

Diseño, aplicación y evaluación de un programa de intervención psicológica para el trastorno de juego por internet

Alexandra Rodríguez Torres

<http://hdl.handle.net/10803/663437>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Intervention: PIPATIC Program

The goal of the newly developed PIPATIC program (Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la información y la comunicación; Torres-Rodríguez et al. 2017) is to offer specialized psychotherapy specifically for adolescents with symptoms of IGD and comorbid disorders. Following previous studies (e.g., Hansen and Lambert 2003; Kadera et al. 1996), and to ensure therapeutic changes in patients, the PIPATIC program is 6 months in duration comprising twenty-two 45-min weekly sessions. The PIPATIC intervention is an individual (person-to-person) therapy carried out by a qualified clinical psychologist. The intervention takes a cognitive behavioral approach and employs standardized psychological guidelines to design a specific psychotherapy program (e.g., Carroll and Nuro 2002; Moscosoa et al. 2013; Schulz et al. 2010). It employs cutting-edge techniques and resources common in psychotherapy (Hofmann and Barlow 2014) including empathy, active and reflexive listening, acceptance, trust, intermediate degrees of directivity, paraphrasing, clarification, synthesis, confrontation, interpretation, feedback, promoting abilities, promoting responsibility, encouraging feelings of self-efficacy, raising insight, and promoting a therapeutic alliance. The program has been described in detail elsewhere (Torres-Rodríguez et al. 2017) but in brief comprises six modules, each consisting of more specific sub-objectives. These are the following:

- *Psychoeducational module*: individual and family psychoeducation, motivational interviewing, choosing goals and objectives (three sessions);
- *Standard IGD intervention module*: stimulus control, learning appropriate coping responses, cognitive restructuring, problem solving related to addiction, and exposure (five sessions);
- *Intrapersonal module*: psychotherapeutic work on identity, self-esteem, self-control, emotional-intelligence, and anxiety control (five sessions);
- *Interpersonal module*: encouraging adaptive communication skills, assertiveness and increasing communication skills (two sessions);
- *Family module*: family communication, limits, and affect (three sessions);
- *Development of a new lifestyle module*: self-observation of improvement, alternative activities, and relapse prevention (two sessions).

Additionally, the PIPATIC program includes two floating sessions that can be incorporated into the module that the therapist chooses, according to the needs of the patient undergoing treatment.

Method

Participants

Four male adolescents diagnosed with IGD at two public mental health centers in the Barcelona metropolitan area participated in the study. The patients were voluntary treatment-seekers and diagnosed by clinical psychologists. The inclusion criteria were as follows: (i) endorsing at least five or more of the nine IGD criteria according to DSM-5 (APA 2013), (ii) scoring 71 or more on IGD-20 Test (Pontes et al. 2014) adapted to Spanish population (Fuster

et al. 2016), (iii) being aged 12 to 18 years, (iv) providing informed consent and consequent participation in the study, (iv) not having a severe mental disorder or intellectual disability, and (v) understanding the national language. The sample chosen to write about in the present paper was specifically selected to represent different clinical characteristics and profiles. Table 1 summarizes the key characteristics of the four participants (C1 = case study 1, C2 = case study 2, etc.).

Case 1

When Case 1 (C1) began treatment, he was 18 years old and was neither in school nor working. From age 14 to 17 years, he suffered bullying, which led him to drop out of school. He lived at home, felt isolated, and developed symptoms of major depression and social phobia (i.e., the inability to interact with people other than his family, fear of going out alone, anhedonia, extreme tiredness, and low self-esteem). These symptoms went unnoticed by his family, and his family was characterized as disorganized and conflict-minimizing with little authoritarianism. During the first months of his self-imposed isolation, C1 spent 12 h a day playing *Legend Online*, *League of Legends*, *Aion*, and *Call of Duty* and exhibited typical symptoms of addiction. He became irritable when he could not play (such as being prevented from playing by a family member or when the Internet connection was lost). He had given up all his hobbies, such as

Table 1 Descriptive overview of the four cases at baseline (pre-treatment)

	C1	C2	C3	C4
Age	18	13	16	17
Occupation	Nothing	Student	Student	Student
Person taking initiative for treatment	Himself	Mother	Both parents	Himself
Main video game(s) involved	<i>League of Legends</i> , <i>Aion</i> , and <i>Call of Duty</i>	<i>Minecraft</i> , <i>League of Legends</i> , <i>Pokémon Online</i> , and <i>Grand Theft Auto V</i>	<i>World of Warcraft</i> , <i>League of Legends</i> , and <i>Call of Duty</i>	<i>League of Legends</i>
Daily hours spent in video games	10.3	5.3	5	8.3
CERV scores	45	52	58	52
IGD-20 scores	79	83	89	79
Comorbid disorders	Depression and social phobia	Autism spectrum disorder (ASD)	Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and depression	None
Relevant MACI scores	Depressive Affect (FF): 108 Introversive (I): 107	Peer Insecurity (E): 111 Anxious Feelings (EE): 76	Borderline Tendency (9): 77 Unruly (6A): 71	(FF): 66 (I) 104
Family conflict	67	60	67	49
School problems	–	30-C	33-B	46
Social problems (SP-IV) (YSR/11–18)	70-C	66-B	66-B	54

CERV Video Game-Related Experiences Questionnaire; IGD-20 20-item Internet Gaming Disorder Test; MACI Millon Adolescent Clinical Inventory; Family Conflict is sub-scale of Family Environment Scale (FES); School Problems is a sub-scale of Child Behavior Checklist for ages 6–18 years (CBCL/6–18)

writing amateur stories and reading novels. At the height of his gaming, he ceased to interact with his few remaining friends, preferring instead to interact with people online.

Case 2

Case 2 (C2) was 13 years old and had been diagnosed with Asperger syndrome. C2's mother sought therapy for him at the child and adolescent health center. She claimed her son was addicted to online video games including *Minecraft* in online multiplayer mode, *League of Legends*, *Pokémon Online*, *Grand Theft Auto V*, and *Smite*. Compared to the other cases described here, C2 displayed most IGD symptoms, along with other clinical traits including insecurity, frequent crying, low self-esteem, difficulty interacting with his peers, stereotypical behaviors (e.g., jumping around in his room as if he were inside a video game), a knife phobia, and generalized immaturity (e.g., enuresis, lack of autonomy, emotional and social immaturity).

Case 3

At the start of treatment, Case 3 (C3) was 16 years old and was in the fourth year of secondary school. At the age of 8 years, he was diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) with oppositional and defiant behaviors. C3 suffered several periods of trauma during his childhood. Firstly, because of his hyperactivity, he became isolated at school and excluded by his peers. Secondly, his parents had several businesses that financially collapsed and they lost their family home due to the debt incurred. Finally, at the age of 15 years, an uncle with whom he had had a very good relationship died of cancer. Following the death of his uncle, C3 took refuge in video game playing, spending 8 h per day on *World of Warcraft*, *League of Legends*, and *Call of Duty*. Meanwhile, conflicts at home increased because of his video game playing, and his school performance worsened. C3 became very irritable when his game playing was interrupted by his parents. He insulted his family members, shouted at them, and even deliberately broke household items. Over the period of a year, his isolation increased, he stopped going out with friends, and he stopped playing sports. When C3 asked for help, he was aware of his problems. He spoke of having lost control of his video game playing and his temper.

Case 4

When Case 4 (C4) began treatment, he was 17 years old and he was studying *bachillerato* (i.e., college-preparatory studies). He requested help when he realized that he was spending far too much time playing online video games and it was significantly interfering with his academic performance. C4 explained that he had started playing video games out of boredom and because his friends played video games. Once he had begun to play *League of Legends*, he felt the need to spend more and more time playing. For an entire year, he played compulsively, resulting in negative consequences including major family conflicts, poor academic performance (he failed six subjects at the end of the school year), social isolation, craving to play video games, psychological dependence, and a total inability to control his behavior. He had no prior history of psychological problems or trauma, but as a result of his addictive video game playing, he began to develop symptoms of depression and guilt. He is the only one of the four cases here without any comorbid disorders prior to IGD. In this sense, he can be considered a "pure" video game addict.

Measures

The participants carried out repeated measurements during phases A (baseline or pre-treatment period), B (22-week intervention period), and A' (post-treatment period without intervention). phase A acted as a control and was compared to B and A' (Tate et al. 2016). Moreover, seven key time points were chosen to collect repeated main measures, and self-report diaries were completed in which participants recorded the number of hours spent on online video games. The diagnostic battery comprised an IGD evaluation along with an assessment of comorbid symptoms.

- To assess IGD symptoms, two scales were used, the 17-item Video Game-Related Experiences Questionnaire (CERV; Chamorro et al. 2014) (≥ 39 cut-off point; minimum and maximum scores are 17 and 68), and the 20-item Internet Gaming Disorder Test (IGD-20 Test; Pontes et al. 2014) (≥ 71 cut-off point; minimum and maximum scores are 20 and 100) adapted to Spanish population (Fuster et al. 2016).
- The 90-item Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis 1996) using a 5-point scale (0 = “no problem” to 4 = “very serious”; minimum and maximum scores are 0 and 360). The Global Severity Index (GSI) where $GSI = \frac{\text{total values assigned to each item}}{90 \text{ items}}$ was used as a quantitative indicator concerning respondent’s psychological distress status (minimum and maximum scores are 0–4).
- The 113-item Youth Self-Report for ages 11–18 years (YSR/11–18) (Achenbach and Rescorla 2001) was used to assess behavioral and emotional functioning. The Total Problem Scale (YRS-Total) was used to assess the global score of the behavioral and emotional functioning via the 113 items. The maximum and minimum direct scores are 0 and 226, maximum and minimum *t*-scores are 50 to 100 (60 to 65 is considered as a borderline score, the cut-off point is ≤ 65 and indicates a score of clinical significance).
- To evaluate personality patterns, expressed concerns and clinical syndromes, the 160-item Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI; Millon 1994) was used to take into account *t*-scores over 60. The minimum and maximum MACI *t*-scores are 0 and 115. The interpretative clinical benchmarks are the following: 60 to 74 refer to possible presence of traits at the domain level, 75 to 85 likely psychopathology is present, and ≤ 85 presence of persistence of a specific personality trait or clinical syndrome.
- To evaluate family conflict, the 9-item Family Conflict (FC) sub-scale of the Family Environment Scale (FES; Moos and Moos 1994) was used to assess the level of family unrest from participant’s perspective. Minimum and maximum direct scores are 0 and 9 for the ten sub-scales. Minimum and maximum *t*-scores are 0 to 100, with ≤ 50 being the cut-off point for severe family conflict.
- To assess social problems, the 11-item Social Problem Scale (IV) of the YSR/11–18 was used (Achenbach and Rescorla 2001). Minimum and maximum direct scores are 0 and 22, minimum and maximum *t*-scores are 50 and 100 (with 65 to 70 borderline scores, and scores ≤ 75 indicating clinical significance).
- To evaluate the school situation, the 4-item School Scale of the Child Behavior Checklist (CBCL/6–18; Achenbach and Rescorla 2001) was used. Minimum and maximum direct scores are 0 and 6, minimum and maximum *t*-scores are 20 and 65 (with 30 to 35 being borderline scores, and scores ≤ 35 being of clinical significance).
- To evaluate the alliance and the level of therapeutic change, the 17-item Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI) was used (Horvath and Greenberg 1986) adapted

for the Spanish population (Corbella and Botella 2004). The minimum and maximum scores are 17 and 119.

Procedure and Analysis

The present study employed an A-B-A' withdrawal design (Byiers et al. 2012; Tate et al. 2016). Phase changes were marked using the following criteria: (i) A-B occurred when all measurements for phase A had been obtained; (ii) B-A' occurred when the intervention was complete; and (iii) phase A' occurred with data collection three months after treatment ended. A visual analysis was used to identify changes within phases and to identify trends regarding the hours spent playing video games (Alresheed et al. 2013). Additionally, an evaluation of the effects and changes in clinical outcomes during the process was carried out comparing the scores extracted during a number of different time points: pre-treatment (t^1), mid-treatment (t^4), post-treatment (t^6), and follow-up 3 months (t^7). A visual analysis table was used to identify the changes between time points and to evaluate if the scores were in the "clinical" range based on each scale's validated cut-offs.

Ethics

The study was approved by the ethics committees of the mental health centers that participated in the studies and the research team's university ethics committee. The participants and their legal guardians signed consent forms. In presenting the cases, information that could have been used to identify the patients was anonymized. The study procedures were carried out in accordance with the Declaration of Helsinki.

Results

The clinical characteristics at the start of treatment indicated that all four participants had clinical problems concerning online gaming based on the scores of the IGD-20 Test (≥ 71) and CERV (≥ 39), and on some scales of the MACI (≥ 60 points). Participants C1, C2, and C3 had conflicts in their family (CT-FES ≥ 50). On the Social Problem scale (YSR), C1 had a clinical score (≥ 70) and C2 and C3 had borderline scores concerning clinical significance (≥ 65). On the school scale, C2 had a clinical score (< 30), and C3 a borderline score concerning clinical significance (30–35). This scale was not administered to C1 because he was no longer at school.

Figure 1 visually shows the time spent playing online video games throughout the course of the treatment, utilizing data collected via self-report diaries. Figure 1 demonstrates stable intra-phase patterns for time spent playing online video games in phases A, B, and A'. The figure also shows an abrupt decrease in playing online video games between phases A and B. The decrease is seen in all four cases immediately during the first weeks of treatment. The mean (\bar{X}) of hours of online gaming per week for phase A was high (49.12 h per week). There was a reduction in the average number of hours spent per week in playing online video games from times $t^{1,4}$ to t^6 ($\bar{X}_{\text{before}} = 50.75$ h per week; $\bar{X}_{\text{after}} = 9$ h per week). Also during phase A, there were differences in daily online gaming on weekdays ($\bar{X}_{\text{week}} = 6.68$ h per day; Monday–Friday) compared to weekend days ($\bar{X}_{\text{weekend}} = 9.08$ h; Saturday–Sunday).

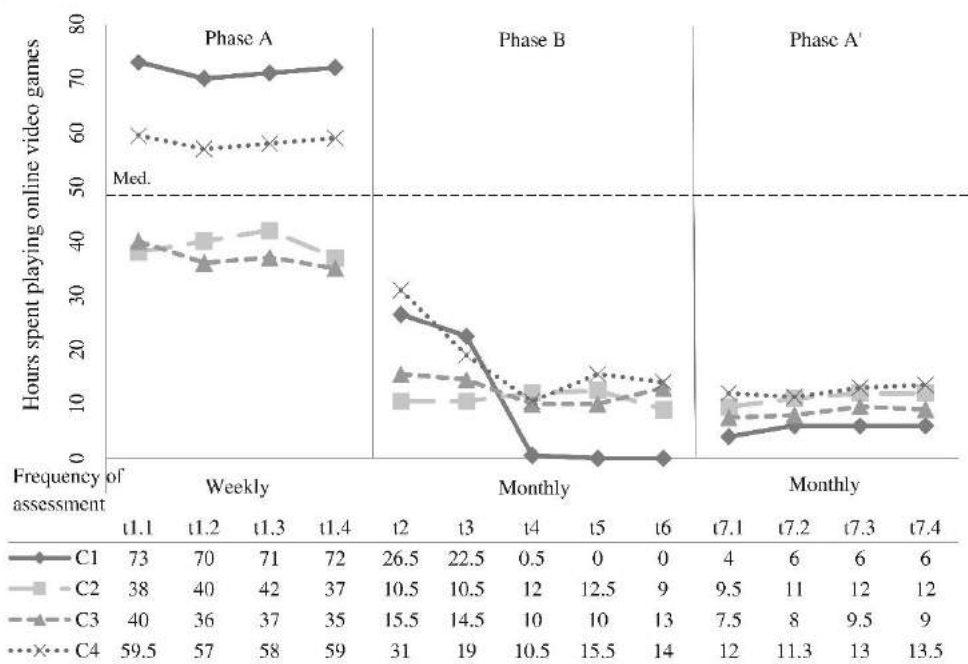


Fig. 1 Visual analysis of hours spent playing video games throughout phases A, B, and A' in the four cases

The pre-post comparison of the scores on the battery of scales showed a reduction tendency (see Table 2). Clinical scores on the IGD-20 Test and the CERV normalized from t^1 to t^6 , and they remained stable three months after treatment ended (Table 2, t^6 to t^7). General symptoms as assessed by the YSR-Total and SCL-R-PSDI scales notably improved. Scores related to school (CBCL), social problems (YSR), and family conflict (FES) also improved following treatment (Table 2). To evaluate the effects of treatment on specific comorbid diagnoses, the scales of the MACI test were compared. Scores on these scales also decreased: C1: Depressive Affect

Table 2 Comparison between times of scale scores for video game addiction and comorbid symptoms

Times	C1				C2				C3				C4			
	t^1	t^4	t^6	t^7	t^1	t^4	t^6	t^7	t^1	t^4	t^6	t^7	t^1	t^4	t^6	t^7
CERV	45	25	18	18	52	22	21	20	58	36	24	23	52	36	26	26
IGD	79	37	20	20	83	26	24	26	89	75	32	33	79	64	34	30
SCL-90-R (GSI)	2.1	1.1	0.2	0.1	1.5	0.5	0.2	0.3	0.5	0.4	0.3	0.1	0.6	0.6	0	0
YSR-Total	64	-	39	33	61B	-	45	38	61B	-	47	56	56	-	35	35
FC (FES)	67	-	58	54	60	-	58	40	67	-	54	54	49	-	54	49
SP-IV (YSR)	70	-	51	50	66	-	48	51	66	-	51	51	54	-	50	50
School (CBCL)	*	-	*	*	30	-	39	43	33	-	37	43	46	-	54	54
Alliance (WATOCT)	-	-	89	-	-	-	116	-	-	-	112	-	-	-	118	-

"-" means a non-application of the instrument in the correspondent temporal moments; "*" means missed data CERV Video Game-Related Experiences Questionnaire, IGD-20 20-item Internet Gaming Disorder Test, SCL-90-R Symptom Checklist-90-R, GSI global severity index, YRS/11-18 Youth Self-Report for ages 11-18, YSR-Total Total Problem Scale of YSR, SP-IV Social Problem sub-scale of YSR, FES Family Environment Scale, FC Family Conflict sub-scale of FES, CBCL/6-18 Child Behavior Checklist for ages 6-18, School School sub-scale of CBCL, WATOCT Working Alliance Theory of Change Inventory

(FF)_{pre} = 108, FF_{post} = 55, Introversion (I)_{pre} = 107, I_{post} = 70; C2: Peer Insecurity (E)_{pre} = 111, E_{post} = 53, Anxious Feelings (EE)_{pre} = 76, EE_{post} = 92; C3: Borderline Tendency (9)_{pre} = 77, 9_{post} = 46, Unruly (6A)_{pre} = 71, 6A_{post} = 71; C4: FF_{pre} = 66, FF_{post} = 29, I_{pre} = 104, I_{post} = 45. The only exceptions were the EE scale [Anxious Feelings] (for C2) and Scale 9 [Borderline tendency] (for C3), where no decreases occurred. To evaluate the therapeutic alliance and the patients' degree of satisfaction, the WATOI instrument was used (Corbella and Botella 2004) (Table 2). Positive scores highlight the four participants' satisfaction with the treatment.

Discussion

The main objective of the present study was to evaluate the effects of the PIPATIC treatment on four adolescent participants with IGD, all who had very different characteristics and profiles. Initially, each of the four adolescents played online video games for 40 h or more per week and had clinically relevant scores for addiction to video games on the CERV scale and the IGD-20 Test. These results are consistent with those of other studies (e.g., Pontes et al. 2014), which also describe pathological players spending excessive amounts of time gaming (over 40 h per week).

The immediate and notably inter-phase changes (A-B) are strong evidence of a functional relationship between the treatment and the studied behavior (Kratochwill et al. 2012). In A-B-A' withdrawal studies, the problem behavior often increases after treatment is withdrawn, thus demonstrating the decisive role that the treatment has in the individual's control of the behavior (Stake 2006). In the case of psychotherapy, lasting effects are a positive outcome, given that they represent a positive impact on the mental health and long-term autonomy of patients (Stake 2006).

The symptoms of IGD assessed using the IGD-20 Test and the CERV also markedly changed for the better. Given that both instruments assess similar constructs, similar changes were expected in reduced scores over time, and that is what was found. Scores indicating clinical impairments due to online gaming were obtained during phase A and normal scores were obtained by the end of treatment and remained stable at three months post-treatment. Comorbid pathology was reduced by the end of the treatment period and remained at normal levels during the subsequent three months. The relationship between IGD and other comorbid problems has been confirmed in previous studies associating IGD with depression, anxiety, ASD, ADHD, and conduct disorders among others (e.g., Brunborg et al. 2014; King and Delfabbro 2016; Müller et al. 2015; van Rooij et al. 2014). The findings of the present study are strengthened by the fact that scores remained stable at three months post-treatment. These results are consistent with the results of a pilot study in which the same treatment was performed on an adult patient with IGD (Torres-Rodriguez and Carbonell 2015).

Given that all four cases had a completely different etiology leading to their problematic video game playing, one of the most interesting observations is that the PIPATIC treatment was able to significantly reduce the negative symptoms and effects of IGD irrespective of the patients' pathway and predispositions. Three of the patients had pre-existing comorbid disorders (i.e., autistic spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder with depression, social phobia with depression) whereas the remaining one had no pre-existing disorders at all (with the only pre-condition or motivation for playing appearing to be a low boredom threshold coupled with wanting to fit in with his peers). This demonstrates that even just among four individuals, there are not necessarily common predisposing risk factors in the

etiology of IGD and that IGD has to be viewed within a biopsychosocial model just like other addictive behaviors (Griffiths 2005). While the sample was self-selecting in that they were all treatment-seeking individuals, the fact that they were all male concurs with previous studies showing that female IGD appears to be rare (e.g., Kuss and Griffiths 2012a, b) and that those in treatment for IGD are also predominantly single males (e.g., Beranuy et al. 2012).

The present study has some limitations common to single-case studies carried out in a clinical setting. First, an intentional sample was used. Second, the use of self-reporting in data collection (in this case self-report diaries) can generate responses subject to well-known biases (such as social desirability and memory recall). Third, in withdrawal studies, treatment is typically ceased as soon as an improvement is observed. The present authors did not follow this protocol and instead carried out the full treatment on all four participants. To withdraw treatment would have been unethical, because it could have harmed the therapeutic relationship and caused adverse effects for the mental health of these vulnerable participants (Moscosoa et al. 2013).

The research presented here contributes to the literature by reporting on the specific effects of a specialized intervention (i.e., the PIPATIC program) in four adolescent patients with IGD. As in any clinical case studies, the findings should be interpreted with caution due to the limited number of cases evaluated. Nonetheless, various authors report the validity of an intervention when similar effects are produced in different replications (Kratzschwill et al. 2012). Given these criteria, the findings are encouraging from both empirical and clinical points of view.

Compliance with Ethical Standards

Conflict of Interest The authors declare that they have no conflict of interest. No funding was received for this study.

Ethical Approval All procedures performed in this study involving human participants were in accordance with the ethical standards of University's Research Ethics Board and with the 1975 Helsinki Declaration.

Informed Consent Informed consent was obtained from all participants.

Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: ASEBA.
- Alreshced, F., Hott, B. L., & Bano, C. (2013). Single subject research: A synthesis of analytic methods. *Journal of Special Education Apprenticeship*, 2(1), 1–18.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beranuy, M., Carbonell, X., & Griffiths, M. (2012). A qualitative analysis of online gaming addicts in treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 149–161. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9405-2>.
- Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., & Frøyland, L. R. (2014). Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems? *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 27–32. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.002>.

- Byiers, B. J., Reichle, J., & Symons, F. J. (2012). Single-subject experimental design for evidence-based practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *21*(4), 397–414. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0036\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0036)).
- Carroll, K. M., & Nuro, K. F. (2002). One size cannot fit all: A stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(4), 396–406.
- Chamarro, A., Carbonell, X., Manresa, J. M., Muñoz-Miralles, R., Ortega-Gonzalez, R., López-Morron, M. R., et al. (2014). The questionnaire of experiences associated with video games (CERV): An instrument to detect the problematic use of video games in Spanish adolescents. *Adicciones*, *26*(26), 303–311.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCT). *Psicothema*, *16*(4), 702–705.
- Derogatis, L. R. (1996). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson.
- Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the Internet Gaming Disorder (IGD-20) Test. *Computers in Human Behavior*, *56*, 215–224. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.11.050>.
- Griffiths, M. (2005). A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, *10*(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>.
- Griffiths, M. D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *8*(1), 119–125. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9229-x>.
- Griffiths, M. D. (2015). Problematic technology use during adolescence: Why don't teenagers seek treatment? *Education and Health*, *33*(1), 6–9.
- Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Billieux, J., & Pontes, H. M. (2016a). The evolution of internet addiction: A global perspective. *Addictive Behaviors*, *53*, 193–195. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.001>.
- Griffiths, M. D., van Rooij, A. J., Kardefelt-Winther, D., Starcevic, V., Király, O., Pallesen, S., et al. (2016b). Working towards an international consensus on criteria for assessing internet gaming disorder: A critical commentary on Petry et al. (2014). *Addiction*, *111*(1), 167–175. <https://doi.org/10.1111/add.13057>.
- Hansen, N. B., & Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, *5*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1023/A:1021751307358>.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, *51*(4), 510–513. <https://doi.org/10.1037/a0037045>.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the working alliance inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (Eds.), *The psychotherapeutic process: a research handbook* (pp. 529–556). New York: Guilford Press.
- Kadera, S. W., Lambert, M. J., & Andrews, A. A. (1996). How much therapy is really enough? A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *5*(2), 132–151.
- Kaptis, D., King, D. L., Delfabbro, P. H., & Gradisar, M. (2016). Withdrawal symptoms in internet gaming disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *43*, 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.006>.
- King, D., Delfabbro, P., & Griffiths, M. (2010). Cognitive behavioral therapy for problematic video game players: Conceptual considerations and practice issues. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, *3*(3), 261–273.
- King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M., & Gradisar, M. (2011). Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1110–1116. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.009>.
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2016). Features of parent-child relationships in adolescents with Internet Gaming Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9699-6>.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D., & Gradisar, M. (2012). Cognitive-behavioral approaches to outpatient treatment of internet addiction in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(11), 1185–1195. <https://doi.org/10.1002/jclp.21918>.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M. S., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S., et al. (2017). Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, *54*(November 2016), 123–133. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.002>.
- Király, O., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). Internet Gaming Disorder and the DSM-5: Conceptualization, debates, and controversies. *Current Addiction Reports*, *2*(3), 254–262. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0066-7>.

- Ko, C.-H., Yen, J.-Y., Chen, S.-H., Wang, P.-W., Chen, C.-S., & Yen, C.-F. (2014). Evaluation of the diagnostic criteria of Internet gaming disorder in the DSM-5 among young adults in Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*, *53*, 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.02.008>.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2012). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, *34*(1), 26–38. <https://doi.org/10.1177/0741932512452794>.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012a). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *10*(2), 278–296. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5>.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012b). Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *Journal of Behavioral Addictions*, *1*(1), 3–22. <https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.1.1>.
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., & Pontes, H. M. (2017). Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field. *Journal of Behavioral Addictions*, *6*, 103–109. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.062>.
- Kuss, D., Van Rooij, A., & Shorter, G. (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, *29*(5), 1987–1996. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.002>.
- López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. L., Baguley, T., & Griffiths, M. D. (2014). Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: Towards the exploration of Internet Gaming Disorder symptomatology. *Computers in Human Behavior*, *41*, 304–312. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.10.011>.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In A. S. Masten & N. Garmezy (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 1–52). Minnesota: Springer.
- Millon, T. (1994). *Millon adolescent clinical inventory (MACI)*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Moos, R. & Moos, B. (1994). *Family Environment Scale Manual: Development, Applications, Research - Third Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Moscocosa, S. C., Chaves, S. S., Vidal, M. P., & Anguera, M. T. (2013). Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *13*(1), 58–66. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70008-5](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70008-5).
- Müller, K. W., Janikian, M., Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. E., Tzavara, C., et al. (2015). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: Results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*, 565–574. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0611-2>.
- Pontes, H. M., Király, O., Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2014). The conceptualisation and measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The development of the IGD-20 Test. *PLoS ONE*, *9*(10), e110137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110137>.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & Group, C. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, *152*(11), 726–732. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232>.
- Schwartz, R. H. (2013). Excessive participation in online internet action games by two American teenagers: Case report, description of extent of overuse, and adverse consequences. *Pediatrics*, *3*, 201–203.
- Stakc, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guildford Press.
- Steinhausen, H. C., & Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *30*(3), 259–280.
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D., et al. (2016). The single-case reporting guideline in behavioural interventions (SCRIBE) 2016: Explanation and elaboration. *Archives of Scientific Psychology*, *96*(7), 1–10.
- Torres-Rodríguez, A., & Carbonell, X. (2015). Adicción a los videojuegos en línea: Tratamiento mediante el programa PIPATIC. *Aloma*, *33*(2), 67–75.
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D. & Carbonell, X. (2017). The treatment of Internet Gaming Disorder: A brief overview of the PIPATIC program. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9825-0>.
- van Rooij, A. J., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Shorter, G. W., Schoenmakers, M. T., & Van De Mheen, D. (2014). The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, *3*(3), 157–165. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.013>.
- Wan, C., & Chiou, W. (2006). Why are adolescents addicted to online gaming? *CyberPsychology & Behavior*, *9*(6), 762–766. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.762>.
- Wood, R., Gupta, R., Derevensky, J., & Griffiths, M. (2004). Video game playing and gambling in adolescents: Common risk factors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *14*(1), 77–100.
- Young, K. S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of Behavioral Addictions*, *2*(4), 209–215. <https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.4.3>.

3.5. Artículo 5

Journal of Behavioral Addictions (in press)

Internet Gaming Disorder in Adolescence: Psychological characteristics of a clinical sample

Alexandra Torres-Rodríguez^a, Mark D. Griffiths, Xavier Carbonell^a and Ursula Oberst^a

^a Psychology Department, FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull. 34 Císter Street. Barcelona 08022

^b International Gaming Research Unit, Psychology Department, Nottingham Trent University. 50 Shakespeare Street. Nottingham, NG1 4FQ

Abstract

Background and aims: Internet Gaming Disorder (IGD) has become a topic of increasing research interest since its inclusion in Section 3 of the DSM-5. Given the lack of clinical studies concerning IGD, exploring the characteristics of clinical samples with IGD will help to delineate the gaming disorder construct and inform future treatment studies. *Methods:* Data collection comprised clinical interviews comprising 31 male adolescents diagnosed with IGD. Alongside the clinical interviews, the participants were administered a battery of psychometric tests assessing the following: IGD, personality traits, comorbid symptomatology, emotional intelligence and family environment characteristics. *Results:* The results showed that adolescents with IGD and their relatives reported a high number of hours per week and high presence of stressful life events in the majority of the sample. High scores on scales assessing depression, anxiety, and somatic disorders were found. However, the findings indicate the presence of several other comorbid disorders meaning that some of the adolescent sample with IGD had different clinical profiles. Several personality traits were found to be highly associated with IGD including introversion, inhibition, submissiveness, self-devaluation, interpersonal sensibility, obsessive compulsive tendencies, phobic anxiety, and hostility, as well as paranoid and borderline personality traits. Other negative characteristics found in the present sample included a high level of social problems, low emotional intelligence, and dysfunctional family relationships. *Discussion and conclusions:* The findings suggest a more global pattern of key psychological characteristics associated with Internet Gaming Disorder in adolescence. This may help in understanding the complexity of this proposed disorder and it may also help in designing more specialized interventions for adolescents with IGD. The findings have important implications for clinical practice and interventions.

Key words: Internet gaming disorder, adolescent gaming, videogame addiction, gaming addiction, problematic gaming

INTRODUCTION

Playing videogames is a very popular form of entertainment among children and adolescents as well as among young adults. The videogame sector estimates a global growth of 8.5% among the countries with the biggest revenues: China, USA, Japan, South Korea, Germany, United Kingdom, France, Spain, Canada and Italy (Newzoo Games, 2016). Despite the benefits that videogames have (e.g., entertainment and socialization), clinical and empirical studies have consistently demonstrated that the excessive use of videogames may lead to negative consequences in various areas of psychological functioning and can result in an addiction among a small minority of gamers (Ferguson, Coulson, & Barnett, 2011; Kowert, Festl, & Quandt, 2014; Kuss & Griffiths, 2012a; Petry et al., 2014; Torres-Rodríguez, Griffiths, & Carbonell, 2017; Williams, Yee, & Caplan, 2008; World Health Organization, 2014). Adolescence is typically viewed as life stage where vulnerability to addiction is more pronounced, and this is no different for videogame addiction (Kuss, Rooij, & Shorter, 2013; López-Fernandez, Honrubia-Serrano, Baguley, & Griffiths, 2014; Wan & Chiou, 2006). More specifically, because of cognitive, social, hormonal, and neurobiological immaturity, adolescence is a period of increased risk of experiencing psychological disorders including addictive behaviors (Arnett, 1999; Masten & Garmezy, 1985; Steinhausen & Metzke, 2001).

Videogame addiction in the form of ‘Internet Gaming Disorder’ (IGD) was included in Section 3 of the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). In addition, the beta draft of the (11th) International Classification of Diseases (WHO, 2016), includes ‘Gaming Disorder’. The ICD-11 defines this disorder as a recurrent gaming behavior pattern that includes both online and offline gaming. Gaming Disorder manifests as an impaired control over gaming, an increasing priority over other life interests and daily activities, leading to recurrent gaming despite increasing negative consequences. The inclusion of gaming disorder by established medical and psychiatric bodies has led to much debate as to whether its inclusion is premature (Aarseth et al., 2016; Griffiths et al., 2016; Király, Griffiths, & Demetrovics, 2015; Kuss, Griffiths, & Pontes, 2017).

A recent meta-analysis estimates the prevalence of IGD between 0.7 and 15.6% extracted from studies using naturalistic populations (Feng, Ramo, Chan, & Bourgeois, 2017). Other prevalence estimates rates of IGD have been reported: 3.1% (Ferguson et al., 2011), 3% (Rehbein, Psych, Kleimann, Mediasci, & Mößle, 2010), and 3.7% (Kuss, Rooij, Shorter et al., 2013). The present study comprised Spanish teenagers and the prevalence rate of IGD among Spanish adolescents has been estimated to be between 6.2% (Muñoz-Miralles et al., 2016) to 7.7% (López-Fernandez et al., 2014).

The clinical importance of the IGD has increased over the past few years, and studies in the gaming literature have involved the evaluation of assessment tools (King, Haagsma, Delfabbro, Gradisar, & Griffiths, 2013; Pontes, Király, Demetrovics, & Griffiths, 2014; Pontes & Griffiths, 2014), diagnostic issues (King & Delfabbro, 2014a; Király et al., 2015; Ko et al., 2014; Petry et al., 2014), risks (Kuss et al., 2013; Rehbein et al., 2010; Tejeiro, Gómez-Vallecillo, Pelegrina, Wallace, & Emberley, 2012; Wood, Gupta, Derevensky, & Griffiths, 2004), treatment models (Griffiths, Kuss, & Pontes, 2017; King, Delfabbro, & Griffiths, 2010; King, Delfabbro, Griffiths, & Gradisar, 2012; Torres-Rodríguez et al., 2017; Young, 2009), experimental treatment studies (Du, Jiang, & Vance, 2010; Han, Kim, Lee, & Renshaw, 2015; King et al., 2017; Lindenberg, Halasy, & Schoenmaekers, 2017; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014; Yao et al., 2017; Young, 2013) and case studies (Griffiths, 2010; King et al., 2012; Schwartz, 2013; Torres-Rodríguez, Griffiths, Carbonell, Farriols-Hernando, & Torres-Jiménez, 2017; Torres-Rodríguez & Carbonell, 2015; Voss et al., 2015).

Despite increasing research, there are few studies that have examined the clinical characteristics of individuals with IGD or among individuals who seek treatment for videogame addiction (Martín-Fernández, Matalí, García-Sánchez, Pardo, & Castellano-Tejedor, 2016). Many studies reporting associated psychological problems and risk factors stem from non-clinical samples in schools and online gamer communities (e.g., Feng et al., 2017; Gentile et al., 2011; Shapira, Goldsmith, Keck Jr, Khosla, & McElroy, 2000). These IGD studies have reported psychological problems including affective instability, low self-esteem, insecure personality, shyness, loneliness, limited leisure activities, family deficits, maladaptive coping styles, lower social competence, and lower school performance (e.g., Gentile et al., 2011; Kim, Namkoong, Ku, & Kim, 2008; King & Delfabbro, 2016; Kuss et al., 2013; Lemmens, Valkenburg, & Peter, 2011; Liebert, Lo, Ph, Wang, & Fang, 2005; Rehbein et al., 2010; Schneider, King, & Delfabbro, 2017; Tejeiro et al., 2012). Other disorders associated with symptoms of IGD include anxiety disorders, depression, suicidal ideation, behavioral disorders, social phobia, autism spectrum disorder (ASD), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), obsessive compulsive disorder and personality disorders (e.g., Andreassen et al., 2016; Chan & Rabinowitz, 2006; Ferguson et al., 2011; Gentile et al., 2011; Han, Lee, Shi, & Renshaw, 2014; Kelleci & Inal, 2010; Kim et al., 2006; Ko et al., 2006; Shapira et al., 2000).

Given the lack of clinical studies concerning IGD, exploring the characteristics of clinical samples with IGD is much needed because several authors have highlighted the importance of individual profiles of social and psychological attributes as predictors of game usage pattern and game preferences (e.g., Greenberg, Sherry, Lachlan, Lucas, & Holmstrom, 2010; Homer, Hayward,

Frye, & Plass, 2012). Furthermore, analyzing the psychological characteristics of adolescent clinical samples will help to delineate the gaming disorder construct and inform future treatment studies. More specifically, delineating the clinical characteristics of IGD participants will help in designing more specialized psychological treatments for IGD. This is because the etiology of IGD can be diverse (Torres-Rodríguez, Griffiths & Carbonell, 2017) with some treatment studies focusing on gaming as the primary problem and others focusing on the related symptoms (Ferguson, Coulson, & Barnett, 2011) such as lower social competence, emotional intelligence, and symptoms of other comorbid disorders. There is both an empirical and clinical need for an in-depth clinical examination of characteristics associated with IGD. Consequently, the primary aim of the present study was to examine the psychological characteristics of treatment-seeking adolescents with gaming disorder recruited via public mental health centers.

METHODS

Participants

The initial sample comprised 55 adolescents who voluntarily sought treatment at two public mental health centers in the Barcelona metropolitan area. These individuals represent the complete clinical sample of those seeking treatment and self-declared IGD problems at both centers during the 18-month period that the study was carried out. Out of these, 12 were considered as lost (because they did not return to the treatment center after a first visit) and 12 more were excluded for not meeting the inclusion criteria of the present study (four did not meet the inclusion criteria 1 and 2 below; one was younger than 12 years; two presented with a severe mental disorder where the primary disorder needed treating as opposed to the IGD, and five patients declined to participate in the study). The inclusion criteria were: (i) endorsing at least five or more of the nine IGD criteria according to DSM-5 (APA, 2013); (ii) scoring 71 or more on IGD-20 Test (Pontes et al., 2014) adapted to Spanish population (Fuster, Carbonell, Pontes, and Griffiths, 2016); (iii) being aged 12 to 18 years; (iv) not having a severe mental disorder or intellectual disability, and (v) understanding the Spanish language. Thus, the final sample consisted in 31 male adolescents diagnosed with IGD.

Procedure

Data collection comprised clinical interviews and the administration of several diagnostic instruments to each participant (listed below). Baseline assessments were taken from the 31 participants when they first entered treatment. The clinical interviews were conducted by clinical psychologists, who also applied the diagnostic tests.

Materials

Demographic data were recorded via a demographic questionnaire and the initial clinical interview. The following scales were used:

Internet Gaming Disorder Test (IGD-20 Test; Pontes, Király, Demetrovics, & Griffiths, 2014). To assess IGD symptoms, the Spanish version of 20-item IGD-20 Test was used (Fuster et al., 2016). It assesses symptoms of IGD across six subscales (salience, mood modification, tolerance, withdrawal symptoms, relapse, and conflict). All subscales comprise three items, except conflict, which has five. Answers are scored on a Likert scale from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). The minimum and maximum scores are 20 and 100 and, following Pontes et al. (2014), those participants scored 71 or more were classified as having IGD. In order to compare the results among subscales, the sum scores of each subscale were divided by the number of items of the subscale.

Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI; Millon, 1994). The MACI is a widely used validated and standardized instrument to assess adolescent personality patterns (12 subscales), expressed concerns (eight subscales), and clinical syndromes (seven subscales), in addition to four validity (modifying) scales. The present study used the Spanish version of MACI and comprised 160 items. Possible answers were either “true” or “false”. The standardized base rate (BR) scores were used in the present study, BR scores of 0 and 115 were selected to represent the minimum and maximum possible on each scale. This allowed comparisons between scales and different age ranges using the same data classification on four interpretative clinical benchmarks: no significant difficulties (scores below 60), possible presence of traits (scores between 60 and 74), probable presence of psychopathology (scores between 75 and 85), and presence of a specific personality trait or clinical syndrome (scores over 85). The current study followed the scoring guidelines described in the Spanish manual (Millon et al., 2004).

Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1996). The Spanish version of the original SCL-90-R was used to assess psychological distress and symptoms of different mental disorders (Derogatis, 2002). The 90-item SCL-90-R is a widely used and well validated self-report scale using a 5-point Likert scale (0=“no problem” to 4=“very serious”) with minimum and maximum global scores of 0 and 360. The SCL-90-R comprises nine symptom scales (Somatization, Obsessive-Compulsive Symptoms, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic-Anxiety, Paranoid Ideation, and Psychoticism), as well as three global indexes: The Global Severity Index (GSI) is considered to be most sensitive single quantitative indicator concerning individual’s psychological distress status (on a scale from 0 to 4). It is obtained by dividing the total score by the total number of items (90). The Positive Symptom Total (PST) is

the sum of all items with a score equal or above 1, and thus conveys the breadth or array of symptoms individual is currently experiencing. It can be used as indicator of whether respondent is attempting to misrepresent his or her status. Finally, the Positive Symptom Distress Index (PSDI) assesses the intensity of the symptoms by multiplying GSI with the total number of items (90) and dividing the product by PST. The present study followed the scoring guidelines described in the Spanish manual (Derogatis, 2002).

To assess the behavioral and emotional functioning of the patients, two scales from the *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* were used. These were the Youth Self-Report for Ages 11-18 Years (YSR/11-18) and the Child Behavior Checklist for Ages 6-18 Years (CBCL/6-18) (Achenbach and Rescorla, 2001). The YSR/11-18 is a 112-item self-report scale completed by the adolescents, and the CBCL/6-18 is the version for their parents. The first part of both instruments assesses the psychosocial competencies of adolescents across four subscales (seven items), and the second part assesses behavioral and emotional symptoms across eight subscales (113 items); see Table 5. For the scoring, Assessment Data Manager (ADM) v.910 School-Age Module for CBCL/6-18, Teacher's Report Form for Ages 6-18 (TRF/6-18) and YSR/11-18 was used. Both questionnaires have been validated for the Spanish population, obtaining high validity and internal consistency. For example, the internalizing and externalizing problem scales have been reported as both having a Cronbach's alpha of .80 (Lemos, Fidalgo, Calvo, & Menéndez, 1992).

Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, and Palfai, 1995). The TMMS-24 is a 24-item instrument and uses a 5-point Likert scale to assess perceived emotional intelligence. The Spanish version of the TMMS-24 was used (Fernandez-Berrocal, Extremera, and Ramos, 2004). The TMMS-24 is widely used in adolescents and adults, and comprises three subscales: (i) attention to emotion (participants' self-perception of the degree to which they pay attention to their own moods and emotions), (ii) clarity (participants' self-perception of the degree to which they understand their own emotions), and (iii) repair of emotion (participants' self-perception of the degree to which they are able to modify their own emotions). The Spanish TMMS-24 has psychometric characteristics similar to the original version with an internal consistency (Cronbach's alphas) of .90, .90 and .86 for attention, clarity and repair, respectively. For the present study the benchmarks for males described in the Spanish version are used (Fernandez-Berrocal et al., 2004).

Family Environment Scale (FES; Moos and Moos, 1994): The 90-item FES assesses social and environmental characteristics of families across ten subscales with nine items each in the Spanish

version (Seisdedos, Victoria de la Cruz, and Cordero, 1989). The self-report items are answered as being either 'true' or 'false' and can be answered by adolescents or adults. The minimum and maximum direct scores are 0 to 9 for the ten subscales with total scores ranging from 0 to 100 with scores ≤ 50 being the cut-off point for clinical significance. The original version showed adequate validity and high internal consistency (Cronbach's alpha of 0.89).

Data analysis

All analyses were conducted with SPSS software version 24. Descriptive analyses were calculated using frequencies and percentages for categorical variables, and means and standard deviations for continuous variables. In order to analyze if IGD symptoms were associated with other indices of mental health, Spearman correlations were calculated between IGD scores and MACI subscales, SCL-90 global indices, and TMMS-24 attention and clarity subscales. Also, in order to compare adolescents' perceptions with those of their parents, Spearman correlations between the results of the YSR/11-18 and the CBCL/6-18 questionnaires were calculated.

Ethics

The study was approved by the ethics committees of the mental health centers that participated in the studies and the research team's university ethics committee. The participants and their legal guardians signed consent forms. In presenting the cases, information that could identify the participants was anonymized. The study procedures were carried out in accordance with the Declaration of Helsinki.

RESULTS

Sociodemographic data

The sociodemographic data of all 31 participants are described in Table 1. The participants were all males aged between 12 and 18 years (mean = 14.97 years, SD = 1.74). All participants were Spanish, and all but two were students. None of the participants reported any serious physical health problem. Only one participant was currently receiving antidepressant medication. However, 19.4% of the sample had a history of previous psychological treatment and a high number of stressful life events. The most common stressful life events in the sample were the divorce of the parents and having been bullied at school, as reported by 51.6% and 38.7% of the sample, respectively. The adolescents reported an average of 47.51 hours of playing videogames per week, whereas their relatives reported their children as playing an average of 49.45 hours per week. The most popular games were the 'Multiplayer Online Battle Arena' (MOBA) games and

the ‘Massively Multiplayer On-line Role-Playing Games’ (MMORPGs), played by 64.5% and 51.6% respectively.

Table 1. Sociodemographic data of the participants

	<i>n</i> (%)
Family housing situation	
Living with parents	4 (12.9%)
Living with parents and siblings	11 (35.5%)
Shared parental custody	16 (51.6%)
Schooling status	
Attending school	29 (93.5%)
Not attending school	2 (6.5%)
Life Events	
Victim of bullying at school	12 (38.7%)
Own or family illness	7 (22.6%)
Mental disorder in family	7 (22.6%)
Divorce of parents	16 (51.6%)
Substance abuse in family	5 (16.1%)
Domestic violence/neglect/physical abuse	9 (29%)
Death of family member	5 (16.1%)
Economic problems	8 (25.8%)

Internet Gaming Disorder

To assess IGD symptoms, the Internet Gaming Disorder 20-Test was used. The sum scores of all the participants exceeded the cut-off point of 71 and were considered as disordered gamers (because they met inclusion criteria 1 and 2). The participants scored uniformly on all subscales (see Table 2).

