluar el uso de los videojuegos en los niños. El cuestionario es el siguiente:

- a. ¿El niño juega a videojuegos cada día?
- b. ¿El niño juega a menudo a videojuegos durante largos periodos (sobre 3-4 horas en una sola vez)?
- c. ¿El niño juega a videojuegos buscando excitación o ‘subidón’?
- d. ¿El niño se pone agitado, irritado y con mal humor si no puede jugar a videojuegos?
- e. ¿El niño sacrifica actividades sociales y deportivas para jugar a videojuegos?
- f. ¿El niño juega a videojuegos a pesar de tener deberes que hacer?
- g. ¿El niño intenta parar su juego pero no puede hacerlo?

Griffiths afirma que si las respuestas son ‘sí’ a más de cuatro de estas

preguntas, es probable que el niño esté jugando demasiado. Y si un niño juega demasiado, las sugerencias son las siguientes (Griffiths, 2003; Castellana, Sánchez-Carbonell, Graner y Beranuy, 2007):

- Primero, comprobar el contenido de los juegos. Intentar dar a los niños juegos que sean más educativos que violentos.
- Segundo, fomentar el uso de videojuegos en grupo, más que como una actividad solitaria. Esto llevará a los chicos a hablar y trabajar conjuntamente.
- Tercero, poner límites temporales de juego. Pactar con el adolescente para que pueda organizarse su tiempo. Explicarles que pueden jugar un par de horas después de haber hecho los deberes o haber finalizado con sus tareas, no antes.
- Cuarto, seguir las indicaciones de los distribuidores de videojuegos (ej. sentarse a cierta distancia de la pantalla, jugar en una habitación bien iluminada, no tener nunca la pantalla con el brillo al máximo y nunca jugar a videojuegos cuando uno se siente cansado).
- Quinto, tener una actitud de escucha activa ante su aislamiento. Entender el exceso de juego como una forma de reaccionar a un malestar psicológico. Por tanto es útil preguntarse porqué el adolescente centra su vida social y de ocio en el juego.
- Y, por último, si todo esto falla, temporalmente retirar la videoconsola y dejársela por periodos de tiempo cuando se crea apropiado.

Foros de apoyo online

Los servicios de apoyo *on line* para comportamientos adictivos se están volviendo cada vez más populares (ver Griffiths, 2005e), algunos de los cuales se especializan en adicciones muy específicas, como por ejemplo, el juego de azar en Internet (Griffiths y Cooper, 2003; Wood y Griffiths, 2007b). Algunos de estos son grupos administrados por los mismos jugadores, mientras que otros están dirigidos por alguna organización profesional (ver apéndice 1 para conocer algunos de los foros de apoyo *on line* mas populares). Muchas veces, estos foros dan algunos consejos prácticos y/o explican experiencias de casos. Muchos de los consejos parecen estar basados en los sistemas conductistas de castigo y recompensa, como sería permitir al niño ganar ‘tiempo de juego’ o jugar, si ha terminado sus deberes o tareas. Algunos de estos foros parecen muy populares. Por ejemplo, en el momento de escribir este artículo (noviembre de 2008), el grupo de miembros de la web del *Everquest Widows* está en 7.343 miembros (<http://health.groups.yahoo.com/group/EverQuest-Widows/>), un número suficiente importante que, por otro lado, también ha sido sujeto de investigaciones empíricas (Chappell et al, 2006).

Cabe señalar que las webs más populares están administradas por grupos de no-profesionales que usan la expresión ‘adicción a los videojuegos’ sin explicar

realmente qué implica. En el *National Institute on Media and the Family* (2005) encontramos una de las mejores explicaciones:

“Al igual que otras adicciones, el videojuego ha reemplazado amigos y familia como fuente de vida emocional para la persona. Cada vez más, para sentirse bien, las personas adictas gastan más dinero jugando a los videojuegos. Y con el tiempo, produce malhumor o síndrome de abstinencia”

La web del *National Institute on Media and the Family* (ver anexo 1) ofrece una serie de artículos sobre el juego presentados desde una perspectiva equilibrada e inteligente. Por ejemplo, ofrece consejos para identificar y tratar el juego excesivo de los niños. Este enfoque más equilibrado aboga por una responsabilidad colectiva por el uso excesivo/adictivo del juego (desde los niños y sus padres hasta las mismas compañías de juegos). Otro ejemplo es la web de *Mother Nature* (anexo 1). Su enfoque es dar asesoramiento pragmático respecto al juego moderado de los niños en el ordenador utilizando un paradigma conductual con socialización como mecanismo de recompensa. Esto incluye: (a) desarrollar un sistema de incentivos, (b) establecer límites en el tiempo de juego, (c) programar ‘descansos de realidad’ para conversar con la familia sobre los eventos que no están relacionados con el juego, (d) hacerlo una situación social e invitar a sus amigos a jugar y (e) unirse y compartir tiempo juntos y así los padres pueden también moderar los juegos a los que estén jugando. Este puede ser un buen sistema para los niños en estados prematuros de juego excesivo, pero puede que no funcione tan bien para jugadores realmente adictos.

Más recientemente ha nacido la organización *On-line Gamers Anonymous*. Esta es una web de autoayuda formada recientemente para ayudar a la gente con uso excesivo o adicción de los videojuegos (anexo 1). La filosofía de su tratamiento está basada prácticamente en el modelo de Minnesota de los 12 pasos, utilizada por muchos grupos como los Alcohólicos Anónimos o los Jugadores Anónimos. Como otros programas de doce pasos, los Jugadores *On line* Anónimos parecen no tener técnicas terapéuticas formales, pero ofrecen apoyo a la gente que está intentando dejarlo por ellos mismos. Muchos programas de doce pasos fuera de la red, se basan en un sistema de asistencia regular (y a veces diaria), aunque, de todas formas creemos que sería bueno saber si estas páginas *online* diferencian entre los jugadores realmente adictos y los que no, y qué asistencia *online* se requiere.

Los foros y grupos *online* cumplen un rol importante al permitir que personas de diferentes sitios tengan la oportunidad de ser escuchados, de dar y recibir consejos y apoyarse unos a otros. Muchos de ellos ofrecen una perspectiva equilibrada y deben ser felicitados por su enfoque aunque, al mismo tiempo, existe una gran proporción que usa tácticas que solo sirven para alimentar los temores y empeorar las situaciones de algunos jugadores realmente adictos o de sus allegados.

Clínicas de tratamiento de la adicción al juego

Existe una creciente preocupación en relación a la necesidad de desarrollar programas de tratamiento para la adicción al juego *online*. La *Smith & Jones Clinic* (SJC), con sede en Holanda, afirma que ha aumentado el número de gente joven con adicción al juego que solicita ayuda (Courtenay-Smith, 2006; Rauh, 2006). El tratamiento de la SJC para jugadores sigue un programa basado en la abstinencia que fue diseñado para alcohólicos y drogadictos. De acuerdo con la filosofía de la SJC, para que el tratamiento tenga éxito los adictos a los videojuegos no deben volver a jugar más. Creen que permitirles jugar por un tiempo limitado al día es como cuando los alcohólicos dicen que solo van a tomar una cerveza. La propuesta de la SJC (igual que en el programa de 12 pasos) tiene como objetivo mostrar a los jugadores que no tienen control sobre su adicción (Rauh, 2006). Asimismo, enseñan a los jugadores la excitación de la vida real para que puedan contraponerla con la excitación *online* que consiguen jugando; por ejemplo, se llevan a los jugadores de fiesta a bailar, a subir a los *cars* y a saltar en paracaídas. La filosofía es hacer ver a los jugadores que pueden lograr el mismo nivel de entusiasmo en el mundo real. La SJC también ayuda a los jugadores a desarrollar sus habilidades sociales y, aunque su tratamiento se lleva a cabo en un entorno residencial, fuera del entorno familiar, la última fase del tratamiento puede incluir terapia familiar (donde los adictos pueden encontrarse con su familia). Así, parece que la propuesta de tratamiento de la SJC es una mezcla del programa de los 12 pasos, en la misma línea de los Jugadores *On line* Anónimos, con la terapia familiar (al menos en las últimas fases del tratamiento).

Ha habido un aumento de los informes de prensa y de los medios de comunicación sobre la apertura de clínicas de tratamiento de la adicción al juego en el Sureste Asiático. También han aumentado los informes del juego en Corea, donde el gobierno informa que el 2,4% de la población es adicto al juego (Faiola, 2006). Dicho informe indica que la enfermedad mental en Corea está muy estigmatizada y que, sólo después de que un chico hubiera estado gastando el dinero de sus familiares durante tres meses, los padres aceptaron que su hijo necesitaba ayuda. Casos similares han aparecido en China (Sebag-Montefiore, 2005). Obviamente, todo esto tiene sus variaciones y, dependiendo de la cultura, estas personas se considerarán adictas o no. Esto indica que los factores culturales son tan importantes para el problema como para la solución.

Carvajal (2006) señaló que solo se estaban tratando hombres en la clínica, y se especulaba sobre que ‘el control’ era un factor importante. Valleur y Matysiak (2005), sugieren que puede haber una rígida jerarquía en el juego que satisfaga la necesidad de control del género masculino. Jason Rocca, Director Ejecutivo de la Asociación Internacional de los Promotores de Juegos (con sede en San Francisco), dice que ‘esto llamado adicciones’ tiene que ver más con la persona que con los juegos. Él afirma que los jugadores que tengan problemas con sus vidas personales

probablemente tendrán más tendencia a retirarse en estos mundos, ricos en comunidades e interacción.

Sin embargo, una investigación preliminar de Griffiths sugiere que los jugadores más graves del *World of Warcraft* no juegan excesivamente y/o adictivamente para alcanzar el control. El control, no es más que un medio para un fin, y sin el cual no serán capaces de conseguir sus objetivos más altos o ser el mejor luchador cuerpo-a-cuerpo, el mejor invasor, etc. Esto nos pone de relieve también la falta de entendimiento que existe actualmente entre algunas investigaciones sobre el juego en sí mismo.

China ha introducido, recientemente, un sistema anti-juegos *online* como respuesta a su problema creciente del excesivo uso de juegos *online* (Dickie, 2005). El sistema permite jugar durante tres horas al día sin consecuencias, pero pasadas las tres horas, el valor de los puntos conseguidos en el juego empiezan a disminuir. Después de jugar 5 horas en un día, el juego no te deja acumular más experiencia o beneficios. Este sistema ha sido claramente diseñado por alguien que conoce ‘cómo pegar a los jugadores donde más les duele’, ya que parece una forma inteligente de cortar el juego excesivo. Sin embargo, es difícil evaluar si esto funciona de manera eficaz dado que la gente puede crear varias cuentas, con personajes diferentes, y eludir el bloqueo. De todas formas, es un sistema que requiere seguimiento y evaluación y que, obviamente, solo puede llevarse a cabo en un país con capacidad para tomar decisiones de tal envergadura sin oposición. Asimismo es interesante que las compañías de juegos locales hayan aceptado esto; seguramente desde que China tiene una población tan grande que cualquier cuota de mercado es mejor que nada.

Los informes de la prensa indican que el sistema chino para parar el juego excesivo sólo se aplica a los jugadores adultos. Sin embargo, era previsible que la solución china fuera poco aceptada por los jugadores y dejara un éxodo masivo de un servidor a otro cuando se implementó el primero. El sistema chino incluye, también: (a) la prohibición de los adolescentes en los cibercafés, (b) la limitación de las sesiones de juego *online*, (c) los campos de reclutamiento militar, (d) el asesoramiento psicológico y (e) la acupuntura con corrientes eléctricas (Chapman, 2007; Williams, 2007). Sin embargo, existe muy poca información sobre las técnicas de tratamiento utilizadas en esos centros terapéuticos.

Conclusiones

Al revisar la literatura sobre la adicción a los videojuegos nos damos cuenta que los estudios de casos y los informes médicos indican que las consecuencias negativas más graves en el uso de videojuegos se han desarrollando en personas con un uso excesivo de estos. Es decir, partiendo de las investigaciones realizadas, hay poca evidencia de efectos adversos agudos graves en la salud de los jugadores moderados. Los efectos adversos pueden ser relativamente menores y temporales

y suelen resolverse espontáneamente con la disminución de la frecuencia de juego. No obstante, un pequeño subgrupo de jugadores con un uso excesivo tiene riesgo de desarrollar algunos problemas de salud, aunque se hace necesaria más investigación al respecto.

En este sentido, es muy importante establecer la incidencia y la prevalencia de problemas clínicamente significativos asociados al juego de videojuegos. Tampoco hay duda que son necesarias definiciones más operativas y claras para poder determinar la adicción. Aunque si nos basamos en la evidencia empírica hasta la fecha, es relativamente difícil poder tener en cuenta todos los factores y variables a la hora de considerar la prevalencia del juego y sus efectos adversos sobre la salud. Aun así, como ya hemos dicho, la revisión que se ha llevado a cabo parece indicar que los efectos adversos pueden afectar a un pequeño subgrupo de jugadores y que los jugadores frecuentes son el grupo de más riesgo a la hora de desarrollar problemas de salud. Estos últimos, seguramente, experimentarán unos efectos sutiles relativamente menores y temporales que se resolverán espontáneamente con la disminución de la frecuencia del juego.

Actualmente hay muy pocos profesionales especializados en el tratamiento de la adicción a videojuegos. Quizás esto sea debido al hecho de que existan pocos jugadores genuinamente adictos a los videojuegos. Sin embargo, como se señala en la primera parte de este artículo, Internet puede facilitar el uso excesivo del juego *on line*. Desde la mitad de los años 90, muchos de los escritores sobre tratamiento de la adicción al videojuego se han focalizado en la adicción de los videojuegos *on line*, y parece ser que esta variante es la causante de la mayoría de problemas en los usuarios.

Hay algunas clínicas de tratamiento especializadas en adicciones (por ejemplo, en Holanda, en China, en Corea o en Estados Unidos), pero los detalles de los programas terapéuticos no se han publicado en la literatura académica. Esto parece indicar que la mayoría de las clínicas de tratamiento utilizan una amplia gama de intervenciones, al igual que los profesionales que han escrito sobre el tema (en revistas académicas y en artículos publicados en Internet). Dado que hay poca investigación empírica sobre la eficacia a largo plazo de estos programas, es difícil establecer la credibilidad de estas clínicas o sus técnicas. En general, se requiere más investigación para establecer la eficacia terapéutica de los programas de tratamiento dirigidos al uso excesivo de videojuegos.

Para muchos, el concepto de la adicción a los videojuegos es poco probable, sobretodo si el concepto de adicción implica tomar drogas. Este artículo hace una revisión del área, pequeña pero en crecimiento, de la adicción a los videojuegos, incluyendo la adicción a los videojuegos online. En el mundo hay pocos profesionales especializados en el tratamiento de la adicción a los videojuegos, cosa que podría deberse a que son pocos los jugadores genuinamente adictos a los videojuegos. Sin embargo, Internet puede facilitar el juego en línea excesivo, como evidencia el número en aumento de las clínicas especializadas en el tratamiento de la adicción a los videojuegos online. Tener en cuenta todos los factores y variables y considerar la prevalencia del juego y la prevalencia de los efectos adversos sobre la salud, es relativamente difícil si nos basamos en la evidencia empírica hasta la fecha. Una revisión de la literatura disponible parece indicar que los efectos nocivos afectan, probablemente, a solo un subgrupo pequeño de jugadores y que la mayoría de jugadores con un uso frecuente de los videojuegos están en riesgo de desarrollar problemas de salud. Estos jugadores experimentan unos efectos sutiles, menores y temporales, que se resolverán espontáneamente con la reducción de la frecuencia de juego.

Palabras clave: *Videojuego; Adicción; Adicción a los videojuegos; Adicción a Internet.*

Anexo 1

Ejemplos de foros de apoyo *on line* para el juego excesivo de videojuegos

Berkeley Parents Network

<http://parents.berkeley.edu/advice/teens/gameaddiction.html>

EverQuest-Widows Group

<http://health.groups.yahoo.com/group/EverQuest-Widows/>

Families first for health

http://www.childrenfirst.nhs.uk/families/experts/c/computer-game_addiction.html

Informacion sobre grupos de ayuda

<http://games.groups.yahoo.com/group/spousesagainsteverquest/>

Mother Nature

<http://www.mothenature.com/Library/bookshelf/Books/50/116.cfm>

National Institute on Media and the Family

http://www.mediafamily.org/facts/facts_gameaddiction.shtml

On-Line Gamers Anonymous

<http://www.olganonboard.org/index.php>

WoWdetox

<http://www.wowdetox.com/index.php>

Referencias bibliográficas

- Allison, S. E., von Wahlde, L., Shockley, T. y Gabbard, G. O. (2006). The development of the self in the era of the Internet and role-playing fantasy games. *American Journal of Psychiatry*, 163, 381-385.
- Block, J. (2007). Pathological computer game use. *Psychiatric Times*, 24 (3). Disponible en: <http://www.psychiatristimes.com/display/article/10168/55406?pageNumber=2> (Último acceso: 11.12.08).
- Brasington, R. (1990). Nintendinitis. *New England Journal of Medicine*, 322, 1473-1474.
- Carvajal, D. (2006). New video game niche: Casual play. *International Herald Tribune*, 12 de septiembre. Disponible en: <http://www.ihf.com/articles/2006/09/10/business/game11.php> (Último acceso: 11.12.08).
- Casanova, J. y Casanova, J. (1991). Nintendinitis. *Journal of Hand Surgery*, 16, 181.
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Graner, C. y Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28 (3), 196-204.
- Chapman, M. (2007). China 'electrocutes' teen web addicts. *Vunet.com*, 26 de febrero. Disponible en: <http://www.vunet.com/vunet/news/2184143/china-electrocutes-internet> (Último acceso: 11.12.08).
- Chappell, D., Eatough, V. E., Davies, M.N.O. y Griffiths, M. D. (2006). *EverQuest* - It's just a computer game right? An interpretative phenomenological analysis of *on line* gaming addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 205-216.
- Cleary, A. G., McKendrick, H. y Sills, J. A. (2002). Hand-arm vibration syndrome may be associated with prolonged use of vibrating computer games. *British Medical Journal*, 324, 301.
- Cole, H. y Griffiths, M. D. (2007). Social interactions in Massively Multiplayer *On line* Role-Playing gamers. *CyberPsychology and Behavior*, 10, 575-583.
- Corkery, J. C. (1990). Nintendo power. *American Journal of Diseases in Children*, 144, 959.
- Courtenay-Smith, N. (2006). The frightening new addiction: computer gaming. *Daily Mail*. (29 de noviembre). Disponible en: http://www.dailymail.co.uk/pages/live/femail/article.html?in_article_id=419514&in_page_id=1879 (Último acceso: 11.12.08).
- de Freitas, S. y Griffiths, M. D. (2007). *On line* gaming as an educational tool in learning and training. *British Journal of Educational Technology*, 38, 536-538.
- Dickie, M. (2005). China moves to zap *on line* game addiction. *Financial Times*, 23 de agosto. Disponible en: <http://www.ft.com/cms/s/2/89ea206a-13f3-11da-af53-00000e2511c8.html> (Último acceso: 11.12.08).
- Egli, E. A. y Meyers, L. S. (1984). The role of video game playing in adolescent life: Is there a reason to be concerned? *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22, 309-312.
- Faiola, A. (2006). When escape seems just a mouse-click away: Stress-driven addiction to *on line* games spikes in S. Korea. *Washington Post*, 27 de mayo. Disponible en: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/05/26/AR2006052601960.html> (Último acceso: 11.12.08).
- Fisher, S. E. (1994). Identifying video game addiction in children and adolescents. *Addictive Behaviors*, 19, 545-553.
- Friedland, R. P. y St. John, J. N. (1984). Video-game palsy: distal ulnar neuropathy in a video game enthusiast. *New England Journal of Medicine*, 311, 58-59.
- Griffiths, M. D. (1991). Amusement machine playing in childhood and adolescence: A comparative analysis of video games and fruit machines. *Journal of Adolescence*, 14, 53-73.
- Griffiths, M. D. (1997). Computer game playing in early adolescence. *Youth and Society*, 29, 223-237.
- Griffiths, M.D. (2000). Does internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 211-218.
- Griffiths, M. D. (2002a). The educational benefits of videogames *Education and Health*, 20, 47-51.
- Griffiths, M. D. (2003). Videogames: Advice for teachers and parents. *Education and Health*, 21, 48-49.
- Griffiths, M. D. (2005a). Video games and health. *British Medical Journal*, 331, 122-123.
- Griffiths, M. D. (2005b). The therapeutic value of videogames. En J. Goldstein y J. Raessens (Eds.), *Handbook of Computer Game Studies*. pp. 161-171. Boston: MIT Press.
- Griffiths, M. D. (2005c). A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191-197.
- Griffiths, M. D. (2005d). The relationship between gambling and videogame playing: A response to Johansson and Gotestam. *Psychological Reports*, 96, 644-646.
- Griffiths, M. D. (2005e). *On line* therapy for addictive behaviors. *CyberPsychology and Behavior*, 8, 555-561.
- Griffiths, M. D. (2008a). Videogame addiction: Fact or fiction? En T. Willoughby y E. Wood (eds.). *Children's Learning in a Digital World*. pp. 85-103. Oxford: Blackwell Publishing.