Table 2. Descriptive statistics (means, standard deviations, minimum and maximum scores of the IGD-20 subscales, and sum score (N=31)

	Mean ± S.D.	Min.	Max.
Saliency	4.12 ± 0.56	3	5
Mood Modification	4.17 ± 0.53	3	5
Tolerance	3.89 ± 0.75	2	5
Withdrawal symptoms	3.47 ± 0.60	2	5
Conflict	3.71 ± 0.40	1	5
Relapse	4.13 ± 0.67	1	5
IGD sum score	78 ± 5.79	71	90

Note. IGD-20: Internet Gaming Disorder Test; SD: standard deviation; IGD: Internet Gaming Disorder.

Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI)

The base rate (BR) scores of the subscales and total scale are reported in Table 3. All 31 participants obtained raw scores of 0 on the reliability (W) scale and scores between 203 to 536 on the Disclosure (X) scale. Several of the personality patterns and expressed concern scales showed an average above the cut-off point of 60 in the following scales: introversion, inhibition, identity diffusion, and peer insecurity, indicating the presence of possible pathological at the domain level. Although most participants did not show alterations in the clinical scales, there were some adolescents with pathological traits in almost all subscales. Clear pathological patterns among participants were identified. There was a significant positive correlation between IGD scores and ‘anxious feelings’ scores ($\rho=.367, p<.05$), and a significant negative correlation between IGD scores and ‘oppositional’ scores ($\rho=-.416, p<.05$) and ‘self-demeaning’ scores ($\rho=-.371, p<.05$).

Symptom Checklist-90-R

Table 4 shows the number of participants with non-clinical, borderline, and clinical ranges in each symptom scale of SCL-90 and the global indices (GSI, PST and PSDI). The clinical characteristics at the start of treatment (baseline) indicated that most of the participants had comorbid psychological problems and symptoms of psychopathology within the clinical range. There is also some variability in the clinical profiles in the sample. The primary symptom dimensions with clinical scores were common among the sample, including comorbid symptoms related to obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety and paranoid ideation dimensions. Overall, 80.6% (n=25) of the sample had significantly high psychological distress with a range of different comorbid symptoms. The IGD scores correlated significantly with scores on ‘interpersonal sensitivity’ ($\rho=.442, p<.05$), ‘hostility’ ($\rho=.363, p<.05$), ‘global severity index’ ($\rho=.360, p<.05$) and ‘positive symptom distress index’ ($\rho=.473, p<.01$).

Table 3. Descriptive overview of MACI scores (N=31): means, standard deviations, SEM, and number and percentage of participants in different benchmark ranges

Scales of MACI	Mean ± S.D.	S.E.M	0 to 59*	60 to 74*	75 to 84*	85 to 120*
Personality Patterns Scales						
Introversion (1)	64.58 ± 20.43	3.66	15 (48.4%)	9 (29%)	2 (6.5%)	5 (16.1%)
Inhibition (2A)	60.87 ± 19.95	3.58	16 (51.6%)	6 (19.4%)	5 (16.1%)	4 (12.9%)
Doleful (2B)	49.74 ± 16.25	2.91	20 (64.5%)	11 (35.5%)	0 (0%)	0 (0%)
Submissiveness (3)	58.26 ± 27.38	4.91	15 (48.4%)	8 (25.8%)	3 (9.7%)	5 (16.1%)
Dramatizing (4)	39.71 ± 28.27	5.07	25 (80.6%)	2 (6.5%)	2 (6.5%)	2 (6.5%)
Egoistic (5)	43.65 ± 26.55	4.76	23(74.2%)	4 (12.9%)	0 (0%)	4 (12.9%)
Unruly (6A)	45.97 ± 20.55	3.69	22 (71%)	7 (22.5%)	1 (3.2%)	1 (3.2%)
Forceful (6B)	49.58 ± 21.76	3.90	24 (77.4%)	2 (6.5%)	1 (3.2%)	4 (12.9%)
Conforming (7)	54.81 ± 28.28	5.08	18 (58.1%)	7 (22.5%)	0 (0%)	6 (19.4%)
Oppositional (8A)	52.32 ± 19.42	3.48	20 (64.5%)	8 (25.8%)	3 (9.7%)	2 (6.5%)
Self-Demeaning (8B)	50.68 ± 19.64	3.52	21 (67.7%)	6 (19.4%)	3 (9.7%)	1 (3.2%)
Borderline Tendency (9)	55.77 ± 17.31	3.11	17 (54.8%)	11 (35.5%)	1 (3.2%)	2 (6.5%)
Expressed Concern Scales						
Identity diffusion (A)	63.42 ± 19.07	3.42	11 (35.5%)	14(45.1%)	2 (6.5%)	4 (12.9%)
Self-devaluation (B)	56.52 ± 20.65	3.71	17 (54.8%)	9 (29%)	2 (6.5%)	3 (9.7%)
Body disapproval (C)	52.74 ± 21.09	3.78	20 (64.5%)	5 (16.1%)	5 (16.1%)	1 (3.2%)
Sexual discomfort (D)	29.06 ± 7.03	1.26	23(74.2%)	2 (6.5%)	5 (16.1%)	1 (3.2%)
Peer insecurity (E)	62.16 ± 26.67	4.79	12 (38.7%)	9 (29%)	4 (12.9%)	6 (19.4%)
Social insensitivity (F)	44.61 ± 25.1	4.50	23(74.2%)	5 (16.1%)	1 (3.2%)	2 (6.5%)
Family discord (G)	55.35 ± 25.48	4.57	16 (51.6%)	11 (35.5%)	0 (0%)	4 (12.9%)
Childhood abuse (H)	52.71 ± 20.12	3.61	19 (61.3%)	9 (29%)	2 (6.5%)	1 (3.2%)
Clinical Syndrome Scales						
Eating dysfunctions (AA)	48.42 ± 22.15	3.97	20 (64.5%)	9 (29%)	0 (0%)	2 (6.5%)
Substance abuse (BB)	45.87 ± 18.04	3.24	25 (80.6%)	5 (16.1%)	1 (3.2%)	0 (0%)
Delinquent predisposition (CC)	39.26 ± 19.34	0.99	27 (87.1%)	3 (9.7%)	1 (3.2%)	0 (0%)
Impulsive propensity (DD)	46.90 ± 22.39	4.02	23(74.2%)	4 (12.9%)	1 (3.2%)	3 (9.7%)
Anxious feelings (EE)	58.77 ± 20.22	3.63	17 (54.8%)	8 (25.8%)	3 (9.7%)	3 (9.7%)
Depressive affect (FF)	56.87 ± 17.82	3.20	16 (51.6%)	13 (41.9)	0 (0%)	2 (6.5%)
Suicidal tendency (GG)	51.48 ± 14.95	2.68	23(74.2%)	7 (22.6%)	0 (0%)	1 (3.2%)

Note: MACI: Millon Adolescent Clinical Inventory; SEM: standard error of the mean; SD: standard deviation; *scores from 0-59 = no significant difficulties; 60-74: possible presence of traits at the domain level; 75-85: likely psychopathology is present; >85: presence of personality pattern likely at an impairing level.

Table 4. Descriptive overview of SCL-90 scores (N=31): means, standard deviations, SEM, and number and percentage of participants in different benchmark range

	<i>Descriptive data</i>			<i>Interpretative benchmarks</i>		
	Mean \pm S.D.	Min.	Max.	Non-clinical	Borderline	Clinical
Somatization	0.78 \pm 0.90	0	4	9 (29%)	7 (22.6%)	15 (48.4%)
Obsessive compulsive	1.32 \pm 0.67	0.20	2.70	3 (16.1%)	5 (16.1%)	23 (74.2%)
Interpersonal sensitivity	1.29 \pm 0.98	0	3.54	6 (19.4%)	2 (6.4%)	23 (74.2%)
Depression	1.24 \pm 0.94	0.15	3.54	8 (25.8%)	3 (9.7%)	20 (64.5%)
Anxiety	0.82 \pm 0.63	0	3.67	8 (25.8%)	4 (12.9%)	19 (61.3%)
Hostility	1.33 \pm 1.04	0	3.67	5 (16.1%)	5 (16.1%)	21 (67.8%)
Phobic anxiety	0.67 \pm 0.77	0	2.86	7 (22.6)	2 (6.5%)	22 (70.9%)
Paranoid ideation	1.08 \pm 0.85	0	3.83	6 (19.4%)	2 (6.5%)	23 (74.2%)
Psychoticism	0.67 \pm 0.67	0	2.60	13 (41.9%)	8 (25.8%)	10 (32.3%)
Global Severity Index	1.02 \pm 0.63	0.21	2.79	2 (6.5%)	4 (12.9%)	25 (80.6%)
Positive Symptom Total	43.7 \pm 18.13	13	79	1 (3.2%)	3 (9.7%)	27 (87.1%)
Positive Symptom Distress Index	2 \pm 0.62	1	3.35	7 (22.6%)	9 (29%)	15 (48.4%)

Note. SCL-90: Symptom Checklist-90-R; SEM: standard error of the mean; SD: standard deviation; The classification non-clinical (0 to 45), borderline (50 to 65) and clinical (70 to 99) was done using the male adolescents non-psychiatric t-scores.

Youth Self-Report for Ages 11-18 Years (YSR/11-18) and the Child Behavior Checklist for Ages 6-18 Years (CBCL/6-18)

The YSR/11-18 and CBCL/6-18 were used to compare the perceptions from the participants (YSR/11-18) with those of their families (CBCL/6-18). Table 5 shows the means, standard deviations, SEM, as well as the number and percentage of participants falling into the non-clinical, borderline, and clinical category. Regarding the competence scales, there was a lack of presence of activities and social relationships, and a high percentage of participants showing clinically significant scores. Similarly, the total competence scale mean was classified within the clinical range (23.93 ± 7.01). The clinical scores presented by the participants differed across the syndrome scales. Being ‘withdrawn/depressed’ had the highest clinical mean, following by the ‘anxious/depressed’ scale. The scores on the symptom scales denoted clinical status in all of total scales: internalizing problems (69.65 ± 9.29), externalizing problems (61.77 ± 8.32), and total problems (68.10 ± 6.89). The IGD-20 score correlated significantly with the following CBCL/6-18 scales: ‘anxious/depressed’ ($\rho=.356$, $p<.05$), ‘withdrawn/depressed’ ($\rho=.371$, $p<.05$) and ‘internalizing problems’ ($\rho=.407$, $p<.05$). Regarding the YSR/11-18, there was a significant negative correlation on the activity competence scale ($\rho=-.572$, $p<.01$).

Table 5. Descriptive overview of YSR/11-18 and CBCL/6-18 scores (N=31): means, standard deviations, SEM, and number and percentage of participants in different benchmark range

		Mean ± S.D.	S.E.M	Correlations	Non-clinical	Borderline	Clinical
Competence Scales					65 to 36	35 to 31	30 to 20
Activities	YSR	30 ± 6.11	1.09	n.s.	6 (19.4%)	9 (29%)	16 (51.6%)
	CBCL	27.38 ± 7.15	1.28		4 (12.8%)	5 (16.2%)	22 (71%)
Social	YSR	34.7 ± 14.65	2.63	.699***	6 (19.4%)	8 (25.8%)	15 (48.4%)
	CBCL	31.41 ± 8.1	1.46		8 (25.8%)	6 (19.4%)	17 (54.8%)
School ^a	YSR ^b	-	-	-	-	-	-
	CBCL	37.06 ± 7.26	1.35		18 (59.5%)	4 (12.9%)	7 (27.6%)
					80 to 41	40 to 37	36 to 10
Total Competence Scales ^a	YSR	27.96 ± 9.16	1.7	.504**	0 (0%)	4 (13.8%)	25 (86.2%)
	CBCL	23.93 ± 7.01	1.30		0 (0%)	2 (6.5%)	27 (93.1%)
Syndrome Scales					50 to 65	66 to 69	70 to 100
I - Anxious/Depressed	YSR	61.26 ± 8.63	1.55	.627***	21 (67.7%)	3 (9.7%)	7 (22.6%)
	CBCL	66.1 ± 10.06	1.80		16 (51.6%)	3 (9.7%)	12 (38.7%)
II - Withdrawn/Depressed	YSR	64.65 ± 9.93	1.78	.522**	19 (61.3%)	4 (12.9%)	8 (25.8%)
	CBCL	78.13 ± 2.57	2.57		4 (12.9%)	6 (19.4%)	21 (67.7%)
III - Somatic Complaints	YSR	58.52 ± 8.74	1.57	.521**	24 (77.4%)	3 (9.7%)	4 (12.9%)
	CBCL	63.52 ± 9.89	1.77		19 (61.3%)	1 (3.2%)	11 (35.5%)
IV - Social Problems	YSR	61.45 ± 8.87	1.59	n.s.	19 (61.3%)	5 (16.2%)	7 (22.6%)
	CBCL	64 ± 9.15	1.64		15 (48.4%)	9 (29%)	7 (27.6%)
V - Thought Problems	YSR	56.26 ± 5.74	1.03	n.s.	29 (93.5%)	1 (3.2%)	1 (3.2%)
	CBCL	64.95 ± 7.35	1.32		16 (51.6%)	5 (16.2%)	10 (67.8%)
VI - Attention Problems	YSR	65.1 ± 10.12	1.8	n.s.	17 (54.8%)	6 (19.4%)	8 (25.8%)
	CBCL	65.87 ± 8.37	1.5		20 (64.5%)	5 (16.2%)	6 (19.4%)
VII - Rule-Breaking Behavior	YSR	56.55 ± 5.75	1.03	.692***	27 (87.1%)	3 (9.7%)	0 (0%)
	CBCL	59.55 ± 5.40	.97		27 (87.1%)	4 (12.9%)	0 (0%)
VIII - Aggressive Behavior	YSR	60.32 ± 10.42	1.87	.665***	24 (77.4%)	2 (6.5%)	5 (16.2%)
	CBCL	64.03 ± 9.21	1.65		18 (58.1%)	3 (9.7%)	10 (67.8%)
Total Scales					50 to 59	60 to 63	64 to 100
Internalizing Problems	YSR	61.94 ± 9.88	1.77	.607***	11 (35.5%)	4 (12.9%)	16 (51.6%)
	CBCL	69.65 ± 9.29	1.67		5 (16.2%)	1 (3.2%)	25 (80.6%)
Externalizing Problems	YSR	57.77 ± 8.27	1.48	.627***	20 (64.5%)	5 (16.2%)	6 (19.4%)
	CBCL	61.77 ± 8.32	1.49		9 (29%)	8 (25.8%)	14 (45.2%)
Total Problems	YSR	62.16 ± 6.28	1.12	.430*	11 (35.5%)	9 (29%)	11 (35.5%)
	CBCL	68.10 ± 6.89	1.23		3 (9.7%)	3 (9.7%)	25 (80.6%)

Note. YSR: Youth Self-Report for Ages 11-18 Years (YSR/11-18); CBCL: Child Behavior Checklist for Ages 6-18 Years (CBCL/6-18); SEM: standard error of the mean; SD: standard deviation; ^a Missing score of two individuals who not attending to school (n=2, 6.5%); ^b System missing, * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Emotional intelligence

Table 6 presents the information related to emotional intelligence assessed with the TMMS-24.

A high percentage of participants presented scores in the lower range thus showing deficits in

emotional intelligence. The overall means also were lower than scores classified in adequate range. However, there was no significant correlation between the IGD-20 scores and the scores of the TMMS-24 dimensions.

Table 6. Descriptive statistics of the TMMS-24: Means, standard deviations, S.E.M., and number and percentage of participants laying in the different classification ranges (N=31)

	Mean \pm S.D	S.E.M	n (%)		
			Low (≤ 21)	Adequate (22 to 32)	Excessive (≥ 33)*
Attention to feelings	18.48 \pm 7.14	1.28	21 (67.7%)	8 (25.8%)	2 (6.5%)
			Low (≤ 25)	Adequate (26 to 35)	Excellent (≥ 36)
Clarity of feelings	21.74 \pm 6	1.07	25 (80.6%)	5 (16.1%)	1 (3.2%)
Mood Repair	21.48 \pm 5.03	0.9	19 (61.3%)	12 (38.7%)	0 (0%)

Note. TMMS-24: Trait Meta-Mood Scale; SEM: standard error of the mean; SD: standard deviation; * In the Attention dimension only, scores equal or above 33 are considered as excessive, not excellent as in the other two dimensions

Family Environment Scale (FES)

The results regarding the Family Environment scale are presented in Table 7. Cohesion and expressivity scores were low reflecting poor family cohesion in 24 participants (77.4%) and poor familiar expressivity in 20 participants (64.5%). The conflict scale score must be interpreted taking into account that scores ≤ 50 mean conflict presence. In this sample, 11 individuals (35.5%) and 9 individuals (29%) showed a moderate and remarkable conflict presence in the family respectively. Regarding the subscales of personal growth indices, independence, achievement orientation, intellectual-cultural orientation and moral-religious emphasis all showed low scores meaning a poor presence of these attributes in the participants' families. The organization and control scales showed a tendency for low organization in 17 families and a tendency of high control in 20 families (≤ 5). The results in the Table 7 show a tendency of negative family relationship, absence of family growth characteristics, and control-disorganized families. Consequently and taking into account the scores outlined above, a negative family relationship and environment was common in the present sample.

Table 7. Family environment characteristics through FES scores: means, standard deviations, SEM, and number and percentage of participants in different benchmark ranges

	Mean ± S.D	S.E.M	Low presence (1 to 4)	Average presence (5 to 6)	High presence (7 to 9)
Family Relationship Index					
Cohesion	3.03 ± 2.49	.44	24(77.4%)	4(12.9%)	3 (9.7%)
Expressivity	4.06 ± 2.04	.36	20 (64.5%)	7 (22.6%)	4 (12.9%)
Conflict	5.13 ± 1.8	.32	11 (35.5%)	11(35.5%)	9 (29%)
Personal Growth Index					
Independence	4.48 ± 1.87	.33	13 (41.9%)	14 (45.2%)	4 (12.9%)
Achievement	4.81 ± 1.88	.33	17(54.8%)	7(22.6%)	7(22.6%)
Intellectual-Cultural	2.81 ± 1.55	.28	26(83.9%)	5(16.1%)	0(0%)
Active-Recreational	2.84 ± 1.26	.22	29(93.5%)	2(6.5%)	0(0%)
Moral-Religious	2.32 ± 1.37	.24	29(93.5%)	2(6.5%)	0(0%)
System Maintenance Index					
Organization	4.68 ± 2.05	.36	17(54.8%)	6(19.4%)	3(9.7%)
Control	5.55 ± 1.84	.33	13(41.9%)	11(35.5%)	9(29.1%)

Note. FES: Family Environment Scale; SEM: standard error of the mean; SD: standard deviation.

DISCUSSION

The present study is one of the first to examine the psychological characteristics of a clinical sample of adolescents with Internet Gaming Disorder recruited via two public mental-health centers. The weekly gameplay (47.51 hours) appears to be high in this sample compared to the findings of other studies where 30 hours per week was reported among disordered players (e.g., Fuster et al., 2016; Pontes et al., 2014). Additionally, it appears that younger gamers play more hours than older gamers (Fuster et al., 2016). The adolescents in the present study preferred MMOPRG and MOBA games. This is in accordance with other studies where those that played MMORPGs and MOBA games reported poor well-being and mental health, and reporting more hours played than other gamer groups (Fuster et al., 2016; Smyth, 2007).

The findings of the present study demonstrated that the participants obtained uniform scores among IGD-20-subcales (i.e., salience, mood modification, tolerance, withdrawal, relapse and conflict symptoms). In the disorder gamer profile founded by Pontes, Király, Demetrovics, and Griffiths (2014), symptoms such as conflict, were critical in determining the pathological use of online videogame playing (King, Delfabbro, Zwaans, and Kaptsis, 2013).

Multiple negative environmental factors were found among disordered gamers in the present study. The majority of the sample had undergone stressful life events, in concordance with other studies in the field (Leung, 2007; Yan, Li, and Sui, 2014). Other negative characteristics found in the present sample included a high level of social problems and negative family patterns such as conflicted functioning and poor family relationships, findings that are also in accord with previous research (e.g., Yan et al., 2014). Moreover, Bonnaire and Phan (2017) found a strong influence of family conflict and a poorer family relationship on the occurrence of IGD in adolescents. In addition, a very high number of adolescents reported school failure, poor social environment, and shortage of engaging in alternative activities to playing videogames. These findings confirm other studies showing correlations between IGD in adolescence and risk factors reported in the present study (Beutel, Hoch, Wölfling, and Mueller, 2011; Ferguson et al., 2011)

In relation to other psychological characteristics, several personality traits were found to be highly associated with IGD including introversion, inhibition, submissiveness, self-devaluation, interpersonal sensibility, obsessive compulsive tendencies, phobic anxiety, and hostility, as well as paranoid and borderline personality traits. Similar findings have been reported in several studies using non-clinical samples (Griffiths et al., 2016; Zadra et al., 2016), as well as associations between IGD and boredom inclination, sensation-seeking, and schizoid traits. As previous research has demonstrated, it is essential to include emotional intelligence (EI) as an indicator of psychological distress (Beranuy, Oberst, Carbonell, and Chamarro, 2009) when examining psychological characteristics of those with IGD. Also, having good EI is a good mental health predictor (Martins, Ramalho, and Morin, 2010); whereas poor EI is likely to act as a predictor of addiction-related behaviors (Engelberg and Sjöberg, 2004; Parker, Taylor, Eastabrook, Schell, and Wood, 2008) particularly in the adolescents (Parker, Summerfeldt, Taylor, Kloosterman, and Keefer, 2013). As previous research has demonstrated, the EI findings in the present study showed a tendency towards being clinically significant and can be viewed as a lack of skills in this area of psychological functioning.

In both the global scores and subscale scores of the SCL-90, YSR, and CBCL, the sample in the present study had high clinical scores indicating multiple clinical symptoms and underlying mental distress. Previous research has demonstrated an association between high levels of distress and online addictions (Mentzoni et al., 2011; Yan et al., 2014). Ng and Wiemer-Hastings (2005) found that gamers with a psychosocial vulnerability were susceptible to pathological involvement with online games. In all the participants, other comorbidities besides IGD were diagnosed by clinicians. This has been reported other studies highlighting high rates of comorbid psychiatric disorders (Bozkurt, Coskun, Ayaydin, Adak, and Zoroglu, 2013; Ferguson et al., 2011; Müller, Beutel, Egloff, and Wölfling, 2014).

While many of the gamers in the present sample had high scores on scales assessing depression, anxiety and somatic disorders, the presence of several other comorbid disorders meant there were different clinical profiles of adolescents with IGD in the sample. The relationship between IGD and other problems has been reported in previous studies concerning IGD and its relationship with depression, anxiety, ADHD, Autism Spectrum Disorders, obsessive compulsive symptoms, and behavioral disorders (Andreassen et al., 2016; Brunborg, Mentzoni, and Frøyland, 2014; Carli et al., 2013; Ceyhan and Ceyhan, 2008; King, Delfabbro, and King, 2016; Kuss and Griffiths, 2012B; Müller et al., 2015; van Rooij et al., 2014).

CONCLUSIONS

As far as the authors are aware, the present study is the first to examine the psychological characteristics among a clinical sample of adolescents with IGD. Furthermore, the present study analyzed several psychological characteristics taking in to account the sociodemographic data, IGD symptoms, personality traits, comorbid disorders, emotional intelligence, and the family functioning. Consequently, the findings presented here have important implications for clinical practice and interventions. By studying all the psychological patterns simultaneously, the findings point towards a more global pattern of key psychological characteristics associated with Internet Gaming Disorder in the adolescence. This may help in understanding the complexity of this proposed disorder given the many different psychological characteristics and vulnerabilities, and it may also help in designing more complex and global interventions for adolescents with IGD. The findings suggest an integrative approach for specialized treatments including the treatment of comorbid disorders, as well as interventions that address low self-esteem, poor social skills, low emotional intelligence, and family dysfunction (among others) in order to address the disorder more holistically.

Despite its novelty, the present study is not without limitations. These should be kept in mind when interpreting the findings. Firstly, most of the data collected were self-report in nature. However, all scales used were previously validated, psychometrically robust, and had good internal consistency. Furthermore, MACI inventories add validity to scales in dealing with the common problems of self-reported tests such as reliability, disclosure, social desirability, and debasement. Secondly, the sample size was modest limiting the results obtained. However, for a clinical sample the sample size was much bigger than other case studies reported in the prior literature. Thirdly, being a clinical sample, the generalization of the findings to other populations is limited although the major criticism of the existent data is that it tends to come from non-clinical samples. Finally, there was no control group to compare the results. However, taken as a whole, the findings of the present study provide a valuable contribution the IGD literature.

Founding sources:

The authors' report no financial or other relation-ship relevant to the subject of this article

Conflict of interest:

The authors' report no financial or other relation-ship relevant to the subject of this article. All authors' had full access to all data in the study and take responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

Acknowledgements:

We would like to thank all the participants and their families. This study was supported by personal Blanquerna Research Grant (BRB) to Alexandra Torres-Rodríguez.

References

- Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., ... van Rooij, A. J. (2016). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(3), 1–4.
doi:10.1556/2006.5.2016.088
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: ASEBA.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors, 30*(2), 252–262. doi:10.1037/adb0000160
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist, 54*(5), 217–326. doi:10.1037/0003-066X.54.5.317
- Beranuy, M., Oberst, U., Carbonell, X., & Chamarro, A. (2009). Problematic internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behavior, 25*(5), 1182–1187.
doi:10.1016/j.chb.2009.03.001
- Beutel, M. E., Hoch, C., Wölfling, K., & Mueller, K. W. (2011). Characteristics of computer game and internet addiction in persons seeking treatment in an outpatient clinic for computer game addiction. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie, 57*(1), 77–90. doi:10.13109/zptm.2011.57.1.77
- Bonnaire, C., & Phan, O. (2017). Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Research, 255*(2),

- 104–110. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.030
- Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I., & Zoroglu, S. S. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *67*(5), 352–359. doi:10.1111/pcn.12065
- Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., & Frøyland, L. R. (2014). Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems? *Journal of Behavioral Addictions*, *3*(1), 27–32. doi:10.1556/JBA.3.2014.002
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., ... Kaess, M. (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, *46*(1), 1–13. doi:10.1159/000337971
- Ceyhan, A., & Ceyhan, E. (2008). Loneliness, depression, and computer self-efficacy as predictors of problematic internet use. *CyberPsychology & Behavior*, *11*(6), 699–701. doi:10.1089/cpb.2007.0255
- Chan, P. A., & Rabinowitz, T. (2006). A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of General Psychiatry*, *5*, 16. doi:10.1186/1744-859X-5-16
- Derogatis, L. R. (1996). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas: Manual*. Madrid: TEA.
- Du, Y., Jiang, W., & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioral therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*, 129–134. doi:10.3109/00048670903282725
- Engelberg, E., & Sjöberg, L. (2004). Internet use, social skills, and adjustment. *CyberPsychology & Behavior*, *7*(1), 41–47. doi:10.1089/109493104322820101
- Feng, W., Ramo, D. E., Chan, S. R., & Bourgeois, J. A. (2017). Internet gaming disorder: Trends in prevalence 1998–2016. *Addictive Behaviors*, *75*(June), 17–24. doi:10.1016/j.addbeh.2017.06.010
- Ferguson, C., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(12), 1573–1578. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.09.005
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the trait meta-mood scale. *Psychological Reports*, *94* (3), 751–755. doi:10.2466/pr0.94.3.751-755
- Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the Internet Gaming Disorder (IGD-20) Test. *Computers in Human Behavior*, *56*, 215–224.

doi:10.1016/j.chb.2015.11.050

- Gentile, D., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, *127*(2), 319–329. doi:10.1542/peds.2010-1353
- Greenberg, B. S., Sherry, J. L., Lachlan, K., Lucas, K., & Holmstrom, A. (2010). Orientations to video games among gender and age groups. *Simulation & Gaming*, *41*(2), 238-259. doi:10.1177/1046878108319930
- Griffiths, M. D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *8*(1), 119–125. doi:10.1007/s11469-009-9229-x
- Griffiths, M. D., Kuss, D. J., & Pontes, H. M. (2016). A brief overview of Internet Gaming Disorder and its treatment. *Australian Clinical Psychologist*, *2*(1), 1–12.
- Griffiths, M. D., van Rooij, A. J., Kardefelt-Winther, D., Starcevic, V., Király, O., Pallesen, S., ... Demetrovics, Z. (2016). Working towards an international consensus on criteria for assessing internet gaming disorder: A critical commentary on Petry et al. (2014). *Addiction*, *111*(1), 167–175. doi:10.1111/add.13057
- Han, D., Kim, S. M., Lee, Y. S., & Renshaw, P. F. (2015). The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *202*(2), 126–131. doi:10.1016/j.psychresns.2012.02.011.The
- Han, D. H., Lee, Y. S., Shi, X., & Renshaw, P. F. (2014). Proton magnetic resonance spectroscopy (MRS) in on-line game addiction. *Journal of Psychiatric Research*, *58*, 63–68. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.007
- Homer, B. D., Hayward, E. O., Frye, J., & Plass, J. L. (2012). Gender and player characteristics in video game play of preadolescents. *Computers in Human Behavior*, *28*(5), 1782–1789. doi:10.1016/j.chb.2012.04.018
- Kelleci, M., & Inal, S. (2010). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet use: Comparison without Internet use. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(2), 191–194. doi: 10.1089/cyber.2009.0026
- Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T., & Kim, S. J. (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry*, *23*(3), 212–218. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.10.010
- Kim, K., Ryu, E., Chon, M. Y., Yeun, E. J., Choi, S. Y., Seo, J. S., & Nam, B. W. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(2), 185–192. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.005
- King, D., Delfabbro, P., & Griffiths, M. (2010). Cognitive behavioral therapy for problematic

- video game players: Conceptual considerations and practice issues. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, 3(3), 261–273.
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2014). Internet gaming disorder treatment: A review of definitions of diagnosis and treatment outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 942–955. doi:10.1002/jclp.22097
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2016). Features of parent-child relationships in adolescents with Internet Gaming Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Epub ahead of print. doi:10.1007/s11469-016-9699-6
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D., & Gradisar, M. (2012). Cognitive-behavioral approaches to outpatient treatment of internet addiction in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 68(11), 1185–1195. doi:10.1002/jclp.21918
- King, D. L., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2016). The cognitive psychopathology of Internet Gaming Disorder in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 1635–1645. doi:10.1007/s10802-016-0135-y
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M. S., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S., ... Sakuma, H. (2017). Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, 54, 123–133. doi:10.1016/j.cpr.2017.04.002
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Zwaans, T., & Kaptsis, D. (2013). Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological Internet and video game users. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1058–1067. doi:10.1177/0004867413491159
- King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 331–342. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.002
- Király, O., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). Internet Gaming Disorder and the DSM-5: Conceptualization, debates, and controversies. *Current Addiction Reports*, 2(3), 254–262. doi:10.1007/s40429-015-0066-7
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, S. H., Wang, P. W., Chen, C. S., & Yen, C. F. (2014). Evaluation of the diagnostic criteria of Internet gaming disorder in the DSM-5 among young adults in Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*, 53, 103–110. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.02.008
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Wu, K., & Yen, C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(14), 887–894. doi: 10.1177/070674370605101404
- Kowert, R., Festl, R., & Quandt, T. (2014). Unpopular, overweight, and socially inept:

- Reconsidering the stereotype of online gamers. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17(3), 141–146. doi:10.1089/cyber.2013.0118
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012a). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2), 278–296. doi:10.1007/s11469-011-9318-5
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012b). Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(1), 3–22. doi:10.1556/JBA.1.2012.1.1
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., & Pontes, H. M. (2017). Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field. *Journal of Behavioral Addictions*, 6, 103–109. doi:10.1556/2006.5.2016.062
- Kuss, D., van Rooij, A., Shorter, G. W., Griffiths, M. D., & van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 1987–1996. doi:10.1016/j.chb.2013.04.002
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Computers in Human Behavior*, 27(1), 144–152. doi:10.1016/j.chb.2010.07.015
- Lemos, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P., & Menéndez, P. (1992). Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR. *Clinica y Salud*, 3(2), 183–194.
- Leung, L. (2007). Stressful life events, motives for Internet use, and social support among digital kids. *CyberPsychology & Behavior*, 10(2), 204–14. doi:10.1089/cpb.2006.9967
- Liebert, M. A., Lo, S., Ph, D., Wang, C., & Fang, W. (2005). Physical interpersonal relationships and social anxiety. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 15–20. doi:10.1089/cpb.2005.8.15
- Lindenberg, K., Halasy, K., & Schoenmaekers, S. (2017). A randomized efficacy trial of a cognitive-behavioral group intervention to prevent Internet Use Disorder onset in adolescents: The PROTECT study protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 6, 64–71. doi:10.1016/j.conctc.2017.02.011
- López-Fernandez, O., Honrubia-Serrano, M. L., Baguley, T., & Griffiths, M. D. (2014). Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: Towards the exploration of Internet Gaming Disorder symptomatology. *Computers in Human Behavior*, 41, 304–312. doi:10.1016/j.chb.2014.10.011
- Martín-Fernández, M., Matalí, J. L., García-Sánchez, S., Pardo, M., & Castellano-Tejedor, C. (2016). Adolescentes con Trastorno por juego en Internet (IGD): Perfiles y respuesta al tratamiento. *Adicciones*, 20(2), 125–133.
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual*

- Differences*, 49(6), 554–564. doi:10.1016/j.paid.2010.05.029
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In Lahey B.B., Kazdin A.E. (eds) *Advances in Clinical Child Psychology*, vol 8. Boston, MA: Springer.
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K. J. M., Hetland, J., & Pallesen, S. (2011). Problematic video game use: Estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(10), 591–596. doi:10.1089/cyber.2010.0260
- Millon, T. (1994). *Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI)*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Millon, T. (2004). *MACI: Inventario Clínico para Adolescente*. Madrid, Spain: TEA Ediciones.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1994). *Family environment scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Müller, K. W., Beutel, M. E., Egloff, B., & Wölfling, K. (2014). Investigating risk factors for internet gaming disorder: A comparison of patients with addictive gaming, pathological gamblers and healthy controls regarding the big five personality traits. *European Addiction Research*, 20(3), 129–136. doi:10.1159/000355832
- Müller, K. W., Janikian, M., Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. E., Tzavara, C., ... Tsitsika, A. (2015). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: Results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 565–574. doi:10.1007/s00787-014-0611-2
- Muñoz-Miralles, R., Ortega-González, R., López-Morón, M. R., Batalla-Martínez, C., Manresa, J. M., Montellà-Jordana, N., ... Torán-Monserrat, P. (2016). The problematic use of Information and Communication Technologies (ICT) in adolescents by the cross sectional JOITIC study. *BMC Pediatrics*, 16(140), 1–11. doi:10.1186/s12887-016-0674-y
- Newzoo Games. (2016). *2016 Global Games Market Report*. Retrieved from <https://newzoo.com/insights/articles/global-games-market-reaches-99-6-billion-2016-mobile-generating-37/>
- Ng, B., & Wiemer-Hastings, P. (2005). Addiction to the internet and online gaming. *CyberPsychology & Behavior*, 8(2), 110–3. doi:10.1089/cpb.2005.8.110
- Parker, J. D., Summerfeldt, L. J., Taylor, R. N., Kloosterman, P. H., & Keefer, K. V. (2013). Problem gambling, gaming and Internet use in adolescents: Relationships with emotional intelligence in clinical and special needs samples. *Personality and Individual Differences*, 55(3), 288–293. doi:10.1016/j.paid.2013.02.025
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional

- intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 174–180.
doi:10.1016/j.paid.2008.03.018
- Petry, N. M., Rehbein, F., Gentile, D. A., Lemmens, J. S., Rumpf, H. J., Mößle, T., ... O'Brien, C. P. (2014). An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction*, 109(9), 1399–1406. doi:10.1111/add.12457
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2014). Assessment of internet gaming disorder in clinical research: Past and present perspectives. *Clinical Research and Regulatory Affairs*, 31(2-4), 35-48. doi:10.3109/10601333.2014.962748
- Pontes, H. M., Király, O., Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2014). The conceptualisation and measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The development of the IGD-20 Test. *PloS ONE*, 9(10), e110137. doi:10.1371/journal.pone.0110137
- Rehbein, F., Psych, G., Kleimann, M., Mediasci, G., & Mößle, T. (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: Results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(3), 269–277.
doi:10.1089/cyber.2009.0227
- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity and repair Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health*. (pp. 125–154). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Schneider, L. A., King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2017). Maladaptive coping styles in adolescents with Internet Gaming Disorder symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction*, (6), 1–12. doi:10.1007/s11469-017-9756-9
- Schwartz, R. H. (2013). Excessive participation in online internet action games by two American teenagers: Case report, description of extent of overuse, and adverse consequences. *Pediatrics*, 3, 201–203. doi:10.4236/ojped.2013.33035
- Seisdedos, N., Victoria de la Cruz, M., & Cordero, A. (1989). *Escalas de Clima Social (FES)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck Jr, P. E., Khosla, U. M., & McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57, 267–272. doi:10.1016/S0165-0327(99)00107-X
- Smyth, J. M. (2007). Beyond self-Selection in video game play: An experimental examination of the consequences of massively Multiplayer Online Role-Playing Game play. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 717–721. doi:10.1089/cpb.2007.9963
- Steinhausen, H. C., & Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(3), 259–280. doi:10.1023/A:1010471210790
- Tejeiro, R. A., Gómez-Vallecillo, J. L., Pelegrina, M., Wallace, A., & Emberley, E. (2012). Risk

- factors associated with the abuse of video games in adolescents. *Scientific Research*, 3(4), 310–314. doi:10.4236/psych.2012.34044
- Torres-Rodríguez, A., & Carbonell, X. (2015). Adicción a los videojuegos en línea: Tratamiento mediante el programa PIPATIC. *Aloma*, 33(2), 67–75.
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M., Carbonell, X., Farriols-Hernando, N., & Torres-Jiménez, E. (2017). Internet gaming disorder treatment: A case study evaluation of four adolescent problematic gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Epub ahead of print. doi:10.1007/s11469-017-9845-9
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., & Carbonell, X. (2018). The treatment of internet gaming disorder: A brief overview of the PIPATIC program. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(4), 1000-1015. doi:10.1007/s11469-017-9825-0
- van Rooij, A. J., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Shorter, G. W., Schoenmakers, M. T., & Van De Mheen, D. (2014). The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 157–165. doi:10.1556/JBA.3.2014.013
- Voss, A., Cash, H., Hurdiss, S., Bishop, F., Klam, W. P., & Doan, A. P. (2015). Case report: Internet gaming disorder associated with pornography use. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(3), 319–324.
- Wan, C., & Chiou, W. (2006). Why are adolescents addicted to online gaming? An interview study in Taiwan. *CyberPsychology & Behavior*, 9(6), 762–766. doi:10.1089/cpb.2006.9.762
- Williams, D., Yee, N., & Caplan, S. E. (2008). Who plays, how much, and why? Debunking the stereotypical gamer profile. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(4), 993–1018. doi:10.1111/j.1083-6101.2008.00428.x
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: A clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *BioMed Research International*. doi:10.1155/2014/425924
- Wood, R., Gupta, R., Derevensky, J., & Griffiths, M. (2004). Video game playing and gambling in adolescents: Common risk factors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 14(1), 77–100. doi:10.1300/J029v14n01_05
- World Health Organization. (2014). *Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices: Meeting report*. Geneva.
- World Health Organization. (2016). Gaming disorder. Retrieved from <http://id.who.int/icd/entity/1448597234>
- Yan, W., Li, Y., & Sui, N. (2014). The relationship between recent stressful life events, personality traits, perceived family functioning and internet addiction among college students. *Stress and Health*, 30(1), 3–11. doi:10.1002/smi.2490

- Yao, Y. W., Chen, P. R., Li, C. shan R., Hare, T. A., Li, S., Zhang, J. T., ... Fang, X. Y. (2017). Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior*, 68, 210–216. doi:10.1016/j.chb.2016.11.038
- Young, K. (2009). Understanding online gaming addiction treatment issues for adolescents. *American Journal of Family Therapy*, 37, 355–372. doi:10.1080/01926180902942191
- Young, K. S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with internet-addicted patients. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), 209–215. doi:10.1556/JBA.2.2013.4.3
- Zadra, S., Bischof, G., Besser, B., Bischof, A., Meyer, C., John, U., & Rumpf, H. J. (2016). The association between internet addiction and personality disorders in a general population-based sample. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 691–699. doi:10.1556/2006.5.2016.086

3.6. Artículo 6

Treatment effectiveness of a specialized psychotherapy program for Internet Gaming Disorder

Alexandra Torres-Rodríguez ^a, Mark D. Griffiths, Xavier Carbonell ^a and Ursula Oberst ^a

^a Psychology Department, FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull. 34 Císter Street. Barcelona 08022

^b International Gaming Research Unit, Psychology Department, Nottingham Trent University. 50 Shakespeare Street. Nottingham NG1 4FQ

Background and aims: Internet Gaming Disorder (IGD) has become health concern around the world bring out emerging specialized health services for it. Nevertheless, very few studies have examined the effectiveness of psychological treatments for IGD. The overarching aim of this study is assess the effectiveness of a specialized psychotherapy program for adolescents with IGD (“Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación” [PIPATIC] program). *Method:* The sample comprised 31 adolescents (aged 12-18 years) from two public mental health centers, were assigned to (i) PIPATIC intervention experimental group or (ii) standard CBT control group. The interventions were assessed at pre-, middle and post-treatment phases, in addition, a three-month assessment after finishing the interventions was carried out. *Results:* No significant differences between either group in the pre-treatment phase were found. Relating to the different interventions examined, significant differences were found at pre-test and post-test in the following variables: comorbid disorders, intrapersonal and interpersonal abilities, family relationships and therapists’ measures. Both groups experienced a significant reduction of IGD symptoms, although the PIPATIC group experienced higher significant improvements in the remainder of the variables examined. *Discussion and conclusions:* The findings suggest that PIPATIC program is effective in the treatment of the Internet Gaming Disorder (IGD) and its comorbid disorders/symptoms, alongside the improvement of intra-interpersonal abilities and family relationships. However, it should also be noted that standard CBT was also effective in the treatment of IGD. Changing the focus of treatment, and applying an integrative focus (including the addiction, the comorbid symptoms, intrapersonal and interpersonal abilities, and including family psychotherapy) appears to be more effective for facilitating adolescent behavior change than therapy only focusing on the IGD itself.

Key words: Internet gaming disorder, adolescence, videogame addiction, psychological treatment, cognitive behavioral treatment.

INTRODUCTION

The excessive and problematic use of technology has led to increasing public health concerns around the world (World Health Organization, 2016a). Consequently, specialized health services have emerged with outpatient treatment for various technological addictions (Martín-Fernández, Matalí, García-Sánchez, Pardo, & Castellano-Tejedor, 2016; Young, 2007). There has also been recognition that excessive maladaptive use of online videogames can lead to associated psychological problems for a small minority of individuals, particularly adolescents (e.g., Ferguson, Coulson, & Barnett, 2011; Kuss & Griffiths, 2012). This has led to the introduction of treatment services for problems related to videogame playing among adolescents as a consequence of the risks and vulnerabilities related to this life stage (e.g., Kuss & Griffiths, 2012; Schneider, King, & Delfabbro, 2017; Torres-Rodriguez & Carbonell, 2017).

Although the study of Internet Gaming Disorder (IGD) has grown markedly in recent years, very few studies have examined the effectiveness of psychological treatments and pharmacological interventions for IGD (Griffiths, 2008; King, Delfabbro, Griffiths, & Gradisar, 2011; King et al., 2017). The most of the studies to date have been carried out in Asian countries where the prevalence of IGD appears to be higher than other areas of the world (Du, Jiang, & Vance, 2010; Kim, 2008; King et al., 2017). Furthermore, systematic reviews related to IGD treatments have expanded the nomenclature to include Internet Addiction (IA), since this term is commonly used by Asian countries where most of the treatment studies carried out (King et al., 2017; Winkler, Dörsing, Rief, Shen, & Glombiewski, 2013). However, very few treatment programs have been developed in the USA or European countries (King et al., 2017; Thorens et al., 2014; Wölfling, Beutel, Dreier, & Muller, 2014; Young, 2007, 2013). Furthermore, there has been little evaluation concerning the effects of different psychological interventions with children and adolescents (King, Delfabbro & Griffiths, 2013; King & Delfabbro, 2017). Consequently, there is an evident need to develop and evaluate IGD treatments for European youth.

Based on the peer-reviewed literature, cognitive-behavior therapy (CBT) appears to be the most commonly applied treatment for online addictions including IGD (Greenfield, 1999; Griffiths & Meredith, 2009; Kaptsis, King, Delfabbro, & Gradisar, 2016; King et al., 2010; King et al., 2011; Young, 2007, 2013). Along these lines, most of the therapeutic recommendations of CBT therapies for online addictions such as IGD are based on substance abuse treatment (Huang, Li, & Tao, 2010; King et al., 2011) including stimulus control, learning appropriate coping responses, self-monitoring strategies, cognitive restructuring, problem solving related to addiction, and withdrawal regulation techniques with exposure (Griffiths & Meredith, 2009; King et al., 2010a; Young, 2007). Previous studies have suggested an integrative approach for specialized treatments of IGD due to the high presence of comorbid disorders and associated problems, as well as

interventions that address low self-esteem, poor social skills, low emotional intelligence, and family dysfunction (among others) in order to address the disorder more holistically. In particular, previous IGD studies have reported psychological problems including affective instability, low self-esteem, insecure personality, shyness, loneliness, limited leisure activities, family deficits, maladaptive coping styles, lower social competence, and lower school performance (e.g., Gentile et al., 2011; Kim, Namkoong, Ku, and Kim, 2008; King and Delfabbro, 2016; Kuss et al., 2013; Lemmens, Valkenburg, and Peter, 2011; Liebert, Lo, Ph, Wang, and Fang, 2005; Rehbein et al., 2010; Schneider, King, and Delfabbro, 2017; Tejeiro et al., 2012). Other disorders associated with symptoms of IGD include anxiety disorders, depression, suicidal ideation, behavioral disorders, social phobia, autism spectrum disorder (ASD), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), obsessive-compulsive disorder, and personality disorders (e.g., Andreassen et al., 2016; Chan and Rabinowitz, 2006; Ferguson et al., 2011; Gentile et al., 2011; Han, Lee, Shi, and Renshaw, 2014; Kelleci and Inal, 2010; Kim et al., 2006; Ko et al., 2006; Shapira et al., 2000).

A recent systematic review of 30 IGD treatment studies (King et al., 2017) suggested that CBT treatment had a large empirical base compared to other interventions. Nevertheless, the review reported a number of limitations regarding the evaluated studies. More specifically: (i) one-third of the studies did not employ control groups; (ii) there was a lack sample size justification and information about recruitment and intervention; (iii) there were inconsistencies in assessment of treatment outcomes and a lack of follow-up in many studies; (iv) most of the psychological interventions focused on CBT programs often lacking detail in the descriptions of the treatments; (v) many studies employed different diagnostic tools; (vi) the randomization and presence of control groups was scarce, and (vii) many studies focused on the assessment of gaming symptoms leaving aside the diagnostic changes and/or the comorbid symptoms. The few studies published present many limitations (King et al., 2017) and comprise many challenges that hinder the rigorous application of CONSORT guidelines guaranteeing the quality of clinical trials (Schulz, Altman & Moher, 2010).

Consequently, there is an evident need to develop and evaluate comprehensive and specialized treatments for IGD among European children and adolescents. The present study contributed to such scientific need by evaluating a comprehensive and specialized IGD treatment program applied to a western youth population. The present study compared the treatment efficacy of two psychological treatments among a sample of treatment-seeking adolescents: a specialized psychotherapy program for adolescents with IGD (PIPATIC program: 'Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación') and standard CBT. It was expected that PIPATIC program would lead to improvement in both psychotherapeutically focused areas and reduced symptoms of IGD, while the CBT program

would only lead to reduction in IGD symptoms. The study provides useful empirical and clinical data about the effects and effectiveness of a newly developed IGD treatment program and attempts to overcome some of the limitations in previously reported IGD treatment studies. Compared to previous reports of IGD treatment, the present study includes: (i) a detailed description of the treatment program (outlined in previous papers by the present authors: see Torres-Rodríguez & Carbonell, 2017; Torres-Rodríguez, Griffiths, & Carbonell, 2017); (ii) a clinical sample of European adolescents; (iii) an intervention control group (standard CBT); (iv) comparison of symptoms across four different assessment points (pre-, middle-, post-treatment and follow-up); (v) the use of clinical interviews, alongside validated and reliable instruments for use with participants, relatives and therapists, (vi) assessments and evaluations by trained clinical psychologists comprising clinical interviews, administering of reliable psychometric instruments, and rigorous assessment of comorbid symptoms and problems associated with IGD.

The goal of the newly developed PIPATIC program (see Torres-Rodríguez et al. [2017] for an in-depth description) is to offer specialized psychotherapy for adolescents with symptoms of IGD and comorbid disorders. The program comprises six therapeutic work modules, in turn made up of more specific sub-objectives. Following previous studies (Hansen & Lambert, 2003; Kadera et al., 1996; Lambert & Bergin, 1994) – and in order to ensure therapeutic changes in patients – the duration of the program is six months (22 sessions of approximately 45-minutes duration). The intervention, based on a cognitive-behavioral approach, employs cross-cutting techniques and resources commonly used in psychotherapy (Hofmann & Barlow, 2014; Kleinke, 1994; Laska, Gurman, & Wampold, 2014). The design of the PIPATIC program integrates several areas of intervention structured into six modules: (i) psychoeducation and motivation; (ii) addiction treatment as usual adapted to IGD; (iii) intrapersonal; (iv) interpersonal; (v) family intervention and; (vi) development of new lifestyle.

METHOD

Participants

A total of 58 adolescents who voluntarily sought treatment for their problematic videogame playing in two public mental health centers in the Barcelona metropolitan area (Spain) during the 18-month period that the study was carried out. Of these treatment seekers, 34 met the inclusion criteria and 31 (aged 12 to 18 years) completed the treatment and completed follow-up measures (see Figure 1). Of these, 12 were considered as lost (because they did not return to the treatment center after a first visit) and 12 more were excluded for not meeting the inclusion criteria of the present study (four did not meet the inclusion criteria 1 and 2 below; one was younger than 12 years; two presented with a severe mental disorder where the primary disorder needed treating as

opposed to the IGD, and five patients declined to participate in the study). One participant dropped out the PIPATIC treatment and two dropped out the standard treatment. Participants did not report any other current psychotherapy treatment. The inclusion criteria were: (i) endorsing at least five or more of the nine IGD criteria according to DSM-5 (APA, 2013); (ii) scoring 71 or more on IGD-20 Test (Pontes et al., 2014) adapted to Spanish population (Fuster, Carbonell, Pontes, and Griffiths, 2016); (iii) being aged 12 to 18 years; (iv) not having a severe mental disorder or intellectual disability, and (v) understanding the Spanish language. Thus, the final sample consisted in 31 male adolescents diagnosed with IGD.

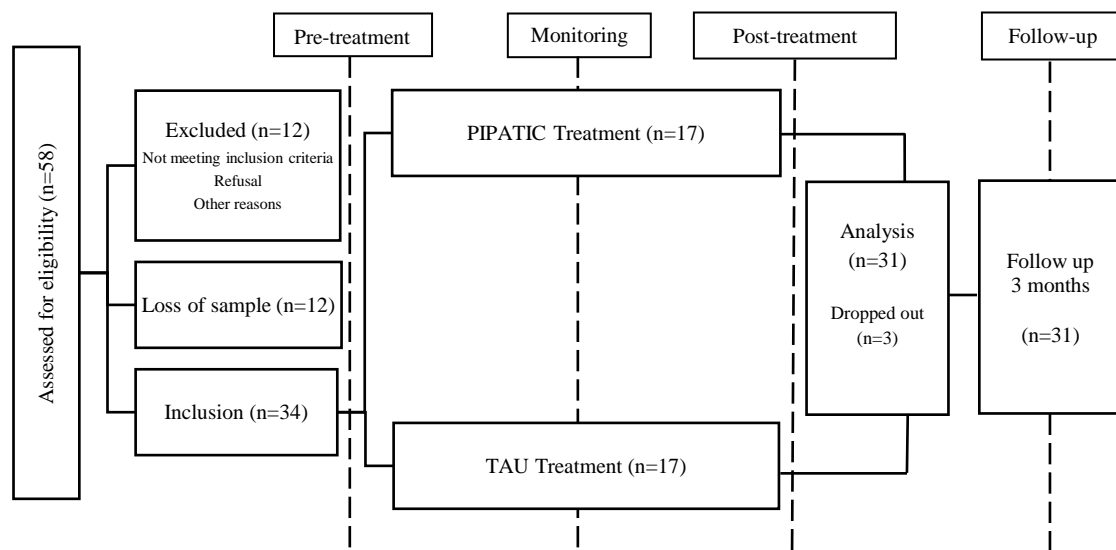


Figure 1. Scheme about the recruitment and the methodologic process

Measures

Videogame habits and IGD

Weekly hours spent gaming: This measure was obtained via self-reports from the participants and their relatives by asking about the approximately number of hours that were spent gaming during weekdays and the weekend (holidays periods were excluded).

Ability to stop gaming: Participants and their families' self-reported the ability to stop gaming using a simple Likert Scale (1 to 5). More specifically, they were asked how difficult it was to stop gaming to do more important activities where 1 was never having difficulties to stop their gaming and 5 was always having problems to stop gaming.

Self-awareness of engagement in gaming: Participants and their families were asked to what extent they were engaged in gaming using a simple Likert Scale (1 to 10) where 10 was the maximum engagement (i.e., totally addicted to gaming).

Internet Gaming Disorder Test (IGD-20 Test; Pontes, Király, Demetrovics, and Griffiths, 2014): To assess IGD, the validated Spanish version of 20-item IGD-20 Test was used (Fuster et al., 2016). The scale comprises six dimensions: salience (e.g., ‘I often lose sleep because of long gaming sessions’), mood modification (e.g., ‘I never play games in order to feel better’), tolerance (e.g., ‘I have significantly increased the amount of time I play games over last year’), withdrawal symptoms (e.g., ‘When I am not gaming I feel more irritable’), conflict (e.g., ‘I have lost interest in other hobbies because of my gaming’), and relapse (e.g., ‘I would like to cut down my gaming time but it is difficult to do’). All items are answered using a simple Likert Scale (1 to 5, ‘strongly disagree’, ‘disagree’, ‘neither agree’, ‘agree’ and ‘strongly agree’). The minimum and maximum scores are 20 and 100 and those scoring 71 or more are classed as having IGD. Cronbach's alpha for the IDG-20 Test was .87.

Comorbid symptoms

Comorbid symptoms were assessed from both family and patient perspectives. To assess comorbid disorders as well as the behavioral and emotional functioning of the patients, the two scales from the *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) were used. These were the *Youth Self-Report for Ages 11-18 Years* (YSR/11-18) and the *Child Behavior Checklist for Ages 6-18 Years* (CBCL/6-18) in their Spanish validated versions (Achenbach and Rescorla, 2001). The YSR/11-18 is a 112-item self-report scale completed by the adolescents, and the CBCL/6-18 is the version for their parents. The first part of both instruments assesses the psychosocial competencies of adolescents across four subscales (seven items; e.g., ‘Please list the sports you most like to take part in’), and the second part assesses behavioral and emotional symptoms across eight subscales (113 items; see Table 5; e.g., ‘I argue a lot’). For the scoring, ADM v.910 School-Age Module for CBCL and YSR was used. Both scales have been validated for the Spanish population, and both obtaining high validity and internal consistency. For example, the internalizing and externalizing problem scales have been reported as having a Cronbach’s alpha of .80 (Lemos, Fidalgo, Calvo, and Menéndez, 1992).

Intrapersonal and interpersonal abilities

The *Expressed Concern Scales* of the *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI; Millon, 1994) in its Spanish validated version were used to assess intrapersonal abilities. More specifically, ‘identity diffusion’ (A) (e.g. ‘I often feel with no direction in mind’), ‘self-devaluation’ (B) (e.g. ‘I don’t like being the person I have become’), and ‘body disapproval’ (C) (e.g. ‘I think I have a good body’). The MACI is a widely used validated and standardized instrument to assess adolescent personality patterns (12 subscales), expressed concerns (eight subscales), and clinical syndromes (seven subscales), in addition to four validity (modifying) scales. The present study

used the Spanish version of MACI and comprised 160 items. Possible answers were either “true” or “false”. The standardized base rate (BR) scores were used in the present study; BR scores of 0 and 115 were selected to represent the minimum and maximum possible on each scale. The present study followed the scoring guidelines described in the Spanish manual (Millon et al., 2006). To assess the intrapersonal abilities, the Expressed Concern Scales were used. *Cronbach's* alpha reliabilities of MACI scales ranged from .73 to .91.

The *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, and Palfai, 1995) was used to assess intrapersonal abilities. The TMMS-24 is a 24-item instrument and uses a 5-point Likert scale to assess perceived emotional intelligence. The Spanish version of the TMMS-24 was used (Fernandez-Berrocal, Extremera, and Ramos, 2004). The TMMS-24 is widely used in adolescents and adults, and comprises three subscales: (i) attention to emotion (participants' self-perception of the degree to which they pay attention to their own moods and emotions; e.g., 'I pay much attention to my feelings'), (ii) clarity (participants' self-perception of the degree to which they understand their own emotions; e.g., 'I am usually very clear with my feelings'), and (iii) repair of emotion (participants' self-perception of the degree to which they are able to modify their own emotions; e.g., 'When I am upset, I think of all the pleasure of life'). The Spanish TMMS-24 has psychometric characteristics similar to the original version with an internal consistency (*Cronbach's* alphas) of .90, .90 and .86 for attention, clarity and repair, respectively. For the present study, the benchmarks for males described in the Spanish version were used (Fernandez-Berrocal et al., 2004).

The *Escala de Habilidades Sociales* (EHS – Social Skills Scale; Gismoero, 2000) is a 32-item Spanish scale used to assess the interpersonal abilities (e.g., 'I sometimes avoid making questions because of my fear to appear stupid'). Scale items are assessed using a self-report 4-point Likert Scale that can be completed by both adolescents and adults. This instrument has adequate validity and high internal consistency (with a *Cronbach's* alpha of .88). The young male scoring guidelines described in the manual were used for the present study (Gismoero, 2000).

Family relationships

To assess the impact of IGD treatment on the participant's family relationships, the *Family Discord* (G) scale (e.g., 'I like my home') from the Spanish MACI test was used. This scale is part of the Expressed Concerns Scales of MACI test, and assesses the adolescent's personal perceptions regarding family conflicts.

Therapist measures

To assess clinical severity and change over time of each participant, the Spanish validated version of the *Clinical Global Impression Scale - Severity of Illness* (CGI-SI) was used (Busner &

Targum, 2007) (e.g., ‘Considering your total clinical experience with this particular population, how mentally ill is the patient at this time?’). The severity was assessed on a scale of 1 to 7, with 1 being normal (shows no signs of illness) and 7 being the most extremely ill of patients. To assess the changes, the *Clinical Global Impression Scale - Global Improvement (CGI-GI)* was used (Busner & Targum, 2007) (e.g., ‘Compared to your patient’s condition at time of first assessment, how much has s/he changed?’), with 1 being very much improved and 7 being very much worse. To assess the global functioning activity, the Spanish version of the one-item *Global Assessment of Functioning (GAF)* scale was used, extracted from DSM-IV-TR (Association American Psychiatric, 2002). This one item considers the psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health-illness (e.g., ‘Consider psychological, social and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health-illness. Do not include impairment in functioning due to physical (or environmental) limitations’) and comes with a description of what constitutes high and low scores. Scores range from 0 to 100, with 0 being the persistent danger of severely hurting oneself or others and 100 being superior functioning in a wide range of activities. For instance, scores of 91-100 are described as being: “*Superior functioning in a wide range of activities, life’s problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his or her many positive qualities. No symptoms*” whereas scores of 1-10 are described as being: “*Persistent danger of severely hurting self or others (e.g., recurrent violence) OR persistent inability to maintain minimal personal hygiene OR serious suicidal act with clear expectation of death.*”

Satisfaction with the treatment

The *Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI)* (Horvath & Greenberg, 1989) is a 17-item scale answered by participants and used to evaluate aspects such as therapeutic alliance and patient satisfaction with the treatment (e.g., ‘I think that the things I do in therapy help me to get the changes that I want’). It has been validated for Spanish population (Corbella & Botella, 2004b) with a high internal consistency (with a Cronbach’s alpha of .93).

Procedure

Data acquisition

Before the treatment program was launched, a pilot study was implemented to assess the operationalization of the intervention design and to identify any potential problems regarding the intervention (Alexandra Torres-Rodríguez & Carbonell, 2015). Following this, specialized training for health teams in the collaborating public mental health institutions was carried out to provide information about the study along with inclusion/exclusion criteria, and to train individuals to carry out clinical interviews to assess IGD symptoms and other comorbid disorders. The training aim was to furnish strategies to the health teams (comprising psychiatrists, clinical

psychologists, general practitioners, and nurses) to identify the problem in child and adolescent populations. Data collection comprised clinical interviews and data from the administration of diagnostic instruments. The clinical interviews were conducted by clinical psychologists, who also applied the diagnostic tests. The participants carried out repeated measurements during the treatment process: pre-treatment (T1), post-treatment (T3) and 3-month follow-up (T4). In addition, participants completed a brief measurement during the middle of the program (T2, eleventh session) to assess the change process during the interventions. The parents of the participants were included in all of these stages and completed their own instruments [(i) weekly hours spent gaming; (ii) perceived ability to stop gaming; (iii) self-awareness of engagement in gaming; and (iv) the CBCL/6-18]. The therapists also completed their own measures in each assessment (CGI-SI, CGI-GI and GAF). There was no significant data loss during this process. The trained psychologists tried to ensure the highest quality of data collection in each repeated measurement.

Interventions: Individualized psychotherapy treatment for IGD (PIPATIC program) and treatment as usual

The goal of the “Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación” (PIPATIC) (Torres-Rodríguez & Carbonell, 2017; Alexandra Torres-Rodríguez, Griffiths, & Carbonell, 2017) is to offer specialized psychotherapy for adolescents with symptoms of IGD and comorbid disorders. This program comprises six therapeutic work modules, in turn made up of more specific sub-objectives, in order to address different life areas and not just addictive behaviors (see Table 1). Following previous studies (Hansen & Lambert, 2003; Kadera et al., 1996; Lambert & Bergin, 1994), in order to ensure therapeutic changes in patients, the scheduled duration of the program is six months (22 sessions of around 45-minute weekly sessions). The intervention, based on a cognitive-behavioral approach, employs cross-cutting techniques and resources common in psychotherapy (Hofmann & Barlow, 2014; Kleinke, 1994; Laska et al., 2014). The design and content of PIPATIC has been described previously in detail by (Torres-Rodríguez & Carbonell, 2017; Alexandra Torres-Rodríguez, Griffiths, & Carbonell, 2017) providing the in-depth clinical and methodological aspects. The experimental group received the PIPATIC specialized treatment.

Table 1. Summary of the psychotherapeutic modules of the PIPATIC program

1. **Psychoeducational Module:** individual and family psychoeducation, motivational interviewing, choosing goals and objectives (three sessions)
2. **Standard CBT Addiction Intervention Module:** stimulus control, learning appropriate coping responses, cognitive restructuring, problem solving related to addiction, exposure... (five sessions)
3. **Intrapersonal Module:** psychotherapeutic work on identity, self-esteem, self-control, emotional-intelligence and anxiety control (five sessions)
4. **Interpersonal Module:** encouraging adaptive communication skills, assertiveness and increasing communication skills (two sessions)
5. **Familiar Module:** family communication, limits and affect (three sessions)
6. **Development of a new lifestyle Module:** self-observation of improvement, alternative activities and relapse prevention (two sessions).

Note. The PIPATIC program includes two floating sessions that can be incorporated into the module that the therapist chooses, according to the needs of the patient. In this way, the set program offers some flexibility (Carroll & Nuro, 2002; Therien et al., 2014).

The control group also received psychological attention because the use of the waiting list was considered unethical according to the following considerations: (i) the participants were minors and were in a stage of increased vulnerability; (ii) the participants presented with a high level of psychological symptomatology and distress, and (iii) it was necessary to attend to the needs and demands of the family. For that reason, it was decided to apply a standard CBT (or treatment as usual) intervention for addiction. One of the most commonly adapted CBT approaches for gaming addiction was used (Greenfield, 1999; Griffiths & Meredith, 2009; Kaptsis et al., 2016; King et al., 2010; King et al., 2017; Winkler, Dörsing, Rief, Shen, & Glombiewski, 2013; Young, 2007, 2013). The standard CBT intervention was extracted from the second module of PIPATIC (see Table 1) [Authors masked for blind review] and was applied to the control group across 22 sessions with greater depth of addiction psychotherapeutic work. This standard CBT treatment comprised five modules: (i) addiction stimulus control; (ii) coping responses; (iii) cognitive restructuring; (iv) problem-solving related to addiction; and (v) exposition. (For more in-depth

information regarding these modules, see Torres-Rodríguez, Griffiths and Carbonell [2017]). The level of families' participation in the standard CBT and in PIPATIC program intervention was different. In both interventions, the relatives acted as co-therapists in working with the gaming addiction. However, in the PIPATIC program, the relatives participated in a specific therapeutic module of family therapy.

The participants were assigned to the groups in order of arrival at the centers, and the assignment was blinded for the participants and the families. The treatments were carried out by a clinical psychologist, extensively trained in the treatment of behavioral addictions, with the supervision of the mental health teams of the collaborating centers and the authors of the study. A comparison between patients finishing the PIPATIC program (n=16) and patients finishing treatment as usual (n=15) (i.e., pure CBT) was carried out. The first intervention (PIPATIC program) focused the problem in an integrative way and addressed different psychological areas and not only the addiction. The second intervention (treatment as usual) focused on the addiction as a primary problem.

Statistical analyses

All analyses were conducted with SPSS software version 24. Due to the non-normality of the data, non-parametric tests were utilized. The U-Mann non-parametric test for two independent samples was used to compare the results of the treatment between the experimental group and the control group (i.e., the CBT group). In order to compare the changes across the four different points of assessment, non-parametric Friedman tests for repeated measures were used. The effect sizes statistical were calculated. The range for small effects is 0.20–0.50; for medium effects is 0.50–0.80; and for large effects is ≥ 0.8 (Cohen, 1988). The Wilcoxon test was used in a post-hoc Friedman analysis to calculate the effect sizes regarding the changes through the temporal stages (pre- and post-measures).

Ethics

The study was approved by the ethics committees of the mental health centers that participated in the studies (institutes masked for blind review) and the research team's ethics committee. The participants and their legal guardians signed consent forms. All the information that could have been used to identify the patients was anonymized. The study procedures were carried out in accordance with the Declaration of Helsinki.

RESULTS

The participants were all males aged between 12 and 18 years. The experimental group had a mean age of 15.19 years ($SD = 1.9$) and the control group it was 14.73 years ($SD = 1.58$). All participants were Spanish, and all but two were students at the time of the treatment. None of the participants reported any serious physical health problem although one participant was currently receiving antidepressant medication. The psychological characteristics of the sample have been described elsewhere (Torres-Rodríguez, Griffiths, Carbonell & Oberst, 2018). The participants mostly reported problematic use of the online videogames with three participants reporting problematic use of offline videogames. The most popular type of online videogames in the sample were: Massively Multiplayer Online Role Playing Games (MMORPGs; 51.6%), Role Playing Games (RPGs; 32.3%), Multiplayer Online Battle Arena games (MOBAs; 64.5%), shooter games (64.5%), sports games (35.5%), and others (2.3%). A small proportion of the sample also reported problematic use of the internet (19.4%) and smartphones (9.7%).

Comparison of experimental and control group

Regarding the outcome evaluations in both groups, changes relating to the different interventions were examined with reference to the pre-test and post-test scores in the dependent variables listed above. Before examining the effectiveness of each intervention, the measures at T1 were compared between the experimental and control groups and no significant differences were detected, indicating that the two groups are at the same or similar level of clinical measures at the baseline of the study (see Tables 2, 3 and 4). Features related to IGD are reported in Table 2. Both patients and their families reported similar perceptions. There were no significant differences between either group in the pre-treatment phase. However, in the post-test, the PIPATIC group (compared to the control group) dedicated fewer hours to gaming, and had lower scores in being able to stop gaming, subjective scores relating to engagement/addiction, and IGD-20 scores.

Table 2. Means and standard deviations (in brackets) of measures regarding videogame use and IGD for treatment condition and pre- and post- assessment. U-Mann test for comparison between experimental group (EG) and control group (CG) results.

	Pre-test			Post-test			
	EG	CG	<i>p</i>	EG	CG	<i>p</i>	<i>r</i>
Week gaming hours (P)	51.40 (19.21)	43.36 (15.51)	.384	11.15 (7.07)	31.80 (15.63)	.0001	.707
Week gaming hours (F)	48.87 (17.45)	50.06 (19.34)	.968	14.84 (9.16)	32.83 (17.93)	.001	.586
Postponement (P)	4.19 (0.65)	4.07 (1.03)	.966	1.81 (0.75)	3.27 (0.79)	.0001	.702
Postponement (F)	4.44 (0.62)	4.60 (0.63)	.402	2.19 (0.91)	3.67 (0.97)	.0001	.644
Subjective addiction (P)	7.75 (1)	8.27 (1.16)	.239	3.13 (1.4)	6.47 (1.88)	.0001	.702
Subjective addiction (F)	8.88 (0.88)	9 (1)	.663	3.69 (1.81)	7.33 (1.79)	.0001	.708
IGD-20	79.75 (5.77)	76.13 (5.37)	.126	32.19 (7.51)	51.93 (16.9)	.001	.554

There were also significant difference between the two groups regarding comorbid disorders, as well as the behavioral and emotional functioning of the participants from both patients (YSR test) and their relatives (CBCL test). Table 3 demonstrates that all group comparisons apart from one (somatic complaints) in the pre-test were non-significant. However, in the post-test, the experimental group had significantly lower scores in several important areas (social problems, attention problems, aggressive behavior scales, externalizing problems and total problems scales).

In relation to the CBCL results, no differences between groups were found at baseline treatment. However, at post-treatment there were statistically significant differences between the two groups including: activities ($M_{EG}= 39.56$; $M_{CG}= 30.26$; $U=48.5$; $p<0.01$), total competence scale ($M_{EG}= 36.23$; $M_{CG}= 27.2$; $U=46.5$; $p<0.05$), rule-breaking behavior ($M_{EG}= 54$; $M_{CG}= 58.6$; $U=56.5$; $p<0.05$), aggressive behavior scales ($M_{EG}= 55.81$; $M_{CG}= 63.8$; $U=45$; $p<0.01$), externalizing problems ($M_{EG}= 52.56$; $M_{CG}= 61.53$; $U = 44.5$; $p<0.01$) and total problems scales ($M_{EG}= 56.06$; $M_{CG}= 64.40$; $U = 49.5$; $p<0.01$) (see Table 3). In addition, the PIPATIC program generally had lower mean scores even if they were not significantly different. In addition, it is noteworthy that

in the MACI's scale 'suicidal tendency' (GG) showed a statistically significant difference in both groups at post-treatment ($M_{EG}= 32.8$; $M_{CG}= 48.7$; $U=58$; $p<0.01$).

Table 3. Means and standard deviations (in brackets) of all YSR subscales and total CBCL subscales for treatment condition and pre- and post- assessment, U-Mann test for comparison between experimental group (EG) and control group (CG) results

	Pre-test			Post-test			
	EG	CG	<i>p</i>	EG	CG	<i>p</i>	<i>r</i>
Competence Scales							
Activities	30.31 (6.92)	29.66 (5.32)	.953	36.56 (14.22)	34 (6.21)	.405	
Social	37.25 (18.07)	32 (9.72)	.403	37.75 (12.66)	34.86 (7.45)	.183	
School ^a							
Total Competence Scales	26.92 (6.5)	28.93 (11.25)	.913	33.28 (13.74)	30.4 (6.4)	.394	
Syndrome Scales							
I - Anxious/Depressed	62.38 (8.05)	60.07 (9.34)	.393	53.69 (3.96)	58 (8.08)	.230	
II - Withdrawn/Depressed	66.69 (7.54)	62.47 (11.86)	.087	56.94 (7.33)	59.13 (8.91)	.631	
III - Somatic Complaints	61.75 (10.02)	55.07 (5.62)	.027	51.81 (2.92)	54.4 (6.53)	.549	
IV - Social Problems	61.56 (8.28)	61.33 (9.75)	.827	53.19 (3.56)	59.67 (8.22)	.016	.239
V - Thought Problems	56.63 (5.62)	55.87 (6.04)	.645	52 (2.94)	53.87 (4.502)	.295	
VI - Attention Problems	63.5 (8.6)	66.8 (11.59)	.633	53.25 (6.19)	64.33 (14.74)	.003	.530
VII - Rule-Breaking Behavior	55.81 (5.63)	57.33 (5.97)	.402	53.69 (4.33)	55.87 (5.95)	.143	
VIII - Aggressive Behavior	58.19 (9.88)	62.6 (10.83)	.147	52.69 (5.22)	59.8 (8.66)	.005	.503
Total Scales							
Internalizing Problems	65.38 (7.05)	58.27 (11.32)	.085	51.19 (6.53)	54.6 (12.12)	.736	
Externalizing Problems	55.88 (7.509)	59.8 (8.81)	.166	47.13 (9.04)	57.4 (8.63)	.005	.509
Total Problems	62.5 (5.3)	61.8 (7.36)	.781	48.75 (7.46)	58.73 (9.27)	.004	.515
Total CBCL Scales							
Internalizing Problems	70 (6.78)	69.27 (11.64)	.692	59.69 (6.86)	64.47 (11.44)	.19	
Externalizing Problems	59.38 (8.15)	64.33 (7.97)	.052	52.56 (8.45)	61.53 (7.76)	.003	.537
Total Problems	66.94 (5.63)	69.33 (8.04)	.351	56.06 (7.6)	64.40 (8.24)	.005	.501

The findings in relation to the intrapersonal and interpersonal abilities are presented in Table 4. Regarding the intrapersonal abilities assessed by three MACI sub-scales and the TMMS test for emotional intelligence, significant group differences were found in the post-test for self-devaluation (B) scale and in the three emotional intelligence scales. With respect to the interpersonal or social abilities, significant group differences were also found at post-treatment assessment. Concerning family discord (G), no significant differences were found at T1 ($U=96.5$, $p>0.05$). However, the results demonstrated there was a significant group difference in family discord ($U= 49$; $p<.01$) at post-assessment, with an improvement in PIPATIC group.

Finally, in relation the therapists' measures, no significant differences were found in CGI ($U=120$; $p>.05$) and GAF ($U=93$, $p>.05$) between both groups at baseline. At post-treatment, significant differences were found between groups for CGI ($U=18.5$; $p<.001$) and GAF ($U=10$; $p<.001$) with the PIPATIC group demonstrating better scores than the control group. The WATOCI variables were analysed only at post-treatment assessment because it is a scale that needs to be applied once the treatment has been completed. The results demonstrated statistically significant differences between both groups at the following WATOCI scales (see Table 5): tasks, bond, goals, theory of change, and total score. On all these measures, the PIPATIC group had better scores than the control group on these scales demonstrating that the PIPATIC treatment was more effective than CBT alone. The only sub-scale where there was no significant difference was the in the bond between therapist and the patient (i.e., patients in both groups bonded equally well with their therapists).

Table 4. Means and standard deviations (in brackets) of MACI, TMMS subscales, and social abilities scale for treatment condition and pre- and post- assessment, U-Mann test for comparison between experimental group (EG) and control group (CG)

	Pre-test			Post-test			
	EG	CG	<i>p</i>	EG	CG	<i>p</i>	<i>r</i>
MACI's scales							
Identity diffusion (A)	61.6 (22.8)	65.3 (14.5)	.782	41.1 (20.2)	50.3 (26.3)	.323	
Self-devaluation (B)	54.3 (19.2)	58.8 (22.4)	.752	42.4 (14.4)	57 (23.6)	.044	.362
Body disapproval (C)	52.7 (18.5)	52.7 (24.1)	.922	50.9 (16)	57.07 (28.3)	.678	
Emotional Intelligence							
Attention to feelings	19.6 (7.48)	17.2 (6.77)	.406	24.5 (7.59)	19.13 (6.99)	.050	.352
Clarity of feelings	22.3 (5.16)	21.06 (6.91)	.329	26.44 (8.38)	20.33 (3.43)	.020	.416
Mood Repair	21.31 (6.23)	21.66 (3.53)	.874	28.8 (8.47)	23.2 (5.28)	.045	.359
Social Abilities							
Global scale	28.81 (28.5)	35.8 (28.9)	.405	68.5 (30.74)	41 (37.02)	.042	.364

Table 5. Means and standard deviations (in brackets) of WATOI dependents variables for treatment condition at post- assessment, U-Mann test for comparison between experimental group (EG) and control group (CG) results

	EG	CG	<i>p</i>	<i>r</i>
Tasks	25.68 (2.44)	19.26 (1.98)	.0001	.788
Bond	25.5 (3.32)	25.13 (2.58)	.545	
Goals	25.06 (2.08)	19.6 (3.202)	.0001	.703
Theory of change	32 (3.521)	26.4 (3.64)	.0001	.625
Total	108.25 (10.47)	90.4 (7.079)	.0001	.650

Effects of the IGD treatment process

As shown in Table 6, all participants, in both the experimental and the control group, demonstrated a decrease over time in all measures related to gaming and addiction. This effect was significant, and maintained stability in the follow-up assessment. Analysis was carried out

examining the comorbid symptoms plus the contribution of the interventions regarding behavioral and emotional functioning from both patients and relatives' perspective (see Table 7 patients and Table 8 for families). For the patients, the PIPATIC group demonstrated a significant decrease in all the scales (YSR), as did their relatives (CBCL). The control group only showed a significant effect for the social competence scale. The parents of the control group had similar perceptions to parents the PIPATIC group, and reported that the patients had improved with respect to some areas (i.e., anxious/depressed, withdrawn/depressed, attention problems, aggressive behavior, and total problems).

Table 6. Means of variables regarding videogame use and IGD for treatment condition, Friedman test for repeated measures for comparison between and pre-, middle-, post-treatment and 3-month follow-up assessment

	EG						CG					
	T1	T2	T3	T4	<i>p</i>	<i>r</i>	T1	T2	T3	T4	<i>p</i>	<i>r</i>
Week gaming hours (P)	51.4	19.03	11.15	11.4	.0001	.879	44.63	32.5	29.22	34.13	.013	.580
Week gaming hours (F)	48.87	20.25	14.84	11.75	.0001	.879	52.63	36.09	31.86	46.59	.032	.557
Postponement (P)	4.19	2.5	1.81	1.81	.0001	.900	4.07	3.27	3.27	3.13	.030	.588
Postponement (F)	4.44	2.44	2.19	2.25	.0001	.891	3.4	2.47	2.17	1.97	.002	.644
Subjective addiction (P)	7.75	5.06	3.13	2.44	.0001	.886	8.27	7.07	6.47	6.07	.001	.670
Subjective addiction (F)	8.88	6.06	3.69	2.94	.0001	.883	9	7.53	7.33	6.73	.0001	.679
IGD-20	79.75	46.31	32.19	30.69	.0001	.879	76.13	62.6	51.93	56.4	.0001	.879

Note. The effect sizes were statistically significant using T1 and T3 measures (pre- and post-).

Table 7. Means of YSR subscales for treatment condition, Friedman test for repeated measures for comparison between and pre-, post-treatment and 3-month follow-up assessment

Competence Scales	EG					CG				
	T1	T3	T4	<i>p</i>	<i>r</i>	T1	T3	T4	<i>p</i>	<i>r</i>
Activities	30.31	36.56	43.81	.0001	.426	29.21	33.64	30.14	.233	
Social	37.25	37.75	40.06	.024	.263	30.57	34.57	32.71	.030	.354
Total Competence Scales	27	35.84	40.15	.003	.550	28.14	30.07	27.35	.316	
Syndrome Scales										
I - Anxious/Depressed	62.38	53.69	52.69	.0001	.778	60.07	58	59.73	.571	
II - Withdrawn/Depressed	66.69	56.94	55.13	.0001	.815	62.47	59.13	60.73	.141	
III - Somatic Complaints	61.75	51.81	51.69	.0001	.781	55.07	54.4	55.47	.607	
IV - Social Problems	61.56	53.19	51.82	.0001	.767	61.33	59.67	59.67	.498	
V - Thought Problems	56.63	52	50.13	.0001	.718	55.87	53.87	53.53	.038	
VI - Attention Problems	63.5	53.25	53	.0001	.802	66.8	64.33	64.53	.484	
VII - Rule-Breaking Behavior	5.81	53.69	52.38	.002	.455	57.33	55.87	57.93	.334	
VIII - Aggressive Behavior	58.19	52.69	52.56	.0001	.796	62.6	59.8	61.67	.793	
Total Scales										
Internalizing Problems	65.38	51.19	49.13	.0001	.853	58.27	54.60	57.87	.262	
Externalizing Problems	55.88	47.13	45.94	.0001	.854	59.8	57.4	60.07	.368	
Total Problems	62.5	48.75	46.25	.0001	.879	61.8	58.7	60.07	.395	

With reference to intrapersonal abilities, at significant differences between both groups were observed (see Table 9). Participants in the experimental group showed an improvement regarding identity, self-esteem, emotional intelligence and social abilities. The control group only showed a significant higher attention to their feelings. Concerning family discord (G), no significant change was found in the control group ($M_{T1}=58.73$; $M_{T3}=63.73$; $M_{T4}=66.53$; $X^2=1.32$; $p>0.05$), but was significant in the PIPATIC group ($M_{T1}=52.19$; $M_{T3}=43.37$; $M_{T4}=36.88$; $X^2=8.66$; $p<0.05$). Finally, in relation to the therapists' measures, significant changes across the assessment period were found. The PIPATIC group ($M_{T1}=5$; $M_{T3}=1.88$; $M_{T4}=1.25$; $X^2=45.92$; $p<0.001$) and the control group ($M_{T1}=5$; $M_{T3}=3.87$; $M_{T4}=3.47$; $X^2=28.73$; $p<0.001$) both demonstrated a significant reduction of the mental illness severity (CGI-SI) of the participants. In relation to the global activity (GAF), both groups experienced an improvement: PIPATIC group ($M_{T1}=47.38$; $M_{T3}=82.81$; $M_{T4}=86.69$; $X^2=45.07$; $p<0.001$) and control group ($M_{T1}=42.87$; $M_{T3}=62.8$; $M_{T4}=63.13$; $X^2=36.41$; $p<0.001$).

Table 8. Means of CBCL subscales for treatment condition, Friedman test for repeated measures for comparison between and pre-, post-treatment and 3-month follow-up assessment

Competence Scales	EG					CG				
	T1	T3	T4	<i>p</i>	<i>r</i>	T1	T3	T4	<i>p</i>	<i>r</i>
Activities	25.68	39.56	44.56	.0001	.866	28.85	29.64	29.07	.486	
Social	29.4	39.53	43.53	.0001	.835	31.85	34.28	34.78	.620	
School	36.61	42.69	44.92	.001	.658	37.35	38.71	39.85	.358	
Total Competence Scales	22.23	36.23	42	.0001	.78	24.92	26.64	27.07	.678	
Syndrome Scales										
I - Anxious/Depressed	65.44	56.94	53.75	.0001	.745	66.8	60.67	60.33	.006	.616
II - Withdrawn/Depressed	78.88	63.69	61.56	.0001	.834	77.33	71.87	68.2	.034	.379
III - Somatic Complaints	64.25	56.06	55.44	.002	.630	62.73	61.13	63.27	.059	
IV - Social Problems	30.25	55.13	54.69	.0001	.77	64.53	61.2	58.67	.140	
V - Thought Problems	64.88	55.69	54.38	.0001	.796	65	60.33	58.73	.184	
VI - Attention Problems	61.81	56.44	55.06	.0001	.696	70.2	64.33	62.27	.007	.604
VII - Rule-Breaking Behavior	58.06	54	53.44	.0001	.605	61.13	58.6	60.27	.058	
VIII - Aggressive Behavior	61.06	55.81	54.19	.006	.566	67.2	63.8	61.67	.009	.414
Total Scales										
Internalizing Problems	70	59.69	57.19	.0001	.841	69.27	64.47	64.67	.071	
Externalizing Problems	59.38	52.56	49.38	.0001	.608	64.33	61.53	60.87	.059	
Total Problems	66.94	56.06	53.56	.0001	.808	69.33	64.4	63.87	.017	.657

Table 9. Means of MACI, Emotional Intelligence and Social Abilities subscales for treatment condition, Friedman test for repeated measures for comparison between and pre-, post-treatment and 3-month follow-up assessment

	EG					CG				
	T1	T3	T4	<i>p</i>	<i>r</i>	T1	T3	T4	<i>p</i>	<i>r</i>
MACI's scales										
Identity diffusion (A)	61.63	41.19	37.38	.030	.695	65.33	50.33	56.6	.175	
Self-devaluation (B)	54.31	42.44	32.94	.001	.532	58.87	57	59.07	.859	
Body disapproval (C)	52.75	50.94	38.19	.084		52.73	57.07	54.2	.155	
Emotional Intelligence										
Attention to feelings	19.68	24.5	27.68	.002	.533	17.2	19.13	20.8	.026	.414
Clarity of feelings	22.37	26.44	31.31	.001	.355	21.06	20.33	20.6	.748	
Mood Repair	21.31	28.81	30.62	.013	.660	21.66	23.27	23	.516	
Social Abilities										
Global scale	28.81	68.5	75.75	.0001	.852	35.8	41.6	35.2	.250	

Note. The effect sizes were statistically significant using T1 and T3 measures (pre- and post-).

DISCUSSION

The present paper evaluated the effects of the PIPATIC program on a number of key variables and compared these with the effects of a standard CBT (treatment as usual) control group. The variables were assessed at base-line, during the middle of the treatment, immediately after treatment, and at a three-month follow-up. The measures were completed by participants, their relatives, and their therapists in an effort to triangulate the findings. More specifically, the study evaluated the effects and changes regarding IGD symptoms, psychopathological and comorbid symptoms, emotional intelligence, self-esteem, social skills, family environment, therapeutic alliance and change perceptions, by comparing standard CBT with the newly developed PIPATIC program.

The main findings of the comparative evaluation can be summarized as follows: (i) both groups experienced a significant reduction of symptoms regarding IGD, but those individuals in the PIPATIC group demonstrated more statistically significant changes than control group; (ii) the PIPATIC group demonstrated significant reductions in comorbid symptoms as reported by the patients and their relatives. Moreover, the treatment program improved their identity diffusion, self-devaluation, emotional intelligence, social abilities, and reduced family conflict. In contrast, the control group experienced positive significant changes in their social competence (YSR), anxiety, depression, withdrawal, attention problems, aggressive behavior, and overall problems (CBCL). However, the improvements (based on the effect sizes) were less than that of the

PIPATIC group; (iii) most of the PIPATIC patients experienced a decrease of negative symptoms during the middle of the treatment (T2) at the eleventh session; and (iv) the changes achieved with the PIPATIC program and for those undergoing standard CBT demonstrated continued stability three months after the end of the respective treatment.

The differences between the both interventions can be summarized in the following aspects: (i) no significant differences were found between the two groups concerning the IGD variables at baseline treatment; (ii) the results at post-treatment demonstrated significant differences between the two groups in the number of weekly gaming hours, IGD symptoms, comorbidity disorders, externalizing problems, overall total problems, self-devaluation, emotional intelligence, social abilities, and the family relationships (with those in the PIPATIC program demonstrating more improved scores on these aspects compared to those given standard CBT); (iii) apart from the bond between patient and therapist, those undergoing the PIPATIC treatment (compared to the control group) found the treatment more satisfying, (iv) significant differences between groups were found in measures completed by the therapists in the post-treatment phase (CGI and GAF scales) and (v) the PIPATIC program demonstrated a greater reduction than CBT treatment in IGD symptoms and improvement of abilities.

The present study described the effects of a practical clinical trial of psychotherapeutic approaches for adolescents with IGD. The aim of PIPATIC program is to offer specialized psychotherapy for adolescents with symptoms of IGD and accompanying comorbid disorders. The other aims of the program were to help improve interpersonal and intrapersonal abilities and apply family therapy. Its program seeks to re-establish the adolescent's wellbeing and to reintegrate the individual back into a normal life including the controlled use of videogames and internet. It is noteworthy that this is an intervention model based on an integration of previous research findings.

The findings of the present study corroborate the importance of extending psychotherapeutic work into comorbid disorders in addition to addressing IGD itself. Previous research has consistently found an association between high levels of distress and online addictions (Mentzoni et al., 2011; Yan et al., 2014), and high rates of comorbid psychiatric disorders (Andreassen et al., 2016; Bozkurt, Coskun, Ayaydin, Adak, and Zoroglu, 2013; Ferguson et al., 2011; Müller, Beutel, Egloff, & Wölfling, 2014). The findings regarding the participation of the family are warranted and accord with the idea that intervention programs for adolescents need to include parents actively in the therapy (Liu et al., 2015; Young, 2009). This is especially relevant given that family conflict and poor family relationships co-occur in adolescent IGD (Bonnaire & Phan, 2017). In this study, as in others (Winkler et al., 2013), a CBT approach was effective in treating IGD symptoms (although more so when individuals were assigned to the PIPATIC program).

Finally, some limitations of the present study should be noted and therefore generalization of the present results should be considered with caution. First, the self-report data included potential sources of error (e.g., social desirability). Moreover, the multiple self-assessment tools used could lead to a type I error (given how many different variables were evaluated). Nevertheless, the data collection was supervised by a trained psychologist to ensure the highest quality of data collection and it was also based on clinical interviews. The psychometric tools used demonstrated adequate psychometric properties and they had all been psychometrically validated using Spanish populations. In addition, the inclusion of a follow-up provided an opportunity to explore the effects and stability of the therapy observed months after the treatment. On other hand, all the data were self-report, although the inclusion of corroborating data from relatives increased the veracity of the data collected. Second, the sample size is relatively small. However, many other treatment studies report a similar (or even smaller) sample size (Dell’Osso et al., 2008; Kim, 2008; Pallesen, Lorvik, Bu, & Molde, 2015; Wölfling et al., 2014; Yao et al., 2017; Zhang et al., 2016). Third, there was no randomization of participants being assigned to treatment groups, because all participants were assigned to one of the two groups in order of arrival of seeking help for IGD at the treatment centers. Fourth, the lack of a traditional control group without treatment (waiting list) was not utilized because it was unethical to deny treatment to those that sought treatment for IGD at the treatment centers. In future, and if deemed ethical, studies should include a wait-list control group without any intervention. However, the use of a control group (TAU) is a valuable element of the present study that allowed statistical comparisons and explored the effects of the both interventions. Fifth, the participants were all Spanish male adolescents, therefore it is not known whether the PIPATIC treatment would be equally effective for females, adults and/or individuals from other countries and cultures. Due to the study design, it was not possible to determine the effectiveness of each intervention compared to no treatment although as noted earlier in the paper, previous studies have shown CBT to be effective compared to non-treatment (Greenfield, 1999; Griffiths & Meredith, 2009; Kaptsis, King, Delfabbro, & Gradisar, 2016; King et al., 2010; King et al., 2011; Young, 2007, 2013).

CONCLUSIONS

Based on the findings of the present study, it appears that the PIPATIC program presents significant positive effects regarding the treatment of the Internet Gaming Disorder (IGD) and its comorbid disorders/symptoms, alongside statistically significant improvements of intra-interpersonal abilities and family relationships. However, it should also be noted that standard CBT was also demonstrated positive significant effects in the treatment of IGD, but reductions regarding the most of the comorbid disorders and improvements in other areas of life functioning were not statistically significant. Changing the focus of treatment, and applying the integrative

focus of the PIPATIC treatment (including the addiction, the comorbid symptoms, intrapersonal and interpersonal abilities, and including family psychotherapy) appeared to generate greater improvements for facilitating adolescent behavior change than therapy (i.e., CBT) only focusing on the IGD itself.