- Griffiths, M. D. (2008b). Internet and video-game addiction. En C. Essau (Ed.), *Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment and Treatment*. pp.231-267. San Diego: Elsevier.
- Griffiths, M. D. y Cooper, G. (2003). *On line* therapy: Implications for problem gamblers and clinicians, *British Journal of Guidance and Counselling*, 13, 113-135.
- Griffiths, M. D., Davies, M.N.O. y Chappell, D. (2003). Breaking the stereotype: The case of *on line* gaming. *CyberPsychology and Behavior*, 6, 81-91.
- Griffiths, M. D., Davies, M.N.O. y Chappell, D. (2004a). *On line* computer gaming: A comparison of adolescent and adult gamers. *Journal of Adolescence*, 27, 87-96.
- Griffiths, M. D., Davies, M.N.O. y Chappell, D. (2004b). Demographic factors and playing variables in *on line* computer gaming. *CyberPsychology and Behavior*, 7, 479-487.
- Griffiths, M. D. y Hunt, N. (1995). Computer game playing in adolescence: Prevalence and demographic indicators. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 5, 189-193.
- Griffiths, M. D. y Hunt, N. (1998). Dependence on computer games by adolescents. *Psychological Reports*, 82, 475-480.
- Grüsser, S.M., Thalemann, R. y Griffiths, M.D. (2007). Excessive computer game playing: Evidence for addiction and aggression? *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 290-292.
- Harris Interactive (2007). Video Game Addiction: Is it Real? Disponible en: <http://www.harrisinteractive.com/news/allnewsbydate.asp?NewsID=1196> (Último acceso: 11.12.08).
- Hauge, M. R. y Gentile, D. A. (2003). Video Game Addiction among adolescents: associations with academic performance and aggression, presentado en la Society for Research in Child Development Conference, Tampa, FL. Disponible en: <http://www.psychology.iastate.edu/faculty/dgentile/SRCD%20Video%20Game%20Addiction.pdf> (Último acceso: 11.12.08).
- Hussain, Z. y Griffiths, M.D. (2008). Gender swapping and socialising in cyberspace: An exploratory study. *CyberPsychology and Behavior*, 11, 47-53.
- Keepers, G. A. (1990). Pathological preoccupation with video games. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 49-50.
- Khan, M. (2007). Emotional and behavioral effects, including addictive potential, of video games. Report of the Council on Science and Public Health. Disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/17694.html> (Último acceso: 12.11.08).
- Klein, M. H. (1984). The bite of Pac-man. *Journal of Psychohistory*, 11, 395-401.
- Kuczmierczyk, A.R., Walley, P.B. y Calhoun, K.S. (1987). Relaxation training, in vivo exposure and response-prevention in the treatment of compulsive video-game playing. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 16, 185-190.
- Loftus, G. A. y Loftus, E. F. (1983). *Mind at play: The psychology of video games*. New York: Basic Books.
- McCowan, T. C. (1981). Space Invaders wrist. *New England Journal of Medicine*, 304, 1368.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guildford Press.
- Mirman, M. J. y Bonian, V. G. (1992). "Mouse elbow": A new repetitive stress injury. *Journal of the American Osteopath Association*, 92, 701.
- National Institute on Media and the Family (2005). Computer and video game addiction. Disponible en: http://www.mediafamily.org/facts/facts_gameaddiction.shtml (Último acceso: 11.12.08).
- Ng, B.D. y Weimer-Hastings, P. (2005). Addiction to the Internet and *on line* gaming. *CyberPsychology and Behavior*, 8, 110-113.
- Orzack, M.H. (2003). Computer Addiction Services. Disponible en: <http://www.computeraddiction.com> (Último acceso: 11.12.08).
- Parsons, K. (1995, abril). Educational places or terminal cases: Young people and the attraction of computer games, presentado en The British Sociological Association Annual Conference, University of Leicester.
- Phillips, C. A., Rolls, S., Rouse, A. y Griffiths, M. D. (1995). Home video game playing in schoolchildren: A study of incidence and patterns of play. *Journal of Adolescence*, 18, 687 -691.
- Rauh, S. (2006). Detox for video game addiction? *CBS News*, 3 de Julio. Disponible en: <http://www.cbsnews.com/stories/2006/07/03/health/webmd/main1773956.shtml> (Último acceso: 11.12.08).
- Reinstein, L. (1983). De Quervain's stenosing tenosynovitis in a video games player. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 64, 434-435.
- Rushton, D.N. (1981). "Space Invader" epilepsy. *The Lancet*, 1, 501.
- Rutkowska, J. C. y Carlton, T. (1994, abril). Computer games in 12-13 year olds' activities and social networks, presentado en The British Psychological Society Annual Conference, University of Sussex.

- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20 (2), 149-160.
- Schink, J.C. (1991). Nintendo enuresis. *American Journal of Diseases in Children*, 145, 1094.
- Sebag-Montefiore, P. (2005). China's young escape into the web. *The Guardian*, 20 de Noviembre. Disponible en: <http://www.guardian.co.uk/technology/2005/nov/20/news.china> (Último acceso: 11.12.08).
- Shotton, M. (1989). *Computer addiction? A study of computer dependency*. London: Taylor and Francis.
- Siegal, I.M. (1991). Nintendonitis. *Orthopedics*, 14, 745.
- Spence, S.A. (1993). Nintendo hallucinations: A new phenomenological entity. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 10, 98-99.
- Spielberg, I. (2006). The challenges of stopping gaming addiction. Disponible en: https://www.treatmentonline.com/blog/index.asp?blog_id=204 (Último acceso: 16.12.08).
- Tejeiro-Salguero, R.A.T. y Moran, R.M.B. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, 97, 1601-1606.
- Valleur, M. y Matysiak, J. C. (2005). *Las nuevas adicciones del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Wan, C. y Chiou W. (2006a) Psychological motives and on line games addiction: A test of flow theory and humanistic needs theory for Taiwanese adolescents *CyberPsychology & Behavior*, 9, 317-324.
- Wan, C. y Chiou, B. (2006b). Why are adolescents addicted to on line gaming? An Interview Study in Taiwan. *CyberPsychology & Behavior*, 9, 762-766.
- Williams, I. (2007). Chinese gamer dies after 15-day session. Vunet.com, 1 de Marzo. Disponible en: <http://www.vnunet.com/vnunet/news/2184523/on-line-addict-games-himself>. (Último acceso: 11.12.08).
- Wood, R.T.A. y Griffiths, M. D. (2007a). Time loss whilst playing video games: Is there a relationship to addictive behaviours? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5, 141-149.
- Wood, R.T.A. y Griffiths, M. D. (2007b). On line guidance, advice, and support for problem gamblers and concerned relatives and friends: An evaluation of the *Gam-Aid* pilot service. *British Journal of Guidance and Counselling*, 35, 373-389.
- Wood, R.T.A., Griffiths, M. D. y Parke, A. (2007). Experiences of time loss among videogame players: An empirical study. *CyberPsychology and Behavior*, 10, 45-56.



CENTRO DE PSICOTERAPIA

Asesoramiento personal y de pareja

Problemas personales

- asertividad
- autoestima
- dependencia emocional
- Crisis existenciales
- Pérdida y duelo
- Trastornos de la personalidad

Crisis de ansiedad

- Obsesiones
- Fobias específicas
- Agorafobia
- Claustrofobia
- Fobia social
- Anorexia, bulimia
- Hipocondría
- Estados depresivos

Problemas de pareja

- Comunicación
- Intimidad
- Compromiso
- Problemas sexuales
- Separación y divorcio

Supervisión clínica

- Individual y en grupo

Numancia 52, 2º 2ª
08029 – Barcelona

Tel.: 933217532
626695512

centroitaca@gmail.com

ALGUNAS REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LOS JUEGOS (Y LOS JUGADORES) DE ROL ONLINE. IDENTIDAD Y ADICCIÓN

Antoni Talarn

Profesor Titular de Psicopatología. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona

Xavier Carbonell

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

Autor de correspondencia:

Xavier Carbonell

FPCEE Blanquerna

c/Cister, 34.

08022 Barcelona

Correo electrónico: xaviercs@blanquerna.url.edu

The number of online role-playing users, especially those engaging in the so-called Massively Multiplayer Online Role-Playing Games (MMORPG) increases from year to year. The scientific literature has not yet overseen all the factors and varieties related to this phenomenon. In the present article the main characteristics of this type of games are described, as well as some questions related to the identity of these gamers and to possible phenomena of addiction. There are different motivations for the users to engage in this type of games, one of them being the possibility to represent themselves with a new identity in a virtual environment. The possibility of developing addictive behavior is low, but it is not necessary to suffer from a previous mental or personality disorder in order to become addicted. The degree of the individual's vulnerability is crucial, and the addiction can appear especially in those players who are neither aware of the time they spend engaged nor of the consequences of their behavior.

Keywords: Massively Multiplayer Online Role-Playing Games, (MMORPG), addiction, identity, motivation, Internet Addiction Disorder, IAD

Como es sabido, la industria del videojuego, en franca expansión desde hace casi dos décadas, mueve billones de dólares anualmente e implica a un número de jugadores extraordinario en todas sus modalidades.

Dentro del mundo de los videojuegos, destacan con luz propia los juegos de rol a través de la red¹. Su término en inglés es el de *Massively Multiplayer Online*

Role-Playing Games –MMORPG, en adelante–.

Cuando una actividad es realizada por tanta gente el sentido común apunta a que no es posible pensar en un arquetipo simple de jugador. Personas de toda clase y condición juegan por motivos diferentes, y escogen entre los diversos tipos de juegos en función, probablemente, de un sinnúmero de variables muy difíciles de acotar (Yee, 2006).

No hay ningún trabajo capaz de un análisis completo y exhaustivo de un fenómeno tan complejo y por ello la literatura científica en torno al mismo no ha parado de crecer en los últimos años.

En la primera parte de nuestro trabajo nos centraremos en algunas de las características propias de este tipo de juegos y haremos referencia a las cuestiones relacionadas con la identidad de los jugadores. En la segunda parte, comentaremos los posibles fenómenos de adicción que se pueden observar en algunos casos minoritarios.

1. Los MMORPG y la vida real: similitudes y diferencias.

Hemos destacado, pues, dos particularidades muy relevantes: la *interactividad* y la posibilidad de la *creación de una identidad propia* para desenvolverse en el juego. Ambas están íntimamente relacionadas y, nos parece, acercan este tipo de juegos a una realidad que si bien es, a todas luces, *virtual*, se asemeja, mucho más que en los otros videojuegos, a la *realidad real*.

En nuestra opinión, esta proximidad de los MMORPG a la realidad se da, al menos, en cuatro sentidos: a) la realidad cotidiana se vive en compañía de otros seres humanos; b) con los que nosotros (nuestro *Yo*) interactúa constantemente; c) de múltiples maneras y; d) la vida real no tiene un argumento cerrado, sino que es una perpetua autoconstrucción individual y colectiva.

Y aún podríamos destacar otra característica propia de los MMORPG, que los acerca a la *realidad real*: aquella que consiste en representar un *mundo persistente*, es decir, un mundo que sigue su curso aunque nosotros no estemos presentes. Si un jugador, o un grupo de jugadores, –un *clan*–, no participa del juego, este prosigue su devenir y evoluciona, cambia y se transforma (Ng y Wiemer-Hastings, 2005; Wood, Griffiths y Parke, 2007)². Lo mismo sucede en la vida real, aunque nos ausentemos, temporal o definitivamente, de la misma.

Podemos concluir, por tanto, que las semejanzas de los MMORPG con la vida real son notables³, si bien sus diferencias no pasan, tampoco, desapercibidas. En muchos aspectos una realidad y otra son radicalmente diferentes, como es obvio.

De entre todas las diferencias posibles nos interesa destacar, aquí, las siguientes: a) en el mundo virtual de los juegos existe una cierta *impunidad*. Un jugador puede destruir, asesinar, traicionar y ejecutar muchas otras conductas de este tipo, sin ser sancionado *realmente* por ello; si bien en ciertos juegos si puede recibir algún tipo de penalización; b) se pueden tomar actitudes de riesgo e intentar todo tipo de

empresas sin *ningún daño físico* real y; c) casi todos los esfuerzos realizados en el seno del mundo virtual del juego son *recompensados*, de un modo u otro, la cual cosa no siempre sucede en el mundo real. Esta impunidad permite la expresión de ciertas actitudes impensables en la vida real. Si bien es cierto que en los MMORPG el avatar puede ser sancionado o castigado, estas penas no alcanzan, ni tan siquiera simbólicamente, las que se darían en la realidad.

Es posible que estas características sean responsables, en cierta medida, del tremendo éxito de este tipo de juegos. No son las únicas, desde luego. Muchas personas juegan porque, sencillamente, obtienen distracción, placer, excitación o relajación a través el juego. Motivos, por los cuales, le dedican parte de su tiempo (Wood et al. 2004, Wood et al. 2007). No son pocos los autores como Kelly (2004), Wang et al. (2008) o Yee (2002, 2006), por citar solo algunos, que han estudiado las diversas clases de motivaciones que animan a los jugadores de rol online.

En nuestra opinión, tal como decíamos, la interactividad, es decir el *factor socializante* que este tipo de juegos posibilita, es un factor a tener muy en cuenta. Y dentro de esta interactividad nos llama la atención el tema de los movimientos de la identidad a través de los cuales dicha socialización se pone en juego.

2. La identidad en la actualidad.

Cualquier diccionario nos revelará que el término *identidad* está vinculado a la noción de *idéntico* y señala, cuando se habla de la *identidad personal*, a la idea de una cierta cohesión de la experiencia personal de cada uno, como ya intuyó Hume en su *Tratado sobre la naturaleza humana* de 1739. En la tradición psicológica, desde Erickson (1950) y Ackerman (1958), se apunta en el mismo sentido: la identidad es la representación psíquica única que posee cualquier entidad humana y es producto de la decantación de la experiencia, donde el ser permanece constante, *–ídem/ente–*.

Sin embargo, la construcción de una identidad propia, cohesionada y coherente no es tarea fácil. De entrada, porque nunca puede darse por finalizada ya que, en ciertos aspectos, se irá modificando en función de los diferentes momentos vitales del individuo y de los eventos históricos que a cada cual le corresponda vivir.

En este sentido, el momento histórico actual presenta ciertas peculiaridades que aún dificultan más, si cabe, esta construcción del sentido identitario o del *sí mismo*. Nos quedan ya muy lejanos, y es sin duda una impresión subjetiva, aquellos tiempos en los que la identidad de cada uno venía, en gran parte, dada por las condiciones e instituciones sociales: la familia, *–el apellido–*; la iglesia, *–la religión–*; el sindicato; el partido; la ocupación; la clase social; el lugar de nacimiento *–la patria–*; la historia, *–el pasado–*; la etnia y demás. En la actualidad, periclitados en buena medida estos antiguos referentes, establecer el sentimiento de la propia identidad es, prácticamente, una tarea solitaria, una auténtica *autoconstrucción*, como han señalado los sociólogos de la postmodernidad (Giddens,

1999; Lipovetsky, 2006).

En efecto, la precariedad laboral, la movilidad social y geográfica, la disolución de la familia tradicional, la caída de las tradiciones y de las ideologías plenipotenciarias, las nuevas formas de relación interpersonal, los cambios culturales acelerados y otras circunstancias, dan como resultado una nueva forma de vivir que Bauman (2005) ha bautizado como *vida líquida*. Fluidez, movilidad e inestabilidad que hacen que el sentido identitario, y su cimentación, hayan cambiado mucho últimamente.

Y las nuevas tecnologías juegan aquí un papel muy relevante. Su versatilidad, funcionalidad y capacidad para fracturar las dimensiones de tiempo y espacio permiten el desarrollo de lo que Gergen (1991) denomina *multifrenia*, es decir aquella condición en la que los individuos pueden escindirse en múltiples investiduras de su *Yo*. La cuestión es la siguiente: las tecnologías de *la información* lo son también de *la relación* (Castells, 2001; Sánchez-Carbonell y Beranuy, 2007), y los individuos de hoy día desean poder aprovechar todas las posibilidades que estas tecnologías ofrecen. Se entra, de este modo, en un círculo vicioso: en la medida en que las posibilidades relacionales son ampliadas por la tecnología, se recurre cada vez más a esta para poder expresarse y, en la medida en que la tecnología se utiliza, aumenta el repertorio de posibilidades. Un ejemplo de lo que estamos diciendo lo podemos observar hoy día con la impresionante expansión del portal *Facebook*, heredero del no menos exitoso *Myspace*. *Second Life*, sería otro ejemplo de lo que estamos comentando.

Como no podía ser de otro modo las nuevas formas de diversión y ocio, los videojuegos en concreto, no podían quedar al margen de esta situación, tal y como veremos en el siguiente apartado.

3. Jugando con la identidad. La identidad en juego.

Ya Freud se dio cuenta de que la identidad y el sentido de sí mismo no eran un componente monolítico de la personalidad y de la estructuración psíquica de cada cual. Por eso describió (Freud, 1979) dos aspectos del *Yo* que a menudo se confunden: el *ideal del Yo* y el *Yo ideal*.

El ideal del Yo es un modelo, basado en las identificaciones con los padres, sus sustitutos y los ideales colectivos, al que el sujeto trata de adecuarse. Del *ideal del Yo* proviene el sentimiento de lo que *se desea llegar a ser*, para responder tanto a las propias exigencias, como a las de los aspectos más normativos y *super-yoicos*.

El *Yo ideal*, en cambio, posee un carácter más marcadamente narcisista y fantasioso, no tan adecuado a la realidad. Lagache (1958) lo llama *identificación heroica* porque la persona se vincula a fantasías de omnipotencia, independencia, liderazgo, orgullo y prestigio. Entre el *Yo*, –lo que uno realmente es–, el *ideal del Yo*, –lo que uno quisiera llegar a ser dentro de unos parámetros razonables–, y el *Yo ideal*, –las aspiraciones más fantasiosas que se poseen–, existen, es inevitable, unos

márgenes de *discrepancia*⁴.

Todos tenemos cierta experiencia sobre lo que estamos describiendo. Por una parte, tratamos de acomodarnos a la realidad con el esfuerzo y la dedicación de *nuestro Yo real*, –los recursos de los que disponemos–. Por otra, aspiramos a unas metas y objetivos que nos parecen alcanzables, –*ideal del Yo*–, aunque no siempre obtenemos lo que pretendemos. Y, por último, todas estas tareas y motivaciones conviven con nuestras más íntimas fantasías sobre logros y metas idealizadas, todopoderosas y de elevado carácter narcisista, tal y como lo demuestran nuestros sueños, fantasías diurnas, identificaciones colectivas con triunfadores (deportivos, económicos, artísticos, etc.) y demás.

La discrepancia entre estas tres instancias, la tensión que de la misma surge, es lo que hace que, a menudo, necesitemos *descansar* un poco. Disponer de ciertas dosis de *disociación*, –momentos de desconexión, “*desconectar*” como suele decirse en la actualidad–, con respecto a nuestra realidad y a nosotros mismos. Cuando nos enfrascamos en una novela, cuando nos absorbe una película, cuando celebramos como propios los éxitos de un deportista o, incluso, cuando soñamos que somos alguien extraordinario, no hacemos otra cosa que evadirnos, transitoriamente, de nuestra propia realidad física, personal y social.

La tecnología moderna, con sus gigantescas capacidades, no podía menos que ser aprovechada, como no, para esta desconexión. Y dentro del mundo de los videojuegos los MMORPG son los que ofrecen un mayor espacio para la misma, puesto que son los que más y mejor permiten recrearse con, –*poner en juego y jugar con*–, el *Yo* y sus diferentes instancias. Y, siempre, a gusto del usuario. Desde una óptica sistémica podríamos asumir que los MMORPG permiten una *narrativa* muy diversificada de la propia identidad (Linares, 1996). Turkle (1997), Reid (1998), Lawson (2000) y McKenna y Bargh (2000) entre muchos otros, han señalado la importancia de esta cuestión para el estudio científico de las características psicológicas de los jugadores y los juegos de MMORPG.

En efecto, los jugadores de MMORPG pueden crear la identidad, –física, psicológica y social–, del avatar con el que juegan. Y en esta creación, se pueden poner en acción todos los aspectos comentados hasta aquí: el *Yo real*, el *ideal del Yo* y el *Yo ideal*. El anonimato (Suler, 2004) permite, por ejemplo, que un adolescente se presente en el juego como un hombre hecho y derecho, o que una persona de 70 años se muestre como un joven seductor y pletórico de energía; las variaciones pueden ser infinitas.

Sería aparentemente sencillo suponer que las personas con ciertos déficits yoicos en su vida real son propensos a diseñar avatares que, de algún modo, actúan como un *Yo auxiliar compensatorio*, –ya sea en forma de *Yo ideal* o *Ideal del Yo*–, de los propias debilidades. Yee (2002) menciona que, en algunos casos, puede tratarse de personas con baja autoestima, dificultades en las relaciones interpersonales o con grandes dosis de frustración y estrés.

Bessière, Seay y Kiesler, (2007) plantearon un breve, pero elegante estudio, sobre esta idea. Para ello emplearon dos conceptos muy interesantes: la *discrepancia con el self* y la *discrepancia con el carácter*. La *discrepancia con el self* es la distancia percibida, por un sujeto, entre su *Yo real* y sus otras dos instancias yoicas –el *Yo ideal* y el *ideal del Yo*⁵–. La *discrepancia con el carácter*⁶ indica la distancia entre el carácter del avatar puesto en danza y el *Yo ideal* y el *ideal del Yo* del jugador. La hipótesis de los investigadores, lógicamente, era que la *discrepancia con el carácter* sería más pequeña que la *discrepancia con el self*. Por lo tanto, aquellas personas con un menor bienestar psicológico, –o mayor *discrepancia con el self*–, establecerían avatares más próximos a sus ideales. El estudio confirmó estas hipótesis y mostró que la mayoría de los jugadores tienden a crear avatares mejores, por así decirlo, de lo que se sienten ellos mismos en la vida real, –menos ansiosos, más extrovertidos, etc.–. Pero lo más relevante es que se demostró empíricamente que esta tendencia a la menor *discrepancia con el carácter* se halla acentuada en sujetos que se sienten peor, con menor autoestima o sentimientos depresivos. Dicho en palabras más sencillas: aquellas personas con bajos niveles de autoestima crean avatares más próximos a su *Yo ideal* y su *ideal del Yo*, es decir avatares más alejados de su propia realidad vital.

Estos datos apuntan a que los MMOPRG permiten, al dejar libre, –y en total anonimato–, la fantasía del jugador con respecto a su propia identidad, deseos, fantasías, frustraciones y demás, una cierta *disociación*, no patológica en la mayoría de los casos, de la situación de vida real, acercando los ideales del sujeto al mundo de la realidad (virtual).

Desde que la humanidad es tal ha empleado diversas formas de disociación. Las experiencias con las drogas de todo tipo son un buen ejemplo de ello, los éxtasis religiosos o la meditación trascendental van en la misma línea. Aunque el término *disociación* suele llevarnos a pensar en cuestiones de índole psicopatológica, lo cierto es que esta idea no es del todo correcta. Incluso desde el propio psicoanálisis se considera que ciertos niveles de disociación pueden ser necesarios y saludables (Hernández, 2008).

Los datos de los expertos en la materia (Griffiths, Davies y Chappell, 2003, 2004) confirman que la mayoría de los jugadores, pese a disociarse en mayor o menor medida, son personas con una vida social real adecuada y plenamente normalizada. Muchos juegan en compañía de sus parejas, familiares o amigos. El estereotipo del jugador como un ser solitario, introvertido o asocial, tan difundido, (Douse y McManus, 1993) es falso en la inmensa mayoría de los casos (Cole y Griffiths, 2007). Muchos jugadores valoran especialmente la interacción con otras personas a través del juego, es decir, el factor socializante, o de relación, que el juego permite (Cole y Griffiths, 2007).

Todo lo anterior no significa, sin embargo, que no puedan surgir problemas con este tipo de juegos y de jugadores. Todo progreso puede acompañarse de ciertas

consecuencias indeseables en función del uso que se le de al mismo. El ejemplo del automóvil ilustra lo que estamos señalando. Una de las posibles consecuencias negativas de este tipo de juegos puede ser la *adicción* a los mismos. De este tema nos ocuparemos en los siguientes apartados.

4. La motivación de los jugadores MMORPG.

Como antes señalamos, los jugadores de MMORPG tienen diferentes motivaciones. El estudio de las mismas podría orientarnos sobre los posibles trastornos y beneficios que los jugadores obtienen con el juego.

Bartle (1996) estudió la motivación de los jugadores de MUD (Multi-User Dungeon), una modalidad anterior de los MMORPG, sin gráficos. Dividió a los jugadores en cuatro grandes grupos: a) *competitivos*, b) *exploradores*, c) *socializadores*, y d) *matones*. A partir de esta tipología, Yee (2006) analizó factorialmente un cuestionario de 40 ítems y obtuvo tres componentes principales: logro, social y inmersión.

Utz (2000) exploró los aspectos de la amistad virtual y los tipos de jugadores y dedujo que se daban cuatro tipos de jugadores de MUD: a) *Role-players*; interesados en desempeñar diferentes tipos de roles; b) *Gamers*: apasionados por las aventuras y los aspectos lúdicos; c) *Virtuals*: buscadores de encuentros virtuales con compañeros virtuales, amantes de los chats y el desarrollo de ambientes virtuales; y d) *Skeptics*: aquellos desinteresados en muchos de las características de los MUD, juegan menos tiempo por semana y rehúsan identificarse a sí mismos con ninguno de los grupos que juegan MUDs.

Por su parte, Bekhtina (citado por Cole y Griffiths, 2007) identificó cuatro motivaciones básicas para jugar: a) curiosidad, asombro e interés; b) estimulación cognitiva; c) disfrute de un estilo de vida diferente en ambientes virtuales; y d) escape recreacional.

Griffiths, Davies y Chappell (2004) creen que aunque en parte se juega por razones escapistas y/o para aliviar el estrés el motivo más importante es de tipo social, si bien “social” puede tener diferentes significados. Como se dijo anteriormente, los jugadores hacen amigos a través del juego y juegan con amigos de la vida real y/o familiares. Jugar es también un lugar donde se puede experimentar sensación de equipo, aliento y diversión (Cole y Griffiths, 2007). Todos los estudios, pues, apuntan en este sentido aunque a través de los MMORPG se busca escapar de la realidad, la motivación más importante es el contacto social.

Cabría, entonces, explorar la idea de si un jugador que comparte con amigos reales su afición por el juego tiene menor necesidad de alterar su identidad real para disfrutar con el mismo, comparado con aquel otro que se sitúa en el entorno del juego solo o con amigos virtuales. Este último, probablemente, modificaría más su identidad real en los avatares empleados en el juego y sería más propenso a representar personajes con menor *discrepancia de carácter*, tal como decíamos más arriba.

6. ¿Hasta qué punto los juegos de rol en línea pueden devenir adicciones?

6.1. Los MMORPG versus los videojuegos tradicionales.

Los MMORPG son muy diferentes a los videojuegos tradicionales, con los que se inició la industria y popularización del videojuego. En los videojuegos tradicionales, sea cual sea su modalidad (*shooter*, aventura gráfica, deportivos, etc), el jugador suele jugar en solitario con la inteligencia artificial del soporte (consola u ordenador⁷). En cambio en los MMORPG la *interactividad* con un número considerable de otros jugadores humanos, es muy notable. Esta interactividad se puede verificar en muchas direcciones ya que se juega individualmente, –cada jugador con su propio terminal de ordenador–, pero el mejor modo, aunque no el único, de progresar en este tipo de juegos es formando grupos de jugadores con los mismos objetivos. Estas agrupaciones reciben el nombre de *clan*. A su vez, dentro de cada clan existen una serie de normas, roles asignados y jerarquías. Y, además, las interacciones con los otros clanes pueden ser muy variadas: alianzas más o menos estables, conflictos abiertos, infiltraciones, usurpaciones de identidad, etc. Esta compleja interactividad se constituye, a nuestro juicio, y por las razones que después detallaremos, en una de las características más relevantes de los MMORPG.

Por otra parte, los videojuegos tradicionales están estructurados de un modo *lineal*, con un inicio y un final muy bien definidos, y con unos objetivos y retos no modificables por el jugador. Los MMORPG, por el contrario, son juegos de *carácter abierto* en los que los jugadores pueden escoger sus propias rutas de desarrollo argumental y no presentan un final en concreto sino que, por así decirlo, son *juegos eternos*, en los que siempre se pueden encontrar nuevos alicientes y actividades a ejecutar.

Las misiones de estos juegos –*quest* en su término inglés– sí poseen un final definido. Sin embargo, a diferencia de los juegos tradicionales, una vez finalizada la misión (sea del tipo que sea: viaje, eliminación de un personaje, búsqueda de tesoros, etc.) el jugador obtiene un premio en forma de habilidades y de información que le sitúan en una nueva disposición de cara a la continuación del juego.

Pero una de las diferencias que más nos interesa destacar es que en los MMORPG los jugadores poseen libertad total para determinar la caracterización de los personajes, –*play character*, en inglés–, con los que juegan. En los videojuegos tradicionales el jugador solo puede ocupar un papel (el que dispara, el que conduce, el que salta, etc.). En los MMORPG se crea el propio personaje, –también llamado *avatar*–, con las características físicas y psíquicas que uno desee. Dicho de otro modo: el jugador juega con un personaje, o *avatar*, creado por sí mismo, al que dota de una *identidad a la carta*. Y esto no es todo, también se pueden ejecutar, simultáneamente, multitud de personajes a los que, del mismo modo que con el protagonista principal, se les otorgan atribuciones escogidas por el jugador. La mayoría juega con más de un personaje (Griffiths, Davies y Chappell, 2003).

Habría otras diferencias a señalar entre ambos tipos de juegos, –como los procesos de aprendizaje requeridos, su duración, la magnitud de los escenarios, etc.–, pero para nuestros propósitos estas son suficientes.

6.2. Los MMORPG y el juego patológico

El juego es inherente al ser humano. Necesario e imprescindible en la infancia y recomendable en la etapa adulta. Sin embargo, en determinados casos, el uso desmedido del juego puede llegar a ser un trastorno mental. En estos casos el componente lúdico del *jugar* se pierde en base al papel ansiolítico y/o compulsivo, en el sentido de obligatorio e inevitable, de la actividad en sí misma.

Desde un punto de vista académico, estos casos se reducen a los juegos en los que el refuerzo es monetario, tal es el caso de juegos de cartas con apuestas como el póker o de juegos de azar como la ruleta o el bingo. Por tanto, científicamente no se acepta la ‘adicción al fútbol’ ni la ‘adicción al ajedrez’.

En nuestro medio el juego que suscita más demandas de tratamiento es la adicción a las máquinas tragaperras. En las ‘tragaperras’ el reforzador primario es el dinero, o mejor dicho, la posibilidad de ganar dinero. Las tragaperras están a disposición del jugador en bares y casinos y, tal como su nombre indica, la apuesta es pequeña. Por ello, el jugador tiene la sensación de control, de que sus elecciones incrementan la posibilidad de ganar y que no depende exclusivamente de la suerte como sucede en la ruleta. Nada de todo ello es cierto; las acciones del que esta manipulando una “tragaperras” están determinadas por un programa de reforzamiento intermitente y no por su habilidad.

Veamos algunas similitudes y diferencias entre las máquinas tragaperras y los MMORPG. Desde un punto de vista neurológico, en ambos juegos, una estimulación eléctrica de algunas regiones del encéfalo produce un claro efecto reforzador. Una parte esencial de los circuitos de recompensa está constituida por neuronas dopaminérgicas cuyos cuerpos celulares se localizan en el mesencéfalo; estas células envían sus axones hacia algunas zonas del sistema límbico y de la corteza cerebral. Normalmente los circuitos de recompensa del encéfalo son estimulados por las conductas que tienen un valor de supervivencia: ingerir alimentos, beber agua, mantener una temperatura corporal adecuada, la actividad sexual o las intervenciones sociales y familiares. Sin embargo, estas zonas de recompensa pueden ser estimuladas por otras conductas o por sustancias, tal es el caso de algunas drogas, como la cocaína o la nicotina, que pueden estimular poderosa y directamente estos circuitos (Rosenzweig, 1992).

El jugador de tragaperras recibe una respuesta su acción, sabe si su jugada ha sido ganadora o perdedora, cada cinco segundos. Es una actividad repetitiva, autoestimuladora. Por su parte, el jugador de MMORPG delante de su ordenador también experimenta esta actividad dopaminérgica efectuando conductas frecuentes como clicar o teclear, recibiendo respuestas casi inmediatas.

Los psicólogos del aprendizaje cuando analizan una conducta se fijan en el programa de reforzamiento y las características de los reforzadores (Domjan, 2004; Tarpy, 1999). El juego es claramente un caso de programa de *reforzamiento intermitente*. No todas las conductas son reforzadas. Las máquinas se diseñan para premiar cada determinado número de jugadas. En el MMORPG el programa de reforzamiento no es tan claro, ni su mecanismo tan simple. Obviamente el jugador intenta conseguir territorios, armas, ganar batallas, enfrentamientos, demostrar habilidad, etc. Sin embargo, para ciertos jugadores, la verdadera recompensa, o la más relevante, no se produce al destruir una nave enemiga o dominar un nuevo territorio, se obtiene cuando se altera la identidad. En muchos casos, por supuesto, esta alteración se produce con una victoria, pero el refuerzo esencial es mucho más complejo. No es la victoria, es el ser victorioso; no es el arma, es el ser una persona digna de elogio, el poder mostrarse como poderoso, magnánimo, elegante o seductor. En una persona con determinadas necesidades psicológicas, estos estímulos para la nueva identidad son reforzadores muy potentes. Por tanto, se trata de un programa de refuerzo intermitente, más aleatorio que el programa informático de la máquina, porque para producirse se necesita una mediación cognitiva.

En cuanto a la intensidad o potencia del reforzador sabemos que el dinero es un potente reforzador y su ausencia es un potente *reforzador negativo*: las personas evitan no tener dinero. Para recuperar el dinero perdido, el jugador patológico se enfrasca en una espiral cada vez más perjudicial. Comparado con el dinero, el baile de identidades es un reforzador menos potente. Sin embargo, tal como hemos comentado, esta necesidad de adquirir un *Yo ideal* podría ser muy importante para algunas personas.

Otro elemento a considerar es el tiempo que pasa entre el estímulo y el reforzador. Cuando menos tiempo transcurre entre uno y otro más potencia tiene el reforzador. Por eso las tragaperras tienen más riesgo adictivo que la lotería. En la lotería el tiempo que transcurre hasta el hipotético premio es muy prolongado. En los MMORPG el tiempo que transcurre para reforzar el *Yo ideal* es muy breve. Por este motivo los MMORPG solo se practican con conexiones ADSL.

Por último, en este análisis conductual no puede faltar el tema de la *disponibilidad*. La disponibilidad tiene dos aspectos: el espacial y el temporal. Las máquinas son más adictivas que otros juegos de apuestas porque están más disponibles en bares, bingos y casinos que otros juegos que solo se encuentran en casinos, mucho menos extendidos en nuestro territorio que los bares. El jugador de MMORPG puede utilizar la conexión en su trabajo o en la biblioteca, pero, debido a la duración de las sesiones prefiere el de su casa: no tiene que desplazarse y siempre está abierto. La disponibilidad horaria es un elemento ligado a la anterior. Los MMORPG están disponibles las 24 horas del día 7 días a la semana. Ningún juego social es tan accesible

Un factor menor es que el reforzador primario está precedido por estímulos

condicionados que lo anteceden. Igual que el perro de Pavlov aprendió que la campana de la puerta precedía la comida, el jugador aprende que determinadas músicas o sonidos están ligados a la máquina y al premio. Otro factor es el límite estimular. En las tragaperras pueden cerrar el bar o el casino o se debe interrumpir la partida para conseguir monedas. En los MMORPG no hay control de estímulos externo. El jugador puede jugar días enteros sin interrupción.

Frecuentemente el juego patológico está asociado a otros trastornos. En contra de lo que apuntan el *lobby* del juego y algunas corrientes de la psicología de la personalidad no es necesario padecer un trastorno mental o un trastorno de personalidad para llegar a ser adicto. Sí que hay circunstancias en la vida de una persona que lo pueden hacer más vulnerable o más seguro frente a los posibles problemas. Estados depresivos, ansiosos, sentimientos de soledad o de pérdida pueden hacer que una persona recurra al juego o al consumo de sustancias para lograr el bienestar. Otros trastornos pueden ser simultáneos o paralelos. El consumo de alcohol puede desarrollarse en paralelo al del juego. A más alcohol más juego y al revés. Por último, algunos trastornos son consecuencia de la conducta adictiva. Un jugador puede caer en una profunda depresión al ser consciente de las consecuencias económicas, familiares, legales, etc., que le ha provocado el juego. Lo que sabemos hasta el momento es que las personas que solicitan tratamiento por su adicción a Internet tienen otros trastornospsiquiátricos (Shapira, Goldsmith, Keck Jr, Khosla y McElroy, 2000; Shapira, Lessig, Goldsmith, Szabo, Lazoritz et al., 2003).

El juego, en sus diversas facetas, puede considerarse una forma de reducir el malestar, de desconectar, de sentirse mejor, Al igual que leer una novela o ver una película es una actividad recomendable para nuestro equilibrio mental. Pero cabe recordar que, en ocasiones, nos puede suceder como a Don Rodrigo Díaz de Vivar, el Quijote, que se enfrascó tanto en la lectura de los libros de caballerías que pasó a vivir su personaje.

Algo similar puede pasarle a ciertos jugadores de MMORPG: vivir el mundo fantástico en lugar de vivir la realidad, sin que por ello, no obstante, caigan en el trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple) ni en la esquizofrenia. A diferencia del Quijote y como el adicto a drogas, este tipo de jugador MMORPG prefiere el mundo virtual que el real, la intoxicación a la realidad. En palabras de Cole y Griffiths (2007) se sienten más ellos mismos cuando están inmersos en el juego que en el mundo real. Este sensación se puede explicar por el efecto desinhibitorio y por la tendencia de los jugadores al *acting out* y a mostrarse a sí mismos más frecuente e intensamente que en persona. Estos jugadores exteriorizan que se sienten más ellos mismos en línea porque no son juzgados por su apariencia, género, edad u otra información personal.

6.3. Elementos diagnósticos esenciales

A partir del estudio de la adicción a sustancias como la heroína, la cocaína, la nicotina y el alcohol se ha determinado que los elementos diagnósticos esenciales de una adicción. Una minoría de jugadores de MMORPG puede padecer algunos de estos síntomas. En muchos casos se trata de atribuciones no contrastadas por un clínico, posiblemente influenciadas por los medios de comunicación. Los elementos esenciales de las adicciones a sustancias y a conductas son la dependencia psicológica y los efectos perjudiciales. El concepto de *dependencia psicológica* está compuesto por el *craving* o ansia, la pérdida de control, la modificación del estado de ánimo y la polarización (Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro, y Oberst, 2008).

- *Craving*: es el deseo intenso, el ansia por consumir o ejecutar la conducta y volver a experimentar sus efectos.
- Pérdida de control: el consumidor de alcohol, por ejemplo, pierde el control sobre la ingesta de alcohol, bebiendo aunque no quiera o bebiendo más de lo que tenía previsto. Al parecer, esta pérdida de control tiene un sustrato físico además de psicológico. Algunos jugadores de MMORPG pierden el control sobre el tiempo y el dinero que invierte en el juego.
- Modificación del estado de ánimo: sensación creciente de tensión que precede al inicio de la conducta; agitación o irritabilidad si no es posible realizar la conducta; placer, alivio o euforia cuando se realiza la conducta o bajo los efectos de la droga; culpa y malestar hasta la recuperación e inicio del ciclo.
- Polarización. Todo gira en torno a la sustancia. Como conseguir dinero o droga, estar bajo sus efectos, recuperarse de sus efectos. La vida entera gira en torno a esta actividad. El adicto no es egoísta, sencillamente organiza todo su mundo alrededor de la sustancia.

El segundo elemento esencial de una adicción son las consecuencias perjudiciales graves, en el plano intrapsíquico y en el interpersonal. Hay muchos hábitos que pueden considerarse perjudiciales y que no son adicciones. La onicofagia o pérdida de control para no morderse las uñas afecta a un porcentaje reducido de la población. Aunque se da una pérdida de control, un ciclo de tensión, reforzamiento y culpa, las consecuencias no tienen la suficiente gravedad para que el hábito sea considerado una adicción.

Por último, hay algunas características que nos son esenciales pero que acompañan muchas adicciones. Es el caso de la tolerancia y la dependencia física presentes en las drogas depresoras como la heroína o el alcohol pero mucho más difícil de detectar en drogas estimulantes como la cocaína, y las distorsiones cognitivas. Cuando una droga produce tolerancia el consumidor de drogas debe aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos. El jugador patológico incrementa la cantidad de la apuesta para sentir la excitación. Ciertos jugadores de

MMORPG utilizan más de una identidad para evitar la tolerancia. En los tres casos, el incremento de dosis, de apuesta o de excitación, a la larga, incrementa el riesgo de adicción.

La dependencia física consiste en la serie de síntomas y signos que suceden a la retirada abrupta de una sustancia. Tal es el caso del *delirium tremens* del alcohólico o el ‘*mono*’ del adicto a heroína. La distorsión cognitiva más frecuente es la negación. Se ha llegado a afirmar que la adicción es la enfermedad de la *negación*. De hecho muchos adictos mienten o se autoengañan sobre la dosis de sustancia consumida y/o sobre los efectos de las mismas. Lo mismo sucede con ciertos jugadores de MMORPG que no son conscientes del tiempo que ha permanecido conectado, ni de las consecuencias de su conducta.

La soledad es una característica secundaria en el caso del consumo de drogas que puede ser esencial en la adicción a los MMORPG. El inicio del consumo de drogas en los adolescentes y jóvenes es frecuentemente gregario. Cuando el consumo se realiza en solitario indica una mayor implicación en la conducta adictiva pero no es un elemento diagnóstico definitorio. Una característica del juego que ha evolucionado en los finales del siglo XX es que hemos pasado del juego social al individual. La persona juega en la soledad de su habitación delante de la pantalla del ordenador. Muchas conductas son cada vez más individuales como mandan los cánones capitalistas. A los MMORPG se puede jugar sólo o en grupo. El jugador es frecuentemente miembro de un clan virtual o real. Cuando comparte su afición con otros compañeros de juego en un ‘*cibercafé*’ la identidad no está en juego. Pasa a ser miembro de una banda, de un clan, de un grupo y su comportamiento se rige por reglas sociales y no individuales. Cuando se encierra a jugar en casa y pasa horas y horas en solitario delante de la pantalla es la identidad lo que está en juego. El clan es un factor protector.

Para finalizar este apartado es necesario recordar que en el DSM-IV-TR la duración mínima de los síntomas para establecer un diagnóstico de dependencia de sustancias es de doce meses. En los MMORPG es muy frecuente el efecto novedad, gracias al cual una conducta que se realiza intensamente durante un periodo limitado de tiempo reduce espontáneamente su frecuencia.

6.4. ¿Por qué los MMOORPG y los IRC pueden generar adicción y no así el Messenger o el móvil?

En el *Messenger* y otros servicios de mensajería instantánea⁸ el acceso está restringido. Se puede ser más o menos laxo con las peticiones de amigos o conocidos pero siempre existe un referente y siempre es posible que una persona intente engañar usurpando otra identidad. Al relacionarse con amigos y conocidos de la vida real no se pone en juego la identidad. Se trata de prolongar una relación real por un medio electrónico, al igual que otra generación recurría al teléfono, muchas veces estirando del cable y cerrándose al otro lado de la puerta para conseguir una

intimidad en la conversación.

Cuando el IRC⁹ se practica con desconocidos los mecanismos adictivos son los mismos que en los MMORPG. Ya hemos comentado que el riesgo mayor se da en los jugadores que buscan el componente social. En este caso los avatares y los *nicks*, los yo ideales, utilizar más de una identidad y tener más de un canal abierto para superar la tolerancia y mantener la excitación. Se trata de dos conductas aparentemente diferentes, un juego y una conversación que comparten la esencia del juego identitario. Los MMORPG son más frecuentados por varones y los IRC por mujeres.

Un caso similar es el del móvil. El móvil es una tecnología compleja con diferentes canales de comunicación: un canal de comunicación verbal, igual que el 'fijo', dos canales de comunicación escrita, los célebres SMS y, cada vez más frecuentemente, correo electrónico, y una plataforma de juego. Además, por supuesto tiene cámara fotográfica, reloj, reproductor de música, etc.

El móvil como canal de comunicación verbal no puede ser adictivo. Puede ser excesivo o inapropiado pero a diferencia de MMORPG e IRC no permite el juego de identidades ni es disociativo. Si bien es cierto que existen una serie de conductas desadaptadas en torno al móvil, el adecuado control estimular (límite económico) hace que la conducta vuelva a su cauce. Actualmente nadie se asusta ante el precio de la telefonía 'fija' y no se habla de adicción (excepto si se utiliza una línea erótica, en cuyo caso es una *adicción al sexo*, no al teléfono). Si la telefonía móvil y la telefonía fija tuvieran el mismo coste para usuarios y padres el interés popular y científico por la adicción al móvil se reduciría.

Los SMS se intercambian con amigos o conocidos. Es un canal que permite manifestar fácilmente emociones y se utiliza para reforzar redes sociales existentes o para concretar citas o acuerdos. No hay riesgo de baile de identidades. Como el envío de mensajes puede ser compulsivo existe el riesgo de exceso sobre todo por el precio.

Por último, cada vez más móviles permiten conectarse a Internet y consultar los correos electrónicos. El correo electrónico tiene un riesgo adictivo muy bajo porque se intercambia correspondencia con amigos o conocidos o por motivos profesionales. Además de trata de una comunicación asincrónica. Una vez más puede darse un uso inapropiado, excesivo pero no una adicción. Más posible en profesionales tiende a remitir con una orientación adecuada sobre organización del trabajo.