REFERENCES

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: ASEBA.
- Allison, S., Wahle, L., Shockley, T., & Gabbard, G. (2006). The development of the self in the era of the internet and role-playing fantasy games. *American Journal of Psychiatry*, *163*(3), 381–385. doi:10.1176/appi.ajp.163.3.381
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E. & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, *30*, 252–262. doi:10.1037/adb0000160
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., Nock, M., & Hersen, M. (2008). *Single case research designs: Strategies for studying behavior change* (3rd ed). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Bonnaire, C., & Phan, O. (2017). Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Research*, *255*, 104–110. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.030
- Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I., & Zoroglu, S. S. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *67*(5), 352–359. doi:10.1111/pcn.12065
- Busner, J., & Targum, S. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, *4*(7), 28–37.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, *16*(4), 702–705.
- Dell’Osso, B., Hadley, S., Allen, A., Baker, B., Chaplin, W. F., & Hollander, E. (2008). Escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder: an open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(3), 452–456. doi:10.4088/JCP.v69n0316
- Du, Y., Jiang, W., & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioral therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*, 129–134. doi:10.3109/00048670903282725

- Ferguson, C., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research, 45*(12), 1573–1578. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.09.005
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the trait meta-mood scale. *Psychological Reports, 94*(3), 751–755. doi:10.2466/pr0.94.3.751-755
- Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the Internet Gaming Disorder (IGD-20) Test. *Computers in Human Behavior, 56*, 215–224. doi:10.1016/j.chb.2015.11.050
- Gismero, E. (2000). *EHS Escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA.
- Greenfield, D. N. (1999). *Virtual addiction: Help for netheads, cyberfreaks, and those who love them*. Oakland, CA: New Harbin.
- Griffiths, M. D. (2000). Does internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence. *CyberPsychology & Behavior, 3*(2), 211–218. doi:10.1089/109493100316067
- Griffiths, M. D. (2008). Videogame addiction: Further thoughts and observations. *International Journal of Mental Health and Addiction, 6*(2), 182–185. doi:10.1007/s11469-007-9128-y
- Griffiths, M. D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction, 8*(1), 119–125. doi:10.1007/s11469-009-9229-x
- Griffiths, M. D., & Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 39*(4), 247–253. doi:10.1007/s10879-009-9118-4
- Griffiths, M. D., van Rooij, A. J., Kardefelt-Winther, D., Starcevic, V., Király, O., Pallesen, S., ... Demetrovics, Z. (2016). Working towards an international consensus on criteria for assessing internet gaming disorder: A critical commentary on Petry et al. (2014). *Addiction, 111*(1), 167–175. doi:10.1111/add.13057
- Hansen, N. B., & Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research, 5*(1), 1–12. doi:10.1023/A:1021751307358
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy, 51*(4), 510–513. doi:10.1037/a0037045
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223–233. doi:10.1037/0022-0167.36.2.223
- Huang, X., Li, M., & Tao, R. (2010). Treatment of internet addiction. *Current Psychiatry Reports, 12*(5), 462–470. doi:10.1007/s11920-010-0147-1
- Kadera, S. W., Lambert, M. J., & Andrews, A. A. (1996). How much therapy is really enough?:

- A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(2), 132–151.
- Kaptsis, D., King, D. L., Delfabbro, P. H., & Gradisar, M. (2016). Withdrawal symptoms in internet gaming disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 58–66. doi:10.1016/j.cpr.2015.11.006
- Kim, J. U. (2008). The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. *International Journal of Reality Therapy*, 27(2), 4–12.
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2017). Features of parent-child relationships in adolescents with Internet Gaming Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15, 1270–1283. doi:10.1007/s11469-016-9699-6
- King, D., Delfabbro, P., & Griffiths, M. (2010). Cognitive behavioral therapy for problematic video game players: Conceptual considerations and practice issues. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, 3(3), 261–273.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., & Griffiths, M. D. (2013). Trajectories of problem video gaming among adult regular gamers: An 18-month longitudinal study. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(1), 72–76. doi:10.1089/cyber.2012.0062
- King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M., & Gradisar, M. (2011). Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1110–1116. doi:10.1016/j.cpr.2011.06.009
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M. S., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S., ... Sakuma, H. (2017). Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, 54(November 2016), 123–133. doi:10.1016/j.cpr.2017.04.002
- Kleinke, C. L. (1994). *Common principles of psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub Co.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(1), 3–22. doi:10.1556/JBA.1.2012.1.1
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. Chichester: John Wiley.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481. doi:10.1037/a0034332
- Lemos, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P., & Menéndez, P. (1992). Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR. *Clinica y Salud*, 3(2), 183–194.
- Liu, Q. X., Fang, X. Y., Yan, N., Zhou, Z. K., Yuan, X. J., Lan, J., & Liu, C. Y. (2015). Multi-

- family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors*, *42*, 1–8. doi:10.1016/j.addbeh.2014.10.021
- Marco, C., & Chóliz, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *13*(1), 125–141.
- Martín-Fernández, M., Matalí, J. L., García-Sánchez, S., Pardo, M., & Castellano-Tejedor, C. (2016). Adolescentes con Trastorno por juego en Internet (IGD): perfiles y respuesta al tratamiento. *Adicciones*, *20*(2), 125–133.
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K. J. M., Hetland, J., & Pallesen, S. (2011). Problematic video game use: Estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *14*(10), 591–596. doi:10.1089/cyber.2010.0260
- Millon, T. (1994). *Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI)*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Müller, K. W., Beutel, M. E., Egloff, B., & Wölfling, K. (2014). Investigating risk factors for internet gaming disorder: A comparison of patients with addictive gaming, pathological gamblers and healthy controls regarding the big five personality traits. *European Addiction Research*, *20*(3), 129–136. doi:10.1159/000355832
- Pallesen, S., Lorvik, I. M., Bu, E. H., & Molde, H. (2015). An exploratory study investigating the effects of treatment manual for video game addiction. *Psychological Reports*, *117*(2), 490–495. doi:10.2466/02.PR0.117c14z9
- Pontes, H. M., Király, O., Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2014). The conceptualisation and measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The development of the IGD-20 Test. *PLoS ONE*, *9*(10), e110137. doi:10.1371/journal.pone.0110137
- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. (pp. 125–154). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Schneider, L. A., King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2017). Maladaptive coping styles in adolescents with Internet Gaming Disorder symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Epub ahead of print, 1–12. doi:10.1007/s11469-017-9756-9
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & Group, C. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, *152*(11), 726–732. doi:10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232
- Thorens, G., Achab, S., Billieux, J., Khazaal, Y., Khan, R., Pivin, E., ... Zullino, D. (2014). Characteristics and treatment response of self-identified problematic Internet users in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions*, *3*(1), 78–81.

doi:10.1556/JBA.3.2014.008

- Torres-Rodriguez, A., & Carbonell, X. (2017). Update and proposal of treatment for Internet Gaming Disorder: PIPATIC Program. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 317–336.
- Torres-Rodríguez, A., & Carbonell, X. (2015). Adicción a los videojuegos en línea: Tratamiento mediante el programa PIPATIC. *Aloma*, 33(2), 67–75.
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., Carbonell, X., Farriols-Hernando, N., & Torres-Jimenez, E. (2017). Internet Gaming Disorder treatment: A case study evaluation of four different types of adolescent problematic gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Epub ahead of print. doi:10.1007/s11469-017-9845-9
- Voss, A., Cash, H., Hurdiss, S., Bishop, F., Klam, W. P., & Doan, A. P. (2015). Case report: Internet gaming disorder associated with pornography use. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(3), 319–324.
- Winkler, A., Dörsing, B., Rief, W., Shen, Y., & Glombiewski, J. A. (2013). Treatment of internet addiction: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 317–329. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.005
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: A clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *BioMed Research International*, 2014, 425924. doi:10.1155/2014/425924
- World Health Organization. (2016). Gaming disorder. ICD-11 beta draft. Retrieved from <https://icd.who.int/dev11>
- Yan, W., Li, Y., & Sui, N. (2014). The relationship between recent stressful life events, personality traits, perceived family functioning and internet addiction among college students. *Stress and Health*, 30(1), 3–11. doi:10.1002/smi.2490
- Yao, Y. W., Chen, P. R., Li, C. shan R., Hare, T. A., Li, S., Zhang, J. T., ... Fang, X. Y. (2017). Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior*, 68, 210–216. doi:10.1016/j.chb.2016.11.038
- Young, K. (2009). Understanding online gaming addiction treatment issues for adolescents. *American Journal of Family Therapy*, 37, 355–372. doi:10.1080/01926180902942191
- Young, K. S. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 671–679. doi:10.1089/cpb.2007.9971
- Young, K. S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), 209–215. doi:10.1556/JBA.2.2013.4.3
- Zhang, J.-T., Yao, Y.-W., Potenza, M. N., Xia, C.-C., Lan, J., Liu, L., ... Fang, X.-Y. (2016). Altered resting-state neural activity and changes following a craving behavioral intervention for Internet gaming disorder. *Scientific Reports*, 6(1), 28109. doi:10.1038/srep28109

Capítulo 4

Discusión

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

4. Discusión

La presente disertación tiene el propósito de diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención psicológica para la adicción a los videojuegos. La primera meta para la consecución de este objetivo fue el diseño y la elaboración del programa PIPATIC (“Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación”) mostrado en los artículos 1 y 2 así como en el anexo. La segunda meta, la aplicación del programa PIPATIC, se llevó a cabo en dos centros públicos de salud mental (en el Centre de Salut Mental Infanto Juvenil Joan Obiols y en el Hospital de Mataró). La tercera meta, su evaluación, se muestra en los artículos 3, 4, 5 y 6. Los resultados de la tesis aportan novedades sobre el tratamiento psicológico del trastorno de juego por internet y sus características clínicas. Además, se propone un programa terapéutico especializado y novedoso que abre nuevas líneas de investigación en este campo.

La redacción de la discusión responde a los objetivos y resultados de la presente disertación, así como, a una justificación teórica de la línea investigadora de esta tesis doctoral.

4.1. Consideraciones generales

En el desarrollo de esta investigación se utilizó el marco teórico y clínico propuesto por la APA (2013) en el DSM-5 con los objetivos de generar consenso, utilizar un lenguaje científico común y conceptualizar el trastorno de juego por internet. Se ha publicado un número creciente de estudios científicos a raíz de la inclusión del trastorno de juego por internet en el DSM-5, especialmente en torno a: instrumentos de evaluación y detección (King, Haagsma, Delfabbro, Gradisar, & Griffiths, 2013; Pontes, Király, Demetrovics, & Griffiths, 2014; Pontes & Griffiths, 2014), consideraciones respecto a su diagnóstico y criterios clínicos (King & Delfabbro, 2014b; Király et al., 2015; Ko et al., 2014; Petry et al., 2014), el análisis de sus riesgos asociados (Kuss et al., 2013; Rehbein et al., 2010;

Tejeiro, Gómez-Vallecillo, Pelegrina, Wallace, & Emberley, 2012; Wood, Gupta, Derevensky, & Griffiths, 2004), sugerencias teóricas de tratamientos (Griffiths, Kuss, & Pontes, 2017; King, Delfabbro, & Griffiths, 2010; King, Delfabbro, Griffiths, & Gradisar, 2012; Torres-Rodríguez et al., 2017; Young, 2009), estudios experimentales y cuasi-experimentales de tratamiento (Du, Jiang, & Vance, 2010; Han, Kim, Lee, & Renshaw, 2015; King et al., 2017; Lindenberg, Halasy, & Schoenmaekers, 2017; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014; Yao et al., 2017; Young, 2013) y estudios de caso (Griffiths, 2010; King et al., 2012; Schwartz, 2013; Torres-Rodríguez, Griffiths, Carbonell, Farriols-Hernando, & Torres-Jiménez, 2017; Torres-Rodríguez & Carbonell, 2015; Voss et al., 2015).

Aunque el estudio del trastorno de juego por internet ha crecido notablemente en los últimos años, los investigadores de esta área insisten en la escasez de estudios y la necesidad de continuar investigando al respecto (Carbonell et al., 2016; King et al., 2017). De entre todas las áreas de investigación, los estudios de tratamiento continúan siendo de los más escasos, especialmente, aquellos que utilizan muestras de niños y adolescentes (King, Delfabbro & Griffiths, 2013; King & Delfabbro, 2017). Por otro lado, la mayoría de artículos presentan ciertas limitaciones (King et al., 2017) y se han llevado a cabo con población asiática (Du, Jiang, & Vance, 2010; Kim, 2008; King et al., 2017). En consecuencia, los estudios de tratamiento llevados a cabo en Estados Unidos o en países europeos son escasos (King et al., 2017; Thorens et al., 2014; Wölfling, Beutel, Dreier, & Muller, 2014; Young, 2007, 2013). La presente investigación realiza aportaciones sustanciales a la literatura del tratamiento de la adicción a videojuegos, ofreciendo un estudio con una muestra de adolescentes occidentales que contribuye a la ampliación de la escasa literatura existente sobre este tipo de población.

Los estudios llevados a cabo en esta disertación se centran en el desarrollo e implementación de un programa de psicoterapia individual, integral y especializado para adolescentes de 12 a 18 años con adicción a los videojuegos. Todos los participantes solicitaron tratamiento en los dos centros públicos de salud mental que colaboraron en este proyecto de investigación. Con el objetivo de no alterar el funcionamiento ni el trabajo de los centros y asumir un nivel realista de costes, se optó por un muestreo por conveniencia. En este caso, el muestreo por conveniencia no ha sido considerado como un sesgo debido a su necesidad y a escasez de estudios con muestras clínicas con adicción

a los videojuegos. Los muestreos por conveniencia son especialmente utilizados en los estudios clínicos con voluntarios. Por ello, múltiples estudios de tratamiento para la adicción a internet y videojuegos han utilizado un muestreo por conveniencia (Beranuy et al., 2012; Jäger et al., 2012; King et al., 2017; Matalí-Costa et al., 2014; Pallesen, Lorvik, Bu, & Molde, 2015; Sakuma et al., 2017; Su et al., 2011; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014; Young, 2013).

Las intervenciones se adaptaron a las necesidades de horarios, espacios y participantes de cada centro. Los participantes de ambos grupos de intervención (control y experimental) realizaron el mismo número de sesiones, con pequeñas adaptaciones individuales que no alteraron los contenidos del programa PIPATIC.

Aquellos casos que recibieron el tratamiento de forma parcial ya fuera por el abandono de la investigación u otros factores fueron excluidos del estudio. Por otro lado, se valoró la asistencia a un 80% de las sesiones de tratamiento y, en consecuencia, su aprovechamiento. Se consideraba falta de asistencia cuando los participantes ni se presentaban ni avisaban. En ningún caso, se contabilizaron las faltas de asistencia por enfermedad, por problemas familiares y/o externos o por la asistencia a eventos escolares como excursiones o exámenes. Al tratarse de menores de edad, la mayoría eran estudiantes y acudían acompañados por sus padres. Por ello, era necesario flexibilizar algunas normas respecto a la asistencia.

Inicialmente, 58 adolescentes y sus familias fueron reclutados por los profesionales de los dos centros de salud colaboradores. Los participantes habían solicitado tratamiento psicológico, en la mayoría de casos llevada a cabo por sus familiares, circunstancia comúnmente observada en otros estudios clínicos similares (Beranuy et al., 2012; Beutel et al., 2011; Griffiths & Meredith, 2009; Griffiths, 2015; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014).

De estos 58 participantes, 12 fueron excluidos por las siguientes razones: no cumplir los criterios de inclusión, ser falsos positivos, la necesidad de derivación a otros servicios más especializados (e.g. Hospital de día) o por rechazar la participación en el estudio. Por otro lado, otros 12 participantes que asistieron a la primera visita y no regresaron al servicio fueron considerados como pérdida de muestra. Finalmente, se incluyeron en el

estudio 34 participantes y sus familias. De este grupo, 17 participantes fueron asignados al grupo experimental PIPATIC y 17 al grupo control de tratamiento estándar. Durante el proceso de tratamiento, tres participantes abandonaron la intervención, uno del programa PIPATIC y dos del programa de intervención estándar. Así pues, 31 participantes finalizaron el estudio y realizaron el seguimiento tres meses después de la finalización de la intervención. Como podemos observar, la pérdida de muestra por razones ajenas a la investigación ha resultado ser elevada. A pesar de ello, se recoge una tasa abandono de un 8.8% siendo menor en referencia a otros estudios similares (Lindenberg et al., 2017; Pallesen et al., 2015; Thorens et al., 2014; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014). En este tipo de estudios las pérdidas de muestras son comunes (Beutel et al., 2011; Gonzalez-Bueso et al., 2018; Lindenberg et al., 2017; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014).

Referente a el tipo de intervención implementada, en el grupo experimental se aplicó el programa PIPATIC y en el grupo control se aplicó un tratamiento estándar cognitivo conductual adaptado para la adicción a videojuegos. En este sentido, podría haber resultado interesante utilizar un grupo control en lista de espera, aunque, fue descartado por razones éticas. La opción de lista de espera no se consideró adecuada por las siguientes razones: (i) los participantes eran menores vulnerables; (ii) presentaban niveles elevados de sintomatología y malestar psico-emocional; y (iii) era necesario atender a las necesidades de los adolescentes y sus familias. Por estas razones, se decidió aplicar al grupo control una intervención estándar para la adicción a videojuegos. Esta intervención, se basa en el módulo 2 del programa PIPATIC (véase artículos 1, 2 y anexo 7.1) aunque su formato de aplicación es diferente. En el programa PIPATIC el módulo 2 es más breve y se desarrolla en cinco sesiones, mientras que en el grupo control el módulo 2 se realiza en 17 sesiones. Además, en el grupo control también se aplicaron el módulo 1 (tres sesiones) y el módulo 6 (dos sesiones). La aplicación de ambos módulos se consideró debido a su función de inicio y cierre de la intervención. En el módulo 1 se llevan a cabo técnicas de psicoeducación, delimitación de objetivos y motivación y el módulo 6 contiene técnicas de prevención de recaídas. Ambos módulos utilizan técnicas comunes en la TCC para la adicción a los videojuegos (King et al., 2017; Kuss & Lopez-Fernandez, 2016; Lindenberg et al., 2017; Mitra, Poddar, & Sayeed, 2015; Santos et al., 2016; van Rooij, Zinn, Schoenmakers, & van de Mheen, 2012). Por ello, la no aplicación del módulo 1 y 6 no habría resultado coherente con el tratamiento que se esperaba aplicar al grupo control.

Otras de las características de la aplicación de este proyecto es que la persona que lo elaboró también implementó las intervenciones en ambos grupos. Ello se debe a las características específicas y a la dificultad de encontrar psicoterapeutas con un perfil tan concreto de formación basada en las siguientes áreas de conocimiento: adolescencia, videojuegos, adicciones, TCC, psicoterapia integradora y conocer el programa PIPATIC. Por otro lado, la saturación de los servicios públicos imposibilitó la aplicación de las intervenciones por parte de los profesionales de los centros colaboradores. Todos los tratamientos, sin excepción, fueron supervisados por tres psicólogos clínicos, dos de ellos también investigadores. En otros puntos del desarrollo de este proyecto participaron otros profesionales investigadores y psicólogos clínicos, como por ejemplo en el diseño del programa, el diseño del estudio, el reclutamiento de la muestra, el análisis de los datos y la supervisión transversal de este proyecto de tesis. Especialmente, el análisis y la discusión de resultados fueron supervisados por una persona experta en análisis estadístico. La supervisión y colaboración en los procedimientos de esta tesis doctoral por parte de otros investigadores ha estado presente a lo largo de todo el proyecto de elaboración de la tesis.

Antes del reclutamiento, se realizó una formación especializada para psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y médicos de los centros colaboradores y de las áreas básicas de salud de referencia. La formación se llevó cabo para que los profesionales pudieran detectar casos de adolescentes con adicción a los videojuegos y reclutarlos para el proyecto de investigación. En esta formación especializada se abordaron los siguientes contenidos: (i) las TIC y la adolescencia; (ii) usos adecuados e inadecuados de las TIC; (iii) trastorno de juego por internet: criterios diagnósticos, señales de alarma y detección precoz; (iv) Proyecto PIPATIC: consideraciones generales, criterios de inclusión, derivación al programa y aspectos del tratamiento especializado; (v) ejemplos de casos clínicos y (vi) un turno de preguntas para resolver dudas. Los documentos que acreditan la realización de estas formaciones se pueden encontrar en el anexo 7.6 y 7.7.

Respecto a las medidas, se utilizaron instrumentos ampliamente reconocidos y validados. Los instrumentos utilizados en los distintos estudios se encuentran en el capítulo tres de esta disertación. Con el objetivo de triangular los datos y aumentar la veracidad de los

resultados, se utilizaron medidas específicas de auto-informe para los participantes adolescentes, sus familiares y otras medidas para ser completadas por el terapeuta. El uso de escalas de auto-informe es utilizado frecuentemente en estudios de tratamiento relativos a la adicción a videojuegos (Gonzalez-Bueso et al., 2018; Kim, 2008; Su et al., 2011; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014).

La presente disertación ofrece un estudio coherente sobre el tratamiento del IGD. No se conoce literatura previa publicada sobre el tratamiento del IGD que lo haya abordado de forma similar al presente proyecto (King et al., 2017) y actualmente el PIPATIC es el único tratamiento manualizado para el IGD en España. A nivel internacional, no se conoce tratamiento manualizado con las mismas características del PIPATIC: específicamente diseñado y aplicado para IGD con muestras clínicas formadas por adolescentes occidentales (King et al., 2017; Kuss & Lopez-Fernandez, 2016).

Los artículos 1 y 2 establecen una base teórica y justificación del tratamiento PIPATIC así como comparativas con otros modelos en la literatura. En la comparación realizada del PIPATIC con otros TCC (desarrollada en los artículos 1 y 2, véase páginas x) se observa que es el tratamiento que aborda más áreas de trabajo terapéutico (Torres-Rodríguez, Griffiths, & Carbonell, 2017).

Únicamente, el *Cognitive-Behavioral Therapy for Internet Addiction* (CBT-IA) para la adicción a internet de Kimberly Young (Young, 2013) y el tratamiento *Short-term Treatment of Internet and Computer game Addiction* (STICA) para la adicción a los videojuegos (Jäger et al., 2012) desarrollan, aunque parcialmente, los componentes de sus tratamientos y los protocolos llevados a cabo para posteriormente aplicar ambos tratamientos (Wölfling, Beutel, Dreier, & Muller, 2014; Young, 2013). A pesar de sus similitudes, la CBT-IA (Young, 2013), el STICA y el PIPATIC presentan diferencias metodológicas y de contenido terapéutico. La CBT-IA ha sido aplicada en adultos con adicción a internet (incluyendo la adicción a los videojuegos en línea) y sus componentes terapéuticos constan de tres fases (la modificación de la conducta, la reestructuración cognitiva y la reducción de daños) (Young, 2011, 2013). El STICA ha sido diseñado para adultos con adicción a internet y a los videojuegos. El STICA combina 15 sesiones grupales con 8 sesiones de psicoterapia individual y, al igual que la CBT-IA, está formado por tres fases: (i) la fase inicial cuyo trabajo terapéutico está centrado en reforzar la

alianza paciente-terapeuta, en desarrollar motivación por el cambio, en delimitar objetivos del tratamiento y en una psicoeducación; (ii) una segunda fase en la que principalmente se lleva a cabo una modificación de la conducta mediante psicoeducación, la identificación de los desencadenantes del uso problemático de internet, reestructuración cognitiva, discriminación de los estados emocionales, entrenamiento en habilidades sociales y restablecimiento de nuevos intereses y estrategias de afrontamiento alternativas; y (iii) una tercera fase centrada en la prevención de recaídas. El PIPATIC por su parte, se diseñó y aplicó principalmente en adolescentes con adicción a los videojuegos en línea y presenta una parte de contenidos comunes, aunque añade contenidos novedosos como el trabajo centrado en la identidad, la inteligencia emocional, la autoestima, las habilidades sociales y la terapia familiar.

En primer lugar, Young (2013) aplica el tratamiento CBT-IA a una muestra clínica de 116 adultos (de entre 22 a 56 años). En este estudio únicamente se explora la efectividad de la CBT-IA en relación a los síntomas de la adicción a internet. Los resultados obtenidos en este estudio muestran una reducción de los síntomas relativos a la adicción a internet en los pacientes tratados con la CBT-IA. En los resultados de la presente disertación se observa una reducción significativa de los síntomas del IGD en los adolescentes participantes tanto en el grupo PIPATIC como en el grupo de tratamiento estándar cognitivo-conductual.

En segundo lugar, Wölfling, Beutel, Dreier y Müller (2014) aplican el tratamiento STICA a muestra clínica de 42 adultos (de entre 18 a 47 años) con adicción a internet, los efectos del tratamiento cognitivo conductual STICA sugieren una reducción de los síntomas relativos a la adicción a internet así como de los síntomas comórbidos y psicosociales. Los hallazgos del PIPATIC concuerdan con los de este estudio. El programa PIPATIC también encuentra mejoras estadísticamente significativas en relación a los síntomas del IGD y la mayoría de síntomas comórbidos evaluados (e.g. ansiedad, depresión, somatizaciones, atención, conductas agresivas, conductas desafiantes, etc.) además mejoran otros aspectos no contemplados en el estudio de Wölfling y colaboradores (2014) como la inteligencia emocional, el conflicto familiar, las habilidades sociales, las competencias escolares, la autoestima o la identidad.

Otro artículo que merece nuestra atención es el de Thorens y colaboradores (2014) que trataron a adolescentes y adultos (13-67 años) con adicción a internet, aunque, no describen en profundidad el tratamiento llevado a cabo y explican brevemente que es un tratamiento psicoterapéutico individual cognitivo conductual para las adicciones y componentes de la entrevista motivacional adaptados para la adicción a internet. Estos autores refieren una mejora en los síntomas en general (con el instrumento CGI) en un 38.6% de una muestra de 57 participantes. Los hallazgos de la presente disertación también muestran una reducción significativa de los síntomas en general (evaluado con el instrumento CGI) en ambos tratamientos.

Uno de los escasos estudios que utiliza únicamente muestra adolescente es el de Wartberg, Thomsen, Moll, & Thomasius (2014) quienes aplicaron una terapia grupal cognitivo conductual para la adicción a internet. En este estudio encontraron una reducción significativa del uso problemático y de las horas invertidas. Sin embargo, no observaron diferencias en el bienestar de los participantes. En contraposición, los resultados en relación al programa PIPATIC (desarrollados en el artículo 6) denotan un incremento significativo en el bienestar reflejado por los resultados estadísticamente significativos obtenidos en los instrumentos CGI, GAF y WATOCI (véase artículo 6).

Por último, otro estudio relevante a nivel nacional es el llevado a cabo por Gonzalez-Bueso y colaboradores (2018). En este estudio se aplica un tratamiento cognitivo conductual individualizado en una muestra clínica de 30 jóvenes (de entre 12 a 21 años) con o sin grupo psicoeducativo para los padres de los participantes. En ambos tratamientos se encontraron reducciones significativas en los síntomas de la adicción a videojuegos y en tres escalas relativas a los síntomas comórbidos valoradas con el SCL-90-R (hostilidad, psicoticismo e índice de gravedad global). Sin embargo, el grupo de tratamiento con un grupo psicoeducativo para padres registró una menor tasa de abandono del tratamiento por parte de los adolescentes. En ambos tratamientos estudiados en el artículo 6 de esta disertación también se produjeron reducciones estadísticamente significativas en relación a los síntomas del IGD. Sin embargo, los hallazgos sugieren que el PIPATIC muestra resultados más significativos que el TCC estándar en la reducción de los síntomas relativos al IGD y los trastornos comórbidos, así como en la mejora de las habilidades intra e interpersonales y las relaciones familiares.

El proyecto de investigación presentado resulta innovador abordando cuestiones controvertidas y novedosas en torno al IGD. Los hallazgos de la presente tesis doctoral son diversos y científicamente relevantes, así como también se exponen y discuten de maneras distintas en la disertación en los siguientes puntos.

4.2. Discusión en relación a los estudios empíricos

Estudios 1 y 2

Los artículos 1 y 2 pretenden contribuir a la literatura científica presentando brevemente el programa PIPATIC. Respecto a los objetivos, ambos cumplen con la pretensión de abordar el objetivo 1 de la presente disertación. Ambos artículos se centran en la justificación teórica de la necesidad de crear propuestas de tratamiento psicológico para el trastorno de juego por internet. El cuerpo principal de ambos artículos pretende ofrecer información sobre: (i) el diseño metodológico y desarrollo del programa de intervención PIPATIC; (ii) el diseño metodológico del estudio de efectividad del tratamiento PIPATIC; (iii) los destinatarios del programa; (iv) los objetivos clínicos de la intervención; (v) un resumen extenso de la estructura y los contenidos terapéuticos del programa; y por último (iv) una comparación con otras propuestas de tratamiento.

Al comparar los contenidos del programa PIPATIC con otras propuestas publicadas en revistas con revisión por pares se observa que el programa PIPATIC es uno de los tratamientos más completos (Torres-Rodríguez & Carbonell, 2017; Torres-Rodríguez, Griffiths, & Carbonell, 2017).

En ambos artículos se ofrece una propuesta novedosa de tratamiento, se contribuye a la orientación y actualización de los profesionales de la salud en este campo y se proponen una serie de líneas de investigación futuras que se han llevado a cabo en los siguientes estudios que conforman esta tesis doctoral.

Estudios 3 y 4

En los artículos 3 y 4 se describen los resultados de la aplicación del programa PIPATIC a casos únicos.

El estudio 3 describe la primera aplicación piloto del programa PIPATIC en un adulto con trastorno de juego por internet. Este estudio aborda parcialmente los objetivos 2, 3 y 4. La relevancia de esta investigación reside en la escasez de estudios de caso que ilustran el trastorno de juego por internet y los efectos de un tratamiento psicológico siendo novedoso por exponer un caso clínico de patología dual: adicción a videojuegos y Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). En este caso se aplicó el programa PIPATIC adaptado a adultos. La comparación de las puntuaciones de los instrumentos, en los distintos momentos temporales, sugiere que el participante experimentó efectos y cambios positivos. Los resultados de esta primera aplicación del PIPATIC fueron alentadores indicando una reducción en los síntomas del trastorno de juego por internet y del TOC. Además, se redujeron las puntuaciones clínicas de otros síntomas asociados. Por otro lado, las puntuaciones relacionadas con las habilidades intra e interpersonales se incrementaron sugiriendo una mejoría de estas variables. Respecto a lo cognitivo, el participante evolucionó positivamente en relación a la reestructuración cognitiva como parte del contenido de la intervención PIPATIC. Allison, Wahlde, Shockley y Gabbard (2006) describen casos clínicos de pacientes con adicción a los videojuegos con un diagnóstico de TOC aunque sin presentar aspectos del tratamiento psicológico recibido. En esta línea, estudios recientes confirman una concurrencia elevada del TOC con el trastorno de juego por internet (Percy, McEvoy, & Roberts, 2017; Starcevic & Aboujaoude, 2017). Otros estudios presentan casos en los que la adicción a videojuegos cursa con otras patologías distintas al TOC (Griffiths, 2010; Lee, 2011; Marco & Chóliz, 2014; Schwartz, 2013; Voss et al., 2015; Wood, 2008). En diversos estudios de caso, en los que se aplica un tratamiento cognitivo conductual en adultos, también se obtuvo una reducción de horas de uso y una mejoría en los síntomas de la adicción a videojuegos mantenida tres meses después del tratamiento (Alario, 2006; Marco & Chóliz, 2014).

El estudio 4 pretende contribuir a responder tres objetivos de esta tesis doctoral. En primer lugar, aporta literatura sobre las características y los distintos perfiles psicológicos de cuatro adolescentes con adicción a los videojuegos (objetivo 2). Y, en segundo lugar, describe la aplicación y los resultados del PIPATIC (objetivos 3 y 4) permitiendo

examinar en profundidad los efectos de un tratamiento psicológico en cuatro adolescentes resultando así una contribución valiosa debido a la escasez de publicaciones sobre tratamiento en este campo (Griffiths, 2008; King et al., 2011; King et al., 2013; King et al., 2017; Schneider, King, & Delfabbro, 2017). En este sentido, con el objetivo subsanar algunas de las limitaciones típicas de los estudios de caso o de las simples descripciones clínicas de un caso, se utilizaron distintas estrategias metodológicas con el fin de incrementar la validez de los resultados obtenidos: (i) se realizó una replicación intersujetos directa del mismo tratamiento en cuatro adolescentes con distintas características; (ii) se aplicó un diseño de retirada A-B-A' con medidas antes de iniciar el tratamiento, a mitad de tratamiento y al finalizar el tratamiento; (iii) se seleccionaron siete medidas repetidas de la variable más relevante (número de horas de juego) recogida durante toda la duración de la intervención; (iv) los participantes debían cumplir una serie de criterios de inclusión determinados; (v) se realizó un análisis visual para identificar los cambios a través de los momentos temporales; y (vi) se incorporó una evaluación tres meses después de finalizar el tratamiento para observar si los cambios permanecían en el tiempo.

Los resultados de este estudio indican una reducción abrupta de las horas dedicadas a videojuegos una vez iniciado el tratamiento. También se percibió una reducción de la sintomatología del trastorno de juego por internet en los cuatro participantes. En general, antes del tratamiento las puntuaciones de los instrumentos se clasificaban como clínicas, viéndose normalizadas al finalizar el tratamiento. Los trastornos comórbidos, los síntomas en general, los problemas escolares, sociales y familiares mejoraron con la aplicación del tratamiento PIPATIC. Asimismo, los cuatro participantes reflejaron estar satisfechos con el tratamiento recibido. Los resultados sugieren que el cambio abrupto entre-fases A y B es debido a los efectos del tratamiento PIPATIC. Los cambios entre-fases drásticos e inmediatos (producidos poco después de introducir el tratamiento) sugieren una fuerte evidencia de una relación funcional entre el tratamiento y la conducta estudiada (Kratowill et al., 2012).

Los resultados obtenidos de la aplicación del programa PIPATIC a cuatro adolescentes con trastornos comórbidos distintos son similares a los descritos en el artículo 3 (Torres-Rodríguez & Carbonell, 2015).

Por último, a modo de discusión en profundidad, analizaremos la interrelación entre los trastornos comórbidos y el trastorno de juego por internet presentados por los cuatro participantes. En el caso C1 sus trastornos comórbidos tienen relación directa con sus experiencias traumáticas pudiendo ser la adicción a videojuegos reactiva a estos problemas. En esta línea, varios autores apuntan que el desarrollo de la fobia social es común entre personas que padecen acoso escolar o maltrato (Bifulco, Schimmenti, Jacobs, Bunn, & Rusu, 2014; Swearer & Hymel, 2015). El perfil clínico mostrado por C2 es el más complejo. Algunos síntomas del TEA aparecieron en la primera infancia, aumentando la probabilidad de que el trastorno de juego por internet sea reactivo al TEA. Diversos autores han encontrado que los niños y adolescentes con TEA presentan un riesgo elevado a desarrollar trastorno de juego por internet (Mazurek & Engelhardt, 2013; Romano, Truzoli, Osborne, & Reed, 2014); éstos se muestran atraídos por los videojuegos en línea de entre los que prefieren los videojuegos de rol (Durkin, 2010; Mazurek & Engelhardt, 2013), en parte, debido a que los intereses de las personas con TEA son muy restrictivos. En el caso de C3 los aspectos patológicos están presentes desde la infancia: TDAH con conductas desafiantes y negativistas. Una vez más es probable que el desarrollo del IGD sea provocado por la coexistencia de aspectos patológicos sumados a factores de estrés ambiental. Diversos autores apuntan una relación comórbida entre el TDAH y el IGD (Durkin, 2010; Han et al., 2014; Mazurek & Engelhardt, 2013). El caso C4 es el único que no presenta comorbilidad anterior al desarrollo del IGD, siendo éste el trastorno primario y la depresión un trastorno reactivo a las consecuencias negativas sufridas por la adicción al IGD.

Este estudio muestra cómo incluso entre cuatro individuos con una adicción a videojuegos pueden existir trastornos comórbidos preexistentes distintos sin que entre sí presenten factores de riesgo predisponentes comunes en la aparición del IGD. Así pues, este estudio, además de mostrar las características psicológicas y los resultados del tratamiento PIPATIC en cuatro adolescentes con adicción a los videojuegos, destaca la necesidad de investigar y atender el trastorno de juego por internet desde una perspectiva biopsicosocial como cualquier otra conducta adictiva (Griffiths, 2005). De hecho, el programa PIPATIC se sustenta en un modelo de atención bio-psico-social, compartido por múltiples investigadores (Díaz et al., 2008; Kelly, 2004; Kuss & Griffiths, 2012; Marlatt et al., 1988; Mazurek & Engelhardt, 2013; Rehbein et al., 2010; Tejeiro et al., 2012; Wittek et al., 2015; Yee, 2006).

Estudios 5 y 6

Los artículos 5 y 6 están estrechamente relacionados entre sí. El estudio cuasi-experimental de eficacia se dividió en dos artículos por su amplia extensión y por cumplir cada estudio unos objetivos diferentes. El estudio 5 pretende abordar el objetivo 2 explorando las características psicológicas de una muestra clínica de adolescentes hombres diagnosticados de trastorno de juego por internet y sus familias. En otras palabras, en este estudio se realiza un análisis exploratorio en profundidad de múltiples características de la muestra clínica del estudio 6 antes de iniciar tratamiento.

La escasez de estudios con muestras clínicas que exploren las características psicológicas de adolescentes con trastorno de juego por internet llevó a considerar la realización del estudio 5. De hecho, varios autores consideran que explorar las características de muestras clínicas es determinante en la comprensión del constructo del trastorno de juego por internet pudiendo inferir en patrones de uso y preferencias de juego (Greenberg, Sherry, Lachlan, Lucas, & Holmstrom, 2010; Homer, Hayward, Frye, & Plass, 2012).

En relación a las características de los participantes del estudio 5 (y también de los estudios de caso), parece relevante considerar que el número de horas dedicadas a los videojuegos es un factor influyente en el trastorno de juego por internet. Las elevadas tasas de horas dedicadas a los videojuegos en línea se han reportado en otros estudios con jugadores patológicos (Fuster et al., 2016; Pontes et al., 2014). En relación a esta interpretación, es fundamental considerar que el número de horas dedicadas a los videojuegos será relevante siempre y cuando se acompañe de consecuencias negativas y de déficits en el autocontrol (Billieux, Schimmenti, Khazaaal, Maurage, & Heeren, 2015; Griffiths, van Rooij, Kardefelt-Winther, et al., 2016; Griffiths, 2010; Király et al., 2015).

En relación a los géneros de videojuegos los participantes de los estudios de esta tesis doctoral parecen preferir los MOBA y los MMORPG. En recientes estudios, se encontró que este tipo de videojuegos parece influir en los patrones adictivos y sus jugadores muestran un peor bienestar psicológico en comparación a otros grupos de videojugadores (Fuster et al., 2016; Nuyens et al., 2016; Smyth, 2007). Así pues, el uso del tipo de videojuego, por parte los participantes de la disertación, podría ser uno de los muchos factores influyentes en el desarrollo de su trastorno adictivo.

Los participantes de los estudios son en su mayoría adolescentes (excepto en el estudio 3) y estudiantes que presentaban un cuantioso tiempo libre. Griffiths, Davies y Chappell (2004) consideran que tener mucho tiempo libre puede aumentar la dedicación a los videojuegos en línea (Griffiths, Davies, & Chappell, 2004). En los cuatro casos presentados en el estudio 4 y en la muestra de los estudios 5 y 6, los adolescentes dejaban de lado otras actividades importantes para jugar a videojuegos (Griffiths, 2000a; Griffiths, 2010; Lee, 2011; Torres-Rodríguez & Carbonell, 2015; Wood, 2008).

La estrecha relación entre el IGD y otros trastornos encontrada en los hallazgos de esta disertación concuerda con diversos estudios previos (Brunborg, Mentzoni, & Frøyland, 2014; King, Delfabbro, & King, 2016; Kuss & Griffiths, 2012; Müller et al., 2015; van Rooij et al., 2014). En los cuatro casos presentados del estudio 4 y en los estudios 5 y 6, los participantes presentaban una elevada tasa de eventos negativos y estresantes, hallazgos que resultan similares a estudios anteriores (Leung, 2007; Yan, Li, & Sui, 2014). Cabe reflexionar, tal y cómo otros autores han propuesto con anterioridad, si el uso de los videojuegos en los participantes de esta disertación pudo tener una función compensatoria, de escape o de disociación de la realidad para afrontar los problemas (Kardefelt-Winther, 2014; Kuss, Louws, & Wiers, 2012; Schimmenti, Guglielmucci, Barbasio, & Granieri, 2012). Así pues, tendrían sentido los resultados de los estudios en los que al terminar las intervenciones con contenidos en afrontamientos de respuestas alternativas mejorasen los síntomas relacionados con la adicción a los videojuegos.

Otras características negativas encontradas en el estudio 5 incluyen problemas sociales, patrones familiares conflictivos y déficits en la inteligencia emocional y la autoestima. Éstos resultados concuerdan con otros estudios en este campo (Beranuy et al., 2009; Beutel et al., 2011; Ferguson et al., 2011; Leung, 2007; Yan et al., 2014).

Respecto a los rasgos de la personalidad se encontraron múltiples rasgos clínicamente significativos en la muestra. Algunos de los rasgos encontrados en el estudio 5 también se reportaron en estudios con muestras no clínicas (Griffiths et al., 2016; Zadra et al., 2016).

Los hallazgos del estudio 5 muestran puntuaciones clínicamente significativas en las escalas totales de distintos instrumentos que miden el nivel de síntomas y malestar

psicológico, siendo comúnmente asociado a las adicciones tecnológicas (Mentzoni et al., 2011; Ng & Wiemer-Hastings, 2005; Yan et al., 2014).

Los resultados del estudio 5 indican que hay una concurrencia de múltiples perfiles psicológicos con distintos tipos de trastornos comórbidos y rasgos de personalidad asociados. En consecuencia, estos hallazgos apuntan hacia patrones de características psicológicas globales del trastorno de juego por internet. Sugiriendo pues, la necesidad de generar tratamientos con un enfoque integral que incluyan un abordaje en los trastornos comórbidos, las habilidades intra e interpersonales, aspectos familiares y otras problemáticas asociadas con el objetivo de abordar se ajuste los distintos patrones de características psicológicas que se han observado a lo largo de los estudios 3, 4 y 5. En consecuencia, estudiar la eficacia de tratamientos especializados e integrales se vuelve una prioridad en este campo dando lugar al estudio 6, centrado en abordar este punto.

El manuscrito 6 presenta los resultados del estudio de eficacia del programa PIPATIC. Este estudio pretende dar respuesta a los objetivos 3, 4 y 5 planteados en esta tesis doctoral. El principal objetivo de este estudio reside en evaluar la eficacia del programa PIPATIC en una muestra de adolescentes con adicción a los videojuegos y en la comparación de sus efectos con un grupo control. Los estadísticos descriptivos de la muestra utilizada en este estudio se encuentran en el estudio 5.

Algunas de las aportaciones del estudio 6 contribuyen notablemente a la literatura científica en este campo son:

- (i) Una muestra clínica reclutada directamente de servicios de salud mental públicos. Numerosos estudios de tratamiento reclutaron sus muestras en escuelas u otros medios como plataformas en línea (Du et al., 2010; Kim, 2008; Liu et al., 2015; van Rooij et al., 2012) y solo se conocen cuatro estudios que reclutaron sus muestras en centros clínicos en países occidentales (Dell’Osso et al., 2008; Gonzalez-Bueso, Santamaría, Fernández, Merino, Montero-Alvarado, Jiménez-Murcia,... & Ribas-Sabaté, 2018; Thorens et al., 2014; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014). Por otro lado, hay otros estudios que no especifican el reclutamiento de la muestra (Kim, Kim, Shim, Im, & Shon, 2013; King et al., 2017; Shek et al., 2009)

- (ii) La muestra utilizada comprende adolescentes entre 12 y 18 años de un país europeo. En la revisión sistemática de King et al. (2017) se concluye que la mayoría de estudios de tratamiento se realizaron en países asiáticos.
- (iii) Se utilizaron instrumentos de evaluación para los participantes, para sus familias y para el psicoterapeuta, permitiendo una triangulación de datos que incrementa la validez de los resultados. En esta línea, no resulta común en los estudios previos el uso de instrumentos para los familiares y los terapeutas (véase King et al., 2017).
- (iv) Para medir el trastorno de juego por internet se utilizaron instrumentos, ampliamente validados y reconocidos por la comunidad científica, basados en los criterios del DSM-5 con el objetivo de obtener unos resultados que puedan ser comparables en el futuro a otros estudios por presentar un lenguaje científico en común. King et al. (2017) concluyen que de los nueve estudios de tratamiento publicados con posterioridad a los criterios de trastorno de juego por internet del DSM-5, sólo un estudio utilizó estos criterios (Sakuma et al., 2017).
- (v) Se realizó una evaluación a mitad de tratamiento y tres meses después de finalizar el tratamiento, algo poco común en los estudios de tratamiento (Du et al., 2010; Liu et al., 2015; Sakuma et al., 2017; Young, 2013). La mayoría de los estudios incluyen únicamente una evaluación pos-tratamiento (Cao, Su, Liu, & Gao, 2007; Dell'Osso et al., 2008; Kim, 2008; Li & Wang, 2013; Santos et al., 2016; Shek et al., 2009; Thorens et al., 2014; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014). En la revisión de King et al. (2017) no existen evidencias de que los estudios previos de tratamientos hayan realizado evaluaciones a mitad de la intervención.
- (vi) Se incluyó un grupo control para realizar las comparaciones pertinentes con el grupo experimental. El grupo control del presente estudio también recibe un tratamiento psicológico promoviendo una comparación de resultados más válida que la comparación con un grupo de lista de espera que no recibe tratamiento alguno y probablemente no perciba mejoras. Otros estudios en este campo también han utilizado un grupo control con intervención (Lee & Son, 2008; Park et al., 2016). Por otro lado, es más común utilizar un grupo control sin tratamiento (Cao et al., 2007; Du et al., 2010; Kim, 2008; Li & Wang, 2013; Liu et al., 2015).

- (vii) Los tratamientos aplicados en este estudio se han descrito en profundidad en estudios en los artículos 1 y 2, describiendo los objetivos de la intervención, aspectos de su diseño, aplicación y contenido de las intervenciones en su totalidad lo que no es frecuente en otras investigaciones (King et al., 2017; Winkler et al., 2013).

Los resultados de la comparación entre ambas intervenciones pueden ser resumidos en los siguientes hallazgos:

- (i) No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en todas las medidas pre-tratamiento presentadas en el artículo 6. Este hallazgo sugiere que ambos grupos mostraban características y puntuaciones de las medidas similares entre sí, partiendo ambos grupos de un nivel de gravedad similar.
- (ii) Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la fase de post-tratamiento en las medidas relacionadas con el uso de los videojuegos y los síntomas del trastorno de juego por internet, aunque las mejoras que produce el programa PIPATIC son más significativas.
- (iii) Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la fase de post-tratamiento en algunas de las medidas secundarias del YSR/11-18 (Youth Self-Report for Ages 11-18 Years) (problemas sociales, problemas de atención, conducta agresiva, problemas externalizantes y problemas totales). Los hallazgos también apuntan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a la inteligencia emocional, en la auto-devaluación, en las habilidades sociales y en el conflicto familiar. Los hallazgos apuntan, en relación a las medidas anteriormente mencionadas, que el grupo PIPATIC mejoró más significativamente que el grupo control.
- (iv) Por último, en esta muestra, en las variables contestadas por las familias en referencia a sus hijos, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la fase post-tratamiento en uso de videojuegos, actividades, competencias de los hijos, conductas de incumplimiento de las normas, conducta agresiva, problemas externalizantes y problemas totales. Los hallazgos sugieren que los padres del programa PIPATIC perciben una mayor mejoría clínica que los padres de los participantes del grupo control en relación a las variables anteriormente citadas.

- (v) En la fase post-tratamiento se evaluaron aspectos de la alianza y el cambio terapéutico mediante la escala WATOCI (Working Alliance Theory of Change Inventory). Entre ambos grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a las tareas, las metas, el cambio y las puntuaciones totales. No se encontraron diferencias significativas en el vínculo indicando un vínculo terapéutico similar en ambos grupos. Este resultado, va en consonancia con ser un único terapeuta que aplicó los tratamientos y por otro lado podría indicar que el estilo de vinculación del terapeuta no ha variado de un grupo a otro. A pesar de ello, los participantes encontraron el programa PIPATIC más satisfactorio.
- (vi) En cuanto a las medidas del terapeuta que reflejaban la gravedad mental de los participantes (Clinical Global Impression Scale - Severity of Illness abreviado CGI-SI) y la actividad global (Global Assessment of Functioning abreviado GAF), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en la fase post-tratamiento. Indicando una mejoría significativa de ambas medidas en el grupo PIPATIC en comparación con el grupo control.