El móvil pone de manifiesto como las fronteras entre las diferentes TIC se diluyen porque la evolución de las plataformas es continua. Con el móvil se puede jugar a videojuegos tradicionales, con el ordenador se puede hablar por teléfono, etc. El escenario más probable de estas plataformas de transmisión y generación de información y conocimiento es su mutación de acuerdo a los avances tecnológicos e iniciativas comerciales.

El número de usuarios de los juegos de rol en línea, concretamente los de los llamados Massively Multiplayer Online Role-Playing Games (MMORPG) aumenta anualmente. La literatura científica no ha abarcado todavía la totalidad de factores y variantes que se relacionan con este fenómeno. En el presente artículo se describen las características de este tipo de juegos, las cuestiones relacionadas con la identidad de los jugadores y los posibles fenómenos de adicción. Son varias las motivaciones llevan a los usuarios a elegir este tipo de juegos, entre las cuales está la posibilidad de representarse a sí mismos en una realidad virtual mediante una nueva identidad. Las probabilidades de desarrollar una adicción son escasas, aunque no es preciso padecer un trastorno mental o de personalidad previo para llegar a ser adicto. Influirá el grado de vulnerabilidad de la persona y la adicción puede aparecer en ciertos jugadores que no son conscientes del tiempo que han permanecido conectados, ni de las consecuencias de su conducta.

Palabras clave: *Jugadores de rol en línea, Massively Multiplayer Online Role-Playing Games, (MMORPG), adicción, identidad, motivación, adicción a Internet*

Agradecimientos:

Deseamos agradecer a Benjamí Olm, estudiante de Psicología de la UB, sus aportaciones a este artículo.

Notas:

- 1 Dentro de la gama de los MMORPG el más popular, World of Warcraft, cuenta con 11 millones de suscriptores de pago en todo el mundo. Su segunda extensión, The wrath of the Lich King, vendió 2.8 millones de copias durante las primeras 24 horas de su puesta a la venta.
- 2 Estos autores consideran que esta persistencia, a veces, implica una cierta obligación a jugar. Y este mandato puede estar implicado en los usos problemáticos (exceso de horas, adicción, etc) que se observan en algunos jugadores. Los jugadores de los clanes de Lineage, por ejemplo, saben que tal día y tal hora deben defender sus posiciones; sino acuden a la cita pueden perderlas.
- 3 Second Life, explota al máximo estas similitudes, pero no se puede considerar, propiamente, como un juego, puesto que no posee reglas, no hay objetivos, etc. De entrada, en SL no hay nada que hacer. Los usuarios de SL no suelen considerarse jugadores y los jugadores de MMORPG lo encuentran aburrido. Estas afirmaciones pueden corroborarse con un simple vistazo a los blogs de ambos tipos de usuarios.
- 4 Todos los terapeutas poseen sobrada experiencia a propósito del sufrimiento que se puede llegar a experimentar si estas discrepancias son muy acentuadas. En ocasiones, este sufrimiento alcanza formas propias de la psicopatología, como depresiones, pasos al acto, personalidades narcisistas o, incluso, sentimientos de orden paranoide, por poner tan sólo algunos ejemplos.
- 5 Aunque los autores no usan esta terminología sino la de ideal self. Creemos que no faltamos a la verdad si utilizamos su ideal self como sinónimo de Ideal del Yo y del Yo ideal simultáneamente.
- 6 Carácter no en el sentido de personalidad sino en el de “play character”, es decir el personaje con el que se juega.
- 7 Si bien en la actualidad ambos soportes permiten la modalidad online, esta se realiza con un número mucho menor de compañeros de juego y una interactividad muy limitada, si se los compara con los MMORPG.
- 8 La mensajería instantánea (conocida también en inglés como IM) requiere el uso de un cliente informático que realiza el servicio de mensajería instantánea y que se diferencia del correo

electrónico en que las conversaciones se realizan en tiempo real.

- 9 IRC (Internet Relay Chat) es un protocolo de comunicación en tiempo real basado en texto, que permite debates en grupo o entre dos personas y que está clasificado dentro de los servicios de comunicación en tiempo real. Se diferencia de la mensajería instantánea en que los usuarios no deben acceder a establecer la comunicación de antemano, de tal forma que todos los usuarios que se encuentran en un canal pueden comunicarse entre sí, aunque no hayan tenido ningún contacto anterior.

Referencias Bibliográficas.

- Ackerman, N. W. (1958). *The psychodynamics of family life*. Oxford England: Basic Books.
- Bartle, R. (1996). Hearts, clubs, diamonds, spades: players who suit MUDs. *Journal of Virtual Environments*. Disponible en <http://www.brandeis.edu/pubs/jove/HTML/v1/bartle.html>. consultado el 23 de enero de 2008.
- Bauman, Z. (2005). *Liquid life*. [Traducción castellana: Vida líquida. Barcelona: Paidós, 2006]. London: Polity Press.
- Bessière, K., Seay, A. F. y Kiesler, S. (2007). The ideal elf: Identity exploration in world of warcraft. *CyberPsychology & Behavior*, 10(4), 530-535.
- Castells, M. (2001). *La galaxia internet*. Barcelona: Areté.
- Cole, H. y Griffiths, M. D. (2007). Social interactions in massively multiplayer online role-playing gamers. *CyberPsychology & Behavior*, 10(4), 575-583.
- Domjan, M. (2004). *Principios de aprendizaje y conducta*. Madrid: Thomson.
- Douse, N. A. y McManus, I. C. (1993). The personality of fantasy game players. *British Journal of Psychology*, 84(4), 505-509.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Oxford England: Norton & Co.
- Freud, S. (1979). El yo y el ello (1923). En S. Freud, *Obras completas (Vol. XIX): El yo y el ello y otras obras (1923-1925)* (pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*. New York, NY US: Basic Books.
- Giddens, A. (1999). *Runaway world* [Traducción castellana: *Un mundo desbocado*. Madrid: Taurus, 2000]. London: Profile.
- Griffiths, M.D., Davies, M.N.O. y Chappell, D. (2003). Breaking the stereotype: The case of online gambling. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 81-91.
- Griffiths, M. D., Davies, M. N. O. y Chappell, D. (2004). Demographic Factors and Playing Variables in Online Computer Gaming. *CyberPsychology & Behavior*, 7(4), 479-487.
- Hernández, V. (2008). *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*. Barcelona: Paidós.
- Kelly, R. V. (2004). *Massively Multiplayer Online Role-Playing Games*. Jefferson: McFarland & Co.
- Lagache, D. (1958). *La psychanalyse*. Paris: P.U.F.
- Lawson, K. D. (2000). Beyond corporeality: The virtual self in postmodern times. *Journal of Psychological Practice*, 6(1), 35-43.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Lipovetsky, G. (2006). *Le bonheur paradoxal* [Traducción castellana: *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama, 2007]. Paris: Gallimard.
- McKenna, K. Y. A. y Bargh, J. A. (2000). Plan 9 from cyberspace: The implications of the Internet for personality and social psychology. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 57-75.
- Ng, B. D. y Wiemer-Hastings, P. (2005). Addiction to the Internet and Online Gaming. *CyberPsychology & Behavior*, 8(2), 110-113.
- Reid, E. (1998). The self and the Internet: Variations on the illusion of one self. En J. Gackenbach y J. Gackenbach (Eds.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications*. (p. 29-42). San Diego, CA US: Academic Press.
- Rosenzweig, M. y Leiman, A.L. (1992). *Psicología fisiológica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sánchez Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a internet y al móvil: ¿Moda o trastorno? *Adicciones*, 20(2), 149-159.

- Sánchez-Carbonell, X. y Beranuy, M. (2007). La adicción a internet como sobreadaptación social. En A. Talam (Ed.), *Globalización y salud mental* (p. 341-368). Barcelona: Herder.
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck Jr, P. E., Khosla, U. M. y McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematics Internet. *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 267-272.
- Shapira, N. A., Lessig, M. G., Goldsmith, T. D., Szabo, S. T., Lazoritz, M., Gold, M. S., et al. (2003). Problematic Internet Use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17, 207-216.
- Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321-326.
- Tarpy, R. M. (1999). *Aprendizaje: Teoría e Investigación Contemporáneas*. Madrid: McGraw-Hill.
- Turkle, S. (1997). Multiple subjectivity and virtual community at the end of the end of the freudian century. *Sociological Inquiry*, 67, 72-84.
- Utz, S. (2000). Social information processing in MUDs: The development of friendships in virtual worlds. *Journal of Online Behavior*, 1(1). Disponible en: <http://www.behavior.net/JOB/v1n1/utz.html>, consultado el 23 de enero de 2008.
- Wang, C. K. J., Khoo, A., Liu, W. C. y Divaharan, S. (2008). Passion and intrinsic motivation in digital gaming. *CyberPsychology & Behavior*, 11(1), 39-45.
- Wood, R. T. A., Griffiths, M.D. y Parke, A. (2007). Experiences of time loss among videogame players: an empirical study. *CyberPsychology & Behavior*, 10, 38-44.
- Wood, R. T. A., Gupta, R., Derevensky, J. L. y Griffiths, M. (2004). Video Game Playing and Gambling in Adolescents: Common Risk Factors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 14(1), 77-100.
- Yee, N. (2002). *Ariadne. Understanding MMORPG addiction*. Disponible en: www.nickyee.com/hub/addiction/home.html. Consultado el Noviembre de 2008.
- Yee, N. (2006). Motivations for Play in Online Games. *CyberPsychology & Behavior*, 9(6), 772-774.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La **REVISTA DE PSICOTERAPIA** es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 59 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores o estudiosos del ámbito de la salud mental.

Datos técnicos

Edita: Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista S. L.

Director: Manuel Villegas Besora

Consejo de Dirección: Lluís Botella García Del Cid, Lluís Casado Esquiús, Ana Gimeno-Bayon Cobos, Mar Gómez, Ursula Oberts, Leonor Pantinat Giné, Ramon Rosal Cortes.

Consejo Editorial: Alejandro Avila Espada, Cristina Botella Arbona, Isabel Caro Gabalda, Guillem Feixas I Viaplana, Juan Luis Linares, Giovanni Liotti, Francesco Mancini, Jose Luis Martorell Ypiens, Mayte Miro Barrachina, Jose Navarro Gongora, Luigi Onnis, Ignacio Preciado, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari, Valeria Ugazio.

Coordinación Editorial: Lluís Botella García del Cid

Secretaria de Redacción: Empar Torres Aixalà

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2008 MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

- A.- Suscripción para el año 2008 (números 73-76): 52 euros.** (IVA incluido).
Oferta para los nuevos suscriptores: obsequio de los números del año anterior (números 69-72).
- B.- Suscripción al *resto de la colección* desde principios de 1990 hasta finales de 2008. Oferta por 200 euros.** (IVA incluido).
Comprende la suscripción para el año 2008 más el resto de números publicados desde su aparición, excepto los agotados o aquellos que puedan ir agotándose en el transcurso del tiempo.
- C.- Números atrasados, anteriores a 1999, según existencias. Oferta 3 euros.** (IVA incluido) por ejemplar. (No incluye gastos de envío)

Para información y suscripciones dirigirse a

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
EDITORIAL GRAÓ
C./ Hurtado, 29
08022 BARCELONA
Tel. 934 080 464 - Fax: 933 524 337**

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

Rosa Díaz

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

Marta Beranuy Fargues y Ursula Oberst

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

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

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

Introducción

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

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

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

La adicción a Internet en niños y adolescentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prevalencia y gravedad del problema

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

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

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

actividad que no tenga relación con el objeto de adicción.

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

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

Factores de riesgo asociados a la adicción a Internet en adolescentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 2

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

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

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

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

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

Estrategias preventivas, ¿cómo avanzarnos?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El tratamiento: “un traje a medida”

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

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

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

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

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

Componentes fundamentales en los programas para adolescentes

Las técnicas motivacionales

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

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

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

¿Uso controlado o abstinencia?

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

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

Terapia cognitiva

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

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

Técnicas conductuales

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

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

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

Alternativas realistas de ocio e interacción social

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

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

Intervención con la familia

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

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

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

Grupos terapéuticos o de apoyo/autoayuda

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

Prevención de recaídas

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

Uso de psicofármacos en niños y adolescentes

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

Hospitalización

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

Programas residenciales

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

vuelva a casa.

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

a. Presentación del caso y motivo de consulta

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

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

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

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

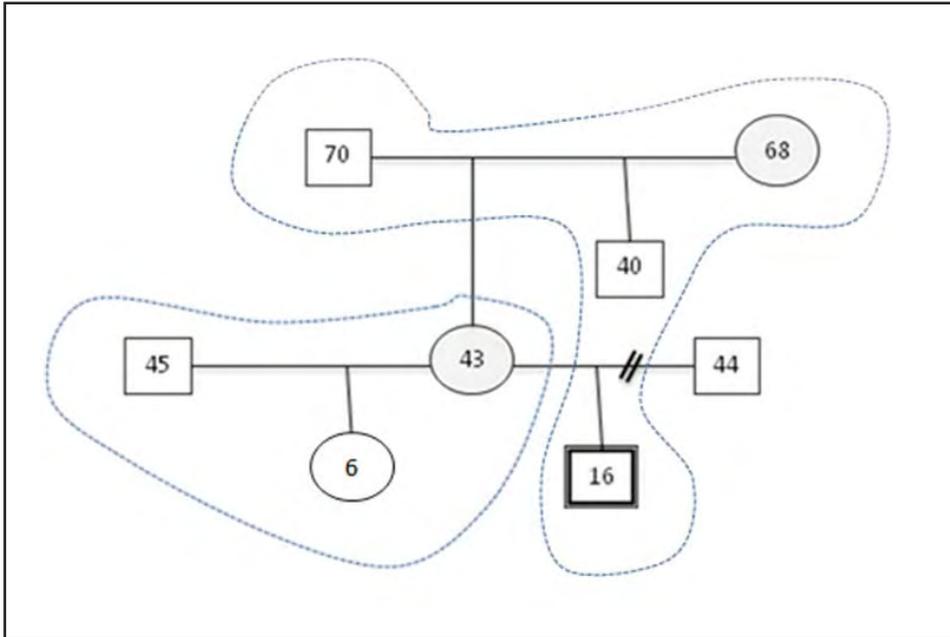


Figura 1. Genograma de Carlos

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

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

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

Evaluación y diagnóstico

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

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

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

En el eje III: Anoxia perinatal.

En el eje IV: Conflictos familiares.

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

c. Antecedentes personales y familiares:

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

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

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

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

Dificultades de adaptación y fracaso escolar.

Múltiples tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

Dificultades en las relaciones con amigos y desengaños amorosos.

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

d. Plan terapéutico

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

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

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

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

e. Evolución del tratamiento

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

otra visita.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Seguimiento

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

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

Conclusiones

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

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

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

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

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

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

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

Notas

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

Apéndice:

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

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

Programas de control parental:

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

Referencias Bibliográficas

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

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

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

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

EL TRABAJO CON PERSONAS ADICTAS AL CIBERSEXO: UNA APROXIMACIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE

Kailla Edger

Ph.D., ICCDPD, Duquesne University, Pittsburgh, PA.

David L. Delmonico

Ph.D., Duquesne University, Pittsburgh, PA.

Elizabeth Griffin

M.A., LMFT, American Foundation for Addiction Research, Minneapolis, MN.

Internet Behavior Consulting, LLC. Minneapolis, MN

Correspondencia: Kailla Edger at edger.kailla@yahoo.com. 3205 McConnell Street, Aliquippa, PA 15001, (Phone) 412.498.1629, (Fax) 724-776-0860

The Internet has changed the way our culture thinks about sexuality – both positively and negatively. Some incorporate the Internet as part of their healthy sexual repertoire, while others engage in online sexual behaviors that become out of control. In order to conduct a comprehensive assessment and develop an effective treatment plan, clinicians must familiarize themselves with the various methods venues for engaging in online sexual behavior. This article offers information on appropriate assessment and treatment for individuals struggling with problematic online behavior.

Keywords: Internet, sexual behavior, cybersex, addiction, personal centered therapy.

Internet ha cambiado la manera en que nuestra cultura piensa sobre la sexualidad tanto positiva como negativamente. Algunas personas incorporan Internet como parte de su repertorio sexual saludable, mientras otras se entregan a conductas sexuales *online* con el riesgo de perder el control.

Aproximadamente 90 millones de personas usan Internet cada mes, un número que se ha incrementado rápidamente y continúa subiendo. Adicionalmente a los cien mil millones de páginas web, Internet continúa facilitando a los usuarios acceso a innumerables *chatrooms*, emails y opciones para jugar, que además permiten

encuentros incontables para la actividad sexual *online* (Delmonico, Griffin, & Carnes, 2002). Este artículo ofrece información para la evaluación y el tratamiento de personas que luchan con conductas problemáticas *online*.

Evaluación de la conducta problemática relacionada con el cibersexo

Existen una serie de puntos relacionados con el proceso de evaluación; sin embargo, este artículo se focalizará en tres conceptos principales:

- (1) comprensión de la tecnología básica para hacer preguntas informadas
- (2) utilización de instrumentos para el cribado y para la evaluación,
- (3) comprensión de las diferencias entre usuarios de cibersexo y las implicaciones para el tratamiento.

Funcionamiento y encuentros de cibersexo

Para atender a individuos con su conducta problemática de cibersexo, los clínicos deberían familiarizarse con los diversos escenarios donde el cibersexo puede producirse. A continuación se presenta una lista de diversos puntos de encuentro donde la gente puede desarrollar conductas compulsivas o problemáticas respecto a la práctica de cibersexo.

- *World Wide Web (Internet)*. La forma más habitual de acceder a Internet a través de la web. Los buscadores de Internet (e.g. Netscape, Internet Explorer, Opera, etc.) interpretan y presentan textos, gráficos y multimedia (e.g. fotos, videos, música, etc.) y facilitan el intercambio de ficheros entre ordenadores.
- *Newsgroups*. Esta área sirve como un sistema electrónico de tabloneros de anuncios donde la gente puede poner y leer texto o mensajes multimedia (imágenes, sonidos, videos). Existen decenas de miles de *newsgroups* dedicados a temáticas específicas, y miles de ellos se utilizan para intercambiar mensajes de contenido sexual cada día. Otra área creciente muy similar a los *newsgroups* son los grupos de discusión como los grupos Yahoo o los grupos Google. Estos permiten al usuario crear un grupo de discusión *online* entorno a cualquier temática imaginable – y muchas personas imaginan sexo. Estos grupos no sólo permiten poner mensajes como los *newsgroups*, sino también tienen apartados para el chat, áreas para el intercambio de ficheros y otras características para ayudar a los usuarios a conectarse entre ellos fuera del grupo de discusión. Éste es un ámbito de Internet que crece con rapidez y que crea nuevas implicaciones para el cibersexo.
- *Email*. El email se usa para la comunicación directa con otros individuos o grupos de individuos. En el caso de cibersexo, el mensaje con contenido sexual puede ser en forma de conversaciones, cuentos, imágenes, sonidos o vídeos. A menudo, las personas se encuentran en otras áreas del Internet

y luego empiezan a comunicar a través de email como forma de añadir privacidad y seguridad a sus intercambios sexuales.

- *Enhanced Internet Chat (Internet Chat aumentado)*. Usuarios ocasionales son familiares con programas de chat, como el Yahoo Messenger, ICQ, Excite SuperChat o America Online's Instant Messenger (AIM). La evolución de los chats estándar basados en el texto ha ido transformándose en programas de software que permiten el intercambio de ficheros (imágenes, sonido y programas), navegación simultánea de la web, chat mediante voz y videoconferencia. Estos servicios de chat se pueden llamar el área del Internet Chat Aumentado.
- *Internet Relay Chat (IRC)*. Se trata de un protocolo de comunicación en tiempo real, y es el área de chat más amplio y antiguo en Internet. Es poco conocido para la mayoría de los usuarios ocasionales, y normalmente atrae a los más entendidos en informática. Adicionalmente a los chats estándar basados en texto, IRC incluye una serie de *chatrooms* que funcionan como servidores de ficheros (*file server*) para el intercambio de diferentes tipos de multimedia, incluyendo pornografía. Estos servidores de ficheros permiten a los usuarios acceder al disco duro de otra persona y comercializar así imágenes, música, vídeos, etc. Existe una multitud de servidores de ficheros dedicados específicamente al intercambio de pornografía infantil.
- *Videoconferencia/chat mediante voz*. Durante los últimos cinco años las ampliaciones tecnológicas y la amplia disponibilidad de conexiones de banda ancha con gran velocidad han aumentado la demanda para dispositivos *hardware* y *software* para la comunicación mediante voz y videoconferencias. Cuando esto se combina con la conducta sexual, el resultado es una *peep show* interactiva y de alta tecnología. Estas tecnologías también han sido usada para divulgar el abuso sexual de niños en vivo y en directo y otras formas de explotación sexual.
- *Peer to Peer File Sharing (compartir ficheros entre usuarios)*. Los paquetes de software como Kazaa[®] han hecho del intercambio de ficheros un pasatiempos popular. Los usuarios ocasionales de este software a menudo intercambian ficheros de música, pero cualquier fichero se puede “compartir” en esta red. Muchos de estos ficheros son de naturaleza pornográfica. Los ficheros pornográficos son numerosos, se encuentran fácilmente y pueden contener pornografía infantil ilegal.
- *Social Networking Sites (páginas para el networking social)*. Una area de Internet cuya popularidad ha crecido mucho son las páginas para el *networking social*, es decir el establecimiento y mantenimiento de redes sociales. Estas páginas permiten a los usuarios chatear, enviar y recibir emails, colgar anuncios, fotos e información sobre ellos mismos y sobre

otros, al igual que intercambiar ficheros. Entre este tipo de páginas se encuentra MySpace.com y Facebook.com, pero existen muchos otros. Las páginas de redes sociales también facilitan a las personas la publicación de información (incluyendo fotografías) sobre ellas mismas y la creación de listados de “amigos” con los que luego pueden comunicar a través de esta página – y todo esto gratis. Estas áreas no necesariamente son peligrosas en sí; sin embargo, el tipo de información que los individuos comparten *online* puede ser inapropiado o ponerlos en situaciones de riesgo. Además, la mayoría de la gente tiene “amigos” en su sitio que no conocen en la vida real. En muchos casos, el objetivo es tener un máximo número de amigos *online*, independientemente de si se conoce a la gente que se añade como amigos.

- *Depósitos de fotografías/vídeos.* Una de las áreas de Internet más nuevas y que más rápidamente crecen son las páginas de compartir fotografías y vídeos. Parecido a las páginas de redes sociales, estos encuentros permiten al usuario colocar sus fotografías y vídeos caseros *online*, donde otros visitantes pueden ver y comentar este material. Hay miles de fotos y vídeos *online*, y especialmente los adolescentes encuentran estos sitios como muy atractivos para colocar fotografías o vídeos de ellos mismos y de sus amigos, tomados desde un teléfono móvil o de una (video)cámara digital normal.
- *Juegos online.* Algunas aplicaciones *online*, como los Multi-User Dungeons (MUDs) animan a los participantes a adoptar diversas características y jugar estos papeles en un escenario de juego. Una parte de estos juegos tienen una carga sexual y ofrecen la posibilidad de participar en conversaciones sexuales. Algunos individuos muestran conductas compulsivas con el aspecto de fantasía y de roles de estos juegos, de contenido sexual o no. Una nueva generación de juegos *online* ha tomado el relevo en el mercado, en los cuales las personas pueden jugar en equipo los unos contra otros. Aunque no sean de contenido sexual, puede conllevar problemas de compulsividad. Algunas videoconsolas, como la X-Box, además tienen una versión *online* que permite a los usuarios conectarse a Internet y chatear con otros jugadores mientras se está jugando. Obviamente, ya que son los niños los consumidores más habituales de estos entornos de juego *online*, también constituye una área primordial para acosadores sexuales.
- *Otras áreas.* Otras técnicas que se usan para practicar el cibersexo o la conducta sexualmente ofensiva incluyen: *Bulletin Board Systems* (BBS, un sistema de tablón anuncios, nota de la traductora), *file transfer protocol* (FTP, protocolo de transferencia de archivos, nota de la traductora), y *telnet* (un protocolo que permite el manejo a distancia, nota de la traductora). Estas técnicas representan las áreas más arcaicas de Internet, pero

siguen siendo problemáticas. BBS por ejemplo requiere que el usuario marque el número de teléfono (o dirección telnet) de un ordenador determinado que permite el acceso a áreas de chat y de transferencia de ficheros. Estos BBS pueden ser peligrosos, ya que es difícil localizarlos y controlarlos legalmente.

- *Acceso a Internet sin ordenador.* La tecnología para acceder a Internet crece constantemente. Por ejemplo, los teléfonos móviles y los PDAs (una especie de ordenador de mano) como el Palm Pilot ahora permiten el acceso a Internet para enviar y recibir emails, navegar y otras actividades. Como tal, la industria pornográfica también quiere tener su parte de este mercado. Se calcula que la pornografía vía móvil mueve varios miles de millones de dólares cada año vendiendo las imágenes directamente al móvil del cliente. Se puede comprar “tarjetas porno” que permiten el acceso a pornografía directamente en el móvil o PDA si se tiene conexión a Internet. Solo esto ya sería suficientemente problemático, pero los móviles y PDAs ya llevan cámaras digitales integradas. Estas cámaras compactas pueden ser el sueño hecho realidad de un *voyeur* y pueden también producir nuevas víctimas en vestuarios y lavabos por todo el mundo.

Hay dos formas habituales de consumir cibersexo, visual y relacional. El consumo visual incluye mirar imágenes sexualmente excitantes y la forma relacional incluye la interacción con otros a través de chatroom, email u otras vías de comunicación.

Instrumentos de evaluación

Aunque los instrumentos que existen en este momento para el cribado o la evaluación de problemas con el cibersexo tienen una validez y fiabilidad limitadas, estos instrumentos siguen siendo los más útiles para recoger información y para conducir un cribado inicial objetivo. Los instrumentos para el cribado incluyen (en inglés):

- Internet Sex Screening Test – Revised (ISST-R; Delmonico & Griffin, 2009),
- *Online Sexual Addiction Questionnaire* (OSA-Q; Putnam, 1997),
- *Cyber-Addiction Checklist* (Weiss, 2000),
- *Cybersexual Addiction Quiz* (Young, 1998).

En estos momentos, el ISST-R está siendo evaluado respecto a su validez y fiabilidad. Para acceder el ISST-R, los participantes pueden acceder la página <http://www.internetbehavior.com/isst>. Como pasa con todas las evaluaciones globales, el test de cribado debe ser utilizado dentro de un contexto de un diagnóstico psico-socio-sexual (Delmonico, Griffin y Carnes, 2002). Además, como con todo asunto psicológico complejo, ningún instrumento debe usarse solo para evaluar la

compulsividad sexual *online*. El uso de terceras personas como informantes (por ejemplo, pareja, padres, jefe, etc.) y el conocimiento clínico sobre cibersexo y el Internet aumentan la probabilidad de una entrevista clínica válida (e.g. motivos por los cuales se usa, asuntos colaterales) (Delmonico, Griffin y Carnes, 2002). Una entrevista semi-estructurada llamada el *Internet Assessment* (Evaluación de Internet) se puede conseguir de los autores de este artículo. Este protocolo ayuda a los profesionales a evaluar diversos conceptos tecnológicos y psicológicos asociados a la conducta problemática en relación a Internet.

La evaluación tiene que tener en cuenta que no todos los usuarios de cibersexo son iguales en su conducta problemática o en lo que necesitan en tratamiento. Los clínicos deben usar sus habilidades diagnósticas para determinar el tipo de usuario que tienen delante y para desarrollar planes de tratamiento adecuados. El *Cybersex Users Model* (Modelo de usuario de cibersexo) es una manera de conceptualizar las diferencias entre tipos de usuarios y sus necesidades y objetivos terapéuticos.

Cybersex Users Model

La mayoría de los usuarios de cibersexo (80%) pueden considerarse “usuarios recreacionales”. Estos son individuos que se involucran en actividades sexuales *online* con pocas consecuencias o problemas como resultado de su conducta.

Los individuos que sí que tienen problemas con sus actividades *online* caen en una de tres categorías: usuarios “descubrimiento”, usuarios predispuestos y usuarios sexualmente compulsivos a lo largo de su vida (Carnes, Delmonico y Griffin, 2001); estas categorías pueden influenciar y dirigir la planificación del tratamiento.

- El usuario descubrimiento es una persona que no ha tenido problemas previos con su conducta sexual hasta que descubrió el cibersexo.
- Los usuarios predispuestos tienen su primer problema relacionado con el sexo *online* después de haber pasado años con fantasías y necesidades apremiantes sexuales que no habían sido realizadas.
- El compulsivo sexual de toda la vida incorpora el cibersexo como un elemento añadido a sus severas conductas sexuales problemáticas (Carnes, Delmonico y Griffin, 2001).

En tratamiento, un usuario descubrimiento puede no requerir la misma cantidad de tiempo e intensidad como uno compulsivo a lo largo de la vida. El usuario descubrimiento puede beneficiarse más de una intervención psico-educacional y estrategias de prevención de recaída que los otros dos tipos. Por otra parte, el compulsivo a lo largo de la vida probablemente requiere terapia intensiva individual y en grupo, medicación y una variedad de otros tipos de tratamiento (Delmonico y Griffin, 2005). Esto es solamente un breve ejemplo de cómo la categoría de usuarios de cibersexo puede influenciar el tratamiento.

El tratamiento de la conducta problemática en relación al cibersexo: un modelo de cambio

Cambio de primer y de segundo orden

Los conceptos de cambio de primer y segundo orden fueron introducidos por primer vez por Watzlawick, Weakland y Fish (1988) y modificados posteriormente para el tratamiento de cibersexo por Carnes, Delmonico y Griffin (2001). Los cambios de primer orden fueron definidos como acciones concretas tomadas para parar rápidamente un problema y para controlar o evitar ciertas consecuencias. Se usan para ayudar a estabilizar el pensamiento obsesivo y la conducta compulsiva para generar e implementar un plan de recuperación a largo plazo. Delmonico (2002) sugirió que los cambios de primer orden deberían incluir la reducción de acceso al ordenador y el aumento de la conciencia del cliente respecto a su problema con el cibersexo. Los cambios de segundo orden se definen como acciones tomadas para producir efectos a largo plazo y a un nivel más profundo. Después de un tiempo de disipar la crisis y de aumentar la conciencia, el cambio de segundo orden puede empezar. Las áreas a las que se dirige son 1) la des-ritualización del consumo de cibersexo, 2) la evaluación psiquiátrica, 3) la inclusión de la familia al tratamiento, 4) el control del aislamiento social, 5) el tratamiento de asuntos colaterales como el duelo, el trauma, y la gestión de la ira, 6) la promoción de una sexualidad saludable y 7) la exploración de la espiritualidad (Delmonico, 2002; Delmonico, Griffin y Carnes, 2002).

Delmonico, Griffin y Carnes (2002) advierten que los cambios de primer orden deberían estar bien instaurados y ser practicados con regularidad y eficacia antes de la introducción de la mayoría de los cambios de segundo orden, porque el apretar demasiado o ir demasiado rápido podría despertar expectativas no realistas en el cliente o en el terapeuta y podría, paradójicamente, contribuir a que el cliente se sienta ineficiente, inadecuado y falto de recursos. Si los cambios de primer orden no están bien establecidos, existe mayor riesgo de recaída. Sin embargo, un cliente que ha conseguido los cambios de primer orden, pero se niega a moverse más allá de estos cambios, no mantendrá el cambio a largo plazo y estará a riesgo de volver a la conducta compulsiva (Delmonico, Griffin y Carnes, 2002). Aunque la fase del primer orden sea corta y básica, a los clientes a menudo les cuesta ejecutar y mantener estos cambios. Como las crisis iniciales pueden haber pasado debido a la implementación del cambio de primer orden, muchas veces los clientes abandonan la terapia una vez que se inicia la fase de segundo orden y, en consecuencia, disminuyen la probabilidad de recuperarse a largo plazo (Delmonico, Griffin, & Carnes, 2002). Por eso, las estrategias para ayudar al individuo a permanecer en terapia más allá del cambio de primer orden tienen que implementarse muy pronto en la terapia.

Fundamentos del enfoque centrado en el cliente

La terapia centrada en el cliente es para los terapeutas una de las maneras para ayudar a sus clientes. En este enfoque los terapeutas se aseguran que cualquier decisión tomada en terapia sea la decisión del cliente, un objetivo que parece contradictorio al proceso de tratamiento terapéutico en sí, ya que muchas veces es precisamente el proceso de tomar decisiones del cliente que causa su estado de malestar. Esta paradoja, sin embargo, da sentido si el terapeuta enfoca el proceso promocionando la responsabilidad del cliente y ayudándoles a considerar las limitaciones de sus elecciones mientras, al mismo tiempo, defiende la libertad personal.

Al ayudar a los clientes a comprender quiénes son y en qué persona se quieren convertir, el terapeuta debe primero renunciar a su superioridad moral. También debe abandonar la idea de que un determinado punto de vista o *modus operandi* es un poco mejor o más “verdadero” que otro (Parry & Doan, 1994). En cambio, el terapeuta debe trabajar con la humilde consciencia de que en el ámbito de la terapia, cualquier cosa está sujeta a interpretación (Parry & Doan, 1994); los clientes crean su propia realidad. Además, el terapeuta es responsable para confrontar las elecciones y visiones del cliente con una visión realista. Se debe confrontar al cliente con las consecuencias de sus elecciones a medida que elaboran la forma en qué quieren vivir su vida.

Por eso, el objetivo de la terapia es doble. Primero, ayudar a las personas a darse cuenta de que son esencialmente seres libres; que pueden elegir la vida que viven. De hecho, *deben* escoger su vida, porque hasta en los casos que deciden no escoger y dejar que las circunstancias dominen su forma de vivir, también están eligiendo ser las víctimas de su vida (Sartre, 1984). Segundo, el terapeuta también debe ayudar al cliente a darse cuenta de que mediante sus elecciones inevitablemente se enfrenta a las circunstancias de estas elecciones, porque está intrínsecamente ligado al mundo en el que viven y a las circunstancias de la existencia. No hay estar-en-el mundo sin estar-ahí (*Sein* vs. *Dasein*, nota de la traductora), se está en el mundo y entre otros (Heidegger, 1962). Para poner al cliente en el sitio de un controlador de sus decisiones mientras se le ayuda a convertir sus patrones de toma de decisiones anteriores disfuncionales a patrones más beneficiosos, el terapeuta debe ayudar al cliente a darse cuenta que la vida intrínsecamente limita las posibilidades de elección. El terapeuta debe confrontar constantemente al cliente con el hecho que si toma una decisión, abandona necesariamente otras decisiones y por eso, un compromiso es esencial (entre sus impulsos y las consecuencias por llevarlos a la práctica). El cliente puede escoger vivir la vida que desea, pero sólo dentro de las limitaciones de la existencia.

Otro concepto útil en la terapia centrada en el cliente es asistir al individuo a comprender y aplicar sus “mapas” personales hacia una recuperación a largo plazo (Bateson, 1972). Como estos mapas de la realidad se forman en la infancia, son muy

resistentes a la persuasión, amonestación o evidencia contraria (Parry & Doan, 1994). En esencia, el cerebro hace un “programa” del mundo temprano en la vida, construyendo una comprensión de la realidad. Cada individuo nace dentro de un mundo narrativo en el cual le asignan papeles a interpretar. La persona es “arrojada” a la existencia y envuelta de ciertas circunstancias dadas, como su sexo, la estructura de su familia, hermanos, salud, etc. Al mismo tiempo, como individuo que interactúa con estas circunstancias dadas, constantemente trabaja para construir auto-narrativas para dar sentido al mundo en el que vive y que deben servir como guías de cómo responder a los demás en sus vidas (Parry & Doan, 1994). Una vez configurada esta “guía” o “mapa” en la infancia, el cerebro rechaza o reinterpreta cualquier información conflictiva o inconsistente con este programa en un esfuerzo de mantener intacto el programa original y para hacerlo caber en su comprensión de la realidad (Parry & Doan, 1994); a menudo este proceso es realizado mediante mecanismos de defensa como la negación, minimización o racionalización. Cuando el cliente empieza a identificar sus percepciones sobre la realidad y sus patrones auto-defensivos destinadas a mantener estable el mapa de la realidad, entonces puede empezar a trabajar hacia cambios de segundo orden. Entonces puede entender que sólo él puede cambiar estos mapas y que debe asumir la responsabilidad para sus pensamientos y acciones para conseguir esto.

El enfoque centrado en el cliente aplicado a temas de cibersexo

Una vez puesta la plena responsabilidad para la elección y las consecuencias en el cliente, el cambio de primer orden de *Reducción de Acceso al Ordenador* (Delmonico, Griffin, & Carnes, 2002) ya no es una imposición hecha al cliente contra la cual puede rebelar. Un cliente puede escoger la opción de reducir su acceso al ordenador, porque el no hacerlo puede estar vinculado a ciertas consecuencias que el cliente desea no experimentar (por ejemplo, sentimiento de culpa por esconder la conducta ante la pareja o temor de perder su trabajo debido a su hábito de mirar pornografía en la oficina). En este proceso, es el cliente quien toma la decisión de reducir el acceso (y también de cómo reducirlo) mediante la ponderación de consecuencias personales, no el terapeuta. Desbloqueando al cliente en su libertad de elección mientras se le confronta con las posibles consecuencias de sus elecciones, el terapeuta obliga al cliente a ser el autor de su propia narrativa *a través de un punto de vista realista*. Así lo motiva a hacer cambios mediante compromisos, los cuales pueden realizar sus deseos personales pero también comprender que llevarlos a cabo produce ciertas consecuencias.

Dentro del proceso de cambio de primer orden, también hace falta aumentar la conciencia del cliente de que tiene un problema con su conducta relacionada al cibersexo (Delmonico, Griffin, & Carnes, 2002). Conociéndose a sí mismo está establecido en el concepto primario que uno está inmerso en y afectado por el mundo (Heidegger, 1962). Para conseguir este auto-conocimiento, el individuo debe

desvincularse momentáneamente de su vida cotidiana y reflexionar sobre su experiencia personal y sólo después puede empezar a cambiar sus experiencias de una forma que sea significativa para él. Estudiar las consecuencias de sus acciones pasadas y como éstas han afectado su estado en el presente es crucial para ayudar al cliente a aumentar esta consciencia de su conducta problemática. El terapeuta debe buscar patrones y procesos para la comprensión de significados antiguos y la creación de significados nuevos y ayudar al cliente a identificar su filosofía personal en términos de cómo piensa, como es y como interactúa con los demás (Carlsen, 1988). Las narrativas personales, las emociones y los ideales son parte de este procesamiento y búsqueda de patrones. La interpretación construye la realidad personal (Parry & Doan, 1994), y por eso, el terapeuta debe ayudar al cliente a hacer una reflexión sobre sus experiencias pasadas y confrontarle con las consecuencias de sus elecciones anteriores en un esfuerzo para dejar claro que el cliente está metido en un mundo que le afecta constantemente. El cliente debe darse cuenta que sus elecciones afecta a otras personas y estas otras personas, en cambio, también le afectan a él. Una vez que el cliente comprende que tiene conductas problemáticas (mediante la evaluación de elecciones anteriores y sus consecuencias) y se compromete al cambio, a menudo ve la necesidad de reducir el acceso a la fuente que dispara estas conductas problemáticas (e.g. uso doméstico del ordenador).

Delmonico (2002) sugirió las siguientes áreas a tener en cuenta durante el cambio de segundo orden:

- *Atacar la llamada de Internet* – Tener en cuenta la llamada de Internet y planificar intervenciones para inhibir el ciclo que ha sido ritualizado entorno al consumo de cibersexo.
- *Incluir la evaluación psiquiátrica* – En algunos casos, el diagnóstico psiquiátrico puede ser necesario para controlar la comorbilidad como la depresión, ansiedad, otras adicciones o conductas obsesivo-compulsivas. Fármacos como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) pueden reducir la obsesión con el cibersexo y ayudar al cliente a progresar más rápidamente hacia su recuperación. Los fármacos también pueden ser útiles para tratar con la depresión, la ansiedad u otros aspectos que contribuyen al deseo de meterse en actividades sexuales *online*. Los estudios sugieren que puede haber motivos subyacentes para que un individuo use el Internet para el sexo, incluyendo la reducción de estrés, la depresión y el deseo de escaparse de la vida cotidiana (Cooper, Griffin-Shelly, Delmonico, & Mathy, 2001). Una evaluación psiquiátrica podría controlar algunas de estas condiciones comórbidas.
- *Incluir la familia* - La familia muchas veces es obviada como un componente del tratamiento del cibersexo; sin embargo, en el tratamiento para la conducta sexualmente compulsiva, la familia puede ser uno de los elementos críticos para predecir la recuperación exitosa. Schneider (2000) men-

ciona algunos de los complejos aspectos involucrados en el tratamiento del cibersexo dentro de la familia. Asuntos difíciles como la revelación de la conducta problemática a la pareja, niños y otros miembros de la familia deben ser tenidos en cuenta y tratados en el setting terapéutico. Algunos objetivos habituales para el tratamiento en pareja o familia incluyen la revelación apropiada de las conductas pasadas y presentes, el restablecimiento de líneas abiertas de comunicación, la construcción de la confianza en la relación de pareja y familiar y la creación de técnicas de asumir responsabilidades por parte del adicto al cibersexo.

- *La terapia de pareja* puede ser más efectiva después de que ambas partes hayan tenido una oportunidad de elaborar sus emociones de forma individual, por eso se sugiere que los dos tengan terapeutas individuales antes de empezar una terapia conjunta. Es también importante advertir a las familias o a la pareja que no tome ninguna decisión importante en los primeros meses del tratamiento, ya que la podrían tomar desde un “modo de crisis” en vez de tomar decisiones razonadas. Al final, el resultado negativo potencial de este tipo de actividades es que estas conductas muchas veces se producen en el ordenador doméstico. El ordenador usado para tener acceso al material de cibersexo puede ser el mismo que los hijos usan para sus deberes escolares o para enviar emails amigos. Esto aumenta el riesgo que los niños estén expuestos a material sexual inapropiado que podría estar almacenado en *bookmarks* o en el disco duro del ordenador. En el tratamiento, los adictos al cibersexo se beneficiarán de la posibilidad de revisar como su conducta afecta negativamente sus familias.
- *Trabajar asuntos colaterales* – Una serie de asuntos importantes tienen ser trabajados para ayudar a la persona compulsiva del cibersexo a manejar su actividad sexual *online*. Estos asuntos incluyen duelos no resueltos, manejo del estrés, de la culpa o vergüenza, manejo de la ira, traumas de la infancia, empatía con la víctima, etc. Aunque el cibersexo podría ser el foco primario en la terapia, estos asuntos colaterales tienen que ser elaborados para hacer avanzar el cliente en su recuperación de segundo orden.
- *Promover una sexualidad saludable* – Otro de los temas importantes es la visión del cliente de una sexualidad saludable. Aunque esta definición puede variar de individuo en individuo, es importante explorar esto, de manera que el cliente tenga una comprensión de lo que son sus objetivos para la recuperación, igual que ayudarle a averiguar caminos de tener relaciones sexuales en la vida real de forma más satisfactoria.
- *Explorar la espiritualidad* – Una parte esencial del tratamiento incluye la incorporación de la espiritualidad como una dimensión de la propia sexualidad. Esto puede incluir explorar como la propia religión influye en

las prácticas sexuales del individuo. Sin embargo, también se ocupa de cómo el sentido de la espiritualidad del individuo puede ser beneficioso para una recuperación a largo plazo.

Incorporar el cambio a través de la libertad y responsabilidad personales

Aplicar los conceptos de cambio de primero y segundo orden puede ser un reto terapéutico. Una manera de entender la aplicación de los conceptos discutidos antes es mediante la presentación de un caso.

Ejemplo de un caso

John es un hombre de 40 años casado preocupado por su frecuente práctica de la masturbación y el consumo de pornografía online. Su vida sexual con su mujer ha disminuido significativamente durante los dos últimos años, y John incorporó el consumo de la pornografía en internet en su vida como forma de afrontar su vida sexual marital no satisfactoria. Desde entonces, ha aumentado su frecuencia de masturbación y su consumo de pornografía en Internet se ha convertido en un hábito diario. Ha intentado limitar su conducta online, pero estos intentos como mucho duraban un par de días. Siente constantemente la necesidad de mirar pornografía online, que mira mientras se masturba. John refiere que piensa constantemente en este tipo de pornografía y experimenta ansiedad cuando sabe que va a estar sin acceso a Internet durante más de un día o dos. Su mujer, Amy, lo sorprendió como se masturbaba con la pornografía online un par de veces y manifestó su disconformidad con esta conducta. Él esconde su consumo ante Amy, pero se siente culpable por su deshonestidad y con miedo que ella pueda volver a atraparlo. Cree que sus fantasías sexuales y su masturbación están fuera de control, pero siente que esta es la única manera de afrontar el descontento que tienen con su vida sexual y ser fiel a su mujer a la vez. Amy siente que la relación emocional con John ha empeorado significativamente y que la relación de él con el hijo que tienen también ha disminuido en los últimos dos años. Amy había dicho a John que su conducta tenía que cambiar para poder seguir estando casados.