Los resultados sobre los procesos de cambio de ambas intervenciones (analizando las medidas repetidas recogidas en el pre-tratamiento, a mitad de tratamiento, en post-tratamiento y tres meses después) pueden ser resumidos en los siguientes hallazgos:

- (i) Ambos grupos experimentan una reducción significativa de síntomas relacionados con el trastorno de juego por internet, aunque de forma más significativa en el programa PIPATIC.
- (ii) El grupo PIPATIC muestra reducciones significativas en todas las escalas del test YSR/11-18 para los participantes y del test *Child Behavior Checklist for Ages 6-18 Years* (CBCL/6-18) para los padres. Los participantes del grupo control únicamente experimentaron una reducción significativa en la escala del YSR de competencia social. Los padres del grupo control percibieron cambios significativamente positivos en las siguientes escalas del CBCL: ansiedad-depresión, retraimiento-depresión, problemas de atención, conducta agresiva y problemas en general. Los padres perciben más mejorías en síntomas y problemáticas asociadas, mientras que los participantes perciben una menor mejora. A pesar de los cambios, la intensidad de los efectos del cambio es mayor en el programa PIPATIC.

- (iii) Los hallazgos apuntan que se han producido cambios significativos en los participantes del grupo PIPATIC respecto a la inteligencia emocional, en la auto-devaluación, en las habilidades sociales y en el conflicto familiar. En el grupo control no se encontraron diferencias significativas en las medidas anteriores, con la excepción de la escala “atención a los sentimientos” del instrumento TMMS-24 (Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales).
- (iv) En cuanto a las medidas del terapeuta que reflejaban la gravedad mental de los participantes (CGI-SI) y la actividad global (GAF), ambos grupos presentaron una mejoría estadísticamente significativa.
- (v) Los participantes del grupo PIPATIC empiezan a experimentar reducciones significativas respecto a las medidas a mitad del tratamiento (onceava sesión de intervención).
- (vi) Aquellos cambios significativos derivados del grupo experimental PIPATIC o del grupo control, se mantienen tres meses después de finalizar el tratamiento.

En relación a las mejoras experimentadas en el uso de los videojuegos y los síntomas del trastorno de juego por internet, estudios previos de tratamiento cognitivo conductual centrado en la adicción a los videojuegos también presentaron mejoras estadísticamente significativas (Kim, 2008; Liu et al., 2015; Shek et al., 2009; Wölfling, Beutel, Dreier, & Muller, 2014). El estudio de Du et al. (2010), que evalúa la eficacia de un grupo de TCC para adolescentes con adicción a internet, también presentó mejoras en las habilidades de adaptación y gestión emocional, y en los síntomas cognitivos y conductuales. Respecto a la autoestima, el tratamiento de *counseling* reportado por Kim (2008) mejoró significativamente la autoestima de sus participantes. El estudio de Wölfling, Beutel, Dreier y Müller (2014) es similar al estudio 6 de la presente disertación en su diseño, intervención y resultados; estos autores mostraron que sus participantes con adicción a videojuegos presentaban altos niveles de trastornos comórbidos y problemáticas. Los efectos del tratamiento cognitivo conductual propuesto por Wölfling et al. (2014) sugieren una reducción de los síntomas comórbidos y psicosociales.

Se perciben numerosas mejoras perdurables en el tiempo tanto en el tratamiento PIPATIC como en la intervención estándar cognitivo conductual para adicciones conductuales. Sin embargo, cuando se trata de psicoterapia, es positivo que el tratamiento provoque efectos perdurables ya que, por un lado, refiere un incremento en la salud mental y en la autonomía de los pacientes a largo plazo y por otro lado, puede reducir futuros costes

sanitarios (Department of Health British Psychological Society, 2001; Flay et al., 2005; Stake, 2006). Por ello, en este caso, nuestros resultados podrían ir en sintonía con las teorías del cambio en psicoterapia, ya que, los cambios logrados en los participantes se mantienen una vez finalizado el tratamiento (Bandura, 1977; Duncan & Miller, 2000; Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994).

4.3. Limitaciones

La presente disertación y sus publicaciones compilatorias presentan algunas limitaciones propias de cada tipo de estudio. Por ello, los resultados de este trabajo deben ser considerados con precaución para evitar la generalización de resultados a otro tipo de muestras distintas a la utilizada en este estudio.

La primera limitación es que la aplicación de los tratamientos la llevó a cabo el investigador principal. Esta limitación es común en las tesis doctorales experimentales o cuasi-experimentales que conllevan elevados costos económicos, temporales y personales. En el campo de investigación del tratamiento de la adicción a internet y a los videojuegos, otros estudios han reportado la aplicación de tratamientos por el mismo terapeuta e investigador principal (Young, 2007, 2013) y las revisiones sistemáticas concluyen que muchos estudios no concretan el personal implicado que llevó a cabo las intervenciones (King et al., 2017; Winkler et al., 2013; Zajac, Ginley, Chang, & Petry, 2017).

En relación a la muestra se presentan algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra es relativamente pequeño, lo cual hace más aconsejable el uso de pruebas no paramétricas. Aunque es sabido que las pruebas paramétricas son más robustas, se ha considerado prioritario cumplir los requisitos de la aplicación de las mismas, hecho por el cual las pruebas no paramétricas son la elección más óptima en este estudio. Otros estudios de tratamiento también han utilizado tamaños muestrales similares (o incluso más pequeños) (Dell'Osso et al., 2008; Gonzalez-Bueso et al., 2018; Han et al., 2015; Kim, 2008; King et al., 2017; Matalí-Costa et al., 2014; Pallesen et al., 2015; Santos et al., 2016; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014; Yao et al., 2017; Zhang et al., 2016). En segundo lugar, no se calculó el tamaño de la muestra ya que, se decidió utilizar una

muestra de conveniencia. Durante el primer año del proyecto el reclutamiento de participantes resultó ser muy difícil y, por esa razón, se decidió distribuir los grupos en función del orden de llegada al servicio para tener un tamaño muestral semejante para ambos grupos al igual que sucede en estudios similares (King et al., 2017; Winkler et al., 2013; Zajac, Ginley, Chang, & Petry, 2017). Tampoco fue posible asignar a los participantes al azar al igual que sucede otros estudios de tratamiento (Gonzalez-Bueso et al., 2018; Liu et al., 2015; Pallesen et al., 2015).

Algunas de las limitaciones del diseño del PIPATIC son las siguientes: (i) la población objeto del programa tiene unas características muy concretas porque los participantes debían cumplir unos criterios de inclusión determinados, esto conlleva a que sea un programa específico para la población objeto de tratamiento; (ii) la aplicación del PIPATIC presenta cierta rigidez propia de una terapia manualizada que debe seguir unos estándares metodológicos en su aplicación para posteriormente poder valorar su eficacia en estudios experimentales. Esto puede llegar a dificultar la adaptación a las necesidades del paciente. Con el objetivo de subsanar esta limitación y para suplir la rigidez de los tratamientos manualizados, se decidió ser más flexibles y que los módulos pudieran aplicarse de forma independiente y en distinto orden, así como añadir dos sesiones llamadas “flotantes” que pudieran ser añadidas a un módulo u otro en función de la necesidad del paciente de centrar más la terapia en una necesidad u otra; y (iii) la duración del programa (22 sesiones) puede llegar a resultar costosa de aplicar porque no es un tratamiento breve. Sin embargo, dados los resultados positivos del PIPATIC puede llegar a merecer la pena su aplicación total. Por otro lado, diversos estudios de tratamiento apuestan por terapias con un número de sesiones similar al PIPATIC (Jäger et al., 2012; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014).

En relación a las limitaciones de los estudios de caso, en ningún estudio presentado se retira o interrumpe el tratamiento cuando se empiezan a observar mejorías en los participantes. Los estudios de retirada son ampliamente validados como estudios experimentales de caso único, sin embargo, en nuestros estudios no resultó ético al ser participantes vulnerables, correr el riesgo de dañar la relación terapéutica y provocar efectos adversos para la salud mental de los participantes. Otra limitación de los estudios de caso expuestos es la selección intencional de la muestra. Aunque, la selección de los casos en este tipo de estudio suele ser a conveniencia por presentar el objetivo de ilustrar casos atípicos que ayudan a contribuir a la escasa literatura clínica en torno al trastorno

de juego por internet. En esta línea, el artículo 3 ilustra un caso de un adulto con un trastorno dual (adicción a videojuegos y TOC) mientras que, el artículo 4 ilustra cuatro casos de adolescentes con adicción a los videojuegos que presentan diferentes cuadros psicopatológicos. Por último, se debe considerar que el uso de cuestionarios de auto-informe en ambos artículos puede generar respuestas sujetas a sesgos bien conocidos como la deseabilidad social. Las limitaciones que presentan los artículos 3 y 4 resultan comunes en los estudios de caso único.

Algunas de las limitaciones presentadas ejemplifican la dificultad de llevar cabo estudios metodológicamente impecables en campos clínicos, cuyo encuadre de investigación con participantes con trastornos mentales pone en duda si se debe priorizar los aspectos metodológicos de las investigaciones o los aspectos éticos. En este caso, y a lo largo de este proyecto de tesis, se han priorizado los aspectos éticos sobre los aspectos metodológicos.

4.4. Líneas de investigación futuras

A continuación, se discutirán algunas líneas de mejora de futuros estudios del tratamiento psicológico de la adicción a los videojuegos. Las principales líneas de mejora pretenden contribuir a mejorar el programa PIPATIC. Por otro lado, otros aspectos en relación a la adicción a los videojuegos se han barajado como prospectiva.

- (i) Ampliar el tamaño de la muestra estudios multicéntricos en colaboración con nuevos centros y equipos: aplicar la misma intervención en muestras con características similares respetando los criterios de inclusión del presente estudio.
- (ii) En los nuevos estudios multicéntricos sobre la eficacia del PIPATIC convendría realizar modificaciones puntuales para subsanar algunas limitaciones del presente estudio, por ejemplo, realizar una aleatorización de los participantes e incluir un tercer grupo de comparación “lista de espera”.
- (iii) Aumentar el número de investigadores: en los nuevos estudios multicéntricos convendría incorporar nuevos psicoterapeutas, especializados y formados en la intervención PIPATIC y la TCC, con el fin de aplicar las intervenciones.

Esto permitiría verificar nuestros resultados y observar si los estilos terapéuticos pueden influir en la efectividad de los tratamientos.

- (iv) Conocer los efectos a largo plazo: incorporar una nueva evaluación longitudinal de los participantes que resulte mayor al período de tres meses después del tratamiento realizado en la presente disertación.
- (v) Aplicar el PIPATIC en adolescentes mujeres y en otro tipo de adicciones tecnológicas: internet, redes sociales y/o móvil.
- (vi) Desarrollar un nuevo programa paralelo al PIPATIC para asesorar a padres y familiares en los casos en los que paciente no desee recibir tratamiento. Este programa de *counseling* familiar pretendería dotar a los familiares de estrategias y habilidades para dar soporte desde el hogar a la persona con un uso problemático que se presenta reacio a recibir ayuda psicoterapéutica.
- (vii) Finalmente, sería interesante diseñar una adaptación del programa PIPATIC para su aplicación grupal.

Capítulo 5 - Chapter 5

Conclusiones - Conclusions

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones de este proyecto en relación a los objetivos inicialmente planteados. Por tratarse de una disertación con mención internacional, este capítulo se presenta en lengua inglesa.

CHAPTER 5. CONCLUSIONS

Herewith, conclusions of this research project are presented regarding the objectives initially proposed. Inasmuch the present dissertation has an international dimension, this chapter is presented in English.

The overarching aim of the present thesis was to design, apply, and evaluate the effectiveness of a psychological intervention program for videogame addiction (referred to here as IGD). The agreed upon theoretical framework of IGD in the American Psychiatric Association's (2013) fifth edition of DSM-5 was used for the development of the present research and in order to conceptualise the emerging disorder. This DSM-5 framework has included IGD in the Section 3 as a potential disorder in need of more research.

Regarding the shortcoming treatment research, this thesis makes a unique contribution to knowledge in the field of the treatment of behavioral addictions. For the first time in the literature, it provides a specialized psychotherapeutic intervention for adolescents with IGD symptoms focusing the problem in an integrative way and addressing different psychological areas (i.e., not only the addiction). This thesis contributes useful data concerning the clinical aspects regarding the treatment of IGD and the effectiveness of a newly developed IGD treatment program. In order to achieve the main aim of this thesis, three steps were taken throughout the project.

The first part of this thesis comprises the framework within extensively reviewed literature related to the issues of: (i) information and communication technologies (ICTs – e.g., technology and adolescence, online videogames); (ii) problematic use of ICT background (e.g., behavioural addictions, internet addiction, technological addictions); and (iii) IGD clinical issues (e.g., detection and assessment, prevalence, course, diagnostic and treatments).

The second part is the development of the “Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación” (PIPATIC). The goal of this intervention was to offer specialized psychotherapy for adolescents with IGD. This intervention was presented as an integrative psychological intervention that can be employed by researchers and clinicians in order to treat the adolescents with IGD. In fact, the whole development of the PIPATIC program is based on the extensive literature review undertaken in the first part of the thesis. In addition, the complete clinical guide of the PIPATIC is attached for consultation in the annex (7.1) of the present dissertation.

The third part of the dissertation, includes the empirical studies: (i) Study 1: An actualization and proposal of psychological treatment for videogame addiction (written in Spanish); (ii) Study 2: An overview of the design and therapeutic content of PIPATIC intervention; (iii) Study 3: A pilot application of a PIPATIC with an exploratory analysis of the psychological effects (written in Spanish); (iv) Study 4: a qualitative study of four different types of adolescents with IGD and the PIPATIC treatment effects; (v) Study 5: the psychological characteristics of the clinical sample of adolescents with IGD, and (vi) Study 6: the treatment effectiveness of the PIPATIC intervention.

The fourth part includes the global discussion, an in-depth discussion of each study, the limitations regarding this dissertation, and the future research lines. The final (fifth) part focuses on the conclusions regarding the main objectives of this dissertation.

From the first part of this thesis (regarding the theoretical framework), some key conclusions can be extracted that have been essential in the development of this dissertation. Chapters 1.1 (Information and communication technologies in the society), 1.2 (Technology and adolescence), and 1.3 (Online videogames: genres and structural characteristics) were focused upon in the review of the ICTs as the first step to understand, elaborate and clarify main issues in the field explored in this dissertation. This chapter is essential to understand: (i) the construct of videogame addiction; (ii) the relationship between adolescence and ICTs; and (iii) the characteristics of videogames. The following conclusions can be drawn from the review made in Chapter 1: (i) technology use has had a deep social impact on human behaviour; (ii) the use of ICTs has increased over the past two decades; (iii) within this new social paradigm, treatment services for problems related to ICTs have emerged; (iv) adolescents have a close relationship with ICTs, using them

daily; (v) adolescence is typically viewed as life stage where vulnerability to addiction is more pronounced, and this is no different for videogame addiction; (vi) the playing of online videogames presents engaging characteristics such as cycle rewards, deep-immersion, high sociability, identity involvement, and the real time potentially infinite gaming; (vii) MMORPGs and MOBA games are among the most popular videogame genres and present their own engaging and specific characteristics.

In Chapter 1.4 (Antecedents in the study of technological addictions), the background of problematic use of ICTs was presented. This chapter is essential to understand the evolution of the research concerning concepts such as behavioral addictions, internet addiction, and technological addictions up until IGD is introduced in Chapter 1.5. Throughout the development of this chapter, the following conclusions can be drawn: (i) addictive disorders may be classified as chemical or behavioral addictions and they both share similar symptomatic characteristics; (ii) internet addiction comprises multiple problematic activities that can be accessed online (e.g., gambling, playing videogames, using social networks, accessing pornography, shopping); and (iii) the technological addictions and its explanatory models (Griffiths, 1995) provides the building block for the concept of IGD and subsequent research.

In Chapter 1.5, the concept of IGD was further described and evaluated. The following conclusions were drawn: (i) videogame addiction (in the form of IGD) was formalized with its inclusion in the DSM-5 (APA, 2013). There has also been recognition that excessive maladaptive use of online videogames can lead to associated psychological problems for a small minority of individuals, particularly adolescents; (ii) to detect IGD, there are some key warning signs (e.g., mood changes, changes in sleep and eating patterns, decreasing social relationships, deteriorating family relationships, etc.); (iii) multiple studies have focused on the development of psychometric instruments to assess videogame addiction in order to improve applied research and consensual criteria regarding IGD; (iv) prevalence studies using the DSM-5 criteria show variations in the prevalence of IGD due to the fact that different measuring instruments are used in different cultural contexts, age ranges, and/or sample type; (v) the diagnosis of IGD is not easy, particularly since this is a newly introduced disorder in Section III of the most recent (fifth) edition of DSM. The diagnostic criteria proposed by the APA appear to have adequate validity and diagnostic precision. However, there is still no consensus on some

issues related to IGD diagnostic criteria; (vi) IGD presents a high rate of comorbid disorders: anxiety disorders, mood disorders, behavioral disorders, autism spectrum disorder (ASD), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), and personality disorders; (vii) only a few studies have examined the effectiveness of psychological treatments and pharmacological interventions for IGD, with studies of children and adolescents being particularly scarce; and (viii) based on the peer-reviewed literature, CBT appears to be the most commonly applied treatment for online addictions.

Below are the conclusions of this project in relation to the objectives initially proposed (see page 81):

Objective 1. Design of a specialized intervention program for adolescents with Internet Gaming Disorder

The first step of this project was to develop the PIPATIC program (“Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación” [PIPATIC]). Initially, a review of the scientific literature within this field was performed. One part of this review is found in the first chapter of this dissertation and in the first and second papers. To develop bespoke psychotherapy (in this case, for IGD), manuals in clinical practice must be followed to define guidelines and strategies from basic outlines in order to promote empirically supported treatments. The PIPATIC was designed using three fundamental and relevant guidelines regarding how to develop interventions programs in psychology: (i) “*A stage model for psychotherapy manual development*” published by Carroll and Nuro (2002); (ii) “*Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions*” published by Moscosoa, Chaves, Vidal and Anguera (2013); and (iii) “*CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomized Trials*” (Schulz et al., 2010).

The goal of the newly developed PIPATIC program (Torres-Rodriguez & Carbonell, 2017) is to offer specialized psychotherapy for adolescents with symptoms of IGD and comorbid disorders. The PIPATIC is a contemporary and integrative treatment based on CBT for the specialized treatment of adolescents with IGD. Its design is based on (i) a theoretically robust empirical base, on previous treatment studies, and (ii) a combination

of perspectives and psychotherapeutic strategies which have proven effectiveness on adolescents across different disorders. The program comprises six therapeutic work modules, in turn comprising further specific sub-objectives: psychoeducational, standard CBT addiction intervention, intrapersonal, interpersonal, family intervention, and development of a new lifestyle. The duration of the program is six months (22 weekly sessions each lasting 45 minutes). Furthermore, a comparison between previous treatments published in peer-reviewed journals and the PIPATIC treatment was outlined in the first two papers, and the PIPATIC is arguably one of the most comprehensive treatments.

Objective 2. Describe psychological profiles, clinical symptomatology and comorbidities regarding adolescents and adults with IGD

In the third study, a psychological profile of an adult with IGD was explored. The participant fulfilled all the IGD criteria proposed by DSM-5. Initially, this patient played about ten hours a day. The psychological profile of this participant was assessed before the treatment was carried out. The data obtained via self-report instruments and clinical interviews showed a high presence of symptoms in general, an obsessive-compulsive disorder, and IGD. Furthermore, high symptoms of interpersonal sensitivity, anxiety, hostility and phobia were found. Regarding the personality, the participant presented with avoidant and antisocial traits. On the other hand, a low emotional intelligence was detected.

Furthermore, in order to clinically describe different cases of adolescents with IGD, a multi-case study of four different psychological profiles of adolescents with IGD was developed in paper number 4. In this publication, four adolescents with IGD and different comorbidities are described: Case 1 - ASD, Case 2 - Depression and social phobia, Case 3 - ADHD and Case 4 – no comorbidity, just IGD. One of the few shared aspects is the fulfillment of the IGD criteria. The psychological profiles of adolescents with IGD described suggests that IGD can coexist with multiple associated mental disorders. In other words, the individuals afflicted with IGD probably present dissimilar clinical and psychological profiles.

Finally, with the purpose of exploring the psychological characteristics of a clinical sample of adolescents with IGD, the study developed in paper number 5 was carried out in order to present the descriptive results from this dissertation's total sample. Paper 6 was based on the same sample. Moreover, as an exhaustive psychological assessment was made before the treatment was carried out, many interesting clinical aspects emerged. Therefore, it was interesting to discuss these specific results in a separate study offering an exploratory analysis of the 31 adolescents with IGD recruited in two public mental health centers. As the first chapter's review noted, the majority of the studies recruited adolescents in naturalistic populations commonly extracted from schools. In other words, there is a lack of IGD studies that used clinical populations from mental health centers which focused on the clinical characteristics of mental health patients. For that reason, the study of the psychological characteristics of a clinical sample presents a newly and necessary contribution to this field. Furthermore, it is well-known in the literature that the individual profiles of social and psychological attributes, the usage patterns, and the game preferences can help to delineate the gaming disorder construct, as well as to understand its clinical aspects and to facilitate the development of more specialized treatments.

Findings of paper number 5 showed that adolescents with IGD, and their relatives, reported a high number of hours per week spent on videogames and high presence of stressful life events in the majority of the sample. Regarding the comorbid symptoms, high scores on scales assessing depression, anxiety, and somatic disorders were found. The presence of these comorbid disorders appear to indicate that adolescents with IGD can present different clinical profiles. Several personality traits highly associated with IGD have been found in other studies from a theoretical framework. The personality traits found include introversion, inhibition, submissiveness, self-devaluation, interpersonal sensibility, obsessive-compulsive tendencies, phobic anxiety, hostility, as well as paranoid and borderline personality traits. Other risk characteristics found in the present sample included a high level of social problems, low emotional intelligence, and dysfunctional family relationships. The findings suggest a more global pattern of psychological characteristics associated with IGD in adolescence. In other words, in this sample, a high level of associated problems was found which may mean that IGD can comprise a number of different clinical profiles. The accomplishment of this objective leads to understanding the complexity of this proposed disorder and may also help in

designing more specialized interventions for adolescents with IGD, which is one of the following accomplished objectives.

Objective 3. PIPATIC application to participants with IGD: in an adolescent sample aged between 12 to 18 years and adult sample aged between 18 to 60 years

As an objective, this was only partially accomplished. The PIPATIC program was specially designed for adolescents with IGD. The application of the PIPATIC to a sample of adults with IGD turned out complex. Proposals were made to various mental health centers but responses were unsatisfactory. On the other hand, one of the collaborating centers did not receive adult referrals with gaming addiction during the dissertation process. For these reasons, the application of the PIPATIC into an adult sample did not go ahead.

However, the PIPATIC was successfully applied to an adolescent sample with IGD at two public mental health centers in the Barcelona metropolitan area who accepted the invitation to participate in the study.

Objective 4. Evaluate the impact of the PIPATIC regarding the clinical changes of the participants

The present aim was carried out in the publications number 3, 4 and 6.

The third study presented the pilot application of PIPATIC program to an adult with dual pathology: IGD and Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Findings showed that the therapeutic aims of PIPATIC were accomplished. The pre-post comparison scores of the assessment scales demonstrated a reduction of gaming hours and symptoms regarding IGD. Comorbid symptoms and personality traits experienced a decrease between both assessment times as well. Regarding the mainly comorbid disorder, the participant experienced a reduction in symptoms, although, some residual symptoms were still present. In this case study regarding the intra- and interpersonal abilities, the PIPATIC

generated an improvement in self-esteem, emotional intelligence, social skills, and global functioning. Qualitatively, several improvements were observed regarding insight, cognitive flexibility and coping skills. Moreover, the social, familiar, and occupational situation of the participant reflected an improvement. Due to the promising first findings obtained of this first pilot application of the PIPATIC, the rest of the studies began to be developed.

The fourth study outlines the cases of four treatment-seeking male adolescents aged between 13 and 18 years with different clinical IGD profiles undergoing the PIPATIC treatment. A multi-case study using an A-B-A' withdrawal design was conducted. After completing the PIPATIC program, the four participants showed clinical improvement in the amount of time spent using video games and in the symptoms of IGD. This study here contributes to the literature by reporting on the specific effects of a specialized intervention (i.e., the PIPATIC program) in four adolescent patients with IGD. Given that all four cases had a completely different etiology leading to their problematic videogame playing, one of the most interesting observations is that the PIPATIC treatment was able to significantly reduce the negative symptoms and effects of IGD irrespective of the patients' pathway and predispositions. Results also demonstrated they received lower scores on clinical tests related to comorbid disorders. Furthermore, scores related to school, social problems, and family conflicts also improved following treatment. The findings of the present study are strengthened by the fact that scores remained stable at three-month post-treatment. In an area with so few studies relating to IGD treatment, the present study is of existential value and contributes clinical information concerning the treatment of IGD in adolescent patients seeking treatment.

The sixth study examined the effectiveness of PIPATIC intervention for adolescents with IGD through analyzing the changes regarding the application of the PIPATIC through the different assessment temporal moments. As this study also compared the effectiveness of the PIPATIC with a standard CBT treatment for adolescents with IGD, the conclusions regarding the sixth study were combined with the following objective.

Objective 5. Compare the effectiveness of PIPATIC program with a standard CBT treatment in adolescents with IGD.

The PIPATIC program's effects on numerous key variables were assessed and compared to the effects of a standard CBT (common treatment for IGD – control group) on the same variables. The variables were assessed at base-line, during the middle of the treatment, immediately after treatment, and at a three-month follow-up. More specifically, the study evaluated the effects and changes regarding IGD symptoms, psychopathological and comorbid symptoms, emotional intelligence, self-esteem, social skills, family environment, therapeutic alliance, and change perceptions, by comparing standard CBT with the newly developed PIPATIC program. The measures were completed by participants, their relatives, and by their therapists in an effort to triangulate the findings.

The comparison of the variables through the different assessment moments and regarding both interventions can be summarized by the following aspects: (i) both groups experienced a significant reduction of symptoms regarding IGD, but those individuals in the PIPATIC group demonstrated more statistically significant changes than the control group; (ii) the PIPATIC group demonstrated significant reductions in comorbid symptoms as reported by the patients and their relatives. Moreover, the treatment program improved their identity diffusion, self-devaluation, emotional intelligence, social abilities, and reduced family conflict. In contrast, the control group experienced positive significant changes in their social competence (YSR), anxiety, depression, withdrawal, attention problems, aggressive behaviour, and overall problems (CBCL). However, the intensity of the effect changes was less than that of the PIPATIC group; (iii) most of the PIPATIC patients experienced a decrease of negative symptoms during the middle of the treatment (T2) at the eleventh session; and (iv) the changes achieved with the PIPATIC and for those undergoing standard CBT demonstrated a continued stability three months after the end of the respective treatment.

Regarding the effectiveness, the findings of the comparison between the results obtained by both intervention groups in each temporal moment, can be summarized as follows : (i) no significant differences were found between the two groups concerning most of the variables at baseline treatment; (ii) the results at post-treatment demonstrated significant differences between the two groups in the number of weekly gaming hours, intensity of

IGD symptoms, comorbidity disorders, externalizing problems, overall total problems, self-devaluation, emotional intelligence, social abilities, and family relationships (with those in the PIPATIC demonstrating more improved scores on these aspects compared to those given standard CBT); (iii) those undergoing the PIPATIC treatment (compared to the control group) found the treatment more satisfying, (iv) the bond between patient and therapist was considered as positive for the participants (no statistically significant differences between groups were found); (v) significant differences between groups were found on measures completed by the therapists in the post-treatment phase (CGI and GAF scales) and (vi) the PIPATIC demonstrated a greater reduction than CBT treatment in IGD symptoms and improvement of abilities.

It appears that the PIPATIC is effective in the treatment of the IGD and its comorbid disorders/symptoms, alongside the improvement of intra-interpersonal abilities and family relationships. However, it should also be noted that standard CBT was also effective in the treatment of IGD, but reductions regarding comorbid disorders and improvements in other areas of life functioning were not found. Changing the focus of treatment, and applying an integrative focus (including the addiction, the comorbid symptoms, intrapersonal and interpersonal abilities, and including family psychotherapy) appears to be more effective in facilitating adolescent behavior change than therapy only focusing on IGD itself.

Capítulo 6

Referencias

CAPÍTULO 6. REFERENCIAS

- Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder-Carras, M., Coulson, M., Das, D., ... van Rooij, A. J. (2016). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(3), 267–270. doi:10.1556/2006.5.2016.088
- Alario, S. (2006). Tratamiento de un caso crónico de adicción a internet. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 70*(80), 71–88.
- Alfaro, M., Vázquez, M. E., Fierro, A., Herrero, B., Muñoz, M. F., & Rodríguez, L. (2015). Uso y riesgos de las tecnologías de la información y comunicación en adolescentes de 13-18 años. *Acta Pediátrica Española, 73*(6), 126–135.
- Allison, S., Wahlde, L., Shockley, T., & Gabbard, G. (2006). The development of the self in the era of the internet and role-playing fantasy games. *American Journal of Psychiatry, 163*(3), 381–385. doi:10.1176/appi.ajp.163.3.381
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2012). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. Recuperado de <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>
- Andersen, S. L. (2003). Trajectories of brain development: Point of vulnerability or window of opportunity? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 27*(1–2), 3–18. doi:10.1016/S0149-7634(03)00005-8
- Anderson, C., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E., Bushman, B., Sakamoto, A., ... Saleem, M. (2010). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 136*(2), 151–173. doi:10.1037/a0018251
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors, 30*(2), 252–262. doi:10.1037/adb0000160
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist, 54*(5), 317. doi:10.1037/0003-066X.54.5.317
- Asociación Española de videojuegos. (2015). *Anuario de la industria del videojuego*. Recuperado de http://www.aevi.org.es/web/wp-content/uploads/2016/06/MEMORIA-ANUAL_2015_AEVI_-definitivo.pdf
- Asociación Española de videojuegos. (2016). *Anuario de la industria del videojuego*. Recuperado de http://www.aevi.org.es/web/wp-content/uploads/2017/06/ANUARIO_AEVI_2016.pdf
- Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación. (2012). *Acceso a Internet de niños menores de 14 años en EGM*. Madrid. Recuperado de <http://www.aimc.es/-EGM-Ninos-en-Internet-.html>
- Ato, M., & Vallejo, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Madrid: Pirámide.
- Bandura, A. (1977). Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 1–19.

84(2), 191–215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191

- Barlow, D. H., Nock, M., & Hersen, M. (2008). *Single case research designs: Strategies for studying behavior change*. (3rd ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Barnett, J., & Coulson, M. (2010). Virtually real: A psychological perspective on massively multiplayer online games. *Review of General Psychology, 14*(2), 167–179. doi:10.1037/a0019442
- Bauer, S., & Moessner, M. (2012). Technology-enhanced monitoring in psychotherapy and e-mental health. *Journal of Mental Health, 21*(4), 355–363.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: Penguin.
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Beranuy, M., Carbonell, X., & Griffiths, M. (2012). A qualitative analysis of online gaming addicts in treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction, 11*(2), 149–161. doi:10.1007/s11469-012-9405-2
- Beranuy, M., Oberst, U., Carbonell, X., & Chamarro, A. (2009). Problematic internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behavior, 25*(5), 1182–1187. doi:10.1016/j.chb.2009.03.001
- Bertran, E., & Chamarro, A. (2016). Videojugadores del League of Legends: El papel de la pasión en el uso abusivo y en el rendimiento. *Adicciones, 27*(1), 28–34. doi:10.20882/adicciones.787
- Bessièrè, K., Seay, a F., & Kiesler, S. (2007). The ideal elf: Identity exploration in World of Warcraft. *CyberPsychology & Behavior, 10*(4), 530–535. doi:10.1089/cpb.2007.9994
- Beutel, M. E., Hoch, C., Wölfling, K., & Mueller, K. W. (2011). Characteristics of computer game and internet addiction in persons seeking treatment in an outpatient clinic for computer game addiction. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie, 57*(1), 77–90. doi:10.13109/zptm.2011.57.1.77
- Bifulco, A., Schimmenti, A., Jacobs, C., Bunn, A., & Rusu, A. C. (2014). Risk factors and psychological outcomes of bullying victimization: A community-based study. *Child Indicators Research, 7*(3), 633–648. doi:10.1007/s12187-014-9236-8
- Billieux, J., Deleuze, J., Griffiths, M. D., & Kuss, D. J. (2015). Internet gaming addiction: The case of massively multiplayer online role-playing games. In M. el-Guebaly, N., Carrà, G., & Galanter (Ed.), *Textbook of addiction Treatment: International perspectives* (pp. 1515–1525). Milan: Springer. doi:10.1007/978-88-470-5322-9
- Billieux, J., King, D. L., Higuchi, S., Achab, S., Bowden-Jones, H., Hao, W., ... Poznyak, V. (2017). Functional impairment matters in the screening and diagnosis of gaming disorder. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(3), 285–289. doi:10.1556/2006.6.2017.036
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions, 4*(3), 119–123. doi:10.1556/2006.4.2015.009
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry, 165*(3), 306–307.
- Bonnaire, C., & Phan, O. (2017). Relationships between parental attitudes, family functioning

- and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Research*, 255, 104–110. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.030
- Boyd, D. (2014). *It's complicated: The social lives of networked teens*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Boyd, D. M., & Ellison, N. B. (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210–230. doi:10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x
- Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I., & Zoroglu, S. S. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(5), 352–359. doi:10.1111/pcn.12065
- Brand, M., Laier, C., & Young, K. S. (2014). Internet addiction: Coping styles, expectancies, and treatment implications. *Frontiers in Psychology*, 5, 1256. doi:10.3389/fpsyg.2014.01256
- Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., & Frøyland, L. R. (2014). Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems? *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 27–32. doi:10.1556/JBA.3.2014.002
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J., & Kaslow, N. J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy*, 50(1), 98–101. doi:10.1037/a0031817
- Cao, F., Su, L., Liu, T. Q., & Gao, X. (2007). The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *European Psychiatry*, 22(7), 466–471. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.05.004
- Caplan, S. E. (2006). Problematic Internet use in the workplace. In M. Anandarajan, T.S.H. Teo, & C. A. Simmers (Eds.), *The Internet and workplace transformation* (pp. 63-79). Armonk, NY: M. E. Sharpe.
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A., & Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: Una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 82–89.
- Carbonell, X., Guardiola, E., Fuster, H., Gil, F., & Panova, T. (2016). Trends in scientific literature on addiction to the internet, video games, and cell phones from 2006 to 2010. *International Journal of Preventive Medicine*, 7(63). doi:10.4103/2008-7802.179511
- Carbonell, X., & Oberst, U. (2015). Las redes sociales en línea no son adictivas. *Aloma*, 33(2), 13–19.
- Carbonell, X., & Panova, T. (2017). A critical consideration of social networking sites' addiction potential. *Addiction Research & Theory*, 25(1), 48–57. doi:10.1080/16066359.2016.1197915
- Carbonell, X., Talam, A., Beranuy, M., & Oberst, U. (2009). Cuando jugar se convierte en un problema: El juego patológico y la adicción a los juegos de rol online. *Aloma*, 25, 201–220.
- Carbonell, X., Torres-Rodríguez, A., & Fuster, H. (2016). El potencial adictivo de los videojuegos. En E. Echerburua (Ed.), *Abuso de Internet: ¿Antesala para la adicción al juego de azar on-line?* (pp. 83-100). Madrid: Síntesis.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., ... Kaess, M.

- (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, *46*(1), 1–13. doi:10.1159/000337971
- Carroll, K. M., & Nuro, K. F. (2002). One size cannot fit all: A stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(4), 396–406. doi:10.1093/clipsy.9.4.396
- Castejon, M., Carbonell, X., & Fuster, H. (2015). Training of the rotacional perception with videogames Resumen Palabras clave Key words. *Communication Papers: Media Literacy & Gender Studies*, *4*(6), 74–80.
- Castejón, M., Carbonell, X., & Fuster, H. (2015). Entrenamiento de la percepción rotacional con videojuegos. *Communication Papers*, *4*(6), 74–80.
- Castellana, M., Carbonell, X., Graner, C., & 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.
- Castillo, G. (2009). *El adolescente y sus retos*. Madrid: Pirámide.
- Ceyhan, A., & Ceyhan, E. (2008). Loneliness, depression, and computer self-efficacy as predictors of problematic internet use. *CyberPsychology & Behavior*, *11*(6), 699–701. doi:10.1089/cpb.2007.0255
- Chamarro, A., Carbonell, X., Manresa, J. M., Muñoz-Miralles, R., Ortega-Gonzalez, R., López-Morrón, M. R., ... Toran-Monserrat, P. (2014). The Questionnaire of Experiences Associated with Video games (CERV): An instrument to detect the problematic use of video games in Spanish adolescents. *Adicciones*, *26*(26), 303–311.
- Chambers, A., Taylor, J. R., & Potenza, M. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, *160*(6), 1041–1052. doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1041
- Cole, H., & Griffiths, M. D. (2007). Social interactions in massively multiplayer online role-playing gamers. *CyberPsychology & Behavior*, *10*(4), 575–583. doi:10.1089/cpb.2007.9988
- Connolly, T. M., Boyle, E. a., MacArthur, E., Hainey, T., & Boyle, J. M. (2012). A systematic literature review of empirical evidence on computer games and serious games. *Computers & Education*, *59*(2), 661–686. doi:10.1016/j.compedu.2012.03.004
- Crawford, T. N., Cohen, P., & Brooks, J. S. (2001a). Dramatic-erratic personality disorder symptoms, I: continuity from early adolescence into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, *15*, 319–335.
- Crawford, T. N., Cohen, P., & Brooks, J. S. (2001b). Dramatic-erratic personality disorder symptoms, II: developmental pathways from early adolescence to adulthood. *Journal of Personality Disorders*, *15*, 336–350.
- De Freitas, S., & Griffiths, M. (2007). Online gaming as an educational tool in learning and training: Colloquium. *British Journal of Educational Technology*, *38*(3), 535–537. doi:10.1111/j.1467-8535.2007.00720.x
- De Lisi, R., & Wolford, J. L. (2002). Improving children's mental rotation accuracy with computer game playing. *The Journal of Genetic Psychology*, *163*(3), 272–282.
- Dell'Osso, B., Hadley, S., Allen, A., Baker, B., Chaplin, W. F., & Hollander, E. (2008). Escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder: An open-

- label trial followed by a double-blind discontinuation phase. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 452–456.
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Griffiths, M. D., Pápay, O., ... Oláh, A. (2012). The development of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ). *PloS ONE*, 7(5), 1–9. doi:10.1371/journal.pone.0036417
- Department of Health British Psychological Society. (2001). *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling*. London.
- Díaz, R., Beranuy, M., & Oberst, U. (2008). Terapia de la adicción a internet y video-juegos en niños y adolescentes. *Revista de Psicoterapia*, 19(73), 69–100.
- Dieter, J., Hill, H., Sell, M., Reinhard, I., Vollstädt-klein, S., Kiefer, F., ... Leménager, T. (2015). Behavioral neuroscience avatar's neurobiological traces in the self-concept of massively multiplayer online role-playing game (MMORPG) Addicts. *Behavioral Neuroscience*, 129(1), 8–17. doi:10.1037/bne0000025
- Dong, G., & Potenza, M. N. (2014). A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: Theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 7–11. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.005
- Du, Y.-S., Jiang, W., & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 129–134. doi:10.3109/00048670903282725
- Duncan, B., & Miller, S. (2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169–187. doi:1053-0479/00/0600-0169\$18.00/0
- Durkin, K. (2010). Videogames and young people with developmental disorders. *Review of General Psychology*, 14(2), 122–140. doi:10.1037/a0019438
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., ... Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282–288. doi:10.1037/a0024780
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas?* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E., Labrador, F. J., & Becoña, E. (2009). *Adicciones a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Ellis, A. (1990). Special features of rational-emotive therapy. In W. Dryden & R. DiGiuseppe (Eds.), *A primer on rational-emotive therapy* (pp. 79–93). Champaign, IL: Research Press.
- Ellison, N. B., Steinfield, C., & Lampe, C. (2007). The benefits of Facebook “friends”: Social capital and college students' use of online social network sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(4), 1143–1168. doi:10.1111/j.1083-6101.2007.00367.x
- Elman, C., Gerring, J., & Mahoney, J. (2016). Case study research: Putting the quant into the qual. *Sociological Methods & Research*, 1–17. doi:10.1177/0049124116644273
- Engelberg, E., & Sjöberg, L. (2004). Internet use, social skills, and adjustment. *CyberPsychology & Behavior*, 7(1), 41–47. doi:10.1089/109493104322820101
- Estallo, J. A. (1994). Videojuegos, personalidad y conducta. *Psicothema*, 6(2), 181–190.

- Feng, W., Ramo, D. E., Chan, S. R., & Bourgeois, J. A. (2017). Internet gaming disorder: Trends in prevalence 1998–2016. *Addictive Behaviors, 75*, 17–24. doi:10.1016/j.addbeh.2017.06.010
- Ferguson, C., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research, 45*(12), 1573–1578. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.09.005
- Ferguson, C. J. (2007). The good, the bad and the ugly: A meta-analytic review of positive and negative effects of violent video games. *Psychiatric Quarterly, 78*(4), 309–316. doi:10.1007/s11126-007-9056-9
- Ferguson, C. J., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research, 45*(12), 1573–1578. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.09.005
- Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J., Gunnard, K., Soto, A., Kalapanidas, E., ... Penelo, E. (2012). Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study. *Journal of Mental Health, 21*(4), 364–374. doi:10.3109/09638237.2012.664302
- Fernández-Aranda, F., Núñez, A., Martínez, C., Krug, I., Cappozzo, M., Carrard, I., ... Lam, T. (2009). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: A Controlled Study. *CyberPsychology & Behavior, 12*(1), 37–41. doi:10.1089/cpb.2008.0123
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., ... Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*. doi:10.1007/s11121-005-5553-y
- Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the Internet Gaming Disorder (IGD-20) Test. *Computers in Human Behavior, 56*, 215–224. doi:10.1016/j.chb.2015.11.050
- Fuster, H., Chamarro, A., Carbonell, X., & Vallerand, R. J. (2014). Relationship between passion and motivation for gaming in players of massively multiplayer online role-playing games. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 17*(5), 292–297. doi:10.1089/cyber.2013.0349
- Fuster, H., Oberst, U., Griffiths, M., Carbonell, X., Chamarro, A., & Talarn, A. (2012). Psychological motivation in online role-playing games: A study of Spanish World of Warcraft players. *Anales de Psicología, 28*(1), 274–280.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. . J. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology, 37*(3), 404–417. doi:10.1037//0012-1649.37.3.404
- Gentile, D. (2009). Pathological video-game use among youth ages 8 to 18: A national study. *Psychological Science, 20*(5), 594–602. doi:10.1111/j.1467-9280.2009.02340.x
- Gentile, D. A., Bender, P. K., & Anderson, C. A. (2017). Violent video game effects on salivary cortisol, arousal, and aggressive thoughts in children. *Computers in Human Behavior, 70*, 39–43. doi:10.1016/j.chb.2016.12.045
- Gentile, D., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics, 127*(2), 319–329. doi:10.1542/peds.2010-1353
- Giedd, J. N., Keshavan, M., & Paus, T. (2008). Why Psychiatric disorders in adolescence

emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947–957.
doi:10.1038/nrn2513.Why

Gil, F., del Valle, G., Oberst, U., & Chamarro, A. (2015). Nuevas tecnologías - ¿ Nuevas patologías ? El smartphone y el fear of missing out. *Aloma*, 33(2), 77–83.

Gilster, P. (1997). *Digital literacy*. New York: Wiley.

Gonzalez-Bueso, V., Santamaría, J. J., Fernández, D., Merino, L., Montero-Alvarado, E., Jiménez-Murcia, S., ... & Ribas-Sabaté, J. (2018). Internet Gaming Disorder in adolescents: personality, psychopathology and evaluation of a psychological intervention combined with parent psychoeducation. *Frontiers in Psychology*, 9(787).
doi:10.3389/fpsyg.2018.00787

González, M. A., Fernández, M. V., Urturi, A. F., Bregón, B. H., Moreno, M. M., & Molinero, L. R. (2015). Uso y riesgos de las tecnologías de la información y comunicación en adolescentes de 13-18 años. *Acta Pediátrica Española*, 73(6), 126–135.

González, V., Merino, L., & Cano, M. (2009). *Las e-adicciones. Dependencias en la era digital: Ciberjuego, cibersexo, comunidades y redes sociales*. Barcelona: Nexumedic.

Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochemical Pharmacology*, 75(1), 266–322. doi:10.1016/j.bcp.2007.07.030

Goodman, M. D. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addictions*, 85(1), 1403–1408. doi:10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x

Gossop, M. (1989). *Relapse and addictive behavior*. London: Routledge.

Graham, L. T., & Gosling, S. D. (2013). Personality profiles associated with different motivations for playing World of Warcraft. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(3), 189–193. doi:10.1089/cyber.2012.0090

Granic, I., Lobel, A., & Engels, R. C. M. E. (2014). The benefits of playing video games. *American Psychologist*, 69(1), 66–78. doi:10.1037/a0034857

Grant, J. E., Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectrums*, 11(12), 924–930.
doi:10.3109/00952990.2010.491884

Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Gipson, P. Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(2), 412–425.
doi:10.1207/s15374424jccp3302_23

Greenberg, B. S., Sherry, J. L., Lachlan, K., Lucas, K., & Holmstrom, A. (2010). Orientations to video games among gender and age groups. *Simulation & Gaming*, 41(2), 238–259.
doi:10.1177/1046878108319930

Greenfield, D. N. (1999a). Psychological characteristics of compulsive internet use: A preliminary analysis. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 403–412.
doi:10.1089/cpb.1999.2.403

Greenfield, D. N. (1999b). *Virtual addiction: Help for netheads, cyberfreaks, and those who love them*. Oakland, CA: New Harbin.

Griffiths, M. (1996). Gambling on the Internet: A brief note. *Journal of Gambling Studies*, 12(4), 471–473.