Evaluación del caso de John

La exploración en profundidad empezó con una entrevista exhaustiva con John con el objetivo de recoger información sobre datos biográficos relevantes y el historial sexual de John. Una entrevista de cribado inicial con John, junto con el Sexual Addiction Screening Test (SAST, Test de Cribado de Adicción Sexual) confirmó conductas problemáticas sexuales tanto *online* como en la vida real. A raíz de esta información, Amy fue enviado a su propio terapeuta, especializado en el trabajo con parejas de personas sexualmente compulsivas.

Una evaluación más detallada con John incluyó el MMPI-2 seguido por el

Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck para averiguar la presencia de depresión y ansiedad y para establecer una línea base antes de empezar la terapia. Se hizo una exploración de conductas pasadas y presentes para evaluar la presencia de otras conductas compulsivas o adictivas. Luego se hizo una exploración de John respecto a su consumo de cibersexo (mediante el Internet Sex Screening Test) y de conductas sexualmente ofensivas. La entrevista del historial sexual de John reveló que tenía fantasías de exhibirse ante mujeres en público, pero que no lo había llevado a la práctica. No tiene antecedentes penales respecto a delitos sexuales, incluyendo el exhibicionismo.

Comienzo del tratamiento

Al principio John se sentía disgustado y creía que no podría con el número de cambios que supuestamente tenía que hacer en su vida para poder mantener su matrimonio. Volvía a echar la culpa a su mujer por no satisfacerle sexualmente, aumentando su necesidad de afrontar la situación mediante la masturbación ante el ordenador. Le molestaba tener que limitar el uso de su ordenador y se sentía tratado como un niño. A pesar de que sabía que su consumo de cibersexo había aumentado significativamente durante los últimos dos años y le estaba causando ansiedad cuando no podía acceder a ello, se sentía molesto por tener que hacer cambios.

Pasar la responsabilidad al cliente

El terapeuta de John le informó que era una persona libre y que era suya la decisión en qué manera quería enfocar el cambio en la terapia. El primer paso era averiguar cómo John quería vivir su vida y qué objetivos podrían establecerse para que pasara esto. El proceso terapéutico se focalizó en diseñar planes. Cada plan contenía las elecciones de John y las consecuencias que esas conllevarían. Era la responsabilidad de John de escoger un plan y, basado en su evaluación de conductas pasadas y posibles consecuencias que podrían salir, el terapeuta le ayudaría a determinar si aquel plan era el plan hacia el cual quería llegar.

El “plan A” de John era continuar tener un acceso privado al ordenador y evitar mirar pornografía en internet por sí solo. El “plan B” de John era continuar consumiendo pornografía *online* para obtener gratificación sexual. Su “plan C” era reducir el acceso privado al ordenador en un esfuerzo de evitar la tentación de consumir pornografía *online*. El terapeuta se comprometió a trabajar con el plan que John eligiera, pero ahora John sería constantemente advertido de que vive en un mundo con otros que le afecta y que él afecta a otros. Con estas advertencias constantes, John necesitaba ponderar qué consecuencias (o limitaciones) experimentaría en el plan escogido y si la vida que quería vivir valdría la pena si tiene estas consecuencias. Finalmente, hay que tomar una decisión. En la Tabla 1 se presenta una guía simplificada para este proceso, aunque es importante tomar nota que este proceso es cíclico y continuo a lo largo de los encuentros psicoterapéuticos, ya que

las percepciones cambian y los planes inicialmente intencionados pueden ser abandonados. El proceso terapéutico depende de “la exploración imaginativa y adaptación sensible al servicio del cliente (...). La terapia se desarrolla hacia un sistema colaborativo, pero personalizado en sus ciclos en una y otra dirección, en sus finales que llevan a nuevos comienzos” (Carlsen, 1988, p.91).

Tabla 1.		CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
PLAN	Libertad de elección	Limitaciones de la vida	Limitaciones de la vida
A	Continuar teniendo acceso privado a Internet evitando el consumo de pornografía	1) Libertad continuada de tener uso privado del ordenador para asuntos generales	1) Basado en la evaluación de conductas pasadas, John intentó varias veces llevar a cabo el plan A y continúa recayendo al seguir viendo pornografía <i>online</i> a escondidas de su mujer. Patrones cíclicos de recaídas continuarán. 2) Aumento de la ansiedad ante la posibilidad de no tener acceso a Internet
B	Continuar el consumo de pornografía <i>online</i>	1) Gratificación sexual derivada de este consumo. 2) Mecanismo de afrontamiento para evitar tratar con la disminuida gratificación sexual marital.	1) Necesidad de esconder conducta ante la mujer porque ella lo desapruueba y aumento del sentimiento de culpa por mentir a su mujer 2) Disminución de la atención prestada a sus hijos. 3) Riesgo de divorcio 4) Posible aumento del consumo y aumento del riesgo.
C	Reducir el acceso al uso privado del ordenador en un esfuerzo de evitar la tentación de consumir pornografía <i>online</i>	1) Disminución del sentimiento de culpabilidad por no ser honesto con su mujer. 2) Disminución del temor de ser descubierto por no esconder la conducta. 3) Aumento de la implicación con sus hijos.	1) Aumento de la ansiedad por no poder acceder a pornografía en Internet (a corto plazo) 2) Insatisfacción sexual en matrimonio (variable).

John decidió trabar el plan C, porque no estaba dispuesto a arriesgar el divorcio o desatender más a sus hijos (plan B), y sabía que tendría que continuar con su patrón cíclico recayendo en el consumo compulsivo de pornografía *online* si escogiera el

plan A, ya que esto había sido su patrón pasado y no quería seguir viviendo de esta manera.

Como parte del plan de recuperación en materia de salud sexual, John y su mujer aceptaron un contrato de mantener la abstinencia de todas formas de contacto sexual durante 90 días (incluyendo masturbación y pornografía). Este contrato de abstinencia era una forma de empezar la terapia y ayudar al cliente a comprender la profundidad de su dificultad. John sabía que tenía la tendencia de echar la culpa a su mujer por su consumo de pornografía, y pensaba que un contrato de abstinencia podría eliminar su tendencia a focalizar en la atención sexual limitada de su mujer hacia él; los dos estuvieron de acuerdo de dejar el sexo de lado para centrarse en sus asuntos individuales durante 90 días. John tuvo varias recaídas durante el proceso de abstinencia; se le pidió que anotara cualquier recaída junto con los pensamientos, emociones, fantasías y conductas que experimentaba durante estas recaídas. En este contexto, las recaídas fueron reformuladas como acontecimientos de ayuda para poder determinar cualquier desencadenante que pudiera contribuir al consumo compulsivo de sexo. La restricción de la conducta a solamente algunas ocasiones ayudó a determinar cualquier pensamiento problemático que contribuía a la conducta compulsiva de John. Durante las recaídas, el terapeuta de John continuaba revisando el plan que había escogido y continuaba cargando la responsabilidad a John como el principal tomador de decisiones en su vida, siempre sujeto a las consecuencias de estas decisiones). Se le recordó que era importante no esperar la perfección y comprender que la recaída era una parte del proceso de cambio (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1995).

John también participó en un programa grupal de 12 pasos como apoyo en la consolidación de sus nuevas conductas sexuales saludables. Se consiguió un “padrino” en quien podía confiar y sincerarse respecto a la mejora de su salud sexual, sus relaciones y calidad de vida general.

El consumo de pornografía y la masturbación compulsiva continuó disminuyendo notablemente a medida que aprendió a usar su red social y seguir con la terapia. Todo fue bien hasta que en el cuarto mes tuvo una recaída importante. Una vez más, la recaída fue redefinida como una experiencia de aprendizaje y se exploraron posibles estrategias para prevenir futuros excesos conductuales.

John permaneció en terapia durante 2 años aproximadamente. Durante este tiempo atendía las sesiones grupales semanales y las sesiones individuales dos veces por semana. Después de su tratamiento primario, continuó con sesiones individuales periódicas. Durante este tiempo, se trabajaron una serie de asuntos incluyendo la relación de pareja y la relación sexual con ella, además de temas espirituales y reducción de estrés. John deploraba la pérdida de su conducta durante toda la terapia y continuaba luchando con el hecho que no podía usar el sexo como estrategia de afrontamiento en el futuro, pero se había dado cuenta que no quería seguir viviendo con las consecuencias de tener el cibersexo en su vida. Después de

la finalización del contrato de abstinencia de 90 días, el plan de salud sexual de John le permitió la masturbación ocasional, siempre y cuando no la usara para reducir sentimientos de depresión o ansiedad. Continuaba llevando un diario de sus actividades masturbatorias, incluyendo los pensamientos, emociones y fantasías antes, durante y después de la conducta. John y su mujer fueron a terapia matrimonial con un terapeuta distinto, especializado en temas de pareja y familia. John continuaba a modificar su plan de recuperación de salud sexual a medida que nuevos temas aparecían en el tratamiento y otros temas se convertían en menos problemáticos.

Hay muchos matices en casos clínicos, y no todos acaban en un tratamiento exitoso; sin embargo, el caso de “John” ilustra los componentes clave a incluir en el proceso de evaluación y tratamiento. Permitiendo a John a decidir de forma completamente libre también le exigió a asumir la responsabilidad para el resultado de la terapia. Pasando la responsabilidad para el tratamiento al cliente, muchas veces le ayuda a permanecer más motivado e implicado en el resultado de la terapia.

Conclusión

Al igual que sucede con otras adicciones, el tratamiento del sexo compulsivo es a menudo complejo y exigente. Aunque los enfoques para las adicciones al cibersexo presentan características similares a la evaluación y tratamiento de otras adicciones, hay intervenciones específicas que los terapeutas deberían usar al tratar con individuos con compulsiones sexuales. Es importante que el terapeuta se mantenga actualizado participando en formación y supervisión respecto a la conducta sexual compulsiva. El caso de John era un ejemplo de cómo la conducta sexual puede manifestarse, pero existen innumerables otras formas de manifestarse esta conducta. Internet continuará cambiando y modificando la forma en que comunicamos e intercambiamos información, y los terapeutas deben aprender sobre la multitud de temas relacionados con la salud mental que puedan emerger como resultado de un proceso de avances tecnológicos. Los terapeutas también deben recordar que no hay que depender de la palabra “curación” como objetivo terapéutico final; más bien deben abrazar el concepto de *reorientación de la condición humana* y estimular a sus clientes a considerar diferentes alternativas de futuro al igual que diferentes puntos de vista respecto a su pasado.

Internet ha cambiado la manera en que nuestra cultura piensa sobre la sexualidad tanto positiva como negativamente. Algunas personas incorporan Internet como parte de su repertorio sexual saludable, mientras otros se entregan a conductas sexuales online con el riesgo de perder el control. Este artículo ofrece información para la evaluación y el tratamiento de personas que luchan con conductas problemáticas online.

Palabras clave: Internet, comportamiento sexual, cibersexo, adicción, Terapia Centrada en la Persona.

Traducción: Ursula Oberst

Referencias bibliográficas

- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.
- Carlsen, M. B. (1988). *Meaning making: Therapeutic processes in adult development*. New York: W.W. Northon & Company.
- Carnes, P. J. (2001). Escalating arousal: Factors in addictive sexual desire. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8(1), 45-78.
- Carnes, P. J., Delmonico, D. L., & Griffin, E. J. (2001). *In the shadows of the net: Breaking free from compulsive online sexual behavior*. Center City, MH: Hazelden Foundation Press.
- Cooper, A., Griffin-Shelly, E., Delmonico, D. L., & Mathy, R. (2001). Online Sexual Problems: Assessment and Predictive Variables. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8 (3-4), 267-285.
- Delmonico, D. L. (1999). *Internet Sex Screening Test*. Retrieved on April 8, 2009 from http://www.sexhelp.com/internet_screening_test.cfm
- Delmonico, D. L. & Griffin, E. J. (2005). Sex offenders online: What clinicians need to know. In Schwartz, B. (Ed.), *The sex offender: Issues in assessment, treatment, and supervision of adult and juvenile populations*, Vol. 5, (pp. 1-25). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Delmonico, D. L. Griffin, E. J. & Carnes, P. J. (2002). Treating online compulsive sexual behavior: When cybersex is the drug of choice. In Cooper, A. (Ed.), *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians* (pp. 147-167). New York: Brunner-Routledge.
- Delmonico, D. L. (2002). Sex on the superhighway: Understanding and treating cybersex addiction. In Carnes, P. J., & Adams, K. (Eds.), *Clinical management of sex addiction* (pp. 239-254). New York: Routledge.
- Delmonico, D. L. & Griffin, E. J. (2009). The Challenge of Treating Compulsive Sex. In *Full Spectrum Recovery & Counseling Services*. Retrieved on April 1, 2009, from <http://www.fullspectrumrecovery.com/control/articles/uploaded/Treating%20compulsive%20sex.pdf>
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. New York: Harper & Row.
- Parry, A. & Doan, R. E. (1994). *Story re-visions: Narrative therapy in the postmodern world*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1995). *Changing for good*. New York: Avon Books.
- Putnam, D. E. (1997). *Online Sexual Addiction Questionnaire*. Retrieved on April 8, 2009 from <http://onlinesexaddict.com/osaq.html>
- Sartre, J. P. (1984). *Being and nothingness: An essay on Phenomenological ontology*. New York: Philosophical Library, Inc.
- Schneider, J. P. (2000). Effects of cybersex on the family: Results of a survey. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7(1-2), 91-112.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1988). *Change: Principles of problematic formation and problem resolution*. New York: Norton.

- Weiss, R. (2000). *Cyber-Addiction Checklist*. Retrieved on April 8, 2009 from http://www.sexualrecovery.com/sri_docs/cyber.htm
- Young, K. (1998). *Cybersexual Addiction Quiz*. Retrieved on April 8, 2009 from http://www.netaddiction.com/resources/cybersexual_addiction_quiz.htm

LA e-PSICOLOGÍA: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN EN LA TERAPIA A DISTANCIA

Antoni Baena

Unitat de Tabaquisme. Hospital de Bellvitge.

Grupo de Investigación sobre Conductas Desadaptativas de la Universitat Ramon Llull

Mónica Quesada

Centro Integral de Atención a las Drogodependencias. Ayuntamiento de Getafe.

Florian Vogt

Department of Health Psychology. King's College, University of London.

The world wide web is already a source for information about health for many people. It is likely that in the future there will be more and more people who will seek to receive treatment from a health professional over the web. Currently, health professionals who are considering this new field of study are interested in identifying whether psychology (as a practical discipline) should or should not offer its services electronically or which specific features such e-therapists should possess. They are also concerned about how to establish clinical sessions that possess the qualities of face-to-face sessions including the therapeutic effectiveness while being delivered electronically. The electronic relationship will not substitute the face-to-face meeting but instead will complement or even will stimulate it. This new situation has led to the production of a new deontological code with new regulations considering the new technologies. As an example we review what Information and communication technologies (ICT) are offering for smoking cessation treatment.

Keywords: e-Psychology, deontology, e-Health, ICT

Introducción

Nunca antes la tecnología nos había permitido acceder a tanta información y menos aún, nos permitía almacenar este caudal de datos de la forma en que hoy lo podemos hacer gracias a las Tecnologías de la Información y de la Comunicación

(TIC). Por eso, muchos autores hablan de la Sociedad Red como la sociedad resultante de la experiencia del uso de las TIC.

Pero si hay un concepto que podría resumir lo que representa ser un ciudadano de la sociedad red es poseer la capacidad de la interactividad. La sociedad red es, por tanto, una sociedad diferente que deberá admitir totalmente la bidireccionalidad de los mensajes y la importancia del receptor. Es una sociedad desjerarquizada que ya no podrá ser vertical en sus sistemas de relación y comunicación, será horizontal (Shapiro, 2001). Por lo que ya no es suficiente con la información disponible en tiempo real, es necesario transformar esta información en aprendizaje, en tratamiento, en conocimiento.

La e-Psicología o telepsicología

La e-Psicología o Telepsicología es un área que pertenece al campo de la e-salud o telesalud, término que se define como “la provisión de salud a distancia”. La principal característica de estos sistemas de e-salud es la distancia que existe entre el usuario y el terapeuta y la superación de la misma mediante las TIC, aunque a veces no es tanto una distancia física como una incompatibilidad horaria la que hace útil este modelo de intervención.

La e-Psicología ha sido definida por Brown (1998) como “el uso de la tecnología de las telecomunicaciones para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la psicología con el propósito de posibilitar un diagnóstico efectivo, educación, tratamiento, consultas, transmisión y almacenamiento de datos del paciente, investigación y otras actividades relacionadas con la provisión de cuidados de salud mental”.

El primer contacto de la psicología con las TIC se dio cuando desde la psicología clínica se empezaron a utilizar ordenadores personales, agendas PDA y el teléfono (fijo inicialmente, móvil posteriormente) en diferentes ensayos clínicos. Posteriormente se incorporó Internet, la realidad virtual, la realidad aumentada, el vídeo y la televisión ya fuese para investigación como para su aplicación clínica. Aunque, lógicamente, es el ordenador el que está siendo más utilizado junto con el teléfono, ya que es la tecnología con mayores posibilidades de integración de elementos.

La e-Psicología es por tanto de utilidad en la consulta simple, en el seguimiento de casos, en la circulación de material de soporte y de autoayuda, en las bases de datos de profesionales o de centros de atención, etc. La posibilidad de ofrecer texto e imágenes –también en movimiento–, enriquece la relación asistencial y puede utilizarse como medio para explicar experiencias de otros pacientes tratados con éxito, historias de superación que aumenten la autoestima y autoconfianza y generen actitudes positivas.

Por lo tanto, podemos decir que diferentes experiencias han demostrado que las TIC, especialmente la red, pueden facultar a los individuos a controlar su propia

salud y no únicamente a adquirir información despersonalizada. Esto gracias a que las TIC posibilitan y facilitan considerablemente el acceso de un profesional al máximo de personas, especialmente a aquellas que tienen dificultades de movilidad; la superación de las barreras idiomáticas o culturales; la asistencia desde la propia casa o trabajo para aquellas personas con dificultades horarias, de desplazamiento o cargas familiares o, por el contrario, favorecen el seguimiento de terapias en aquellas personas con elevada movilidad, personas que requieren una intervención “ahora mismo” (“*Right Now*”) y “sólo para mí” (“*Right for me*”) o simplemente aquellas personas que eligen el tratamiento a distancia como primera elección, realidad que cada vez es más frecuente según algunos datos de tendencia en otros países (Evans, 2009).

Otra ventaja, que ya hemos comentado anteriormente, es que con la utilización de las TIC el paciente puede acceder a la información o a su tratamiento personalizado en el momento en que lo decida, ya que no es imprescindible la presencia física del especialista cuando aparece la necesidad o la motivación pudiendo aumentar la frecuencia de contactos con su terapeuta o hacer consultas a otros profesionales. Un terapeuta no visible en algunas situaciones puede favorecer la confidencialidad y la autorrevelación del paciente al profesional, lo que no quiere decir que el psicólogo o psicóloga que trabaja en línea no tenga que estar claramente identificado para evitar intrusismos o malas prácticas (Bermejo, 2002).

A pesar de la demostrada eficacia de los tratamientos a distancias de diferentes problemáticas psicológicas, los terapeutas clínicos se muestran aún resistentes a su utilización en terapia (Dolezal-Wood, Belar y Snibbe, 1998), seguramente por tres motivos principales. El primero por el miedo a que las TIC suplanten algunas funciones del terapeuta ya que pueden realizar parte del trabajo del terapeuta. El segundo motivo, nos atrevemos a decir, es porque los profesionales de la psicología no están, lógicamente, a salvo de la necesidad de “alfabetización digital”. Y por último, ya hemos comentado que las TIC no mejoran la eficacia de los tratamientos tradicionales, motivo por el cual seguramente algunos terapeutas no se planteen, creemos que erróneamente, integrar dicha tecnología en su práctica diaria.

Es previsible que se combine la ayuda tradicional con el tratamiento a distancia. No se trata de reemplazar lo que se ha adquirido históricamente, sino considerar qué temas son susceptibles de ser consultados y tratados con las TIC, provocando unos cambios que pueden llegar a ser radicales en el proceso de atención sanitaria tanto individual como de colectivos.

La terapia aplicada más frecuentemente hasta el momento está basada en el modelo cognitivo conductual, ya que es una terapia estructurada y que presenta protocolos de procedimiento delimitados y más fácilmente evaluables.

La psicología por tanto, debe superar la fase actual en la que se encuentra en nuestro país y que pasa por ser generalmente una informadora de calidad. Debe adaptar sus tratamientos a distancia de forma efectiva ya que puede aportar mucho

en cuanto a la atención de personas que hasta ahora quedaban fuera de cualquier intervención. El hecho que las intervenciones a distancia no superen en eficacia a las presenciales, como los estudios actuales apuntan, no nos tiene que desanimar ya que no es el objetivo buscado, es más creemos que corrobora la idea que las TIC nos ofrecen un nuevo escenario para intervenir y no una nueva forma de intervención en sentido estricto, pero es que además en el peor de los escenarios estaríamos poniendo en marcha tratamientos eficaces a un número mucho mayor de demandantes de atención.

Antecedentes históricos de la utilización de las TIC en psicología

La utilización de TIC, especialmente el ordenador, en psicología se remonta a los años 70 donde autores como Poter desarrollaron un programa de ordenador para incrementar la conciencia de las personas sobre sus hábitos alimentarios con el fin de modificarlos y reducir así la ingesta de calorías. Otros ejemplos están en el tratamiento computerizado de fobias a las arañas (Gallego, 2006). Otras áreas que han interesado a la psicología han sido el potencial adictivo de la red la personalidad de los internautas y su potencial para realizar experimentos en línea (Bermejo, 1999; Steffens, 2001; Risso, 2001).

Pero si hay un campo de estudio que empieza a mostrar resultados esperanzadores es el de la e-psicología. Kavanagh y Hawker (2001) revisaron la literatura existente sobre la evaluación psicológica *online* y concluyeron que es tan fiable como el cara a cara. A su vez la satisfacción por parte de los propios usuarios, especialmente en salud mental, es elevada ya que así se manifiestan la mayoría de personas consultadas que han participado en estudios *online*.

Entendemos que una propuesta de tratamiento a distancia es sobre todo un acto de comunicación y en este sentido especialista y paciente se encuentran en la red para acercarse y reconocerse en su papel, pero en igualdad de condiciones y de estímulos. Por eso, toda propuesta de este tipo deberá incluir una trayectoria de contenidos dictados y certificados por profesionales de la psicología, pero a esto se le debe sumar un inteligente diseño web y navegación que haga un entorno agradable, claro y con la calidad técnica requerida para que el paciente obtenga los beneficios que se esperan de todo tratamiento psicológico. Por tanto, es un tratamiento interdisciplinario, que no multidisciplinario, entre informáticos, diseñadores, comunicadores y psicólogos. El que se crea autosuficiente se equivocará.

Redes de salud virtual y transformaciones sociales

En un estudio de Aspden y Katz del 2001 se mostró que el 41% de los internautas norteamericanos se habían conectado alguna vez para acceder a recursos informáticos sobre salud. En 2002 ya era del 60% (Pew Internet and American Life Project, 2003) aunque hay autores que afirman que son datos demasiado

exagerados (Castells, 2004). El 65% de quienes buscaban sobre salud utilizaron buscadores generales, el 21% portales de salud y el 11% entraron en sitios web sobre enfermedades específicas (Boston Consulting Group, 2001). De estos, el 80% afirmó haber encontrado toda la información que buscaba, o la mayor parte de ella (PEW, 2003). El 58% afirmó que recurría a Internet en primer lugar para conseguir información sanitaria fiable, mientras que el 35% declara contactar antes con un profesional médico.

Por lo que vemos que la red se está convirtiendo rápidamente en el lugar de referencia de salud de muchas personas por lo que es muy importante intentar adelantarse a la situación y trabajar en la búsqueda de la calidad en la información y servicios ofertados.

¿Por qué los psicólogos deberían ofrecer servicios a distancia?

Actualmente, la discusión se ha centrado en los motivos de los pacientes para utilizar los servicios a distancia casi obviando la misma cuestión en los profesionales. Entre los principales motivos para iniciar un servicio online están (Jones y Stokes, 2009):

- 1- Sentir curiosidad por estas “nuevas formas” de trabajo,
- 2- Deseo de aumentar la base de clientes,
- 3- Deseo de utilizar las habilidades presenciales en otro formato y
- 4- Deseo de aumentar la disponibilidad de tratamiento profesional al mayor número de personas posible.
- 5- Este tipo de terapéutica está aquí para quedarse y aquellos terapeutas que no aprovechen la oportunidad de ser visibles online pueden ir paulatinamente extinguiéndose.

Por otra parte, el terapeuta busca aprovecharse al máximo de las ventajas que la utilización de las TIC en el proceso terapéutico presenta:

- Al utilizar principalmente la terapia cognitivo conductual que requiere la repetición de instrucciones y demostración de habilidades, estas tecnologías permiten ganar tiempo al terapeuta en tareas no monótonas.
- Ayudan al paciente a adherirse al tratamiento
- Monitorizar situaciones en el contexto natural.
- Recogida de información estructura para el análisis posterior por parte del terapeuta.
- Gestión de situaciones complicadas y de crisis.

Ventajas	Inconvenientes
# Pone al alcance de todo tipo de personas el buscar terapia	# No todo el mundo tiene acceso a estas TIC
# Permite el anonimato	# Es necesario tener ciertas habilidades para utilizar diferentes TIC
# Es más económica que la tradicional	# No hay comunicación no verbal, excepto si se utiliza videoconferencia
# Puede ser más atractiva para niños y adolescentes	# Es más difícil actuar en situaciones de crisis
# Se puede utilizar 24 horas al día y 7 días a la semana	# La privacidad puede verse en peligro si no se toman ciertas medidas de control
# Internet permite el acceso a servicios especializados desde zonas remotas	# Puede encontrarse información contradictoria y/o errónea en Internet
# Es más fácil compartir información	
# Internet facilita el apoyo social	
# Se puede monitorizar mejor el seguimiento del tratamiento	

Ventajas e Inconvenientes del uso de las TIC en tratamiento

La gran ventaja del email es que todo queda por escrito, lo que favorece enormemente archivar íntegramente la comunicación mantenida en la relación terapéutica, lo que conlleva a considerar un segundo elemento terapéutico esencial. El posterior análisis puede ser muy exhaustivo, permitiendo dedicarle más tiempo a considerar qué es lo que el paciente dice y cómo responderle. lo que es muy valorado en los modelos cognitivos de tratamiento (Bermejo, 2002). Las terapias cognitivas se adaptan muy fácilmente y por eso son las más utilizadas a distancia (Jones y Stokes, 2009).

Ya que este tipo de asociaciones con los clientes se da sin el contacto físico y con el terapeuta en un ambiente habitualmente de aislamiento, hay que mantener un buen nivel de interacciones sociales con otros terapeutas (Evans, 2009).

¿Por que los psicólogos no deberían usar el tratamiento a distancia?

Quizás la razón más frecuentemente aludida es que el tratamiento a distancia simplemente no funciona y que una relación real no puede desarrollarse únicamente mediante la utilización de texto. Hay una amplia evidencia científica que indica que la práctica terapéutica usando narrativa escrita como principal terapia ha conseguido resultados positivos, especialmente en áreas como los desórdenes depresivos, ansiosos y algunos desórdenes somáticos (Evans, 2009).

Otra de las preocupaciones está en la propia tecnología. ¿Es segura? ¿Es fiable? Está claro que ningún terapeuta a distancia puede dar una garantía total de que es imposible que las cosas vayan mal, de la misma forma que pasa en el

tratamiento presencial. En cualquier caso el terapeuta debe tener la suficiente competencia para manejar el software elegido para la interacción online, especialmente en lo referente a la seguridad de los datos y al manejo de las situaciones en las que la tecnología falla (Evans, 2009). En estos casos se debe tener por escrito un tutorial sobre cuál será el protocolo que se seguirá y, generalmente, se utilizará otro medio de comunicación (SMS, teléfono, etc.) para comunicar la incidencia y reorganizar las sesiones.

Dicha utilización tampoco está exenta de inconvenientes como:

- Dificultad de utilización en determinados contextos naturales sin llamar la atención
- El desarrollo de programas adecuados es complicado
- Requiere unas habilidades en el uso de TIC por parte del paciente.
- Ausencia de comunicación no verbal (excepto al utilizar videoconferencia, aunque es muy poco frecuente por el momento debido a su dificultad técnica).
- Ausencia de espontaneidad si el tratamiento es asincrónico.

Cuando hablamos de contacto asincrónico mediante el uso de las TIC, nos referimos principalmente al correo electrónico ya que mediante este medio de comunicación no se hace necesaria la coincidencia temporal del terapeuta y del paciente. Por otra parte, nos referimos a un contacto sincrónico con el uso de las TIC cuando se usa el chat, el teléfono o incluso la webcam, aunque generalmente es el chat la tecnología de referencia.

El tratamiento a distancia requiere del terapeuta ciertas aptitudes como tener el suficiente nivel de manejo de las TIC, junto con la habilidad de organizar, manejar y comprometerse con los pacientes utilizando correctamente las herramientas de comunicación, en un medio que requiere un código ético diferencial (Evans, 2009). Por otra parte, trabajar durante demasiado tiempo delante del ordenador no es adecuado ni para el terapeuta ni para los resultados del paciente, por lo que se deben planear descansos debido a la naturaleza sedentaria del tratamiento online.

Características de un e-Terapeuta

Si bien, algunas de las condiciones más importantes que el terapeuta debe cumplir en el contacto online no difieren de las clásicas características que C. Rogers propuso para el tratamiento presencial: empatía, genuinidad e incondicional aceptación del paciente. Junto a estas características comunes encontramos algunas específicas como (Yellowless, 2002):

1. Deben ser flexibles.
2. Capaces de integrar una amplia variedad de información y trabajar en el 24/7 modelo global.
3. Competentes: tanto en psicoterapia como en habilidades con la informática.

4. Conocer sus limitaciones y las del e-tratamiento.
5. Responsables.
6. Terapeuta como facilitador.
7. Terapeuta como autoridad en el tema.

Ser competentes representa principalmente:

1. No utilizar el e-mail para situaciones de urgencia
2. Estar seguro que los pacientes saben cómo contactar con el e-terapeuta
3. Decidir con los pacientes qué temas pueden tratarse por e-mail
4. Dejar claro a los pacientes que pueden utilizar el teléfono si no hay respuesta en 48 horas.
5. No enviar material posiblemente identificable a terceras personas sin el permiso del paciente.
6. Encriptar los e-mails a ser posible.

¿Por qué los pacientes eligen trabajar a distancia?

Principalmente la mayoría de usuarios de tratamiento a distancia seleccionan este tipo de ayuda por el hecho de vivir en áreas remotas o en áreas no tan remotas pero en las que el transporte público es un problema o hay pocos profesionales disponibles. También es seleccionada por pacientes con problemas de oído.

Lo que sí está claro es cada vez hay más clientes que deciden usar el tratamiento no presencial como primera elección (Jones y Stokes, 2009).

Iniciándose en el tratamiento a distancia

El primer contacto

Habitualmente el primer contacto se inicia cuando el paciente envía un email al terapeuta demandando información sobre el tratamiento a un problema. En ese momento es cuando el terapeuta debe valorar su competencia, y la del paciente, para resolver dicha demanda por medio de TIC. Aunque no se debe ignorar dicha información el terapeuta debe centrar sus respuestas en los detalles del contrato, más que iniciar inmediatamente el tratamiento. Por ejemplo diremos: “es importante dejar claros los detalles antes de iniciar el tratamiento, para poderlos dejar aparte lo antes posible y centrarnos en lo que realmente nos interesa que es el problema en cuestión”.

Es en esta parte del proceso en la que hay que evaluar y dejar claros los límites de la terapia a distancia y resolver cualquier posible confusión inicial. Con este fin muchos autores incluyen diferente información en sus emails iniciales o en su web que piden completar a sus clientes, la información justa y necesaria para que el terapeuta consiga ayudar a su cliente terapéuticamente.

Este contacto inicial es una magnífica oportunidad para demostrarle al paciente que se ha entendido el problema en profundidad y que se tienen suficientes

habilidades para iniciar un tratamiento. A su vez, se debe valorar las habilidades del paciente en el uso de las TIC. En caso contrario se debería tener preparados diferentes tutoriales que le ayuden en su proceso o protocolos diferenciales según las necesidades del paciente, es decir, en algunos casos puede ser adecuado cambiar del formato sincrónico al asincrónico, por ejemplo, ya que este último suele ser más fácilmente usado y mucho más familiar para la mayoría de internautas. En última instancia siempre debe existir la posibilidad de una autoderivación presencial o a otro profesional o servicio accesible.

En cuanto al uso de un lenguaje formal o informal en el inicio de un email, pueden influir considerablemente en el establecimiento de la relación. Un inicio formal puede cohibir al paciente, mientras que un inicio informal puede dar la impresión de exceso de familiaridad. Por eso se recomienda un uso neutro tipo “Hola”, “Querido”, “Estimado”. Breves emails requieren respuestas breves ya que es posible que esta parquedad en palabras sea debida a una discapacidad, a una segunda lengua o a la ausencia de habilidades con el ordenador (Evans, 2009).

El contrato del tratamiento a distancia

La propia naturaleza del trabajo a distancia hace absolutamente necesario tener un contrato por escrito que debe ser enviado a los clientes para que sea firmado y devuelto adecuadamente. Si el cliente aporta mucha información antes de aceptar el contrato, y por alguna razón el tratamiento no sigue adelante, el paciente se podrá sentir muy expuesto y vulnerable.

Por otra parte, muchas veces el terapeuta se centra demasiado rápidamente en el trabajo terapéutico y presta poca atención a los temas funcionales y no redacta contrato alguno. También es bueno incluir un formulario de evaluación de la satisfacción del usuario que debe ser enviada en un momento concreto del proceso a todos los pacientes.

En el tratamiento online, es poco probable realizar algún tipo de contacto entre sesiones por lo que algunos terapeutas consideran inapropiado responder los emails fuera de lo planificado, pero hay que tener en cuenta que este tipo de tratamiento es muy diferente del presencial en este aspecto. Es mucho más realista y manejable estructurar los límites de la intervención y la temporalización de las respuestas, qué será considerado respuestas fuera de lo convenido. Por ejemplo podemos decirle al paciente: “Si trabajamos por email, tú puedes enviarme emails cuando quieras, aunque sólo puedo garantizar que los responderé durante los tres siguientes días laborables (excluidos los fines de semana). Lo que significa que si envías diversos emails en un periodo de tiempo corto, puedes encontrarte con un único email de respuesta a todos. Nombraré mis respuestas como e-Mail Terapéutico 1,2, etc. y serán enviados como documento adjunto en un email con una pequeña introducción.”

En cuanto a la privacidad de los datos, es una buena idea tener preparado un

documento en el que se explique al paciente como éste puede mantener la privacidad de su propio ordenador, particularmente en lo referente al hecho de utilizarlo en el trabajo o en cibercafés o cuando es compartido por otras personas. Otro aspecto de la confidencialidad y la privacidad hace referencia al lugar físico desde el que se escribirán los emails, es decir, desde donde se seguirá la terapia. Se le aconsejará seguir las mismas acciones que el terapeuta lleva a cabo con su ordenador: proteger el ordenador con una contraseña, no compartir su uso y usarlo en un mismo despacho y, en el supuesto caso de una avería, se debería incluir un teléfono de contacto y enviar un SMS avisando de la incidencia.

Establecer una presencia y relación a distancia

La evidencia científica indica que la terapia a distancia puede crear una alianza de trabajo recíproca a la que se da en el tratamiento presencial (Evans, 2009). Por eso la clave para el éxito de la interacción con los pacientes no presenciales consiste en establecer una presencia online y desarrollar las habilidades requeridas para crear una alianza terapéutica durante los estados iniciales de la relación a distancia, positiva y reforzadora. Dicha presencia es evidente y percibida como única y diferencial a cada paciente aunque la distancia entre paciente y terapeuta pueda llevarnos a pensar lo contrario ya que también aparece estimulación sensorial, cambios en el ambiente, interacción, grado de familiaridad, etc.

Obviamente, la personalidad y habilidades del terapeuta debe ser evidente para los pacientes ya que es la clave de la dinámica que forma la alianza de trabajo, por eso consideramos que cualquier otro mecanismo de respuesta automática iría en contra de dicha relación y podría provocar en el paciente una sensación de falta de presencia del “otro”.

Puede darse el caso que la consulta demandada sólo requiera de una intervención única, una hora o menos, por lo que puede ser asignado cualquier terapeuta ya que no se dará el seguimiento de una relación terapéutica. En el caso contrario, se considera mejor el contacto sincrónico o asincrónico con un mismo terapeuta durante todo el proceso (Evans, 2009).

Por supuesto extraeremos información de todos los materiales que el paciente aporte, la forma de expresarse, los sentimientos comunicados, la fuente y colores utilizados, el uso de mayúsculas, los recuerdos y cualquier imagen, sonido o vídeo quiera compartir con el terapeuta. Gran parte de estos aspectos nos aportaran información no verbal relevante.

Por último recordaremos que también es posible utilizar avatares, tanto por el paciente como por el terapeuta, para ayudar a desarrollar una presencia a distancia y facilitar una relación no presencial, y de esta forma poder superar la inicial ausencia de elementos visuales en el contacto a distancia (Nakamura, 2002). El uso de acrónimos y emoticones también nos puede aportar información por la espontaneidad que aportan. A veces el email del paciente ya es informativo del tipo de

persona con la que estamos tratando. No es lo mismo un simple nombre@gmail.com, que un soyelmejor@gmail.com

Condiciones necesarias para el establecimiento y desarrollo de una relación a distancia

El elemento clave en el establecimiento de una relación a distancia con los pacientes descansa en conseguir proporcionar un espacio terapéutico donde el paciente se encuentre cómodo y pueda explorar diferentes aspectos personales en un ambiente seguro y donde no se sienta juzgado o sesgado. Para conseguirlo es necesario informar de la necesidad de poner en marcha diferentes procesos preventivos que mantengan la privacidad de sus datos. Se debe tener un manual de ayuda a este respecto para aquellos pacientes que no tengan suficientes habilidades, ya que estas no deben ser asumidas directamente. Paralelamente se deben dejar claros los límites de la confidencialidad de la información recogida, ya que cuando el nivel de confort o familiaridad no es evidente, esto afecta negativamente en el potencial de la relación (Evans, 2009).

Es importante dejar claro que pueden aparecer malas interpretaciones (particularmente al principio) y que ambos deben esperar del otro una corrección de los mismos tan pronto como sea posible (Jones y Stokes, 2009).

Puede caerse en el error de que un terapeuta a distancia realice su labor en un ambiente más informal que en el presencial, pero es adecuado decir que la profesionalidad que merece el paciente y la necesidad de crear una relación adecuada, requieren de un ambiente de trabajo que emule el ambiente presencial (Evans, 2009). Teniendo en cuenta la importancia del equipo informático a utilizar, este debe tener la calidad necesaria para desarrollar adecuadamente el trabajo ya que influye considerablemente en la relación.

El uso de preguntas en el tratamiento a distancia

De la misma forma que en el tratamiento presencial, el uso de preguntas abiertas es el más adecuado: cómo, cuándo, por qué o qué. Si estas palabras son usadas en una conversación online pueden ser interpretadas como demasiado directas por lo que se aconseja utilizar algún tipo de introducción anterior como por ejemplo: Sería útil para mi entender cómo; de esta forma el paciente siente una aproximación más agradable a un tema tan delicado como el que se está tratando (Evans, 2009).

Estructurando la respuesta terapéutica

El modelo Exploración, Entendimiento y Acción (Jones y Stokes, 2009) funcionan adecuadamente cuando se utilizan como marco para los emails:

1- Exploración: el terapeuta entiende el contexto del email del cliente, para lo que habitualmente incluye un breve resumen de los temas permitiendo al paciente

corregir lo que considere oportuno.

2- Entendimiento: ayuda al cliente a sentirse escuchado y entendido y las malas interpretaciones pueden ser corregidas.

3- Acción: se incluyen generalmente sugerencias sobre como mover la terapia hacia un objetivo, lo que puede incluir tareas e ideas a valorar o completar como trabajo para casa.

Una gran diferencia con los pacientes presenciales es que los pacientes a distancia reciben y responden a la terapia en su propio ordenador, muchas veces rodeados por las personas que le provocan sentimientos negativos.

El contacto Asincrónico y Sincrónico a distancia

Características del trabajo asincrónico

Si repasamos las principales ventajas del contacto asincrónico llegamos a las siguientes:

- 1- Comodidad
- 2- Permite a la gente con problemas de comunicación recibir ayuda sin necesidad de envolver a terceras personas
- 3- El cliente y el terapeuta pueden trabajar cuando están preparados para hacerlo
- 4- Todo lo que se discute puede ser almacenado en el ordenador y ser releído
- 5- Tanto el terapeuta como el paciente tienen más tiempo para plasmar sus sentimientos sin tener la presión de la necesaria inmediatez de lo presencial. Aunque hay terapeutas que prefieren que sus pacientes mantengan la espontaneidad enviando los emails cuando son escritos y sin revisarlos.

Es muy importante tener en cuenta que en el contacto asincrónico, las opciones de temporalización son un elemento crucial del proceso terapéutico por lo que se debe determinar cuándo esperar mantener la comunicación, tanto en número de emails como en la periodicidad de los mismos. En cualquier caso se aconseja responder los emails inmediatamente a su recepción pero dejar 24 horas antes de releerlos, modificarlos, en caso de considerarlo necesario, y enviarlos.

En cuanto al uso de un único email de respuesta a múltiples o una respuesta individualizada, podemos decir que los emails individuales funcionan bien con clientes que se centran en un único tema; el estilo dialogado es útil cuando los emails de los pacientes se centran en diferentes temáticas y se puede responder a cada una. Responder de forma dialogada dentro del texto del propio paciente es una forma útil de responder a un largo email con numerosos temas en el mismo, además significa que el paciente debe leer otra vez sus propios pensamientos. Además, permite al terapeuta y al paciente planificar su trabajo de una forma más fácil que con el intercambio de emails ya que al finalizar cada sesión se puede reajustar el calendario del cliente. La desventaja de este estilo es la cantidad de texto a leer y la

dificultad de distinguir entre el texto previo y las nuevas aportaciones, si el dialogo continúa más allá de un único email.

Si hablamos de desventajas, tenemos que decir que la principal es que la respuesta no es inmediata y el terapeuta puede estar respondiendo a un email escrito en el pasado, con temas ya pasados o que han perdido la importancia. No hay forma de saber si el cliente estará en la misma situación. Una forma de solucionar este problema es utilizar el tiempo pasado y dejar claro en el email que la situación puede haber cambiado.

Características del trabajo sincrónico

La gran ventaja del contacto sincrónico es que permite un trabajo en el aquí y ahora mismo con una interacción mucho más espontánea que con el correo electrónico. Pero no todo son ventajas ya que podemos encontrar cierta dificultad a la hora de:

1- Encontrar una hora común para “hablar” a distancia puede resultar a veces difícil

2- Ausencia de confidencialidad y privacidad, especialmente si hay más personas en casa.

3- Se puede prestar más atención a la forma de como se escribe para evitar errores ortográficos, que al fondo de la cuestión, a lo que se escribe.

4- El exceso de análisis del contenido de los emails puede llevarnos a perder la esencia de la comunicación y más en lo que el terapeuta puede hacer por el cliente que con el cliente.

Otras herramientas

Trabajar con imágenes y sonidos

Los terapeutas pueden aprovechar las características digitales de las TIC y tener una selección de imágenes útiles disponibles en su web para que los clientes las puedan seleccionar o pueden sugerir que éstos las busquen en Internet si no quieren restringir la selección. No en vano podemos decir que nos encontramos en la era de la imagen (estática y en movimiento) y el sonido, por lo que podemos y debemos aprovecharlo en labor terapéutica.

Podemos, también animar a algunos pacientes a la realización de vídeos de ellos mismos para compartirlos con el terapeuta o pueden enviar alguno ya grabado y que tenga un significado especial para ellos. Este material es una fuente magnífica de información, especialmente en un contexto como el online en el que perdemos la casi totalidad de la información no verbal. Por eso es altamente recomendable su uso.

La web 2.0

La última “actualización” de las TIC la encontramos en la denominada web 2.0 en la que se otorga, especialmente Internet, una importancia renovada a lo social, a la expresión entre iguales y, por qué no, entre diferentes, reconociendo el valor que el individuo como creador de contenidos tiene.