- Griffiths, M. (2005). A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use, 10*(4), 191–197. doi:10.1080/14659890500114359
- Griffiths, M. D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum, 76*, 14–19.
- Griffiths, M. D. (2000a). Does internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence. *CyberPsychology & Behavior, 3*(2), 211–218. doi:10.1089/109493100316067
- Griffiths, M. D. (2000b). Internet Addiction - Time to be Taken Seriously? *Addiction Research, 8*(5), 413–418. doi:10.3109/16066350009005587
- Griffiths, M. D. (2008). Videogame addiction: Further thoughts and observations. *International Journal of Mental Health and Addiction, 6*(2), 182–185. doi:10.1007/s11469-007-9128-y
- Griffiths, M. D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction, 8*(1), 119–125. doi:10.1007/s11469-009-9229-x
- Griffiths, M. D. (2015). Problematic technology use during adolescence: Why don't teenagers seek treatment? *Education and Health, 33*(1), 6–9.
- Griffiths, M. D., & Beranuy, M. (2009). Adicción a los videojuegos: Una breve revisión psicológica. *Revista de Psicoterapia, 73*, 33–49.
- Griffiths, M. D., Davies, M. N. O., & Chappell, D. (2004). Online computer gaming: A comparison of adolescent and adult gamers. *Journal of Adolescence, 27*(1), 87–96. doi:10.1016/j.adolescence.2003.10.007
- Griffiths, M. D., & Hunt, N. (1995). Computer game playing in adolescence: Prevalence and demographic indicators. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 5*(3), 189–193.
- Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Billieux, J., & Pontes, H. M. (2016). The evolution of Internet addiction: A global perspective. *Addictive Behaviors, 53*, 193–195. doi:10.1016/j.addbeh.2015.11.001
- Griffiths, M. D., Kuss, D. J., & Pontes, H. M. (2016). A brief overview of Internet Gaming Disorder and its treatment. *Australian Clinical Psychologist, 2*(1), 1–12.
- Griffiths, M. D., & Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 39*(4), 247–253. doi:10.1007/s10879-009-9118-4
- Griffiths, M. D., & Nuyens, F. (2017). An overview of structural characteristics in problematic video game playing. *Current Addiction Reports, 4*(3), 272–283. doi:10.1007/s40429-017-0162-y
- Griffiths, M., & Pontes, H. (2014). Internet addiction disorder and internet gaming disorder are not the same. *Journal of Addiction Research & Therapy, 5*(4), 124. doi:10.1556/JBA.2.2013.016
- Griffiths, M. D., van Rooij, A. J., Kardefelt-Winther, D., Starcevic, V., Király, O., Pallesen, S., ... Demetrovics, Z. (2016). Working towards an international consensus on criteria for assessing internet gaming disorder: A critical commentary on Petry et al. (2014). *Addiction, 111*(1), 167–175. doi:10.1111/add.13057
- Griffiths, M. D., & Wood, R. T. (2000). Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the internet. *Journal of Gambling Studies, 16*(2–3), 199–225. doi:10.1023/A:1009433014881

- Ha, J. H., Yoo, H. J., Cho, I. H., Chin, B., Shin, D., & Kim, J. H. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(5), 821–826. doi:10.4088/JCP.v67n0517
- Han, D. ., Kim, S. M., Lee, Y. S., & Renshaw, P. F. (2015). The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *202*(2), 126–131. doi:10.1016/j.psychresns.2012.02.011.The
- Han, D. H., Hwang, J. W., & Renshaw, P. F. (2010). Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *18*(4), 297–304.
- Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., ... Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(3), 251–256. doi:10.1016/j.comppsy.2008.08.011
- Han, D. H., Lee, Y. S., Shi, X., & Renshaw, P. F. (2014). Proton magnetic resonance spectroscopy (MRS) in on-line game addiction. *Journal of Psychiatric Research*, *58*, 63–68. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.007
- Hansen, N. B., & Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, *5*(1), 1–12. doi:10.1023/A:1021751307358
- Hay, I., & Ashman, A. F. (2003). The development of adolescents' emotional stability and general self-concept: The interplay of parents, peers, and gender. *International Journal of Disability, Development and Education*, *50*(1), 77–91.
- Helsper, E. (2008). *Digital inclusion: an analysis of social disadvantage and the information society*. London: Department for Communities and Local Government.
- Higuchi, S., Nakayama, H., Mihara, S., Maezono, M., Kitayuguchi, T., & Hashimoto, T. (2017). Inclusion of gaming disorder criteria in ICD-11: A clinical perspective in favor. *Journal of Behavioral Addictions*, *6*(3), 293–295. doi:10.1556/2006.6.2017.049
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, *36*(5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1.
- Holder, M. K., & Blaustein, J. D. (2015). Puberty and adolescence as a time of vulnerability to stressors that alter neurobehavioral processes. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *35*(5), 213–223. doi:10.1007/978-1-62703-673-3
- Homer, B. D., Hayward, E. O., Frye, J., & Plass, J. L. (2012). Gender and player characteristics in video game play of preadolescents. *Computers in Human Behavior*, *28*(5), 1782–1789. doi:10.1016/j.chb.2012.04.018
- Howe, N., & Strauss, W. (2000). *Millennials Rising: The Next Great Generation*. New York: Vintage Books.
- Huang, X., Li, M., & Tao, R. (2010). Treatment of Internet Addiction. *Current Psychiatry Reports*, *12*(5), 462–470. doi:10.1007/s11920-010-0147-1
- Jackson, L. A., von Eye, A., Witt, E. A., Zhao, Y., & Fitzgerald, H. E. (2011). A longitudinal study of the effects of Internet use and videogame playing on academic performance and the roles of gender, race and income in these relationships. *Computers in Human*

Behavior, 27(1), 228–239. doi:10.1016/j.chb.2010.08.001

- Jäger, S., Müller, K. W., Ruckes, C., Wittig, T., Batra, A., Musalek, M., ... Beutel, M. E. (2012). Effects of a manualized short-term treatment of internet and computer game addiction (STICA): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13, 1–8. doi:10.1186/1745-6215-13-43
- Johansson, A., & Götestam, G. (2004). Internet addiction characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 223–229. doi:10.1111/j.1467-9450.2004.00398.x
- Juul, J. (2005). *Half-Real: Video games between real rules and fictional worlds*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kadera, S. W., Lambert, M. J., & Andrews, A. A. (1996). How much therapy is really enough?: A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(2), 132–151.
- Kahn, A. S., Shen, C., Lu, L., Ratan, R. A., Coary, S., Hou, J., ... Williams, D. (2015). The trojan player typology: A cross-genre, cross-cultural, behaviorally validated scale of video game play motivations. *Computers in Human Behavior*, 49, 354–361. doi:10.1016/j.chb.2015.03.018
- Kaptsis, D., King, D. L., Delfabbro, P. H., & Gradisar, M. (2016). Withdrawal symptoms in internet gaming disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 58–66. doi:10.1016/j.cpr.2015.11.006
- Kardefelt-Winther, D. (2014). The moderating role of psychosocial well-being on the relationship between escapism and excessive online gaming. *Computers in Human Behavior*, 38, 68–74. doi:10.1016/j.chb.2014.05.020
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., ... Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction*, 112(10), 1709–1715. doi:10.1111/add.13763
- Kelleci, M., & Inal, S. (2010). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet use: Comparison without Internet use. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(2), 191–194.
- Kelly, R. V. (2004). *Massively multiplayer online role-playing games: The people, the addiction and the playing experience*. Jefferson, North Carolina: McFarland.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kim, J. U. (2008). The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. *International Journal of Reality Therapy*, 27(2), 4–12.
- Kim, P. W., Kim, S. Y., Shim, M., Im, C. H., & Shon, Y. M. (2013). The influence of an educational course on language expression and treatment of gaming addiction for massive multiplayer online role-playing game (MMORPG) players. *Computers and Education*, 63, 208–217. doi:10.1016/j.compedu.2012.12.008
- King, A. L. S., Valença, A. M., Silva, A. C. O., Baczynski, T., Carvalho, M. R., & Nardi, A. E.

- (2013). Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? *Computers in Human Behavior*, 29(1), 140–144.
- King, D., Delfabbro, P., & Griffiths, M. (2010a). Cognitive behavioral therapy for problematic video game players: Conceptual considerations and practice issues. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, 3(3), 261–273.
- King, D., Delfabbro, P., & Griffiths, M. (2010b). Video game structural characteristics: A new psychological taxonomy. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(1), 90–106. doi:10.1007/s11469-009-9206-4
- King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M., & Gradisar, M. (2011). Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1110–1116. doi:10.1016/j.cpr.2011.06.009
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2013). Issues for DSM-5: Video-gaming disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 20–22. doi:10.1177/0004867412464065
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2014a). Internet gaming disorder treatment: A review of definitions of diagnosis and treatment outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 942–955. doi:10.1002/jclp.22097
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2014b). The cognitive psychology of Internet gaming disorder. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 298–308. doi:10.1016/j.cpr.2014.03.006
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2016). Features of parent-child relationships in adolescents with Internet Gaming Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(6), 1270-1283. doi:10.1007/s11469-016-9699-6
- King, D. L., Delfabbro, P. H., & Griffiths, M. D. (2013). Trajectories of problem video gaming among adult regular gamers: An 18-month longitudinal study. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(1), 72–76. doi:10.1089/cyber.2012.0062
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D., & Gradisar, M. (2012). Cognitive-behavioral approaches to outpatient treatment of internet addiction in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 68(11), 1185–1195. doi:10.1002/jclp.21918
- King, D. L., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2016). The cognitive psychopathology of Internet Gaming Disorder in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 1635–1645. doi:10.1007/s10802-016-0135-y
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M. S., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S., ... Sakuma, H. (2017). Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, 54, 123–133. doi:10.1016/j.cpr.2017.04.002
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Zwaans, T., & Kaptis, D. (2013). Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological Internet and video game users. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1058–1067. doi:10.1177/0004867413491159
- King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 331–342. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.002
- Király, O., & Demetrovics, Z. (2017). Inclusion of Gaming Disorder in ICD has more advantages than disadvantages. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 280–284.

doi:10.1556/2006.6.2017.046

- Király, O., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). Internet Gaming Disorder and the DSM-5: Conceptualization, debates, and controversies. *Current Addiction Reports*, 2(3), 254–262. doi:10.1007/s40429-015-0066-7
- Király, O., Griffiths, M. D., Urbán, R., Farkas, J., Kökönyei, G., Elekes, Z., ... Demetrovics, Z. (2014). Problematic internet use and problematic online gaming are not the same: Findings from a large nationally representative adolescent sample. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17(12), 749–754. doi:10.1089/cyber.2014.0475
- Knobel, M. (1989). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Paidós Educador.
- Ko, C.H., Yen, J.Y., Chen, S.H., Wang, P.W., Chen, C.S., & Yen, C.F. (2014). Evaluation of the diagnostic criteria of Internet gaming disorder in the DSM-5 among young adults in Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*, 53, 103–110. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.02.008
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Wu, K., & Yen, C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(14), 887–894. doi:10.1177/070674370605101404
- Kostoulas, T., Mporas, I., Kocsis, O., Ganchev, T., Katsaounos, N., Santamaria, J. J., ... Fakotakis, N. (2012). Affective speech interface in serious games for supporting therapy of mental disorders. *Expert Systems with Applications*, 39(12), 11072–11079. doi:10.1016/j.eswa.2012.03.067
- Kowert, R., Festl, R., & Quandt, T. (2014). Unpopular, overweight, and socially inept: Reconsidering the stereotype of online gamers. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17(3), 141–146. doi:10.1089/cyber.2013.0118
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2012). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), 26–38. doi:10.1177/0741932512452794
- Krych, R. (1989). Abnormal consumer behavior: A model of addictive behaviors. *Advances in Consumer Research*, 16, 745–748.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2), 278–296. doi:10.1007/s11469-011-9318-5
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(1), 3–22. doi:10.1556/JBA.1.2012.1.1
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *International journal of environmental research and public health*, 14(3), 311–328. doi:10.3390/ijerph14030311
- Kuss, D. J., & Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic internet use: A systematic review of clinical research. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 143–176. doi:10.5498/wjp.v6.i1.143
- Kuss, D. J., Louws, J., & Wiers, R. W. (2012). Online gaming addiction? Motives predict addictive play behavior in massively multiplayer online role-playing games. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15(9), 480–485.

doi:10.1089/cyber.2012.0034

- Kuss, D., van Rooij, A., Shorter, G. W., Griffiths, M. D., & van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 1987–1996. doi:10.1016/j.chb.2013.04.002
- Labrador, F. J., Villadangos, S. M., Crespo, M., & Becoña, E. (2013). Desarrollo y validación del cuestionario de uso problemático de nuevas tecnologías (UPNT). *Anales de Psicología*, 29(3), 836–847.
- Laconi, S., Pires, S., & Chabrol, H. (2017). Internet gaming disorder, motives, game genres and psychopathology. *Computers in Human Behavior*, 75, 652–659. doi:10.1016/j.chb.2017.06.012
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. Oxford: John Wiley.
- Lanz, P. M., Bohorodzaner, S., & Kampfner, E. (2010). Violencia y videojuegos en adolescentes chilenos y mexicanos. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(3), 199–206.
- Lee, H. K., & Son, C. N. (2008). The effects of the group cognitive behavioral therapy on game addiction level, depression and self-control of the high school students with Internet game addiction. *The Korean Journal of Stress Research*, 16, 409–417.
- Lee, E. J. (2011). A case study of Internet Game addiction. *Journal of Addictions Nursing*, 22(4), 208–213. doi:10.3109/10884602.2011.616609
- Leménager, T., Dieter, J., Hill, H., Koopmann, A., Reinhard, I., Sell, M., ... Mann, K. (2014). Neurobiological correlates of physical self-concept and self-identification with avatars in addicted players of massively multiplayer online role-playing games (MMORPGs). *Addictive Behaviors*, 39(12), 1789–1797. doi:10.1016/j.addbeh.2014.07.017
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Gentile, D. A. (2015). The internet gaming disorder scale. *Psychological Assessment*, 27(2), 567–582. doi:10.1037/pas0000062
- Leung, L. (2007). Stressful life events, motives for Internet use, and social support among digital kids. *CyberPsychology & Behavior*, 10(2), 204–214. doi:10.1089/cpb.2006.9967
- Li, D. D., Liau, A. K., & Khoo, A. (2013). Player–Avatar identification in video gaming: Concept and measurement. *Computers in Human Behavior*, 29(1), 257–263. doi:10.1016/j.chb.2012.09.002
- Li, H., & Wang, S. (2013). The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1468–1475. doi:10.1016/j.chilyouth.2013.05.021
- Lindenberg, K., Halasy, K., & Schoenmaekers, S. (2017). A randomized efficacy trial of a cognitive-behavioral group intervention to prevent internet use disorder onset in adolescents: The PROTECT study protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 6, 64–71. doi:10.1016/j.conctc.2017.02.011
- Liu, Q. X., Fang, X. Y., Yan, N., Zhou, Z. K., Yuan, X. J., Lan, J., & Liu, C. Y. (2015). Multi-family group therapy for adolescent internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors*, 42, 1–8. doi:10.1016/j.addbeh.2014.10.021
- Lopez-Fernandez, O., Freixa-Blanxart, M., & Honrubia-Serrano, M. L. (2013). The problematic internet entertainment use scale for adolescents: Prevalence of problem internet use in Spanish high school students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(2),

108–118. doi:10.1089/cyber.2012.0250

- López-Fernandez, O., Honrubia-Serrano, M. L., Baguley, T., & Griffiths, M. D. (2014). Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: Towards the exploration of Internet Gaming Disorder symptomatology. *Computers in Human Behavior, 41*, 304–312. doi:10.1016/j.chb.2014.10.011
- Marco, C., & Chóliz, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 13*(1), 125–141.
- Marco, C., & Chóliz, M. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online. *Anales de Psicología, 30*(1), 46–55.
- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *Addiction, 85*(11), 1389–1394. doi:10.1111/j.1360-0443.1990.tb01618.x
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annual Review of Psychology, 39*, 223–252. doi:10.1146/annurev.ps.39.020188.001255
- Martín-Fernández, M., Matalí, J. L., García-Sánchez, S., Pardo, M., & Castellano-Tejedor, C. (2016). Adolescentes con Trastorno por juego en Internet (IGD): Perfiles y respuesta al tratamiento. *Adicciones, 20*(2), 125–133.
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences, 49*(6), 554–564. doi:10.1016/j.paid.2010.05.029
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology, vol 8*. (pp. 1–52). Boston, MA: Springer.
- Matalí-Costa, J., Serrano-Troncoso, E., Pardo, M., Villar, F., & San, L. (2014). Behavior social isolation and the “sheltered” profile in adolescents with internet addiction. *Journal of Child & Adolescent Behavior, 2*(3). doi:10.4172/jcalb.1000139
- Matalí, J. L., & Alda, J. A. (2008). *Adolescentes y nuevas tecnologías: ¿Innovación o adicción?* Barcelona: Edebé.
- Mazurek, M. O., & Engelhardt, C. R. (2013). Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development. *Pediatrics, 132*(2), 260–266. doi:10.1542/peds.2012-3956
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K. J. M., Hetland, J., & Pallesen, S. (2011). Problematic video game use: Estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14*(10), 591–596. doi:10.1089/cyber.2010.0260
- Miller, W. R., & Rollnick, S. P. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. (2nd ed.). New York: Guildford Press.
- Mitra, S., Poddar, S., & Sayeed, N. (2015). Internet gaming disorder: Application of motivational enhancement therapy principles in treatment. *Indian Journal of Psychiatry, 57*(1), 100-101. doi:10.4103/0019-5545.148540
- Moscosa, S. C., Chaves, S. S., Vidal, M. P., & Anguera, M. T. (2013). Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *International Journal of*

- Müller, K. W., Beutel, M. E., Egloff, B., & Wölfling, K. (2014). Investigating risk factors for internet gaming disorder: A comparison of patients with addictive gaming, pathological gamblers and healthy controls regarding the big five personality traits. *European Addiction Research*, 20(3), 129–136. doi:10.1159/000355832
- Müller, K. W., Janikian, M., Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. E., Tzavara, C., ... Tsitsika, A. (2015). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: Results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 565–574. doi:10.1007/s00787-014-0611-2
- Muñoz-Miralles, R., Ortega-González, R., López-Morón, M. R., Batalla-Martínez, C., Manresa, J. M., Montellà-Jordana, N., ... Torán-Monserrat, P. (2016). The problematic use of Information and Communication Technologies (ICT) in adolescents by the cross sectional JOITIC study. *BMC Pediatrics*, 16(140), 1–11. doi:10.1186/s12887-016-0674-y
- Newzoo Games. (2016). *2016 Global Games Market Report*. Recuperado de <https://newzoo.com/insights/articles/global-games-market-reaches-99-6-billion-2016-mobile-generating-37/>
- Ng, B., & Wiemer-Hastings, P. (2005). Addiction to the internet and online gaming. *CyberPsychology & Behavior*, 8(2), 110–113. doi:10.1089/cpb.2005.8.110
- Noël, X., Brevers, D., & Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 632–638.
- Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 218–220). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Nuyens, F., Deleuze, J., Maurage, P., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., & Billieux, J. (2016). Impulsivity in multiplayer online battle arena gamers: Preliminary results on experimental and self-report measures. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 351–356. doi:10.1556/2006.5.2016.028
- O’Keeffe, G. S., & Clarke-Pearson, K. (2011). The impact of social media on children, adolescents, and families. *American Academy of Pediatrics*, 127(4), 800–804. doi:10.1542/peds.2011-0054
- Oblinger, D. (2004). The next generation of educational engagement. *Journal of Interactive Media in Education*, 8, 1–18. doi: doi.org/10.5334/2004-8-oblinger
- Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. (2017). *La sociedad en red: Informe anual 2016*. Recuperado de <http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/Informe%20Anual%20La%20Sociedad%20en%20Red%202016%20%28Edici%C3%B3n%202017%29.pdf>
- Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic internet-enabled sexual behavior. *CyberPsychology & Behavior*, 9(3), 348–360. doi:10.1089/cpb.2006.9.348.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W., & Moos, R. H. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 230–240. doi:10.1037/0022-006X.65.2.230
- Pallesen, S., Lorvik, I. M., Bu, E. H., & Molde, H. (2015). An exploratory study investigating

- the effects of treatment manual for video game addiction. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*, 117(2), 1–6. doi:10.2466/02.PR0.117c14z9
- Park, S. Y., Kim, S. M., Roh, S., Soh, M. A., Lee, S. H., Kim, H., ... Han, D. H. (2016). The effects of a virtual reality treatment program for online gaming addiction. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 129, 99–108. doi:10.1016/j.cmpb.2016.01.015
- Parker, J. D., Summerfeldt, L. J., Taylor, R. N., Kloosterman, P. H., & Keefer, K. V. (2013). Problem gambling, gaming and Internet use in adolescents: Relationships with emotional intelligence in clinical and special needs samples. *Personality and Individual Differences*, 55(3), 288–293. doi:10.1016/j.paid.2013.02.025
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 174–180. doi:10.1016/j.paid.2008.03.018
- Pearcy, B. T. D., McEvoy, P. M., & Roberts, L. D. (2017). Internet Gaming Disorder explains unique variance in psychological distress and disability after controlling for comorbid depression, OCD, ADHD and anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(2), 126–132. doi:10.1089/cyber.2016.0304
- Petry, N. M., Rehbein, F., Gentile, D. A., Lemmens, J. S., Rumpf, H. J., Mößle, T., ... O'Brien, C. P. (2014). An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction*, 109(9), 1399–1406. doi:10.1111/add.12457
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2014). Assessment of internet gaming disorder in clinical research: Past and present perspectives. *Clinical Research and Regulatory Affairs*, 31(2–4), 35–48. doi:10.3109/10601333.2014.962748
- Pontes, H. M., Király, O., Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2014). The conceptualisation and measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The development of the IGD-20 Test. *PLoS ONE*, 9(10), e110137. doi:10.1371/journal.pone.0110137
- Pontes, H. M., Macur, M., & Griffiths, M. D. (2016). Internet Gaming Disorder Among Slovenian Primary Schoolchildren: Findings From a Nationally Representative Sample of Adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 304–310. doi:10.1556/2006.5.2016.042
- Porter, G., Starcevic, V., Berle, D., & Fenech, P. (2010). Recognizing problem video game use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 120–128.
- Potenza, M. N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3181–3189. doi:10.1098/rstb.2008.0100
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants part 1. *On the Horizon*, 9(5), 1–6. doi:10.1108/10748120110424816
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1994). *Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: William Morrow and Company.
- Prot, S., McDonald, K., Anderson, C., & Gentile, D. (2012). Video games: good, bad, or other? *Pediatric Clinics of North America*, 59(3), 647–658. doi:10.1016/j.pcl.2012.03.016
- Rehbein, F., Kliem, S., Baier, D., Mößle, T., & Petry, N. M. (2015). Prevalence of internet gaming disorder in German adolescents: Diagnostic contribution of the nine DSM-5

- criteria in a state-wide representative sample. *Addiction*, *110*(5), 842–851. doi:10.1111/add.12849
- Rehbein, F., Psych, G., Kleimann, M., Mediasci, G., & Mößle, T. (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: Results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(3), 269–277. doi:10.1089/cyber.2009.0227
- Romano, M., Truzoli, R., Osborne, L. A., & Reed, P. (2014). The relationship between autism quotient, anxiety, and internet addiction. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *8*(11), 1521–1526. doi:10.1016/j.rasd.2014.08.002
- Rudski, J. M., Segal, C., & Kallen, E. (2009). Harry Potter and the end of the road: Parallels with addiction. *Addiction Research and Theory*, *17*(3), 260–277. doi:10.1080/16066350802334595
- Rumpf, H. J., Vermulst, A. A., Bischof, A., Kastirke, N., Gürtler, D., Bischof, G., ... Meyer, C. (2014). Occurrence of internet addiction in a general population sample: A latent class analysis. *European Addiction Research*, *20*(4), 159–166. doi:10.1159/000354321
- Sakuma, H., Mihara, S., Nakayama, H., Miura, K., Kitayuguchi, T., Maezono, M., ... Higuchi, S. (2017). Treatment with the self-discovery camp (SDiC) improves Internet gaming disorder. *Addictive Behaviors*, *64*, 357–362. doi:10.1016/j.addbeh.2016.06.013
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, *180*(6), 536–542. doi:10.1192/bjp.180.6.536
- Santos, V. A., Freire, R., Zugliani, M., Cirillo, P., Santos, H. H., Nardi, A. E., & King, A. L. (2016). Treatment of internet addiction with anxiety disorders: Treatment protocol and preliminary before-after results involving pharmacotherapy and modified cognitive behavioral therapy. *JMIR Research Protocols*, *5*(1). doi:10.2196/resprot.5278
- Saunders, J. B., Hao, W., Long, J., King, D. L., Mann, K., Fauth-Bühler, M., ... Poznyak, V. (2017). Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *Journal of Behavioral Addictions*, *6*(3), 1–9. doi:10.1556/2006.6.2017.039
- Schimmenti, A., Guglielmucci, F., Barbasio, C., & Granieri, A. (2012). Attachment disorganization and dissociation in virtual worlds: A study on problematic Internet use among players of online role playing games. *Clinical Neuropsychiatry*, *9*(5), 195–202.
- Schneider, L. A., King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2017). Maladaptive coping styles in adolescents with Internet Gaming Disorder symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *(6)*, 1–12. doi:10.1007/s11469-017-9756-9
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & Group, C. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, *152*(11), 726–732. doi:10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232
- Schwartz, R. H. (2013). Excessive participation in online internet action games by two American teenagers: Case report, description of extent of overuse, and adverse consequences. *Pediatrics*, *3*, 201–203. doi:10.4236/ojped.2013.33035
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, *50*(12), 965–974.
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck Jr, P. E., Khosla, U. M., & McElroy, S. L. (2000).

- Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57, 267–272. doi:10.1016/S0165-0327(99)00107-X
- Shek, D., Tang, V., & Lo, C. Y. (2009). Evaluation of an internet addiction treatment. *Adolescence*, 44(174), 359–373.
- Shotton, M. A. (1989). *Computer addiction? A study of computer dependency*. London: Taylor & Francis.
- Sioni, S. R., Burlison, M. H., & Bekerian, D. A. (2017). Internet gaming disorder: Social phobia and identifying with your virtual self. *Computers in Human Behavior*, 71, 11–15. doi:10.1016/j.chb.2017.01.044
- Smahel, D., Blinka, L., & Ledabyl, O. (2008). Playing MMORPGs: connections between addiction and identifying with a character. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), 715–718. doi:10.1089/cpb.2007.0210
- Smyth, J. M. (2007). Beyond self-Selection in video game play: An experimental examination of the consequences of massively multiplayer online role-playing game play. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 717–721. doi:10.1089/cpb.2007.9963
- Soper, W. B., & Miller, M. J. (1983). Junk-time junkies: An emerging addiction among students. *The School Counselor*, 31(1), 40–43.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple Case Study Analysis*. New York: The Guildford Press.
- Starcevic, V., & Aboujaoude, E. (2017). Internet Gaming Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Addiction. *Current Addiction Reports*, 317–322. doi:10.1007/s40429-017-0158-7
- Steinhausen, H. C., & Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(3), 259–280. doi:10.1023/A:1010471210790
- Su, W., Fang, X., Miller, J. K., & Wang, Y. (2011). Internet-based intervention for the treatment of online addiction for college students in China: A pilot study of the Healthy Online Self-helping Center. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(9), 497–503. doi:10.1089/cyber.2010.0167
- Subramaniam, M., Chua, B. Y., Abdin, E., Pang, S., Satghare, P., Vaingankar, J. A., ... Chong, S. A. (2016). Prevalence and correlates of internet gaming problem among internet users: Results from an internet survey. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 45(5), 174–183.
- Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis–stress model. *American Psychologist*, 70(4), 344–353. doi:10.1037/a0038929
- Targhetta, R., Nalpas, B., & Perney, P. (2013). Argentine tango: Another behavioral addiction? *Journal of Behavioral Addictions*, 2(3), 179–186. doi:10.1556/JBA.2.2013.007
- Tejeiro, R. A., Gómez-Vallecillo, J. L., Pelegrina, M., Wallace, A., & Emberley, E. (2012). Risk factors associated with the abuse of video games in adolescents. *Scientific Research*, 3(4), 310–314. doi:10.4236/psych.2012.34044
- Tejeiro, R., & Bersabé, R. M. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, 97(12), 1601–1606. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00218.x

- Thege, B. K., Woodin, E. M., Hodgins, D. C., & Williams, R. J. (2015). Natural course of behavioral addictions: A 5-year longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 1–14. doi:10.1186/s12888-015-0383-3
- Therien, P., Lavarenne, S. A., & Lecomte, T. (2014). The treatment of complex dual disorders: Clinicians' and service users' perspectives. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 10(6), 2–7. doi:10.4172/2155-6105.S10-006
- Thorens, G., Achab, S., Billieux, J., Khazaal, Y., Khan, R., Pivin, E., ... Zullino, D. (2014). Characteristics and treatment response of self-identified problematic Internet users in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 78–81. doi:10.1556/JBA.3.2014.008
- Torres-Rodríguez, A., & Carbonell, X. (2017). Update and proposal of treatment for Internet Gaming Disorder: PIPATIC Program. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 317–336.
- Torres-Rodríguez, A., & Carbonell, X. (2015). Adicción a los videojuegos en línea: Tratamiento mediante el programa PIPATIC. *Aloma*, 33(2), 67–75.
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M., Carbonell, X., Farriols-Hernando, N., & Torres-Jiménez, E. (2017). Internet gaming disorder treatment: A case study evaluation of four adolescent problematic gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Epub ahead of print. doi:10.1007/s11469-017-9845-9
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., & Carbonell, X. (2017). The treatment of internet gaming disorder: A brief overview of the PIPATIC program. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Epub ahead of print. doi:10.1007/s11469-017-9825-0
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., Carbonell, X. & Oberst, U. (en prensa). Internet Gaming Disorder in Adolescence: Psychological characteristics of a clinical sample. *Journal of Behavioral Addictions*.
- Triberti, S., Milani, L., Villani, D., Grumi, S., Peracchia, S., Curcio, G., & Riva, G. (2018). What matters is when you play: Investigating the relationship between online video games addiction and time spent playing over specific day phases. *Addictive Behaviors Reports*. doi:10.1016/j.abrep.2018.06.003
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (2004). Stress Burden and the Lifetime Incidence of Psychiatric Disorder in Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 61(5), 481. doi:10.1001/archpsyc.61.5.481
- Vaca, P., & Romero, D. (2007). Construcción de significados frente a los contenidos violentos de los videojuegos en niños de 11 a 14 años. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 35–48.
- van den Brink, W. (2017). ICD-11 Gaming Disorder: Needed and just in time or dangerous and much too early? *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 290–292. doi:10.1556/2006.6.2017.040
- van Rooij, A. J., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Shorter, G. W., Schoenmakers, M. T., & Van De Mheen, D. (2014). The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 157–165. doi:10.1556/JBA.3.2014.013
- Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Van den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A., & Van de Mheen, D. (2012). Video Game Addiction Test: Validity and psychometric characteristics. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15(9), 507–511. doi:10.1089/cyber.2012.0007

- Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Vermulst, A., Van den Eijnden, R., & Van de Mheen, D. (2011). Online video game addiction: Identification of addicted adolescent gamers. *Addiction, 106*(1), 205–212. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03104.x
- van Rooij, A. J., Zinn, M. F., Schoenmakers, T. M., & van de Mheen, D. (2012). Treating internet addiction with cognitive-behavioral therapy: A thematic analysis of the experiences of therapists. *International Journal of Mental Health and Addiction, 10*(1), 69–82. doi:10.1007/s11469-010-9295-0
- Voss, A., Cash, H., Hurdiss, S., Bishop, F., Klam, W. P., & Doan, A. P. (2015). Case report: Internet gaming disorder associated with pornography use. *Yale Journal of Biology and Medicine, 88*(3), 319–324.
- Wang, C. W., Chan, C. L. W., Mak, K. K., Ho, S. Y., Wong, P. W. C., & Ho, R. T. H. (2014). Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: A pilot study. *Scientific World Journal, 2014*. doi:10.1155/2014/874648
- Wartberg, L., Thomsen, M., Moll, B., & Thomasius, R. (2014). Pilot study on the effectiveness of a cognitive behavioural group programme for adolescents with pathological internet use. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie, 21* –35.
- Williams, D., Yee, N., & Caplan, S. E. (2008). Who plays, how much, and why? Debunking the stereotypical gamer profile. *Journal of Computer-Mediated Communication, 13*(4), 993–1018. doi:10.1111/j.1083-6101.2008.00428.x
- Winkler, A., Dörsing, B., Rief, W., Shen, Y., & Glombiewski, J. A. (2013). Treatment of internet addiction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*(2), 317–329. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.005
- Wittek, C. T., Finserås, T. R., Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Hanss, D., Griffiths, M. D., & Molde, H. (2015). Prevalence and predictors of video game addiction: A study based on a national representative sample of gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction, 14*(5), 672-686. doi:10.1007/s11469-015-9592-8
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: A clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *BioMed Research International, 2014*, 425924, 1-8. doi:10.1155/2014/425924
- Wood, R. (2008). Problems with the concept of video game “addiction”: Some case study examples. *International Journal of Mental Health and Addiction, 6*(2), 169–178. doi:10.1007/s11469-007-9118-0
- Wood, R., Griffiths, M. D., & Parke, A. (2007). Experiences of time loss among videogame players: An empirical study. *CyberPsychology & Behavior, 10*(1), 38–45. doi:10.1089/cpb.2006.9994
- Wood, R., Gupta, R., Derevensky, J., & Griffiths, M. (2004). Video game playing and gambling in adolescents: Common risk factors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 14*(1), 77–100. doi:10.1300/J029v14n01_05
- World Health Organization. (2014). *Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices: Meeting report*. Geneva.
- World Health Organization. (2016). Gaming disorder. Recuperado de <http://id.who.int/icd/entity/1448597234>
- Yan, W., Li, Y., & Sui, N. (2014). The relationship between recent stressful life events,

- personality traits, perceived family functioning and internet addiction among college students. *Stress and Health*, 30(1), 3–11. doi:10.1002/smi.2490
- Yao, Y. W., Chen, P. R., Li, C. shan R., Hare, T. A., Li, S., Zhang, J. T., ... Fang, X. Y. (2017). Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior*, 68, 210–216. doi:10.1016/j.chb.2016.11.038
- Yee, N. (2006). Motivations for play in online games. *CyberPsychology & Behavior*, 9(6), 772–775. doi:10.1089/cpb.2006.9.772
- Yee, N. (2006). The demographics, motivations and derived experiences of users of massively multi-user online graphical environments. *PRESENCE: Teleoperators and Virtual Environments*, 15, 309–329.
- Yeh, C. S. H. (2015). Exploring the effects of videogame play on creativity performance and emotional responses. *Computers in Human Behavior*, 53, 396–407. doi:10.1016/j.chb.2015.07.024
- Yellowlees, P. M., & Marks, S. (2007). Problematic Internet use or Internet addiction? *Computers in Human Behavior*, 23(3), 1447–1453. doi:10.1016/j.chb.2005.05.004
- Young, K. (2009). Understanding online gaming addiction treatment issues for adolescents. *American Journal of Family Therapy*, 37, 355–372. doi:10.1080/01926180902942191
- Young, K. S. (1998). *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction - and a winning strategy for recovering*. New York: John Wiley & Son, Inc.
- Young, K. S. (1998). Internet Addiction : The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237–244.
- Young, K. S. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 671–679. doi:10.1089/cpb.2007.9971
- Young, K. S. (2011). CBT-IA: The First Treatment Model for Internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(4), 304–312. doi:10.1891/0889-8391.25.4.304
- Young, K. S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), 209–215. doi:10.1556/JBA.2.2013.4.3
- Young, K. S. (2015). The evolution of Internet addiction. *Addictive Behaviors*, 64(2015), 2014–2015. doi:10.1016/j.addbeh.2015.05.016
- Young, K. S., & Brand, M. (2017). Merging theoretical models and therapy approaches in the context of internet gaming disorder: A personal perspective. *Frontiers in Psychology*,. doi:10.3389/fpsyg.2017.01853
- Yu, H., & Cho, J. (2016). Prevalence of internet gaming disorder among Korean adolescents and associations with non-psychotic psychological symptoms, and physical aggression. *American Journal of Health Behavior*, 40(6), 705–716. doi:10.5993/AJHB.40.6.3
- Zadra, S., Bischof, G., Besser, B., Bischof, A., Meyer, C., John, U., & Rumpf, H. J. (2016). The association between Internet addiction and personality disorders in a general population-based sample. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 691–699. doi:10.1556/2006.5.2016.086
- Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., & Petry, N. M. (2017). Treatments for Internet gaming

disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 979–994. doi:10.1037/adb0000315

Zhang, J. T., Yao, Y. W., Potenza, M. N., Xia, C. C., Lan, J., Liu, L., ... Fang, X. Y. (2016). Altered resting-state neural activity and changes following a craving behavioral intervention for Internet gaming disorder. *Scientific Reports*, 6(1), 28109. doi:10.1038/srep28109

Capítulo 7: ANNEXOS

CAPÍTULO 7. ANEXOS	281
Programa PIPATIC	285
Consentimiento Informado (12-18 años)	401
Consentimiento Informado (mayores de 18 años)	403
Valoraciones de los comités de ética	405
Certificado: Estancia de investigación	407
Documento: formación a los profesionales del Hospital de Mataró	408
Documento: formación a los profesionales CSMIJ Joan Obiols y las Áreas Básicas de Salud de Badalona	409

7.1. Programa PIPATIC

Programa de intervención psicológica para la adicción a las tecnologías de la información y la comunicación



Guía para profesionales

Autores:
Alexandra Rodríguez Torres
Xavier Carbonell Sánchez
Ursula Oberst

A lo largo de este anexo se desarrolla el programa PIPATIC en su totalidad, los supuestos básicos de la aplicación y su contenido terapéutico entre otros. La justificación teórica, el diseño y la discusión de los contenidos del presente programa quedan expuestos de forma transversal en la disertación de Torres-Rodríguez (2018) co-dirigida por el Dr. Xavier Carbonell Sánchez y el Dr. Mark D. Griffiths.

ÍNDICE

SUPUESTOS BÁSICOS DE APLICACIÓN DEL PIPATIC	289
OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DEL PIPATIC	293
ESTRUCTURA DEL PIPATIC.....	297
CONTENIDO PSICOTERAPÉUTICO DE LOS MÓDULOS	298
CRONOGRAMA DE LA APLICACIÓN DEL PIPATIC.....	304
TÉCNICAS Y RECURSOS PSICOTERAPÉUTICOS TRANSVERSALES DEL PIPATIC.....	305
GUÍA PARA PROFESIONALES: APLICACIÓN DEL PIPATIC	306
1. MÓDULO PSICOEDUCATIVO.....	306
1.1. PSICOEDUCACIÓN CON EL PACIENTE.....	306
1.2. PSICOEDUCACIÓN CON LA FAMILIA.....	307
1.3. DEFINICIÓN DE METAS Y OBJETIVOS (adherencia al tratamiento).	309
1.4. ASPECTOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	310
2. MÓDULO DE INTERVENCIÓN ESTÁNDAR EN ADICCIONES CONDUCTUALES	312
2.1. SUBMÓDULO DE CONTROL DE ESTÍMULOS EN LA ADICCIÓN.	312
2.2. SUBMÓDULO DE APRENDIZAJE DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO ADECUADAS.....	319
2.3. SUBMÓDULO DE MODIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS SOBRE LA CAPACIDAD DE CONTROL.....	319
2.4. SUBMÓDULO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	321
2.5. SUBMÓDULO DE EXPOSICIÓN.....	323
3. MÓDULO INTRAPERSONAL	325
3.1. SUBMÓDULO DE IDENTIDAD.....	325
3.2. SUBMÓDULO DE AUTOESTIMA.....	328
3.3. SUBMÓDULO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	332
3.4. SUBMÓDULO DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO.....	340
4. MÓDULO SOCIAL	344
4.1. SUBMÓDULO DE COMUNICACIÓN.....	345
4.2. SUBMÓDULO DE ASERTIVIDAD	348
4.3. SUBMÓDULO DE ESTILOS DE RESPUESTA	349
5. MÓDULO FAMILIAR.....	359
5.1. SUBMÓDULO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR	360
5.2. SUBMÓDULO DE ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES	365
5.3. ESTABLECER VÍNCULOS	369

6.	CREACIÓN DE NUEVO ESTILO DE VIDA.....	369
6.1.	SUBMÓDULO DE AUTOOBSERVACIÓN DE LA MEJORÍA.....	369
6.2.	SUBMÓDULO DE ACTIVIDADES ALTERNATIVAS.....	370
6.3.	SUBMÓDULO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.....	371
	REFERENCIAS.....	374

SUPUESTOS BÁSICOS DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA PIPATIC

En este apartado se definen una serie de supuestos básicos que se deben considerar en la aplicación del programa PIPATIC por parte de los profesionales de la salud o investigadores que deseen llevar a cabo el presente tratamiento manualizado para la adicción a los videojuegos en línea. A continuación, se resumen los siguientes supuestos de aplicación:

1. **¿A quién va dirigido el programa PIPATIC?** El programa que se presenta en este anexo va dirigido a adolescentes y jóvenes con una adicción o uso problemático de los videojuegos en línea. A lo largo de este documento únicamente se hace referencia a la población adolescente o joven y sus familias. Sin embargo, es esencial considerar que si se desean realizar replicaciones de los estudios presentados en la disertación doctoral de Torres-Rodríguez (2018) el programa PIPATIC fue aplicado a una muestra de adolescentes de entre 12 a 18 años y a un caso de un adulto con adicción a los videojuegos. Por lo tanto, si se desea aplicar al programa PIPATIC adultos convendría adaptar algunos aspectos de este programa por parte del clínico. Por otro lado, si se desea su aplicación a rangos de edad fuera de los 12 a 18 años, como los 11 años o los 23 años consideramos que el programa PIPATIC o a usos problemáticos con otras tecnologías puede ser aplicado sin excesivas modificaciones por parte del clínico. En esta línea, el clínico debería considerar que es un programa que únicamente ha sido evaluado en la franja de edad de 12 a 18 años.
2. **El papel de la familia es de vital importancia**, ya que, en el programa PIPATIC, actúan como co-terapeutas y receptores de una intervención que pretende mejorar la dinámica familiar. La participación de la familia en las intervenciones para las adicciones tecnológicas es fundamental ya que, las relaciones familiares pobres y/o conflictivas presentan una elevada concurrencia con la adicción a los videojuegos en línea (Bonnaire & Phan, 2017; Liu et al., 2015).
3. Antes de iniciar las sesiones al programa PIPATIC, **conviene realizar una primera visita (o sesión cero)** con el adolescente o joven junto a su familia, ya que, en la mayoría de ocasiones suele ser la demandante (Griffiths & Meredith, 2009). En esta sesión es esencial una presentación del profesional, atender la demanda por su parte, exponer los objetivos del programa, así como los módulos y sus contenidos. Para los clínicos que deseen aplicar el programa PIPATIC se debe considerar que, como en todo proceso psicoterapéutico, se deba realizar una exploración psicológica previa para determinar si el paciente se puede

beneficiar de la intervención PIPATIC o convendría realizar otro tipo de abortamiento terapéutico. Para los investigadores que deseen realizar replicaciones previamente se considera obligatorio informar al paciente de toda la información relacionada con el estudio que se esté llevando a cabo, y en consecuencia, la firma de los consentimientos informados para participar en el estudio.

4. **La primera sesión se realizará con el paciente junto a su familia**, ya que, en la mayoría de ocasiones suele ser la demandante. En esta sesión, es esencial una presentación del profesional y los usuarios, una demanda por su parte, una exposición de los objetivos del programa, así como los módulos en los que está estructurado, junto con una demanda de compromiso y responsabilidad por parte del adolescente o joven y por parte de la familia, siendo así miembros activos en el proceso terapéutico.

Durante el programa de intervención se realizarán tres tipos de sesiones intercaladas según el módulo:

Tabla 1

Tipo de sesión, según los participantes, del programa de intervención PIPATIC

	Módulos en los que se realizará este tipo de intervención
Individual	1; 2; 3; 4; 6
Sesión con los padres o familia del paciente.	1
Sesiones familiares: adolescente y padres.	1; 2; 5; 6

En este aspecto, cabe puntualizar que **al finalizar cada módulo del PIPATIC los padres pueden entrar a sesión durante los últimos quince minutos para aportar un *feedback* de los avances**, así como ayudar al paciente y su familia a destacar aspectos a trabajar en mayor profundidad. En estas intervenciones breves, también puede dar lugar a un espacio a tratar necesidades no contempladas en el programa, dudas o aspectos del día a día del adolescente con su familia como, por ejemplo, diferentes tipos preocupaciones puntuales o dudas respecto la aplicación de pautas terapéuticas. Así pues, en las sesiones puede haber espacios abiertos en los que el terapeuta debe relacionar las preocupaciones esporádicas con los contenidos del programa para así promover la integración de algunas técnicas trabajadas en el módulo.

5. El programa de intervención psicológica se establece en 22 sesiones y su duración se estima alrededor de los 6 a 7 meses. El programa incluye dos sesiones más, llamadas flotantes ya que otorgan cierta flexibilidad al programa. **Ambas sesiones pueden ser incorporadas al módulo o a los módulos que el terapeuta escoja en relación a las necesidades de cada paciente** (Torres-Rodríguez, Griffiths, & Carbonell, 2017). Estas sesiones tienen el fin de aportar algo de flexibilidad, a la vez que, pretende no afectar a las investigaciones de una forma sustancial a los resultados del tratamiento entre sujetos al ser una cantidad mínima de sesiones flexibles. La flexibilidad es algo necesario en la psicoterapia individualizada, aunque difícil de aplicar en tratamientos manualizados que posteriormente serán evaluados en estudios de eficacia (Carroll & Nuro, 2002; Therien et al., 2014). Por otro lado, **en la práctica clínica y con respecto a los contenidos del programa de intervención proponemos ser flexibles en la aplicación del programa PIPATIC**. El psicoterapeuta podría escoger determinados módulos o submódulos según las características individuales que presenta el sujeto. En este aspecto, cabe destacar que los módulos generales 1 y 6, deben de mantenerse en primer y último lugar respectivamente, sirviendo de presentación y de clausura.

6. La relación de los adolescentes con los videojuegos merece una atención especial porque los videojuegos fascinan a los adolescentes con numerosos factores de atracción y motivación. En este estudio no se ha considerado la abstinencia debido a que los videojuegos e internet forman parte de la sociedad con un elevado uso diario, es por ello, que se pretende transformar el uso desadaptativo en un uso más adecuado y saludable. Este posicionamiento es común en la mayoría de estudios de tratamiento de la adicción a los videojuegos y/o adicción a internet (Du, Jiang, & Vance, 2010; Kim, 2008; King & Delfabbro, 2014; Li & Wang, 2013). Uno de los pocos estudios que adoptó un enfoque basado en la abstinencia fue el de Young (2007).

7. La creación de un programa que incluye tratamiento en varias áreas personales, se justifica por que la verdadera recuperación en este tipo de casos consiste en examinar los problemas subyacentes al hábito de juego. Las personas necesitan examinar los motivos emocionales que les impulsan a jugar en exceso y buscar otras alternativas para satisfacer esas necesidades. Young (2013) defiende la necesidad de terapia para una recuperación, ya que, los jugadores tienen otro tipo de problemas añadidos relacionados con el trabajo, problemas emocionales, sociales o familiares. Diversas investigaciones (Díaz, Beranuy, & Oberst, 2008; Kelly, 2004; Kuss & Griffiths, 2012; Mazurek & Engelhardt, 2013; Rehbein,

Psych, Kleimann, Mediasci, & Mößle, 2010; Tejeiro, Gómez-Vallecillo, Pelegrina, Wallace, & Emberley, 2012; Wittek et al., 2015; Yee, 2006b) han optado por una comprensión etiológica bio-psico-social que explican cómo confluyen diversos factores predisponentes y precipitantes en el desarrollo del uso problemático de los videojuegos en línea.