Son las nuevas redes sociales como los wikis, blogs, podcast, videocast, agregadores RSS, etc., los que gracias al trabajo colaborativo de los internautas “crean” conocimiento, un conocimiento en constante evolución y corrección. Lo que, según algunos autores, hace que la calidad de dicha información se mantenga dentro de unos márgenes más que aceptables. Si bien pueden presentar algunos riesgos, especialmente en la dificultad de control de la información, también pueden ser sumamente útiles para los pacientes en, por ejemplo, la práctica de nuevas conductas. Los terapeutas cognitivo conductuales han encontrado que Second Life es muy útil para pacientes que deben enfrentarse a fobias o ansiedades (por ejemplo la fobia social).

La calidad de la información y los códigos deontológicos

Este nuevo escenario de tratamiento ha obligado a los responsables de los diferentes códigos éticos y deontológicos de intervención profesional de las ciencias de la salud a buscar nuevas regulaciones para adaptar lo existente a las características definitorias de las TIC.

Se han centrado principalmente en los aspectos más preocupantes del uso de las TIC como pueden ser el anonimato o suplantación de personalidad, la ausencia de comunicación no verbal y gestual directa, la gestión diferencial del tiempo (sincrónico o asincrónico), el cobro de servicios y, sobre todo, en la calidad de la información publicada y la seguridad en la gestión y almacenamiento de la información recogida (Bermejo, 2002).

Calidad de la información sanitaria virtual

Las TICs y especialmente Internet tienen un caudal tan amplio de información, junto con una “democratización” de los contenidos en el sentido que todos o todas podemos poner “on-line” cualquier idea o información ha desaparecido la información de calidad. Este aumento casi infinito de “redactores” de información junto con la creencia popular de que cada persona es capaz de juzgar la realidad y la exactitud de toda información a la que se accede. Es la llamada falacia del nuevo control individual. Por lo tanto, no es tanto eliminar intermediarios, sino todo lo contrario, encontrar intermediarios que hagan el trabajo de selección por nosotros.

Para facilitar que el internauta que visita una web de salud esté seguro que la información que está recibiendo cumple los criterios mínimos de calidad, se han iniciado diferentes proyectos y códigos deontológicos. Principalmente referenciables el de Health on The Net (www.hon.ch), el del Colegio de Médicos de Barcelona

(www.wma.comb.es) o el del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya (www.copc.cat) (Baena, Obando, Monterde, Costa y López, 2007).

En un análisis efectuado por Eysenbach y Kohler (2002) se valoró que la calidad de la información constituía un problema en el 70% de los artículos revisados, mientras que un 9% de las webs que no mostraban problemas de calidad tenía una puntuación significativamente más baja en la metodología de la búsqueda y la evaluación. Es decir, muchas veces se olvida el público objetivo de la información y se confunde información para profesionales con su grado de especialización requerido, con la necesidad de adecuar el lenguaje y los contenidos a los no técnicos en la materia. Este, consideramos, es uno de los grandes males de las webs de salud actual: no tienen un público objetivo claro y cuelgan toda la información que poseen o generan.

Código deontológico y legislación

Corresponde a los profesionales que forman parte de la psicología utilizar los mecanismos y estamentos adecuados con el fin de organizar sistemáticamente la ética profesional en relación al rol social que se le ha otorgado y que se espera de él (França, 1996). Recordemos que dicho código es cambiante ya que es un constructo social o colectivo, por eso en un campo tan cambiante como el que presentamos es aún más importante acelerar y evaluar constantemente el objetivo y las necesidades que el código deontológico de la intervención a distancia requiere, sin olvidar los principios éticos básicos de beneficencia, autonomía y justicia en toda actuación.

Pero antes de entrar directamente en dicho código deontológico repasaremos la ley de protección de datos ya que suele ser o desconocida o muy poco cumplida por la mayoría de terapeutas online, cuando es de máxima importancia cuando se trabaja con registros informáticos

Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal

Cualquier archivo de datos que incluya datos de carácter personal de otras personas debe regirse por la Ley Orgánica 15/1999, que obliga a cumplir diferentes requisitos con el fin de evitar la diseminación de datos sin el control y conocimiento del propio interesado

Entre sus principios está el recoger datos que no sean excesivos o innecesarios para la labor para la que son recogidos; no recoger datos para otros fines; informar previamente al interesado de dicha recogida e informar sobre el derecho de toda persona al acceso, cancelación y rectificación de dichos datos. Por lo tanto, es necesario tener el consentimiento manifiesto, libre, inequívoco, específico e informado de la persona que aporta los datos.

En cuanto a los datos, la ley deja claro que no todos los datos son igualmente

sensibles y por lo tanto, hay diferentes niveles de control exigibles. Los datos de máxima protección son:

- Ideología, religión o creencia.
- Afiliación sindical.
- Origen racial.
- Salud y/o orientación sexual.

En el caso de la recogida de datos de salud hay un apartado específico en el Artículo 7, el 6 concretamente, que permite la recogida de dichos datos por parte de profesionales de la salud cuyo código deontológico recoja el secreto profesional.

En cualquier caso todo fichero debe ser registrado en la Agencia de Protección de Datos (www.agdp.es) e incluir un responsable del mismo que será la persona que velará por el cumplimiento escrupuloso de la ley, especialmente en referencia al acceso a la misma.

Propuesta de principios deontológicos del tratamiento psicológico a distancia

Después de analizar diferentes propuestas de códigos deontológicos de atención de la e-salud aportadas por los principales organismos certificadores que están actualmente trabajando en este campo, vamos a presentar una propuesta que incluye principios seleccionados de todas ellas, siempre ampliándolos ya que no se ha eliminado ninguno de forma arbitraria (Baena et al., 2007).

1. Capacitación profesional y estándares de procedimiento operativo

Se refiere a los límites y riesgos de la intervención a distancia. Consiste en redactar y seguir un procedimiento de intervención enmarcado en la capacitación profesional del terapeuta responsable.

2. Integridad

El profesional de la psicología debe mantener la honestidad y el respeto hacia los otros. Nunca interpondrá el uso de técnicas por mucho que las considere idóneas. Deben ser objetivos, competentes y hábiles para llevar a cabo su rol, de tal forma que no se vea interferido por intereses personales.

3. Adhesión a la calidad

Es obligatorio que las intervenciones sean efectivas, que las informaciones utilizadas como fuente tengan una alta calidad y que sean contrastables, poniendo siempre la salud del paciente y su mejora por encima de cualquier otro objetivo. Este principio viene derivado directamente del principio de beneficencia. Especialmente hay que vigilar cualquier valoración diagnóstica computerizada en la que no medie ningún profesional de la psicología.

4. Respeto por los derechos y la dignidad de las personas

El profesional de la psicología está obligado a respetar los derechos fundamentales y la dignidad de las personas. Directamente relacionado con el principio de justicia.

5. Emergencias

El profesional de la psicología que trabaje a distancia debe estar lo suficientemente capacitado como para detectar las emergencias y tener dispuestos procedimientos alternativos para que las crisis sean atendidas lo antes posible.

La dificultad consiste en encontrar un mecanismo suficientemente eficaz y seguro para poder resolver estas emergencias en un escenario a distancia, ya que el correo electrónico no es una buena herramienta de gestión de crisis, por lo que el teléfono o el SMS pueden ayudar en este tipo de situaciones.

6. Confidencialidad

Consiste en la obligación de garantizar los mecanismos adecuados para evitar la intromisión ajena en los datos que el paciente ha confiado al terapeuta, por ejemplo utilizando la encriptación o servidores seguros (SSL) cuando se deba intercambiar información confidencial con los pacientes.

Al realizar la labor profesional a distancia, debe existir de forma muy clara y fácilmente accesible la correcta identificación del terapeuta e incluso su ubicación física o geográfica, así como las vías que permitan comprobar la veracidad de dicha información. Es importante informar sobre su titulación, experiencia y su pertinencia a la sede del Colegio Oficial de Psicólogos correspondiente. Recordemos la necesidad de conseguir establecer una relación terapéutica adecuada y la importancia de generar una presencia a distancia.

En cuanto a la identificación de los usuarios, normalmente se deberá solicitar dicha identificación aunque en algunas circunstancias se podría aceptar el anonimato del usuario como indica la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), con una limitación en los servicios ofertados.

Independientemente de lo dicho anteriormente, se debe avisar de los límites éticos y legales de la confidencialidad paciente-psicólogo, pero el paciente debe tener la convicción de que la comunicación del sujeto al psicoterapeuta no será revelada. La inviolabilidad de esa confidencia es considerada esencial a los propósitos y a la continuidad de la relación psicológica y su ruptura, un grave perjuicio.

También se explicarán los diferentes procedimientos que el terapeuta o la entidad de referencia seguirán para transmitir y almacenar los datos relativos a la actividad clínica.

Estamos convencidos de que la e-Psicología no podrá generalizarse si no se plantea seriamente una arquitectura de la seguridad que evite que el paciente quede

expuesto a la vista de otros. El valor de la libertad y de la seguridad no puede estar en entredicho por la tecnología o por la forma de utilizarla. Por tanto, estamos de acuerdo con DeCew (1999) cuando afirma que “es imperativo buscar una solución cuando la tecnología choca con la privacidad en la que la tecnología no dicte la extensión de la protección (...) y a su vez las personas deben ser informadas, educadas y consultadas para que den su consentimiento o no a la diseminación de su información”; añadiríamos que los pacientes online también deben ser formados en el control de la información para evitar el acceso no deseado a los datos que almacene en su ordenador.

7. Consentimiento informado

El paciente está obligado a aceptar las condiciones del tratamiento y para ello se le pedirá algún tipo de acuerdo. Al tratarse de un escenario no presencial puede ser que el documentos por escrito tan habitual hasta ahora no sea lo más adecuado, lo que no quiere decir que no se tenga que buscar alguna alternativa. En el caso de utilizar únicamente el teléfono como herramienta de comunicación, hay experiencias en el uso de un grabador del consentimiento informado para poder agilizar el proceso (Baena et al., 2007).

Si los pacientes son adultos incapacitados o menores de edad, deben ser los padres o tutores los que acepten la intervención. También se debe informar y pedir su aceptación sobre el tiempo en el cual se almacenará la información y si es o no objeto de una investigación, aunque en nuestro país este requisito está dictaminado por diferentes leyes estatales y autonómicas. En cualquier caso debemos estar seguros que el paciente ha recibido la información suficiente y como resultado de la misma éste ha comprendido lo que significa el tratamiento a distancia y acepta esta intervención de forma voluntaria y no coercitiva.

8. Práctica comercial

Hay que dejar bien claro quiénes son los patrocinadores y la política de los profesionales para mantener la independencia de actuación frente a estos, por lo que hay que diferenciar suficientemente la información clínica, de la educacional y la promocional en toda intervención que se haga.

9. Cobro de servicios

En el caso de cobrar por los servicios ofrecidos, las tarifas deben ceñirse a la política de precios recomendados por los colegios profesionales y garantizar un sistema de cobro confiable y seguro.

10. Responsabilidad social

Se debe hacer público el conocimiento científico, de forma que otras personas puedan aprovecharse del mismo y este conocimiento sea contrapuesto al inadecua-

do o erróneo preexistente.

11. Seguimiento de la legislación

Se debe realizar un seguimiento estricto de las leyes del país de origen de la práctica clínica, así como el respeto de las leyes del país de recepción de la intervención, así como la adhesión a los códigos éticos de la práctica psicológica en general.

Aconsejamos seguir los siguientes pasos:

1. Nombrar un responsable del fichero de datos.
2. Registrar el fichero en la Agencia de Protección de Datos.
3. Recoger de la forma adecuada el consentimiento informado.
4. Incorporar un texto explicativo de los derechos de la persona respecto a sus datos y que debe ser leído por todos pacientes, especialmente en lo referente al derecho de acceso, rectificación y cancelación de los datos y en la forma de comunicar dicha preferencia.
5. Activar contraseña general de acceso al servidor y/o ordenador donde están almacenados los datos.
6. Activar contraseña individual de acceso al programa de recogida de datos para cada terapeuta, en caso de haber más de uno.
7. Activar la contraseña individualizada del salvapantallas de cada ordenador de servicio para que en caso de ausencia temporal del terapeuta nadie tenga acceso al mismo.

Tratamiento telefónico del tabaquismo. Un ejemplo exitoso del uso de las TIC en la psicoterapia

Para finalizar analizaremos brevemente el tratamiento a distancia del tabaquismo ya que es un ejemplo claro de lo que las TIC están aportando al escenario del tratamiento del tabaquismo.

Los tratamientos telefónicos del tabaquismo, a los que denominaremos Quitline (QL) son programas basados en la utilización del teléfono (principalmente, aunque también se puede incluir la web en este concepto) para ayudar a los fumadores a dejar el tabaco. Estos servicios son una parte integral de los programas de control del tabaquismo de muchos países, especialmente en Norte América (Cummins et al., 2007) donde fueron pioneros en este campo.

La adopción de las QL ha sido debida sobre todo a un primer momento en el que se ha evidenciado experimentalmente su eficacia, y a un segundo proceso en el que se ha podido valorar su buena relación coste-eficiencia y su importante papel central en los programas globales de control del tabaquismo, especialmente por su capacidad de acceso a la población (Stead, Perera y Lancaster, 2006).

Lo primero que hay que diferenciar en un servicio de este tipo es si su intervención es proactiva o reactiva (Baena y Quesada, 2007). En otras palabras, si

son los terapeutas del servicio los que realizan las llamadas de seguimiento o son los propios fumadores los que llaman en los momentos que consideran oportuno, si hay anonimato y si hay seguimiento. Cuanto más completa sea la intervención más proactiva será. Esta diferencia es de vital importancia ya que sólo es posible valorar en profundidad los servicios proactivos.

En un reciente estudio se ha evidenciado que las llamadas de seguimiento múltiples mejoran la cesación a largo plazo para los fumadores y fumadores que contactan con una QL. Por lo que ofrecer más llamadas de seguimiento, es decir, aumentar la intensidad del seguimiento también mejora el éxito a largo plazo, como sucede en el tratamiento presencial del tabaquismo (Stead et al., 2006). Lo que no se ha podido valorar suficientemente es de qué forma afecta el tipo de consejo o el tipo de material de autoayuda que se proporciona a los fumadores de la QL (Stead et al., 2006).

Otros autores han estudiado la posibilidad de utilizar dos protocolos diferenciales según las características de los fumadores, uno breve y otro intensivo, basándose en la bibliografía sobre las variables involucradas en las recaídas como son: nivel de adicción, motivación, etc (Anderson y Zhu, 2007). También se han encontrado útiles los protocolos específicos, de hecho se están utilizando ampliamente, para mujeres embarazadas, consumidores de tabaco sin humo (*snuff* o *snus*), jóvenes (12-17 años), enfermos mentales y poblaciones étnicas (Cummins et al., 2007; Anderson y Zhu, 2007).

A su vez gracias a su carácter casi anónimo, los servicios telefónicos pueden ayudar a aquellas personas que no se encuentran cómodas en los grupos terapéuticos. Diferentes estudios han demostrado que los fumadores prefieren usar este tipo de servicios que los presenciales (Zhu, Anderson, Johnson, Tedeschi y Roeseler, 2000).

Tratamiento web del tabaquismo

Las páginas webs de tratamiento del tabaquismo se encuentran actualmente en plena expansión por eso hay diferentes iniciativas dirigidas a la evaluación de esta modalidad de tratamiento para ver si también es eficaz para ayudar a dejar de fumar como lo es el teléfono (Bock et al., 2004).

Una de las iniciativas más importantes en este campo es la red Web Assisted Tobacco Intervention (WATI) y la European Network of Quitlines (ENQ). Ambas redes están actualmente estudiando que es lo que necesita una web de tratamiento del tabaquismo para ser eficaz. En un estudio aún por publicar se repasaron doce diferentes estudios randomizados y se encontró o un pequeño efecto o ninguno sobre los fumadores, por lo que es importante hacer una valoración más ajustada ya que la variabilidad en este campo provoca unos resultados difícilmente interpretables.

Conclusión

Los servicios e-Psicología en España se encuentran en sus inicios, por lo que las posibilidades de ampliación son muchísimas y es un buen momento para sentar las bases de unas webs de salud muy interactivas pero con una información de calidad incuestionable.

Atendiendo a este más que previsible aumento del uso de las TIC en general y en la búsqueda de información de salud en particular, se debe hacer énfasis en la calidad de dicha información y, sobre todo, en el control de la seguridad de dicha transmisión, junto con los límites de la intervención clínica online ya que está claro que la tecnología virtual no sustituye a la actividad real sino que la complementa, incluso puede que ayude a estimular las actividades “reales” existentes.

Por último, debemos tener claro que el diagnóstico y tratamiento a distancia es igual de fiable que el presencial aunque la intervención es diferente ya que comprime el tiempo, cambia la forma de interactuar, marca unos límites que aún no conocemos suficientemente por lo que el liderazgo del terapeuta como agente activo del programa y del tratamiento son, aún si cabe, más importantes que en el tratamiento presencial clásico.

La red es ya un referente de información de salud para muchas personas, por lo que hay que adelantarse a la situación ya que cada vez más nos encontraremos con personas que deciden ser tratadas a distancia por su terapeuta. Actualmente se está valorando principalmente en este nuevo campo de estudio, todo lo referente a por qué la psicología como disciplina práctica debería o no ofrecer servicios a distancia o qué características específicas debe poseer este e-Terapeuta o cómo conseguir establecer una presencia y una relación terapéutica efectiva y de calidad a distancia. Aunque la actividad a distancia no sustituirá a la presencial sino que la complementará o incluso la estimulará, este nuevo escenario ha obligado a la redacción de un código deontológico con nuevas regulaciones adaptadas a las nuevas tecnologías, y como ejemplo podemos repasar lo que las Tecnologías de la Información y la Comunicación están aportando al escenario del tratamiento de tabaquismo.

Palabras Clave: e-Psicología, deontología, e-Salud, TIC

Referencia Bibliográficas

- Anderson, C.M. y Zhu, S.H. (2007). Tobacco quitlines: looking back and looking ahead. *Tobacco Control*, 16 (Supl. 1), :i81-i86.
- Aspden, P. y Katz, J.E. (2001). Assessments of quality of health care information and referrals to physicians: A nationwide survey, En R.E. Rice y E. Katz (Eds) *The internet and Health communication*, (pp 106-19). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Baena, A., Obando, C., Monterde, R., Costa, T. y López, R. (2007). Teletratamiento del tabaquismo. *Uocpapers*, 4, 15-19

- Baena, A. y Quesada, M. (2007). El papel integrador y complementario de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en el control y tratamiento del tabaquismo. *Trastornos Adictivos*, 9(1), 46-52
- Bermejo, A. (1999). Adicción a Internet. *Revista de Información Psicológica*, 70, 27-30.
- Bermejo, A. (2002). Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía internet. Barcelona: *Anuario de Psicología*, 32, 2.
- Bock, B., Graham, A., Sciamanna, C., Krishnamoorthy, J., Whiteley, J., Carmona-Barros, R. et al. (2004). Smoking cessation treatment on the Internet: content, quality, and usability. *Nicotine and Tobacco Research*, 6(2), 207-19.
- Boston Consulting Group (2001). *Vital signs update: the e-health patient paradox*. [En red] Disponible en: www.bcg.com/impact_expertise/publications/files/Vital_Signs_Update_Apr_01.pdf (Extraído el 14 de marzo de 2008).
- Brown, F. W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 963-964.
- Castells, M. (2004). Informacionalismo, redes y sociedad red: una propuesta teórica. En: Manuel Castells (Ed.), *La sociedad red: una visión global*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cummins, S.F., Bailey, L. y Campbell, S. (2007). Tobacco cessation quitlines in North America: a descriptive study. *Tobacco Control*, 16 (Suppl. I), i9-15.
- DeCew, J.W. (1999). Alternatives for protecting privacy while respecting patient care and public health needs. *Ethics and Information Technology*, 1, 249-255.
- Dolezal-Wood, S., Belar, C. D. y Snibbe, J. (1998). A Comparison of Computer-Assisted Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Groups. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5, 103-115.
- Evans, J. (2009). *Online counselling and Guidance Skills. A practical resource for trainees and practitioners*. London: SAGE Publications Ltd.
- Eysenbach, G. y Kohler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324 (7337), 573-577.
- França, O. (1996). *Ética para psicólogos. Introducción a la psicoética*. (2º ed). Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Gallego, M.J. (2006). *Un estudio controlado que compara un tratamiento autoadministrado vía Internet para el miedo a hablar en público vs. el mismo tratamiento administrado por el terapeuta*. (Disertación doctoral, Universitat Jaume I).
- Jones, G. y Stokes, A. (2009). *Online counselling. A handbook for practitioners*. UK: Palgrave Macmillan
- Kavanagh, S. y Hawker, F. (2001). The fall and rise of the South Australia telepsychiatry network. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 41-43.
- Nakamura, L. (2002). Cibertypes: Race, ethnicity, and identity on the Internet. London: Routledge.
- Pew Internet and American life project (2003). *Internet health resources: health searches and email have become more commonplace, but there is room for improvement in searches and overall*. [En red] Disponible en: www.pewinternet.org/PPF/r/95/report_display.asp (Extraído el 15 de febrero de 2008).
- Risso, A. (2001). ¿Experimentos psicológicos a través de Internet? Barcelona: *Anuario de Psicología*, 32, 2.
- Shapiro, A.L. (2001). *El mundo en un clic*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Stead, L.F., Perera, R. y Lancaster, T. (2006). *Telephone counselling for smoking cessation*. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3. Oxford: Update Software Ltd.
- Steffens, K. (2001). Self-regulation and computer based learning. Barcelona: *Anuario de Psicología*, 32, 2.
- Suler, J. (2000). Ethic in cyberspace research. Disponible en: www.usnrider.edu/~suler/psyber/ethics.html
- Yellowlees, P.M. (2002). Clinical principles to guide the practice of e-Therapy. En: Robert C. Hsiung (Ed.), *E-Therapy. Case studies, guiding principles, and the clinical potential of the Internet*. New York: A Norton Professional Book.
- Zhu, S.H., Anderson, C.M., Johnson, C.E., Tedeschi, G. y Roeseler, A. (2000). A centralized telephone service for tobacco cessation: the California experience. *Tobacco Control*, 9 (Suppl.II), ii48-ii55.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITORIAL GRAÓ

c./ Hurtado, 29

08022 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com