8. **El programa de intervención se basa en una orientación integradora: abarcando la orientación cognitivo-conductual, la orientación dinámica y la constructivista.** La principal orientación utilizada en el desarrollo del programa PIPATIC es la TCC por ser relevante empíricamente, comúnmente utilizada y eficaz en los trastornos adictivos. Sin embargo, siguiendo las propuestas de estudios que consideran más efectivo el uso de múltiples estrategias psicoterapéuticas en lugar de una única (Dong & Potenza, 2014; Orzack, Voluse, Wolf, & Hennen, 2006; Shek, Tang, & Lo, 2009; Therien et al., 2014) también se han considerado aspectos de la perspectiva integradora en psicoterapia. Se han incluido diversas intervenciones específicas no pertenecientes a la TCC y que se pueden encontrar en la tabla 2 (p.e. entrevista motivacional y psicoeducación), la tabla 4 (p.e. conceptos de la Terapia Centrada en la Persona, estrategias de regulación emocional y de maduración del adolescente), tabla 6 (p.e. terapia familiar), etc. Además, se ha otorgado especial importancia a los factores comunes en psicoterapia siendo aplicados transversalmente durante todo el tratamiento (Arkowitz, 1997; Branco, 1992; Corbella & Botella, 2004; Fernández & Rodríguez, 2002; Hofmann & Barlow, 2014; Kleinke, 1995; Laska, Gurman, & Wampold, 2014).
9. En este programa de intervención no se ha considerado la abstinencia a largo plazo debido a que los videojuegos e internet forman parte de la sociedad con un elevado uso diario, es por ello, que se pretende transformar el uso desadaptativo en un uso más adecuado y saludable. Por otro lado, con el objetivo de controlar la conducta o en la aplicación de consecuencias en el hogar, en el programa sí se aplican períodos cortos de abstinencia (por ejemplo, un día o dos sin jugar). Este posicionamiento es común en la mayoría de estudios de tratamiento de la adicción a los videojuegos y/o adicción a internet (Du, Jiang, & Vance, 2010; Kim, 2008; King & Delfabbro, 2014; Li & Wang, 2013). Uno de los pocos estudios que adoptó un enfoque basado en la abstinencia fue el de Young (2007).
10. A lo largo del programa se presentan tareas para casa o mecanismos de generalización de contenidos de las sesiones psicoterapéuticas a la vida diaria. De forma transversal y a lo largo del programa PIPATIC se hace uso de autorregistros del adolescente y, en ocasiones

puntuales, de los familiares. Es esencial que el terapeuta pida y aborde brevemente los autorregistros en cada sesión para detectar las dificultades de control que vayan emergiendo, así como el tiempo que pasa el adolescente jugando a videojuegos.

11. El programa se debe aplicar conforme a los principios éticos de beneficencia, de autonomía y de justicia y a las reglas básicas de la ética profesional: veracidad, confidencialidad y fidelidad. El programa debe ser aplicado únicamente por psicólogos que sean psicoterapeutas de la salud.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DEL PIPATIC

a. Objetivos principales del programa de intervención

El programa de intervención que presentamos, pretende proporcionar asistencia psicológica a adolescentes con adicción a las TIC y los videojuegos en línea. Los propósitos terapéuticos principales del programa de intervención psicológica son los siguientes:

- (viii) Ofrecer un tratamiento integral frente al aumento de demandas de ésta problemática en la salud mental.
- (ix) Lograr un uso adaptativo de los videojuegos en línea en el adolescente o joven.
- (x) Adaptarse a distintos perfiles de usuarios: con distintas comorbilidades y/o características psicológicas.
- (xi) Dotar al adolescente o joven de autonomía y estrategias de afrontamiento adecuadas para afrontar diversas dificultades.
- (xii) Asistir de manera multidimensional al adolescente o joven, en el área personal (autoestima, inteligencia emocional, identidad, etc.), social, familiar y escolar/laboral.
- (xiii) Asistir a la familia del adolescente o joven.
- (xiv) Restablecer en el paciente, cuanto antes, un patrón de vida normalizado, reforzante y saludable.

b. Objetivos específicos del programa:

Los objetivos principales están interrelacionados con los objetivos específicos de los módulos y submódulos. Asimismo, consideramos que la consecución de los objetivos específicos conllevará la adquisición de los objetivos principales que hemos propuesto anteriormente.

A continuación, presentamos una tabla en la que mostramos los objetivos específicos del programa de intervención:

Primera visita: acogida	Atención a la demanda inicial
Acogida	Atender a la demanda del paciente y presentación del psicoterapeuta.
Otorgar información del proceso	Dar información sobre el proceso psicoterapéutico
Módulo 1. Psicoeducación y motivación	Aumentar conocimientos sobre el uso adaptativo de los videojuegos. Incrementar la conciencia sobre su problemática y la motivación hacia la intervención.
1.1. Definición de metas y objetivos	Fomentar la alianza terapéutica y delimitar los objetivos que esperan el adolescente y su familia respecto al tratamiento.
1.2. Psicoeducación y motivación en el Paciente.	Aumentar los conocimientos y estrategias para conseguir un uso adaptativo de los videojuegos. Incrementar la conciencia sobre el problema.
1.3. Psicoeducación familiar	Aumentar los conocimientos sobre las TIC y los videojuegos. Asistir las ansiedades y dudas paternas dando pautas de conducta para actuar.
1.4. Entrevista motivacional	Incrementar la conciencia sobre el problema y la motivación hacia el tratamiento. Trabajar las resistencias del paciente.
Módulo 2. Intervención estándar en adicciones adaptado a las adicción a las TIC	Controlar los impulsos y el <i>craving</i> del jugador, para conseguir un uso adaptativo de los videojuegos.
2.1. Control de estímulos	Limitar el tiempo de juego y controlar los impulsos.
2.2. Aprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas	Generar habilidades de autocontrol y relajación para controlar los estímulos relacionados con la adicción a los videojuegos.
2.3. Reestructuración cognitiva	Rechazar ideas irracionales que interfieren en el control de la conducta. Modificar las distorsiones cognitivas sobre la capacidad de control.
2.4. Solución de problemas relacionados con la adicción	Enseñar a afrontar adecuadamente las dificultades vitales, sin recurrir a la conducta adictiva a modo de evitación, huida, estimulación, etc.
2.5. Exposición	Eliminar el <i>craving</i> , logrando un control y restablecer un uso adaptativo.

Módulo 3. Intrapersonal	Reforzar del proceso de maduración personal, orientado a la construcción de una personalidad sólida y autónoma.
3.1. Identidad	Generar <i>insight</i> sobre la propia identidad y ajustarla a la realidad para poder afrontar las experiencias. Fomentar el autoconocimiento de uno mismo mediante la introspección.
3.2. Autoestima	Aumentar la autoestima de forma saludable para afianzar una personalidad madura y aumentar las posibilidades de éxito en las metas que se proponga.
3.3. Inteligencia Emocional	Dotar de estrategias que permitan al sujeto auto-gestionar situaciones conflictivas y emociones. Generar autocontrol y regulación emocional.
3.4. Habilidades de Afrontamiento	Dotar de habilidades al adolescente para que pueda generar conductas alternativas.

Módulo 4. Interpersonal	Aumentar la eficacia interpersonal mediante la educación de las relaciones sociales.
4.1. Comunicación	Incrementar las habilidades de comunicación del sujeto.
4.2. Asertividad	Trabajar terapéuticamente la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los derechos personales y de los demás.
4.3. Estilo de respuesta	Generar respuestas adecuadas y reforzantes.

Módulo 5. Familiar	Mejorar el funcionamiento familiar.
5.1. Comunicación familiar	Incrementar y mejorar la comunicación familiar mediante la capacidad de escuchar y la resolución de problemas en familia. Comprender la dificultad vital que conlleva etapa de la adolescencia.
5.2. Límites familiares	Fomentar el uso de las reglas y los límites.
5.3. Vínculos afectivos	Establecer y mejorar vínculos afectivos en la familia.

Módulo 6. Creación de un nuevo estilo de vida	Generar nuevos parámetros y reflexiones sobre nuevos estilos de vida después del tratamiento.
------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

6.1. Auto-observación de la mejoría	Detectar las mejoras y la consecución de los objetivos, así como, hacer consciente al adolescente de su mejora.
--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.2. Actividades alternativas	Promover y generar reflexión sobre nuevas actividades satisfactorias.
--------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

6.3. Prevención de recaídas	Prevenir, anticipar y alertar al adolescente y a la familia posibles recaídas y fomentar el uso de estrategias para la prevención de éstas.
------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Finalización del tratamiento y seguimiento terapéutico	Concluir el tratamiento y realizar un seguimiento periódico del paciente
---------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Finalización del tratamiento	Despedida, revisión de los objetivos logrados en el tratamiento. Ayudar al participante a poder concluir el proceso terapéutico.
-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Seguimiento	Otorgar seguridad y sentimiento de autoeficacia al paciente manteniendo un proceso de distanciamiento con el terapeuta. Atender posibles riesgos o recaídas.
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ESTRUCTURA DEL PIPATIC

El presente programa se compone de 6 módulos generales que engloban submódulos más específicos.

0. Atención a la demanda inicial: Acogida y motivación.

1. Módulo Psicoeducativo y motivacional

Submódulos

- 1.1. Definición de metas y objetivos
- 1.2. Psicoeducación con el adolescente
- 1.3. Psicoeducación familiar
- 1.4. Entrevista motivacional

2. Módulo de Intervención Estándar en Adicciones Conductuales

Submódulos

- 2.1. Control de estímulos en la adicción
- 2.2. Aprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas
- 2.3. Reestructuración cognitiva
- 2.4. Solución de problemas relacionados con la adicción
- 2.5. Exposición

3. Módulo Intrapersonal

Submódulos

- 3.1. Identidad
- 3.2. Autoestima
- 3.3. Inteligencia Emocional
- 3.4. Habilidades de Afrontamiento

4. Módulo Interpersonal

Submódulos

- 4.1. Comunicación
- 4.2. Asertividad
- 4.3. Estilo de respuesta

5. Módulo Familiar

Submódulos

- 5.1. Comunicación familiar
- 5.2. Límites Familiares
- 5.3. Vínculos afectivos

6. Módulo de creación de un nuevo estilo de vida

Submódulos

- 6.1. Auto-observación de la mejoría
- 6.2. Actividades alternativas
- 6.3. Prevención de recaídas

CONTENIDO PSICOTERAPÉUTICO DE LOS MÓDULOS

0. ATENCIÓN A LA DEMANDA: ACOGIDA Y MOTIVACIÓN INICIAL

	Contenidos	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
ACOGIDA	Alianza terapéutica Demanda: objetivos y expectativas. Motivar hacia del programa de intervención.	Escucha activa de la demanda. Obtener información. Comprobar si existe algún motivo de prioridad en la atención. Informar y orientar.	Encuadre terapéutico. Contrato terapéutico. Definición de la demanda. Evaluación cualitativa
EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL	Evaluación inicial (PRE-TEST)	Orientar e informar sobre las dudas que aparezcan en la administración de los test. Corrección y análisis de datos. Evaluar y Diagnosticar	Administración del Protocolo de Evaluación PIPATIC.

1. MÓDULO PSICOEDUCATIVO (3 sesiones)

	Contenidos	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
1.1. Motivación	Entrevista motivacional	Escucha activa del problema. Expresar empatía. Encuadrar la situación personal. Trabajar las resistencias del paciente.	Reforzar la automotivación. Explorar valores. Balance decisional.
1.2. Definición de metas y objetivos	Definición de metas para delimitar problema, generar el inicio del cambio. Organización de la responsabilidad y hábitos diarios.	Papel activo en la negociación. Mostrar empatía y reflexión hacia cada objetivo o meta individual. Confrontar aquellas metas no terapéuticas. Realizar peticiones iniciales al adolescente de control estimular y responsabilidad.	Realización de una lista de metas negociada (participante, familia y psicólogo). Elaboración de tarjetas recordatorias con las metas y objetivos. Realización y consenso de nuevos horarios centrados en hábitos que sean terapéuticos.
1.3. Psicoeducación con el adolescente	TIC y videojuegos: uso desadaptativo y adaptativo, beneficios y desventajas. Percepción de la realidad.	Orientar y dar instrucciones sobre la auto-observación. Explorar el uso y los conocimientos de las TIC. Recalcar la importancia de la honestidad en los autorregistros. Generar conciencia del problema. Utilizar el refuerzo, la confrontación y la contención.	Técnicas retórico-pragmáticas. Auto-observación individual mediante autorregistros. Negociación. Lectura individual de material psicoeducativo. Técnicas de motivación.
1.4. Psicoeducación familiar	TIC y videojuegos: uso desadaptativo y adaptativo, beneficios y desventajas.	Informar y orientar. Resolver dudas. Contener y regular las ansiedades.	Hetero-observación por parte de la familia. Psicoeducación familiar y primeras pautas para el uso adaptativo de las TIC

2. MÓDULO DE INTERVENCIÓN ESTÁNDAR EN ADICCIONES CONDUCTUALES (5 sesiones)

	Contenidos	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
2.1. Control de estímulos en la adicción	Control de los impulsos. Control del <i>craving</i> . Capacidad de autocontrol. Falsa creencia de control.	Ejemplificar situaciones de pérdida de control. Contener las dificultades de la auto-observación. Detectar usos inadecuados. Generar la expresión emocional del malestar. Relacionar el contexto y las emociones con la conducta.	Control estimular: establecer un tiempo de conexión limitado o abstinencias cortas. Establecer horarios de actividades, autocuidado y ocio. Repasar el auto-registro del módulo anterior: generar <i>insight</i> , reflexión y concienciación. Detención del pensamiento. Refuerzo positivo y auto-reforzamiento. Técnicas de tolerancia al malestar.
2.2. Aprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas	Respuestas de afrontamiento inadecuadas relacionadas con la falta de control y la adicción.	Guiar la reflexión sobre la relación que se establece con la adicción. Interpretar conductas y cogniciones. Promover nuevas respuestas adaptativas en situaciones que generan malestar	Entrenamiento en respuestas alternativas. Estrategias de control estimular. Entrenamiento en auto-instrucciones.
2.3. Reestructuración cognitiva	Distorsiones cognitivas e ideas irracionales que interfieren en control de la conducta.	Modificación de las distorsiones cognitivas sobre la capacidad de control. Trabajo terapéutico basado en la terapia racional emotiva de Ellis y en la terapia cognitiva de Beck. Ejemplificar y utilizar metáforas. Transformar ideas irracionales y distorsiones cognitivas.	Explicación del modelo ABC. Detección de ideas irracionales y de las distorsiones cognitivas. Auto-registro ABC. Debate socrático. Reducción a lo absurdo. Imaginación de situaciones. Auto-observación del propio modelo ABC. Ensayo de la conducta.
2.4. Solución de problemas relacionados con la adicción	Identificar, definir y resolver situaciones problemáticas relacionadas con la adicción.	Guiar reflexiones sobre situaciones que puedan generar malestar y las consecuencias. Enseñar a afrontar adecuadamente estas situaciones sin recurrir a la conducta adictiva a modo de evitación, huida y/o estimulación.	Identificación de situaciones problema. <i>Roleplaying</i> : de la situación conflictiva y de la situación alternativa. Tareas para casa. Lista de pensamientos de afrontamiento. Auto-reforzamiento.
2.5. Exposición	Desaparición del <i>craving</i> hacia la conducta inadecuada.	Guiar un proceso de exposición con el objetivo de que la actividad compulsiva se transforme en una actividad adaptativa y controlada. Ofrecer contención emocional. Guiar al co-terapeuta en el proceso de exposición.	Exposición en imaginación. Exposición con co-terapeuta. Detención del pensamiento. Pensamientos de afrontamiento. Fomentar la auto-observación. Refuerzo y auto-reforzamiento.

3. MÓDULO INTRAPERSONAL (5 sesiones)

	Contenidos	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
3.1. Identidad	<p>Los diferentes niveles de identidad: yo ideal, ideal del yo, el yo.</p> <p>Autoconocimiento mediante la introspección.</p> <p>Identidad estable</p> <p>Identidad respecto a la adicción.</p>	<p>Facilitar la expresión de emociones.</p> <p>Generar conexiones y visiones globales.</p> <p>Realizar preguntas reflexivas sobre la identidad.</p> <p>Guiar las actividades.</p> <p>Contener posibles emociones negativas.</p> <p>Reforzar el proceso de maduración personal, orientado a una construcción de la personalidad sólida y autónoma.</p>	<p>Actividades que promueven el autoconocimiento de la propia identidad.</p> <p>Autobiografía existencial.</p> <p>Refuerzo.</p> <p>La línea del tiempo.</p>
3.2. Autoestima	<p>Los tres conceptos del sí mismo (Rogers, 1959): Autoimagen, Autoestima, yo ideal.</p>	<p>Dar información sobre la autoestima y realizar psicoeducación.</p> <p>Guiar el cambio sobre la forma de describirse a sí mismo que tiene el adolescente.</p> <p>Estimula la instauración de pensamientos más positivos y proactivos en el paciente.</p>	<p>Autoafirmaciones y autorreforzamiento.</p> <p>Establecimiento y modificación de la autoimagen psíquica y física: frases incompletas, valoración de uno mismo, autorreforzamiento, análisis de situaciones de éxito y fracaso, etc.</p>
3.3. Inteligencia Emocional	<p>Generar autocontrol.</p> <p>Estrategias de autogestión y regulación emocional.</p>	<p>Reforzar de forma positiva los avances del paciente.</p> <p>Conectar la falta de autocontrol y la ansiedad con situaciones y emociones.</p> <p>Promover el <i>insight</i> y el autoconocimiento de las propias capacidades.</p>	<p>Auto-observación y autoevaluación.</p> <p>Técnicas de respiración.</p> <p>Técnicas y actividades de regulación emocional.</p> <p>Técnicas de tolerancia al malestar.</p> <p>Detención del pensamiento</p>
3.4. Habilidades de afrontamiento	<p>Generar nuevas habilidades y estrategias emocionales para fomentar conductas alternativas y adaptativas.</p>	<p>Guiar y fomentar en el paciente una correcta gestión de problemas que pueda aplicar a diariamente.</p>	<p>Entrenamiento en respuestas alternativas.</p> <p>Estrategias de control estimular.</p> <p>Entrenamiento en autoinstrucciones.</p>
3.5. Solución de problemas	<p>Habilidades y estrategias para la solución de problemas intrapersonales e interpersonales.</p> <p>Autogestión de las situaciones conflictivas.</p>	<p>Fomentar la expresión de ansiedades y miedos respecto a situaciones vitales conflictivas del adolescente.</p> <p>Guiar la elaboración de respuestas adaptativas.</p>	<p>Delimitación del conflicto.</p> <p>Guía de respuesta.</p> <p>Autorrefuerzo.</p> <p>Autocorrección.</p> <p>Ensayo de la conducta.</p>

4. MÓDULO INTERPERSONAL (2 sesiones)

	Contenidos	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
5.1. Comunicación	Comunicación interpersonal Estilos de comunicación	Detectar si hay algún tipo de conducta problema que genera una comunicación no exitosa ni adecuada.	Psicoeducación sobre la comunicación: elementos verbales y no verbales. <i>Role-playing</i> Comunicación en conflictos sociales. Actividades relacionadas con la escucha activa.
5.2. Asertividad	Asertividad Derechos humanos básicos	Trabajar la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los derechos personales y de los demás. Fomentar el <i>insight</i> y la introspección.	Actividades relacionadas con la asertividad.
5.3. Estilo de respuesta	Estilos de respuesta. Patrones repetitivos de conducta, pensamiento y emoción relacionados con el estilo de respuesta. Consecuencias de los estilos de respuesta.	Detección del patrón de estilo de respuesta según la conducta verbal, no verbal, los pensamientos y emociones trabajados psicoterapéuticamente. Fomentar la reflexión sobre las consecuencias de los diferentes estilos. Generar conexiones de estilo con determinadas situaciones.	Expresar y comunicar. <i>Role-playing</i> sobre el estilo de respuesta. Afrontar problemas de forma asertiva: expresar, señalar el momento, caracterizar, adaptar los sentimientos, acentuar la cooperación, limitar, posponer una conversación, empatizar, defender los propios sentimientos, disco rayado, etc.

5. MÓDULO FAMILIAR (3 sesiones)

	Contenidos	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
5.1. Comunicación Familiar	Comunicación Familiar. Estilos de comunicación. Comunicación familiar adaptativa.	Contener ansiedades y emociones negativas que puedan surgir. Detectar errores en la comunicación, trabajar cambios en la comunicación para producir una comunicación adecuada.	Escucha activa Resolución de problemas en familia. Actividades específicas de este Submódulo.
5.2. Establecimiento de límites	Límites familiares. Valor de los límites familiares. Funcionamiento familiar.	Guiar la identificación de los límites familiares. Establecer decisiones y límites mediante la negociación. Contener ansiedades y emociones.	Psicoeducación sobre la adolescencia. Actividades relacionadas con la necesidad de reglas, la negociación, recordar las reglas sin criticar al otro, utilización de las consecuencias, etc. <i>Roleplaying</i> . Refuerzo positivo.
5.3. Establecer vínculos	Vínculos afectivos: inseguro o ambivalente, evitativo, desorganizado y seguro.	Detección del tipo de vínculo familiar. Establecer y mejorar vínculos afectivos en la familia. Devolver el feedback sobre las situaciones familiares. Moderador de las decisiones en conjunto. Contener ansiedades y emociones negativas que puedan surgir.	Psicoeducación sobre los vínculos afectivos. <i>Roleplayings</i> . Ensayo de la conducta en casa. Tareas para casa (generalización del aprendizaje). Actividades relacionadas con mostrar afecto.

6. MÓDULO CREACIÓN DE UN NUEVO ESTILO DE VIDA (2 sesiones)

	Contenidos	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
6.1. Auto-observación de la mejoría	Las capacidades del adolescente. Aumentar la conciencia sobre los cambios.	Reforzar positivamente los cambios. Facilitar estrategias para mantener dichos cambios. Considerar con el adolescente los beneficios específicos que cada módulo ha podido aportarle.	Autorregistro. Comparación de autorregistros. Auto-observación de los cambios. Balance entre la situación anterior y la actual.
6.2. Actividades alternativas	Generar actividades alternativas a las anteriores.	Promover la reflexión del adolescente sobre actividades próximas a desarrollar diferentes a jugar a videojuegos o utilizar las nuevas tecnologías.	Desarrollar una lista de actividades que generan bienestar, felicidad y agraden al adolescente.
6.3. Prevención de recaídas simple	Prevención de recaídas breve.	Explorar emociones actuales. Indicar ideas, recursos y herramientas para evitar recaídas.	Anticipar posibles recaídas. Resolver posibles futuras recaídas. Buscar estrategias a posibles futuras recaídas. Lista de posibles situaciones que precipiten una recaída. Material de prevención de recaídas.

7. FINALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PIPATIC Y POSTEVALUACIÓN

	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
FIN	Despedida. Las habilidades adquiridas a lo largo del proceso.	Finalización de la psicoterapia. Contención emocional.	Contención emocional. Prevención de recaídas breve.
POST-TEST	Administración de la batería.	Devolución de los resultados.	Corrección y evaluación de los cuestionarios y test utilizados.
SEGUIMIENTO	Afianzar los procesos y aprendizajes del tratamiento. Realizar seguimiento del paciente.	Monitorizar la mejoría del paciente. Iniciar un proceso de distanciamiento con el terapeuta Promover la autoeficacia en el paciente. Atender posibles riesgos a recaídas.	Contención emocional. Refuerzo de la autoeficacia. Generalización de aprendizajes.

CRONOGRAMA DE LA APLICACIÓN DEL PIPATIC

ACOGIDA Y MOTIVACIÓN HACIA LA INTERVENCIÓN

Sesiones

0. Primera visita informativa	Se dedicará una sesión inicial para informar sobre la investigación y motivar hacia el programa de intervención.
0. Evaluación	En función de cada caso, se dedicará una sesión a la evaluación o bien, el adolescente lo hará como tarea para casa.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PIPATIC EN ADOLESCENTES CON ADICCIÓN A LAS TIC

MÓDULOS

Entre 22 Sesiones, aproximadamente 5 meses de duración

1. Psicoeducación	x x x								
2. Intervención estándar en adicciones		x x x x x							
3. Intrapersonal			x x x x x						
4. Interpersonal				x x					
5. Familiar					x x x				
6. Creación de un nuevo estilo de vida								x x	

Nota. Las dos sesiones flotantes se pueden añadir a los módulos que el profesional considere necesario adaptándose a las necesidades de cada paciente.

EVALUACIÓN FINAL (POST-TEST) Y DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS

Sesiones

0. Evaluación final	Se dedicará una sesión final para la administración de la batería post-test.
0. Devolución	Una vez evaluada la batería se citará al adolescente y a la familia para realizar la devolución de los resultados

El programa tiene una duración de seis meses porque diversas investigaciones muestran como entre la cuarta y séptima sesión de psicoterapia el porcentaje de pacientes que experimentan cambios es de un 50%-60% (Kadera et al., 1996), mientras que al cabo de 6 meses de terapia semanal los pacientes mejoran en un 75% (Lambert & Bergin, 1994).

TÉCNICAS Y RECURSOS PSICOTERAPÉUTICOS TRANSVERSALES DEL PIPATIC

Los módulos se componen de apartados de intervención que hemos denominado Submódulos. En éstos, se inicia una intervención psicoterapéutica con el paciente para conseguir la serie de objetivos específicos citados anteriormente. En la intervención psicoterapéutica de cada Submódulo se proponen una serie de técnicas psicológicas y recursos terapéuticos para generar el cambio y la consecución de los objetivos. A lo largo del programa de intervención, independientemente del módulo, están presentes una serie de habilidades comunes y propias de la figura del psicólogo en diversas orientaciones teóricas:

<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar empatía • Mostar una escucha activa y reflexiva • Aceptación incondicional • Autenticidad • Cordialidad • Competencia • Confianza • Grado de directividad intermedio: mostrar flexibilidad cuando se requiera • Clarificación • Paráfrasis • Reflejo • Síntesis • Preguntas • Confrontación • Interpretación: dar significado 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar • Proporcionar <i>feedback</i>. • Promover la responsabilidad • Generar sentimientos de autoeficacia • Suscitar la capacidad de <i>insight</i> • Fomentar la alianza terapéutica • Mostrar Apoyo y contención • Proveer seguridad en el contexto de la relación terapéutica • Detectar los recursos y capacidades • Generar conexiones y visiones globales • Habilidades pragmático retóricas: Clarificación de posiciones o roles, uso de la voz experta, consensuar, recurso a la utilidad, metáforas, reconocimiento de necesidades y deseos, y clarificación de malentendidos.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GUÍA PARA PROFESIONALES: APLICACIÓN DEL PIPATIC

1. MÓDULO PSICOEDUCATIVO

Evaluación que se llevará a cabo: se evaluará el conocimiento que tiene el sujeto y su familia sobre las TIC y los videojuegos en línea, sobretodo, en cuanto a su uso adaptativo y moderado. También se valorarán factores como la motivación del paciente y su familia hacia el tratamiento y la consciencia que tiene el adolescente o joven acerca de su dificultad. También es conveniente ir evaluando a lo largo de este módulo la disposición que tiene el adolescente a un nuevo estilo de vida y su motivación para el cambio, mediante el modelo de procesos de cambio de Prochaska, Norcross y DiClemente (1994).

Objetivos particulares del módulo: conseguir aumentar los conocimientos sobre el uso adaptativo de las TIC, en concreto de los videojuegos en línea; aumentar la consciencia sobre su problemática y la motivación hacia la intervención del joven o adolescente (Kimberly S. Young, 2011); conseguir que se disminuya el tiempo invertido en el videojuego estableciendo límites en su utilización, Echeburúa (1999) recomienda que el uso de las TIC no puede exceder las 2 horas diarias, siempre y cuando éstas no interfieran en actividades de la vida cotidiana del sujeto, suprimiéndolas en caso de carecer de tiempo para dedicarse a actividades cotidianas más importantes tales como los estudios. Además, es importante fomentar la reflexión sobre otras dificultades que pueda tener el adolescente o su familia.

1.1. PSICOEDUCACIÓN CON EL PACIENTE

Objetivo: aumentar los conocimientos y estrategias para conseguir un uso racional o adaptativo del videojuego en línea, además de aumentar la consciencia sobre el problema. Se llevará a cabo de manera individual con el adolescente o joven.

Actividades:

- ➔ Conversar con el joven sobre las siguientes temáticas: TIC, videojuegos y uso adaptativo. En caso de desconocimiento de alguna temática o dudas, orientar y/o informar al joven o adolescente. Es importante que el adolescente interiorice los beneficios de las TIC para que así pueda darse un uso adaptativo, en el caso del videojuego en línea que lo identifique como un instrumento más de ocio. Además, proponemos exponer y debatir

sobre la relación y el uso que hacemos de las sustancias o de determinados objetos o conductas, en este caso de los videojuegos en línea.

- **Material:** posibilidad de elaborar material audiovisual, videos, trípticos.
- ➔ Proponer una auto-observación individual sobre del uso de los videojuegos en línea con el objetivo de que el sujeto tome conciencia de factores como el tiempo que le dedica. Dotar de instrucciones y orientación al sujeto sobre cómo realizarlo, por ejemplo: en este autor-registro debe anotar cada vez que juega al MMORPG, la fecha, el tiempo dedicado ese día, los motivos de su inicio y finalización, que cambios ha producido en el estado de ánimo (euforia, irritabilidad, cansancio, angustia, alegría, etc.), si ha provocado algún tipo de interferencia en la vida cotidiana (dejar de hacer tareas o deberes, descuidar el cuidado personal, dejar de quedar con amigos, pasar menos tiempo con la familia...) y si existe en ese día una preocupación excesiva por el videojuegos en línea(no dejar de pensar, la actividad se vuelve el centro del pensamiento, si se planifica lo que se hará en la próxima conexión, preocupación por detalles relacionados con el MMORPG), etc.

Discutir con el sujeto la importancia de la recogida de datos, y de la honestidad. En este ejercicio hay que tener en cuenta que la negación es una característica presente en los trastornos adictivos, por esta razón es conveniente que el paciente tome conciencia, ya que tenderá a atribuir su problema a exageraciones, intenciones aversivas de los demás u optar a una actitud de soberbia o de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación (Echeburúa, Labrador, et al., 2009). Por lo tanto, el autorregistro es un elemento esencial en este programa que tiene el objetivo de que el paciente tome conciencia de su problemática. Es importante pedir el autorregistro en las próximas sesiones con el adolescente o joven.

- **Material:** ficha de autorregistro.
- ➔ Comentar acerca el tiempo libre y de ocio del adolescente, potenciando el uso del tiempo libre como factor de protección.
 - **Material:** se puede utilizar un posible horario que puede ayudar al adolescente a organizar su semana y controlar el tiempo que invierte en los videojuegos.

1.2. PSICOEDUCACIÓN CON LA FAMILIA

Objetivos: aumentar los conocimientos sobre las TIC y en concreto sobre los videojuegos en línea, despejar dudas, mostrar estrategias y prevención para que los padres puedan poner límites al adolescente en el uso excesivo del videojuego. Otro objetivo es rebajar las angustias que muestran los padres y ofrecer unas primeras pautas para actuar con el adolescente. Este módulo se llevará a cabo únicamente con los padres.

Actividades:

- ➔ Abordar con la familia temas como: TIC, videojuegos en línea, uso desadaptativo y adaptativo. En caso de desconocimiento de alguna temática o de tener dudas, orientar y/o informar a la familia. Es importante hacer ver a los padres que las TIC o los videojuegos en línea no son instrumentos perniciosos, la dificultad recae en la relación que el adolescente o joven establece con ellos, además, debemos buscar el compromiso con el familiar en la recuperación de su hijo (Echeburúa, Labrador, et al., 2009; A. González, 2009). En el tratamiento de las familias, es fundamental rebajar la angustia que muestran y dar pautas de conducta para actuar con el paciente, por lo tanto, educaremos en el uso de los videojuegos en línea desde la prevención, y daremos a conocer las consecuencias que derivan de su mal uso.
 - **Material:** posibilidad de elaborar material audiovisual, videos, trípticos. Prácticas reales en la que los padres puedan navegar, usar el correo, jugar a videojuegos, etc.

- ➔ Proponer la observación de las conductas de su hijo relacionadas con el MMORPG.

- ➔ Otra actividad de este submódulo es desarrollar estrategias o herramientas preventivas para lograr un uso racional de los videojuegos en línea en su hijo, adaptadas diversos autores (Castellana et al., 2007; Matalí & Alda, 2008; Kimberly S. Young, 2013):
 - **Ayudarles a autorregularse:** como hemos dicho con anterioridad es importante que el adolescente o joven tome conciencia del tiempo que dedica al videojuego, los padres pueden ayudar en esta tarea, mediante la comunicación y pactos de duración del tiempo de juego.

 - **Interruptores externos:** posponer y si es necesario forzar, a que el adolescente practique alguna actividad o tenga que ir a diferentes sitios. Paralelamente debemos dotarlo de ayudas para desconectarse de los videojuegos en línea tales como despertadores o alarmas que indiquen que el tiempo de conexión ha finalizado y que debe emprender otra tarea. En una primera parte de la intervención conviene dejar espacio al adolescente para que se haga consciente mediante la Autoobservación descrita en el primer submódulo e ir aplicando esto de manera progresiva.

 - **Conocimiento sobre el videojuego que genere la conducta adictiva:** conocer los contenidos del juego y participar activamente en la elección de videojuegos ayudando a escoger el más recomendable. Es esencial poder comentar con el adolescente qué videojuegos le gustan y cómo son para poder adaptarnos y establecer estrategias de control. Por ejemplo, las partidas de *League of Legends* duran 45 minutos aproximadamente y si se desconectan de la partida los jugadores reciben una sanción. Por lo tanto, si el adolescente comenta que la partida dura diez minutos, en ese momento esté minimizando el tiempo de juego.

 - **Establecer reglas firmes y consistentes:** Marcar un límite de horario y de formas de uso. Es constructivo poder pactar el tiempo de juego junto con el adolescente. Por otro lado, también es esencial poder pactar la forma de uso, por ejemplo, no gritar o no jugar mientras se cena o se hacen los deberes. En caso de que el adolescente o joven no esté dispuesto a la colaboración o el *craving* sea elevado, se pueden usar programas que bloqueen automáticamente el ordenador cuando se supere el tiempo recomendado, apagar el internet o, para que no resulte tan violento para el adolescente, ir recordándole

periódicamente el tiempo que le queda de juego para que el adolescente pueda prepararse. Los padres han de mostrarse unidos y comunicar los mismos mensajes, la ambivalencia es una oportunidad para que el adolescente prosiga con su conducta problemática.

- **Relación afectiva positiva:** Mantener una actitud receptiva evita el aislamiento por parte del adolescente. La crítica continuada y la desatención provocará que el adolescente se repliegue en sí mismo, y probablemente, continúe con el uso desadaptativo de los videojuegos reduciendo la posibilidad de ayudarlo y que sea consciente del problema.
- **Detección precoz:** Es importante que los padres observen los comportamientos, estados de ánimo y problemas de su hijo, así como la relación que éste establece con el videojuego. Para ello, es esencial tener espacios de comunicación en los que el adolescente pueda expresarse libremente. Conviene detectar cambios de conducta en el adolescente o formas de actuar distintas a lo habitual.
- **Comunicación:** es fundamental dialogar con el adolescente y averiguar la situación que le ha llevado a refugiarse en el MMORPG, han de preguntarse porqué centra su vida en los videojuegos y saber que muchas veces el exceso es una manera de reaccionar al malestar psicológico. Los espacios de comunicación familiar resultarán esenciales para que el adolescente pueda expresarse. Es positivo que el adolescente pueda hablar también de sus aficiones e incluso pueda compartir aspectos de los videojuegos con los padres.
- **Ayudar a fomentar un cambio de vida:** proponer y fomentar actividades de ocio que sean positivas, por ejemplo: deporte, salidas a la montaña, pintura, música, lectura, estar con amigos, etc.
- **Compartir:** Jugar en compañía de otra persona que sirva como moderador, es una buena manera de participar en una actividad que les interesa y así fomentar el vínculo.
- **Ubicación en un espacio común:** colocar el ordenador en un espacio familiar aumenta la interacción con los padres, además de que estos puedan observar el tipo de relación que su hijo establece con el videojuego, el tiempo, etc.

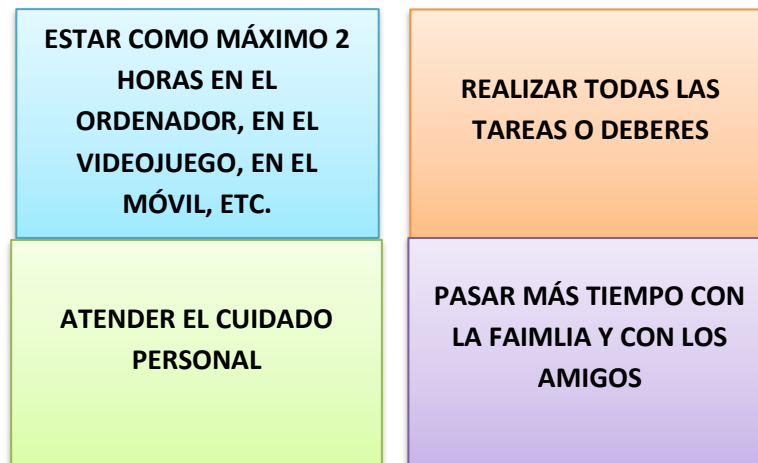
1.3. DEFINICIÓN DE METAS Y OBJETIVOS (adherencia al tratamiento)

Objetivos: Definición de metas para acercarse al problema del paciente, lograr el cambio y modificar el funcionamiento disfuncional en el adolescente o joven y en la familia, si lo hay. Consideramos importante abordar en primer lugar la meta que se considere más importante. Este Submódulo se llevará a cabo con el adolescente o joven y la familia, proponiendo así cada persona sus propias metas, además de poder proponer metas u objetivos conjuntos. La definición de metas es importante ya que provoca motivación en la terapia (Echeburúa, 1999).

Actividades:

- ➔ Proponer que el adolescente y los padres que elaboren unas tarjetas recordatorias de uso individual para la próxima sesión. El terapeuta debe enseñar modelos varios de tarjetas recordatorias, orientar en el mensaje que deben llevar y mostrar dónde se podrían colocar, por ejemplo, en un lugar visible para el sujeto, por ejemplo, cerca de la pantalla del ordenador, la puerta del armario, etc.

- Material: tarjetas recordatorias, ejemplo:



- ➔ Se proponen unos límites y peticiones iniciales al adolescente. En concreto, un distanciamiento con el objeto problemático, los videojuegos, y se le informa que a medida que vaya avanzando el tratamiento la utilización del soporte será más flexible, siendo en un primer momento supervisada y al final del programa sin tutela. Hacer referencia en que en primera instancia se debe controlar la conducta para poder reestablecer el uso adaptativo de los videojuegos. Otras peticiones podrían ser: restricción de horario, responsabilidades diarias de aseo, tareas, ofrecer nuevas actividades en su tiempo libre o comprometerse a participar en espacios de comunicación familiar, etc.
- ➔ Realización de dos listas con metas y objetivos a conseguir, una del adolescente o joven y otra de los padres. Con esto se pretende lograr objetivos comunes que puedan ser negociados. El psicólogo debe ayudar a encontrar metas y propósitos en común, ayudarlos a mediar y negociar.

1.4. ASPECTOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Objetivo: aumentar la motivación intrínseca del paciente hacia el tratamiento.

Consideraciones previas: realizar de forma transversal desde la acogida del paciente con el fin de aumentar la motivación y el compromiso hacía el tratamiento PIPATIC.

Las estrategias terapéuticas descritas a continuación están basadas en diversos autores que definen las intervenciones motivacionales (Miller & Rollnick, 2002; Prochaska et al., 1994).

- ▶ Ser empático con el paciente, crear una atmosfera acogedora y un espacio dónde el paciente se sienta escuchado, no juzgado y entendido.
- ▶ Comentar con el paciente las discrepancias de su discurso y promover deseos en el de cambiar.
- ▶ Sugerir puntos de vista diferentes sin imponerlos.
- ▶ Acompañar al paciente en generar consciencia de su autoeficacia, es decir, el mismo es el responsable de su cambio personal, aunque, en ocasiones las personas necesitamos realizar algunos cambios con ayuda. Los cambios no son fáciles y se debe trabajar en ello.
- ▶ Realizar preguntas abiertas para conocer en profundidad al paciente, que pueda explicarse de forma extensa.
- ▶ Destacar aquellos pensamientos o actitudes positivas del paciente.
- ▶ Escucha activa y reflexiva.
- ▶ Realizar resúmenes de aquello que el paciente ha compartido con el profesional.
- ▶ Explorar cual es la situación personal de la persona, para así tenerla en cuenta a lo largo de toda la intervención. Conocer la situación personal ayuda al psicoterapeuta a realizar estrategias terapéuticas adaptadas.
- ▶ Explorar los valores de la persona que rigen sus pensamientos, sentimientos y conductas.

ACTIVIDAD 1: BALANCE DECISIONAL

Objetivo: Realizar balance sobre las ventajas y los inconvenientes de jugar o no a los MMORPG

Descripción de la actividad: Seguidamente de la actividad 1, proponemos al sujeto que haga un balance decisional (Janis & Mann, 1977) que consiste en que analice los pros y los contras de su conducta adictiva. Podemos presentar la siguiente tabla para que el usuario tenga más facilidad de realizar el ejercicio.

BALANCE DECISIONAL (Janis & Mann, 1977)	
VENTAJAS DE NO JUGAR AL VIDEOJUEGO PROBLEMÁTICO	INCONVENIENTES DE JUGAR VIDEOJUEGO PROBLEMÁTICO
INCONVENIENTES DE NO JUGAR VIDEOJUEGO PROBLEMÁTICO	VENTAJAS DE JUGAR VIDEOJUEGO PROBLEMÁTICO

2. MÓDULO DE INTERVENCIÓN ESTÁNDAR EN ADICCIONES CONDUCTUALES

Objetivo: Controlar los impulsos y el *craving* del jugador, para conseguir un uso adaptativo del videojuego.

En función del perfil de cada participante y sus necesidades se pueden escoger unas actividades u otras dentro de cada submódulo. Además, conviene tener en cuenta si da tiempo a aplicar todas las actividades o conviene realizar una selección de las actividades que puedan ser más beneficiosas para cada perfil de paciente y ajustarse al número de sesiones del módulo intrapersonal. En esta línea, en la clínica el profesional puede decidir alargar el número de sesiones de los módulos hasta que consideren la consecución de los objetivos marcados previamente.

2.1. SUBMÓDULO DE CONTROL DE ESTÍMULOS EN LA ADICCIÓN

Evaluar: Evaluaremos el nivel de la capacidad de autocontrol del usuario.

Objetivos: Establecer un límite de tiempo de conexión que puede variar en función de cada caso. Por ejemplo, limitar el tiempo de conexión a 2h diarias³. A la vez que se proporcionen al usuario habilidades de autocontrol.

PROPUESTA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD 1: AUTORREGISTRO

Objetivo: Concienciar al adolescente o joven de su problemática y promover la reflexión.

Descripción de la actividad:

1. Repasamos con el adolescente o joven los autorregistros que pedimos que hiciera en el módulo 1.1, repasando la información que obtenemos mediante los cuestionarios, que es la siguiente: causas por las que empieza y finaliza la conducta, cambios del estado de ánimo, interferencia en la vida cotidiana y preocupación excesiva por el videojuego en línea.
2. Debatis los siguientes temas alrededor de la información recogida en el autorregistro:
 - a. Posibles dificultades de autoobservación.
 - b. Su punto de vista sobre su malestar, una vez ha auto-observado su conducta.
 - c. Sentimientos y emociones alrededor del videojuego en línea.

³ Estas dos horas de conexión diarias no deben interferir en la vida cotidiana, es decir, no deben restar tiempo a otras actividades de mayor importancia, como, por ejemplo: trabajar, asearse, comer, dormir, hacer los deberes, etc.

Ejemplo de autorregistro:

FECHA	TIEMPO DEDICADO	POR QUÉ SE INICIA Y POR QUÉ FINALIZA	CAMBIOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO	INTERFERENCIA EN LA VIDA CUOTIDIANA	PREOCUPACIÓN EXCESIVA POR EL MMORPG	¿HEMOS LOGRADO CONTROLAR O PARAR LA CONDUCTA?

ACTIVIDAD 2: PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Objetivo: planificar de forma consensuada entre el terapeuta, el paciente y su familia un horario semanal de actividades en el que se distribuya el tiempo dedicado a responsabilidades como trabajar y estudiar, momentos de ocio y cuidado personal. En el horario se debe incluir cuando el adolescente podrá jugar a videojuegos.

Material: Cuadrículas vacías para rellenar con los horarios negociados.

Ejemplo: Es importante adaptar cada horario a la edad del adolescente o joven y a su situación personal. En ocasiones los adolescentes pueden pedir algunos cambios de horario puntuales, así como cambios que premien los avances y refuercen las conductas positivas.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
6:30-7	Despertarse y aseo personal.	Despertarse y aseo personal.	Despertarse y aseo personal.	Despertarse y aseo personal.	Despertarse y aseo personal.	Despertarse y aseo personal.	Dormir y descansar
8:30-15:40	Trabajar	Trabajar	Trabajar	Trabajar	Trabajar	Trabajar	Pasar tiempo con la gente que quiero
4-5:30	Comer y descansar un rato	Comer y descansar un rato	Comer y descansar un rato	Comer y descansar un rato	Salir a comer con los amigos		
5:30-7	Jugar al videojuego	Jugar al videojuego	Jugar al videojuego	Jugar al videojuego	Dar una vuelta.		

7 – 9	Ir al gimnasio	Quedar con pareja	Ir al gimnasio	Tiempo libre	Ir al gimnasio		
9:30	Cena	Cena	cena	cena	Cena	cena	cena
9:30 – 11	Estar con la familia	Leer el libro favorito	Ver la serie de Tv favorita	Estar con la familia	Quedar con amigos o pareja	Descansar	Libre

ACTIVIDAD 3: AUTOCONTROL DE LA ADICCIÓN

Objetivo: enseñar al sujeto mecanismos de autocontrol para gestionar los estímulos relacionados con el uso del videojuego.

Actividades: Este apartado terapéutico utiliza las mismas técnicas descritas en el submódulo 3.3., por lo tanto, las actividades centran su foco terapéutico en la adicción a videojuegos. Así pues, este módulo pretende promover el autocontrol sobre la conducta de uso desadaptativo del videojuego en línea. Las actividades se pueden adaptar de forma sencilla cambiando ejemplos o proponiendo situaciones relacionadas con el objetivo de controlar la conducta.

ACTIVIDAD 3.1. PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL AUTOCONTROL

Objetivo: promover la reflexión del usuario sobre la necesidad del autocontrol y de las normas de conducta.

Descripción de la actividad:

1. Proponemos dedicar una sesión a conversar con el adolescente o joven sobre su propio autocontrol, si es capaz de gestionar los impulsos, las emociones y la ansiedad que tiene en determinados contextos. Conviene detectar las áreas vitales del adolescente o joven que carecen de autocontrol, especialmente en el uso de los videojuegos.
2. Luego conversaremos con el usuario a cerca de las normas, por qué las tenemos y qué pasaría si no existieran. Estos conocimientos conviene trasladarlos a ejemplos básicos utilizando el *roleplaying* o una lista con ejemplos de normas.
3. Una vez trasladado a la práctica, proponemos que explique dos normas que conozca de primera mano, por ejemplo: normas escolares, familiares, laborales, etc. ¿Qué pasaría si no las cumpliera?
4. Mostramos el siguiente esquema con el objetivo de que cuando le suceda alguna situación problemática pueda seguirlo con el objetivo de detectar y reflexionar sobre su comportamiento, emociones o pensamientos, el esquema se lo puede llevar a casa:

1. **AUTOOBSERVACIÓN:** céntrate en tu comportamiento, analiza lo que sientes, piensas o haces en ese momento, ¿qué elementos del entorno influyen en esta dinámica?
2. **AUTOEVALUACIÓN:** piensa sobre la forma de actuar propia, realiza un juicio realista sobre ella, ¿Ha sido una conducta positiva o negativa?
3. **AUTORREFORZAMIENTO:** Una vez llevados a cabo los dos pasos anteriores en alguna situación que te haya causado malestar, intenta sentirte bien por haber alcanzado el objetivo de poder observarte y reflexionar sobre ti mismo o date algún capricho pequeño, como, por ejemplo, comer un dulce.

Nota. Extraído de las tres fases del proceso de autocontrol de Kanfer (1971)

ACTIVIDAD 3.2. TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN

Objetivo: dotar al adolescente o joven de habilidades de respiración que rebajen la ansiedad ante los intentos de control de los impulsos o los acontecimientos negativos que precipiten las conductas adictivas.

Consideraciones previas: Para llevar a cabo cualquier procedimiento de relajación hay que tener en cuenta unas consideraciones previas que transmitiremos al sujeto para facilitar la relajación:

- ▶ Concentrar la atención en un estímulo constante, por ejemplo, la respiración.
- ▶ Dejarse llevar sin preocuparse si se está haciendo correctamente.
- ▶ Reducir la tensión del tono muscular.
- ▶ Ambiente silencioso y tranquilo.
- ▶ Desarrollar las sensaciones de tranquilidad y calma.
- ▶ El aprendizaje de estas técnicas es progresivo, inicialmente se debe aplicar en condiciones óptimas para en un futuro implementarlo en condiciones o situaciones cotidianas.
- ▶ La práctica ha de ser regular para determinar su eficacia.

A continuación, presentamos una serie de técnicas de relajación, en particular recomendamos la respiración contando como primera técnica a mostrar al usuario debido a que es la más sencilla y la que no requiere práctica ni entrenamiento, además de que se puede usar como mecanismo para afrontar situaciones problemáticas, como por ejemplo la ansiedad que se siente al querer jugar a los videojuegos en línea.

RESPIRACIÓN CONTANDO (Labrador, 2008)

1. Inspirar hasta contar 3.
2. Contener el aire mientras se cuenta 2.
3. Finalmente, espirar mientras se cuenta hasta 3.

PASOS EN LA TÉCNICA DE CONTROL DE LA RESPIRACIÓN (Labrador, 2008)		
	OBJETIVO	INSTRUCCIONES
DESCONEXIÓN INICIAL	Preparar las condiciones para facilitar la realización de la técnica.	Postura corporal cómoda, ropas holgadas, ojos cerrados, eliminar estímulos distractores y desconectar mentalmente de las preocupaciones.
EJERCICIO PREVIO	Identificar la propia respiración sin modificarla.	Mantenemos la frecuencia, el ritmo e intensidad de la propia respiración. Nos fijamos en cómo entra el aire en el cuerpo y qué sensaciones va produciendo.
EJERCICIO 1º	Dirigir el aire inspirado a la parte más inferior de los pulmones.	Se indica al sujeto que trate de dirigir el aire en cada respiración hacia la parte inferior de sus pulmones, expandiendo la parte inferior de la capacidad pulmonar. La realización correcta provoca que la mano colocada sobre el vientre se mueva. Si da problemas se puede prescindir de él pasando al ejercicio 2.
EJERCICIO 2º	Dirigir el aire a la parte inferior y media de los pulmones.	Indicar al sujeto en cada respiración que primero dirija el aire a la parte inferior (como en el ejercicio anterior) y después, en la misma respiración, a la parte media. Implicando que el diafragma se expanda en la parte inferior y media de los pulmones. El sujeto debe notar que se hinchan primero la zona del vientre y después la del estómago, notando cómo se mueve primero la mano del vientre y luego la del estómago.
EJERCICIO 3º	Realizar una inspiración completa en tres tiempos (vientre, estómago, pecho).	Indicar al sujeto que dirija el aire de cada inspiración primero al vientre, luego al estómago y luego al pecho. Insistir en la respiración a tres tiempos y en que la respiración no debe ser forzada.
EJERCICIO 4º	Hacer más completa, regular y lenta la espiración.	Indicar al usuario que la respiración debe ser en tres tiempos como en el ejercicio anterior, centrándose en hacerla más regular y pausada. Para ayudarse es útil hacer una respiración sonora, que servirá de <i>feedback</i> de la realización. Para conseguir una respiración más compleja al final, se debe forzar elevando ambos hombros y tratando silbar removiendo el aire de la zona superior de los pulmones.
EJERCICIO 5º	Establecer una adecuada alternancia respiratoria.	Ejercicio similar al anterior, pero la inspiración (manteniendo el recorrido ventral, estomacal y pectoral) se hace de forma continua, sin diferenciar los tres tiempos, reduciéndose el hacerla ruidosa.
EJERCICIO 6º	Generalizar la respiración completa a las condiciones habituales.	Implica aprender a realizar la respiración en condiciones menos favorables y más próximas a la vida cotidiana, se conseguirá realizando el ejercicio en distintas posiciones y situaciones.

PASOS DE LA RESPIRACIÓN PROFUNDA

1. La posición más recomendable es tendiéndose sobre el suelo, doblando las rodillas y separando los pies unos 20 cm, dirigiéndolos suavemente hacia afuera. Asegurarse de que la columna vertebral está recta.
2. Explorar el cuerpo en busca de signos de tensión.
3. Colocar una mano en el abdomen y otra en el tórax.
4. Tomar aire, lenta y profundamente, por la nariz haciéndolo llegar al abdomen levantando la mano que se colocó en él. El tórax se moverá un poco y a la vez que el abdomen.
5. Una vez se ha relajado en la forma que indica el punto 4, inhalar el aire por la nariz y sacarlo por la boca haciendo un ruido suave y relajante. Hacer respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y desciendan el abdomen. Fijarse en el sonido y la sensación que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más.
6. Continuar de 5 a 10 minutos con la respiración profunda una o dos veces al día, durante unas semanas, luego puede prolongarlo hasta 20 minutos.
7. Al final de cada sesión de respiración, dedicar un tiempo a explorar el cuerpo en busca de signos de tensión. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía al empezarlo.
8. Una vez familiarizado con la técnica, practicarla cuando le apetezca y luego aplicarla cuando crezca la tensión.

Nota. Descripción de la técnica: consta de una inspiración profunda y lenta exhalación. Se utiliza en momentos de alta respuesta emocional. Pasos adaptados de Davis, Mckay y Eshelman, 1985)

ACTIVIDAD 4: DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Objetivo: En ocasiones los pensamientos interfieren de manera negativa en nuestra vida provocando cierto malestar. Por ello, el objetivo de esta actividad es generar autocontrol sobre los pensamientos negativos y recurrentes relacionados con la conducta adictiva a través de la técnica de la detención del pensamiento.

Descripción de la actividad: Esta actividad está adaptada de las propuestas terapéuticas de Davis, Mckay y Eshelman (1985).

1. Ayudar a identificar y conversar con el usuario sobre qué pensamientos interfieren o resultan desagradables en su vida.
2. Una vez detectados algunos pensamientos difíciles de controlar, nos centramos en la adicción al videojuego.
3. A continuación, damos las siguientes instrucciones:

- Cuando queramos controlar pensamientos relacionados con el uso del videojuego en línea, diremos “stop” o “basta” en voz alta, utilizaremos esta palabra como señal de que debemos detener el pensamiento o la acción indeseado/s que hemos empezado a realizar.
 - Después del “stop” o el “basta” dejar la mente en blanco unos 30 segundos.
 - Si no resulta, conviene repetir el mismo procedimiento varias veces para así fortalecer el autocontrol sobre el propio pensamiento. Puede resultar útil en las prácticas iniciales cambiar de pensamiento. Por ejemplo, pensar en un objetivo a largo plazo, en nuestras responsabilidades, en algún recuerdo positivo o en algún plan de futuro que esperamos con alegría, etc.
3. Proponemos al sujeto que invente una situación en la que utilizar esta técnica, y que la utilice para detener su pensamiento.
 4. Acto seguido el terapeuta representará la misma situación matizándola o corrigiendo fallos.
 5. Realizar los puntos 3 y 4 varias veces hasta que el sujeto haya interiorizado la técnica, una vez interiorizada sugerimos que intente decir el “stop” o “basta” mentalmente.
 6. Finalmente, se puede sustituir el pensamiento negativo por otro más adecuado a la situación. Por ejemplo, pensar que no se logrará controlar el uso del videojuego se puede sustituir por “Voy a ser capaz de controlarlo”.
 7. Pedimos al sujeto que realice esta técnica en su vida cotidiana con problemas relacionados con el videojuego en línea y con otros pensamientos o situaciones, de este modo, mediante la práctica de la técnica en su vida diaria se dará la generalización.

ACTIVIDAD 5: INICIO EN EL MINDFULNESS

Aunque el *Mindfulness* no es propiamente una técnica de relajación sus técnicas meditativas orientales producen efectos relajantes.

Esta actividad trata de incluir algunos de los procesos propios del *Mindfulness* que pueden resultar útiles en el tratamiento de la adicción a videojuegos. A la par que el profesional va introduciendo los conceptos propios del *Mindfulness* conviene ir relacionándolos con aspectos de la vida cotidiana o ejemplos que resulten cercanos para los adolescentes.

Concepciones a introducir (Pérez & Botella, 2007):

1. Centrar nuestra atención y conciencia con la realidad presente, es decir, el aquí y el ahora.
2. La atención debe centrarse en el presente, sin juzgarlo, analizarlo o relacionándolo con el futuro/pasado. La atención reside en aceptar el presente que se da.
3. Se trata de mejorar la atención y la percepción, dándonos cuentas de aspectos diarios que podrían pasarse por alto a causa, por ejemplo, ritmos vitales frenéticos o una baja conciencia de la realidad. Por ejemplo, si paso muchas horas delante de las pantallas no presto atención al presente ni a lo que me rodea.

4. Evitar realizar cosas de forma automática, evitar pensar en otras cosas que no tienen relación con la actividad actual, etc.
5. Intentar aceptar y no juzgar nuestro presente, ser compasivo con uno mismo y con los demás. Se trata de ser consciente de nuestra mente y corazón (sentimientos).
6. Se puede concebir el proceso en varias fases, una inicial de auto-regulación, otra de auto-exploración y la más avanzada de auto-liberación.

2.2. SUBMÓDULO DE APRENDIZAJE DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO ADECUADAS

Objetivo: promover, en el adolescente, la interiorización y uso de respuestas de afrontamiento adecuadas que sustituyan a respuestas de afrontamiento desadaptativas relacionadas con la adicción.

Actividad: Para trabajar el objetivo anterior conviene aplicar algunas de las estrategias desarrolladas en el submódulo 3.4., focalizando adaptando los contenidos terapéuticos a los problemas de afrontamientos relacionados con el autocontrol del uso de los videojuegos en línea.

2.3. SUBMÓDULO DE MODIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS SOBRE LA CAPACIDAD DE CONTROL.

ACTIVIDAD 1: RECHAZAR IDEAS IRRACIONALES RELACIONADAS CON EL USO DE LOS VIDEOJUEGOS EN LÍNEA

Objetivo: generar cambios cognitivos respecto a las ideas irracionales que interfieren en el control de la conducta.

Descripción de la actividad: actividad basada en la Terapia Racional Emotiva de Ellis (Ellis, 1990).

1. Pedimos al paciente que describa acontecimientos relacionados con el uso problemático de los videojuegos que le resultaron desagradables. En esta primera fase ayudar al adolescente a describir únicamente los hechos, sin incluir interpretaciones o juicios.

Ejemplo: “El martes jugué por la tarde 8 horas seguidas al *World of Warcraft*. No paré de jugar para cenar y me llevé la cena al ordenador. Al final, me acosté muy tarde y al día siguiente me quedé dormido llegando tarde al instituto”.

2. Partiendo del acontecimiento instamos al paciente a elegir una o dos palabras que describan su estado emocional.

Ejemplo: “Me sentí angustiado”, “me sentí insatisfecho”.

3. A continuación, pedimos al paciente que describa sus pensamientos y cogniciones: juicios subjetivos, suposiciones, creencias, predicciones y preocupaciones. En base a la descripción de su lenguaje interior, junto con el paciente conviene detectar aquellas ideas irracionales que acompañan al suceso y acompañarlo en un proceso de autoconocimiento.
4. Pedimos al paciente que elija una idea irracional y la trabajamos hasta refutarla. El ejercicio se puede repetir con varias ideas irracionales, aunque conviene trabajar especialmente las distorsiones cognitivas relacionadas el control de la conducta. A continuación, presentamos el proceso para discutir la idea irracional de Ellis:
 - a. ¿Existe algún soporte racional a esta idea?
 - b. ¿De qué evidencias disponemos de la falsedad de esta idea?
 - c. ¿Existe alguna evidencia de la certeza de esta idea?
 - d. ¿Qué es lo peor que puede ocurrirme si sucede lo que temo o si no ocurre lo que deseo?
 - e. ¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme si sucede lo que temo o si no ocurre lo que deseo?
5. Una vez modificada la idea irracional, procederemos a sustituir el lenguaje interior desadaptativo e irracional por otro lenguaje adaptativo y positivo. Por ejemplo: “No soy capaz de controlarme” por “Soy capaz de controlarme, lo conseguiré”.
6. Tareas para casa: Sugerimos al paciente que continúe practicando diariamente la modificación y el control de las diversas ideas irracionales que le provoquen malestar, de este modo fomentamos la generalización de lo aprendido en las sesiones del programa a su vida cotidiana.

2.4. SUBMÓDULO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Objetivo: enseñar a afrontar adecuadamente las dificultades de la vida cotidiana que precipiten un uso patológico de los videojuegos en línea con el objetivo de evitar recurrir a la conducta adictiva a modo de evitación, huida, estimulación, etc.

ACTIVIDAD 1: ENMARCAR LA SITUACIÓN

Objetivo: Identificar aspectos en torno a la situación problemática que pueden generar malestar, por ejemplo, emociones o pensamientos irracionales.

1. Debatar sobre la importancia de los acontecimientos estresantes como desencadenantes de algunas conductas que generan malestar. Para lograr afrontar diversas situaciones es necesario que el paciente sea consciente de sus respuestas emocionales y cogniciones frente a determinadas situaciones.
2. En un primer momento, ayudar al paciente a detectar la situación que estimula un uso problemático de los videojuegos.
Ejemplo: “Tengo la tarde libre y no sé qué hacer para no aburrirme” “al volver del instituto necesito desconectar o evadirme”.
3. Una vez detectada la situación, el paciente debe identificar o recordar las respuestas físicas.
Ejemplo: sudoración, somnolencia, dolor de cabeza, etc.
También se ayuda al paciente a identificar o recordar con los pensamientos relacionados: “voy a jugar un rato así me desahogo” “no quiero pensar más así que voy a jugar un rato”.
4. Acto seguido el paciente debe identificar su respuesta, es decir, qué consecuencias trae la situación inicial:
Ejemplo: jugar excesivas horas al videojuego para lidiar con el aburrimiento o con el malestar que puede generar un examen.
5. Una vez se habla con el paciente de los pasos, se realiza un *roleplaying* repasando las diferentes partes del ejercicio.
6. Tareas para casa: una vez haya interiorizado el ejercicio, proponemos que continúe practicando en casa. Al final se puede iniciar una reflexión con el participante de cómo enmarcar la situación puede ayudar a identificar qué genera la conducta adictiva para posteriormente controlarla y/o anticiparse a este tipo de situaciones desencadenantes.

ACTIVIDAD 2: LISTA DE PENSAMIENTOS DE AFRONTAMIENTO

Objetivo: dotar al adolescente o joven de habilidades de afrontamiento para superar situaciones relacionadas con el mal uso los videojuegos en línea a través de la facilitación de pensamientos de afrontamientos adaptativos y alternativos a patrones antiguos.

Material: Lista de frases de afrontamiento (mostrada a continuación).

1. Con el objetivo de afrontar los problemas conviene tener una serie de estrategias de afrontamiento, por ello se pretende dotar al participante de nuevas estrategias que pueda incorporar a su repertorio actual.
2. El psicoterapeuta debe guiar al adolescente o joven en la realización de una lista con pensamientos que le sirvan de apoyo en situaciones desagradables o bien cuando tenga trabajar en su propio autocontrol en relación al uso de los videojuegos. La lista se dividirá en pensamientos de preparación, de confrontación de la situación estresante, de afrontamiento del miedo o inseguridad y del reforzamiento del éxito. Si el adolescente o joven tiene dificultades en crear la lista, mostramos la lista de ejemplo y proponemos que escoja algunas frases para afrontar sus problemas cotidianos.
3. A continuación, proponemos realizar un *role playing* representando alguna situación relacionada con el MMORPG, en el ejercicio proponemos al usuario que utilice algunas de las frases de afrontamiento desarrolladas con anterioridad.
4. Tareas para casa: proponemos al adolescente o joven que practique las estrategias de afrontamiento en casa.

EJEMPLO DE LISTA DE FRASES DE AFRONTAMIENTO:

La lista presentada a continuación fue elaborada por Meichenbaum y Cameron (1983):

- ⇒ PREPARACIÓN:
 - No hay que preocuparse
 - Estaré bien
 - Ya he hecho esto otras veces
 - ¿Qué es exactamente lo que debo hacer?
 - Lo superaré y mañana estaré bien
 - No dejes que te invadan pensamientos negativos
- ⇒ CONFRONTAMIENTO DE LA SITUACIÓN ESTRESANTE:
 - Organízate
 - Hazlo paso por paso, no corras
 - Si siento un poco de tensión, haré una pausa y me relajaré
 - Puedo hacerlo, lo estoy haciendo
- ⇒ AFRONTAMIENTO DEL MIEDO:
 - Relájate
 - Respira profundamente
 - Puedo controlar la situación
 - Ya he pasado por esto y por cosas peores
- ⇒ REFORZAMIENTO DEL ÉXITO:
 - ¡Lo conseguí!
 - Lo he logrado
 - Lo hice muy bien

2.5. SUBMÓDULO DE EXPOSICIÓN

Objetivo: el principal propósito de este submódulo es la eliminación del *craving* hacia la conducta inadecuada mediante la exposición para lograr control y un uso adaptativo de los videojuegos.

Consideraciones previas: jugar a los videojuegos en línea es una conducta plenamente normalizada en la vida cotidiana. Así pues, cuando el sujeto consigue evitar los estímulos relacionados con la adicción (mediante el control de estímulos) consigue una recuperación objetiva. En otras palabras, al no implicarse en la conducta adictiva se puede llegar a manifestar una intranquilidad subjetiva, es decir, no estar seguro del propio autocontrol al enfrentarse a jugar a videojuegos sin controles estimulares, límites y supervisión. Por ello, adoptar una estrategia de evitación a largo plazo puede no reducir ni la intranquilidad ni los pensamientos recurrentes, mientras que aumenta el riesgo de recaída (Echeburúa, 1999). Por lo tanto, la recuperación total (objetiva y subjetiva), sólo se produce cuando el sujeto se expone a la conducta adictiva y progresivamente es capaz de controlarla y resistirse a ella sin adoptar conductas de evitación. Cuando el paciente experimenta el control, su tranquilidad aumenta y

adquiere confianza en su capacidad de autocontrol y autoeficacia ante diversas situaciones cotidianas que anteriormente no controlaba.

La exposición debe iniciarse en compañía de alguna persona de confianza, hacerlo a solas es algo que debe intentarse solamente cuando ya se haya ensayado la situación repetidas veces con otras personas y el sujeto se encuentre seguro de sí mismo (Echeburúa, De Corral, & Ortiz, 2009). En este sentido, la exposición que se propone en este submódulo no viene precedida de la abstinencia a largo plazo, aunque sí viene precedida de limitaciones temporales o períodos cortos de abstinencia (por ejemplo, de un día a una semana sin jugar). Los períodos cortos de abstinencia se realizan a modo de consecuencia cuando el paciente no ha cumplido horarios o normas previamente acordadas.

Descripción de la actividad: La siguiente actividad es una autoexposición adaptada de las indicaciones propuestas por Echeburúa, De Corral y Ortiz (2009).

1. Procedemos a explicar al adolescente o joven la necesidad de controlar la conducta para que así pueda usar el videojuego de forma adaptativa y como fuente de ocio. También es importante responsabilizar al usuario como parte activa del proceso, ya que la exposición requiere práctica y honestidad para que sea efectiva.
2. El segundo paso es remarcar el objetivo principal del ejercicio: controlar la conducta problemática por sí mismo.
3. La exposición se pretende realizar después del período de trabajo terapéutico centrado en el autocontrol, en las respuestas de afrontamiento adaptativas, en el control de estímulos o la aplicación de períodos cortos de abstinencia (de un día a una semana) cómo consecuencia del incumplimiento de los horarios o límites previamente acordados. Se propone al paciente la realización de una exposición sin estrategias de control estimular cómo los horarios, alarmas o sin un supervisor. El paciente debe proponerse jugar a videojuegos en períodos cortos de 30 a 60 minutos para así ir autgestionando cómo realizar parar de jugar a los videojuegos por uno mismo. En un primero momento, le sugerimos que hable con algún familiar para que realice la función de coterapeuta y le acompañe ese período. La función del familiar será observar y regular la conducta del adolescente o joven.
4. Durante el ejercicio y especialmente al finalizar la exposición, el paciente puede hacer uso de estrategias previamente aprendidas cómo las respiraciones lentas y profundas, pensamientos de afrontamiento, detención del pensamiento, etc.
5. El ejercicio debe ser realizado en casa, por el adolescente o joven y su coterapeuta. En las primeras sesiones de exposición conviene la presencia del co-terapeuta que se irá retirando de algunas sesiones promoviendo que el paciente realice la exposición por si solo.
6. Ayudar al paciente a reflexionar sobre cómo ha ido cada exposición en relación a las respuestas físicas, cognitivas y emocionales que ha podido sentir. Orientar en la autocrítica para que el adolescente o joven pueda ser consciente de qué aspectos han

resultado inadecuados o precipitantes de un uso descontrolado y qué aspectos han resultado tranquilizadores y han resultado de ayuda en el control de la conducta. El objetivo final es que el paciente pueda utilizar los videojuegos sin necesidad de supervisión al finalizar el tratamiento PIPATIC e incorporarlos a su vida diaria haciendo de ellos un uso adecuado.

7. Mientras se realiza la exposición recomendamos dedicar tiempo en algunas sesiones terapéuticas para hablar y valorar la actividad realizada en casa.

3. MÓDULO INTRAPERSONAL

Objetivos particulares del módulo: Reforzar del proceso de maduración personal, orientado a la construcción de una personalidad sólida y autónoma.

En función del perfil de cada participante y sus necesidades se pueden escoger unas actividades u otras dentro de cada submódulo. Además, conviene tener en cuenta si da tiempo a aplicar todas las actividades o conviene realizar una selección de las actividades que puedan ser más beneficiosas para cada perfil de paciente y ajustarse al número de sesiones del módulo intrapersonal. En esta línea, en la clínica el profesional puede decidir alargar el número de sesiones de los módulos hasta que considerar la consecución de los objetivos marcados previamente.

3.1. SUBMÓDULO DE IDENTIDAD:

Evaluar: Los diferentes niveles de identidad (citados en Carbonell et al., 2009):

- El ideal del yo (Freud, 1979): proviene del sentimiento de lo que se desea llegar a ser, respondiendo así a las propias exigencias y a las de los demás.
- El Yo ideal (Freud, 1979) o Identificación Heroica (Lagache, 2009): de carácter narcisista y omnipotente, la persona se vincula con fantasías de omnipotencia, independencia, liderazgo, orgullo y prestigio (fantasías que el videojuego en línea puede satisfacer, especialmente los MMORPG y los MOBA).
- El Yo: es lo que uno es realmente.

En este Submódulo podemos evaluar de manera más específica la identidad mediante el *Twenty Statements Test* o TST de 20 frases de Kuhn (1960) el cual proporcionará información la manera en la que el sujeto se percibe: la descripción física, los roles sociales, las características de personalidad y sobre las declaraciones existenciales.

Objetivos: Que el paciente diferencie entre los diferentes tipos de identidad que uno puede sentir y ajustar la identidad a la realidad para poder afrontar las experiencias. Otro objetivo conocerse a sí mismo mediante la introspección.

ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD 1: ¿QUIÉN SOY YO?

Objetivo: Esta actividad tiene por objetivo valorar los diferentes niveles de identidad del sujeto, además de que el propio sujeto sea consciente de ellos, para que así recupere la identidad que ha sido alterada por el juego.

Material: Ficha sobre identidad adjuntada a continuación.

Descripción de la actividad:

La primera parte de la actividad consta de proponer el siguiente tema de conversación: tu avatar. Propondremos al adolescente que nos hable de su *avatar* o su “yo jugador”. En un principio dejar que el paciente exprese todo aquello que quiera decir al respecto a su avatar y/o su identidad cómo jugador. La expresión de aspectos de la identidad cómo jugador puede ser guiado por diversas preguntas vehiculares:

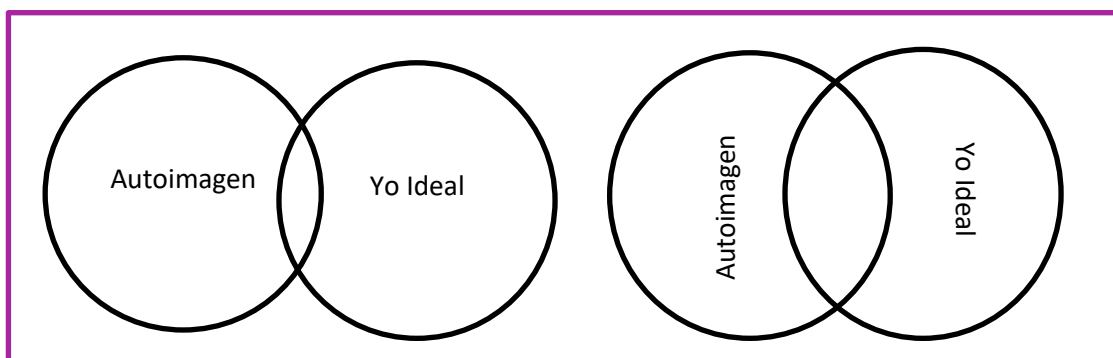
- ¿Te identificas con tu personaje del juego? ¿Por qué?
- ¿Crees que tu avatar o “yo en línea” es mejor que tú yo real? ¿Por qué lo crees así?
- Si tuvieras que vivir en el mundo virtual ¿Te gustaría ser igual que tu avatar?
- ¿Cómo crees que te ven los otros jugadores o amigos dentro del juego? ¿Cómo crees que te ven los demás en la vida real, tu familia, amigos, relaciones, etc.?
- ¿Tiene tu avatar algo que te gustaría tener a ti?
- ¿Qué ha sido más sencillo, avanzar en el juego o en tu propia vida? ¿Qué aspectos han podido dificultar el avance en tu propia vida?

La segunda parte de la actividad constará en la realización de la siguiente ficha:

		
<p>Ejemplo: me gustaría ser un héroe</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ejemplo: soy una persona alegre y luchadora.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ejemplo: me gustaría llegar a ser mejor persona.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
		

Instrucciones: en este folio hay tres casillas, cada una de ellas corresponde a una manera de verte diferente. En la primera has de describir tu yo más fantasioso e ideal, como serías si pudieras escoger, esta casilla no tiene límites, sé creativo e imaginativo respecto a tu yo más ideal, si no se te ocurre nada puedes describir las características de tu *avatar* o de cómo te gustaría que fuese dentro de un mundo fantástico. En la segunda casilla has de describir tu yo real, como eres y como te consideras actualmente. En la tercera casilla, describirás como quieres llegar a ser en un futuro, tus expectativas y metas.

Hay que tener en cuenta que si se muestra muchas diferencias entre el Yo y el Yo ideal existe una incongruencia:



Extraído y adaptado de (McLeod, 2008)

La autoimagen es diferente al yo ideal. Sólo hay una pequeña sobreposición. La autoactualización será difícil.

Autoimagen y yo ideal son parecidos, hay mucha sobreposición. La persona tendrá capacidad de autoactualizarse.

Así pues, el psicoterapeuta puede integrar la explicación teórica sobre la identidad de McLeod (2008) para guiar al paciente en un proceso de autoconocimiento y cambio respecto a su identidad. El objetivo final sería acompañar en la aceptación de la identidad y su modelamiento hacia una congruencia y firmeza identitaria que propicie un crecimiento personal.

ACTIVIDAD 2: AUTOBIOGRAFÍA EXISTENCIAL:

El ejercicio presentado a continuación está basado en la técnica de autobiografía existencial de Lukas (1994).

Objetivo: El objetivo de esta actividad es que el sujeto reflexione sobre su identidad, sobre su historia y que esto le ayude a percibir las diferencias entre el mundo virtual y el mundo real.

Material:

Pasado	Presente	Futuro
<ul style="list-style-type: none"> • 1) Mis padres. • 2) Mi época preescolar. • 3) Mi escolaridad. • 4) Mi madurez hasta hoy. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5) Mi situación actual. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6) Mi futuro próximo • 7) Mi futuro lejano. • 8) Mi muerte. • 9) Mis huellas en este mundo.

Descripción de la actividad: Proponemos al adolescente o joven que realice su biografía de forma oral o escrita, como desee, siguiendo los puntos del material presentado anteriormente. El usuario puede escoger hablar de los tres tiempos y de sus apartados, de un único tiempo con sus apartados o de algún apartado específico.

Conviene que el usuario piense que emociones, sentimientos o pensamientos, le suscitaron, le suscitan o le suscitarán los hechos descritos, además es importante que describa la manera que tuvo de elaborar el hecho descrito.

3.2. SUBMÓDULO DE AUTOESTIMA

Evaluar: Hay que evaluar la autoestima como conjunto global de valores sobre uno mismo (Pope, McHale, & Craighead, 1996). Para que el terapeuta conozca los valores del participante puede utilizar los tres conceptos del *sí mismo* que propuestos por Carl Rogers (1959):

- Autoimagen
- Autoestima
- Yo ideal

Objetivos: El autoconcepto se relaciona con el éxito o fracaso escolar, con las relaciones sociales y laborales, con las estrategias de afrontamiento del estrés y control, con el ajuste emocional, con la capacidad de logro, con la asertividad y satisfacción personal, además de con la

prevención y remisión de patologías. Por lo tanto, uno de los objetivos es conseguir aumentar la autoestima de forma saludable, consiguiendo que el sujeto acepte sus defectos e intente mejorar sus áreas insatisfactorias (Pope et al., 1996). Mejorar la autoestima y el concepto de uno mismo como elementos afianzadores de una personalidad madura.

Propuesta de actividades:

Las actividades presentadas a continuación están basadas en el programa para aumentar la autoestima de Pope, McHale y Craighead (1996). En función del perfil de cada participante y sus necesidades se pueden escoger unas actividades u otras. Además, conviene tener en cuenta si da tiempo a aplicar todas las actividades en este módulo o conviene realizar una selección de las actividades que puedan ser más beneficiosas y ajustarse al tiempo requerido.

Objetivo: Este punto tendrá como objetivo cambiar la forma de describirse a sí mismo que tiene el adolescente o joven, siempre y cuando la descripción sea negativa o no se ajuste a la realidad. Presentaremos técnicas con las que enseñar a usar el lenguaje interno para controlar las emociones y la conducta.

Actividades:

A) AUTOAFIRMACIONES

ACTIVIDAD 1: AUTOAFIRMACIONES I

Objetivo: El objetivo de la primera parte de la actividad es determinar si el adolescente o joven es evaluado negativamente por los demás o por sí mismo, además comprobar si tiene tendencia a calificaciones extremas.

Material: preparar unas tarjetas con adjetivos habituales que describan a personas a nivel físico, interpersonal y moral (guapo, feo, alto, bajo, inteligente, tonto, cariñoso, amable, borde, distante, cercano, bueno, malvado, justo, mentiroso, capaz, incapaz, etc.) y otras a las que llamaremos “clave” con los siguientes textos: a) exactamente como yo; b) como yo en casi todo; c) algo parecido a mí; d) no muy parecido a mí; y e) totalmente distinto a mí.

Descripción de la actividad: mostramos al adolescente o joven las tarjetas con adjetivos y las tarjetas clave, proponemos al adolescente que piense como es él y que ordene las tarjetas de adjetivos en diferentes pilas según las distintas tarjetas claves, por ejemplo, en un montón pondrá todos los adjetivos que son exactamente como él, en otro los que sean como el en casi todo, y así consecutivamente. Después de relacionar las tarjetas, pedimos que reagrupe las tarjetas en a) cómo cree que le ven sus padres, b) cómo cree que le ven sus amigos, c) cómo cree que le ve su profesor o jefe.

En caso de que las autoafirmaciones sean negativas, trabajar sobre autoafirmaciones positivas, y hacer ver al sujeto que no siempre piensan de nosotros lo que creemos que piensan, y no siempre nos vemos a nosotros mismos como lo hacen los demás. Por ejemplo: nos podemos considerar tontos, mientras nuestro profesor nos considera inteligentes. La importancia recae en aceptar virtudes y defectos de uno mismo y comprender que no existe la perfección sino distintas visiones de uno mismo basadas en la subjetividad de cada persona.

ACTIVIDAD 1: AUTOAFIRMACIONES II, FRASES INCOMPLETAS

Objetivo: ayudar al adolescente o joven a discernir sus propias autoafirmaciones y a transformarlas en positivas.

Material: lista de frases con autoafirmaciones comunes.

Descripción de la actividad:

Esta actividad consiste en explicar al adolescente o joven en qué consisten las autoafirmaciones y cómo afectan emocionalmente a uno mismo. Para hacer más sencilla la explicación utilizamos ejemplos de autoafirmaciones negativas, tales como: “Soy un imbécil”, “Todos me odian”, etc. Seguidamente se le presenta una lista de frases, que la gente dice normalmente de sí misma, que el paciente debe completar, ayudándole a reconocer sus propias autoafirmaciones. Por ejemplo:

- No se me da bien...
- Todo el mundo debería...
- Cuando alguien se enfada conmigo, me digo...
- Me preocupa...
- Sería mejor si yo fuera...
- No sé...

Después del ejercicio, ayudar al sujeto a discernir qué respuestas son autoafirmaciones, una vez sea capaz de discernir se procederá a revisar de manera conjunta las respuestas junto con los sentimientos abocados. Comentar que algunas autoafirmaciones vienen acompañadas de malestar interno lo cual hace que las situaciones parezcan peores de lo que realmente son, conviene poner algún ejemplo de situación: Alguien se burla de ti y cómo consecuencia te sientes mal generándose pensamientos negativos como “todo el mundo me odia” que te hacen sentir peor.

La manera de combatir el pensamiento es reflexionar refutar esas ideas irracionales pensando que no son del todo cierto, ya que conoces a personas que se muestran afectuosas y amables que te aprecian. En otras palabras, es imposible que no haya alguien a quien no le caigas bien, por ejemplo, una persona que te acaba de conocer no puede odiarte sin conocerte previamente. Ser capaz de rebatir autoafirmaciones requiere práctica por tanto se animará al sujeto a que haga una serie de autoafirmaciones con cosas que realmente le provoquen conflicto, mediante esta afirmación el adolescente o joven tendrá que rebatirla, si el sujeto tiene un eje temático que le produce malestar trabajar con ese eje. Como tarea para casa debe fijarse en qué autoafirmaciones realiza diariamente y cuando aparecen para intentar rebatirlas en el momento. En este ejercicio se puede utilizar la actividad del módulo 2 en la que describimos la reestructuración cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis para rebatir ideas irracionales.

ACTIVIDAD 3: AUTORREFORZAMIENTO PARA LAS AUTOAFIRMACIONES POSITIVAS

Objetivo: reforzar las autoafirmaciones negativas rebatidas y las autoafirmaciones positivas que el sujeto realice.

Descripción de la actividad: Una vez que el sujeto aprende a controlar sus autoafirmaciones y a evaluarlas es conveniente que utilice autoafirmaciones positivas. Un ejemplo de autoafirmación positiva puede ser: Un profesor me grita, uno reacciona pensando “me tiene manía”, utilizamos estrategias y reflexionamos lo siguiente: que un profesor me grite no quiere decir que me odie o me tenga manía. Una vez hecha la reflexión el autorreforzamiento consistiría en un trabajar el pensamiento positivo que valore el trabajo de análisis y reflexión realizado, por ejemplo: “He analizado muy bien la situación, me siento mucho mejor”.

Una vez practicado en la sesión varios autorreforzamientos se propone al sujeto que en casa intente hacer lo mismo con las autoafirmaciones positivas o con aquellas que logre rebatir.

ACTIVIDAD 4: ESTABLECIMIENTO DE LOS MODELOS

Objetivo: Lograr mejorar situaciones vitales en las que se tenga éxito y fracaso, aumentando el bienestar ante el éxito, reduciendo el malestar ante los fracasos y permaneciendo neutros ante situaciones normales.

Las instrucciones de esta actividad son las siguientes:

1. Piensa en un área en la que hayas experimentado éxitos y/o fracasos.
2. Expresa de forma clara y concreta qué considerarías un éxito y qué un fracaso. ¿Existe un término medio (ni éxito, ni fracaso)?
3. ¿Con qué frecuencia alcanzas lo que consideras un éxito? ¿y un fracaso? ¿qué sentimientos experimentas en cada una de estas categorías?
4. Di si crees que te sientes más fracasado de lo que deberías.
5. Pensar sobre la forma de modificar los modelos: podrías cambiar tu patrón de definir el éxito de modo que pudieras sentirte bien más a menudo, o bien, rebajar el listón del fracaso y crear una zona intermedia más amplia dónde te sentirás más tranquilo sin emociones extremas.
6. Hablar de diferentes situaciones vitales en las que haya sentido éxito y fracaso, y recrearlas mediante la técnica del *roleplaying*.
7. Después del *roleplaying*, observar cuales han sido las autoafirmaciones construidas en cada situación, y repetir el *roleplaying* modificándolas intentando que el adolescente o joven consiga sentirse mejor ante los éxitos, normal ante hechos neutros y mal (aunque sin desmoronarse) ante hechos negativos.
8. Tareas para casa: proponemos al adolescente o joven que practique esta actividad relacionada con los éxitos y los fracasos en su vida diaria. Intentando rebajar el malestar ante hechos negativos, aumentando el bienestar ante los negativos y permaneciendo neutro ante hechos normales.

B) IMAGEN CORPORAL.

Consideraciones previas: La visión general de nosotros mismos se basa en nuestro concepto físico, los adolescentes y jóvenes ligan su imagen corporal con su apariencia y la opinión sobre su atractivo físico, esto provoca preocupación e ideas exageradas sobre lo que piensan los

demás (Pope et al., 1996). Esta actividad se precisa en sujetos con problemas de imagen corporal.

Objetivo: Modificar modelos irracionales sobre el atractivo físico para mejorar la autoestima.

ACTIVIDAD 1: MODIFICAR MODELOS SOBRE EL ATRACTIVO FÍSICO

1. Empezamos la actividad preguntando sobre la parte de su cuerpo que más/menos le gusta. Posteriormente, conversar sobre la dificultad de conseguir una imagen corporal ideal y de la aceptación personal, las personas en ocasiones establecemos modelos irreales para nosotros mismos y creemos que son más o menos atractivos cuando alcanzamos esos modelos.
2. Explicar al adolescente o joven que los modelos provienen de dos tipos de cogniciones: a) los modelos implícitos o explícitos que la persona tiene sobre sí misma; y b) las autoevaluaciones que surgen de la comparación entre su actuación real y el modelo.
3. Hacer reflexionar al paciente sobre sus sentimientos y pensamientos de esa parte que no le agrada y enseñarle a controlarlos. Además de detectar y controlar sentimientos distorsionados sobre su imagen.
4. Posteriormente, hacer evaluar al sujeto múltiples aspectos de su imagen corporal (pelo, rasgos faciales, altura, peso, ropa, higiene, etc.), de esa forma hacerle apreciar que, aunque sienta que fracasa en algunos aspectos de su apariencia, se puede sentir satisfecho con algunos elementos de su aspecto físico.
5. En esta línea, poner diversos ejemplos y trabajarlos en la sesión.
6. Tareas para casa: Conviene que el adolescente o joven practique en casa, identificando y controlando los sentimientos y pensamientos sobre su imagen corporal, además de las posibles distorsiones que pueda padecer.

3.3. SUBMÓDULO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Evaluar: la inteligencia emocional, las capacidades de autocontrol y gestión de la ansiedad del adolescente o joven.

Objetivos: Dotar de estrategias que permitan al sujeto autogestionar lo siguiente:

- Contextos en los que se den situaciones conflictivas.
- Pensamientos, ideas y creencias.
- Emociones y sentimientos.

El contenido terapéutico más relevante de este módulo es el centrado en la de la inteligencia emocional. El trabajo terapéutico de la inteligencia emocional está precedido por los contenidos terapéuticos cuyo objetivo es generar autocontrol de los impulsos y de la ansiedad.

ACTIVIDAD INICIAL

Pedir al sujeto que haga una lista con aquellas situaciones que le crean estrés o malestar emocional, de cada situación que cree malestar definir lo siguiente:

- La frecuencia con la que ocurre.
- Personas implicadas.
- Emociones, pensamientos y comportamientos que el sujeto utiliza para afrontarla.

3.3.1. REGULACIÓN EMOCIONAL:

Objetivo: dotar al adolescente o joven de habilidades de regulación emocional.

Descripción de las actividades: Este Submódulo es una adaptación de algunas de las habilidades que desarrolla Linehan (2009).

ACTIVIDAD 1: IDENTIFICAR Y ETIQUETAR EMOCIONES

Objetivos: aprendiendo a observar nuestras emociones aprendemos a la vez a separarnos de ellas y así controlarlas mediante estrategias para dominarlas. Si no identificamos las emociones no podremos controlarlas y asumirán el control.

Consideraciones previas: Identificar y etiquetar emociones es el primer paso para regularlas. Las emociones son complejas, su identificación requiere la habilidad de observar las propias respuestas además de describir con precisión el contexto en el que tienen lugar. Los pasos para lograr identificar y etiquetar las emociones constan de observar y describir:

- a. El evento que ha provocado la emoción.
- b. Las interpretaciones que se realizan del acontecimiento.
- c. La sensación física de la emoción.
- d. Las conductas que expresan la emoción.
- e. Los efectos secundarios de la emoción en otras áreas del funcionamiento de la persona.

Descripción de la actividad:

1. Proponemos al adolescente o joven que recuerde y describa un evento reciente que haya causado algún tipo de emoción.
2. Pedimos al sujeto que intente recordar lo siguiente:
 - ▶ ¿Qué emoción era?
 - ▶ ¿Cuál era su intensidad, del 0 al 100?
 - ▶ ¿Cuál fue el evento desencadenante de mi emoción? (quién, qué, cuándo, dónde)
 - ▶ ¿Cómo interpreté la situación?
 - ▶ ¿Qué sentí en mi cuerpo?
 - ▶ ¿Cuál era mi expresión facial? ¿Postura? ¿Gestos?
 - ▶ ¿Qué me apetecía hacer o decir?
 - ▶ ¿Qué dije o hice en esa situación? (Concretar)
 - ▶ ¿Qué consecuencia produjo esa emoción en mí?

- Estado mental
- Otras emociones
- Conductas
- Pensamientos
- Recuerdos
- Cuerpo
- Etc.

▶ ¿Cuál fue su función?

ACTIVIDAD 2: IDENTIFICAR OBSTÁCULOS PARA EL CAMBIO DE EMOCIONES

Objetivo: cambiar las conductas emocionales mediante la gestión de la emoción.

Descripción de la actividad:

1. El sujeto debe de representar mediante la técnica de *roleplaying* una situación emocional en la que tenga dificultades.
2. La primera vez que la represente indicar que debe estar atento a las emociones que fluyen.
3. La segunda vez que la represente indicar que debe fijarse en qué es lo que le dificulta gestionar dicha emoción.
4. Concluir dónde está la dificultad y qué es lo que refuerza una emoción u otra en la vida cotidiana del sujeto.

ACTIVIDAD 3: PREVENIR SITUACIONES

Objetivo: reducir la vulnerabilidad emocional mediante la previsión y anticipación de situaciones.

Consideraciones previas: antes de empezar con la actividad conversar con el adolescente o joven que la tendencia a reaccionar de manera demasiado emocional ante situaciones de estrés físico o ambiental es normal en el ser humano y especialmente, en la adolescencia. Cosas como dormir poco, no hacer ejercicio, no estar suficientemente nutridos pueden hacer que nos sintamos fácilmente irritables. Por tanto, hay que realizar actividades que aumenten la sensación de autoeficacia. Además, prevenir los estados emocionales nos ayuda a poder controlar más tarde la emoción, ya que somos capaces de anticiparnos. En este punto es importante que el sujeto tenga una postura activa y sea perseverante.

Descripción de la actividad:

El sujeto debe completar las siguientes frases de manera que pueda prever cómo se sentirá en determinadas situaciones para que pueda afrontarlo mejor o bien esforzarse en evitarlas mediante habilidades adquiridas en el programa, algunos ejemplos:

- ⇒ Ejemplo: Si suspendo un examen probablemente me sentiré frustrado y triste.
- ⇒ Si provoco una discusión con alguien que quiero me sentiré _____
- ⇒ Conseguir un objetivo hará que me sienta _____

- ⇒ Salir con mis amigos y pasar un buen rato me haría sentir _____
- ⇒ Ir a sitios nuevos que desconozco me haría sentir _____
- ⇒ Que interrumpen una partida del juego en el mejor momento me provoca _____
- ⇒ Quedarme sin internet dos semanas provocaría que sintiera _____

ACTIVIDAD 4: INCREMENTAR LA CONCIENCIA ANTE LAS EMOCIONES DEL MOMENTO

Objetivo: que el sujeto sea consciente de las emociones actuales experimentándolas sin juzgarlas, intentar inhibirlas, bloquearlas o distraerse de ellas. Cuando la persona es consciente puede llegar a reducir las emociones negativas y así tolerar una situación estresante y dolorosa. Por otro lado, hay que precisar que conviene incrementar la conciencia ante las emociones de forma moderada y no excesiva ya que, no resultará adaptativo.

Material: cuadro sobre las emociones presentado en la página siguiente.

Descripción de la actividad: ¿Para qué sirven las emociones?

- ⇒ Proponer al sujeto reflexionar sobre los motivos por los cuales somos capaces de sentir diversas emociones.
- ⇒ Rellenar el siguiente cuadro sobre aspectos positivos o adaptativos de las emociones y aspectos negativos o desadaptativos, el cuadro ha de darse vacío al sujeto, permitiendo la reflexión. En la siguiente página presentamos el cuadro relleno con ejemplos para orientar al terapeuta.

ALEGRÍA

- Funciones adaptativas: *Estabilidad, equilibrio, seguridad, aumento de la recepción, desinhibición, euforia, positivismo, etc.*
- Ejemplo: *Cuando nos presentamos a alguien si estamos alegres damos una mejor impresión*
- Funciones desadaptativas: *Pérdida de contacto con la realidad, fantasear...*
- Ejemplo: *A veces estamos alegres para ocultar otras emociones.*

TRISTEZA

- Funciones adaptativas: *Superar las penalidades, reclamar ayuda de otros, reflexionar sobre errores...*
- Ejemplo: *Cuando lloramos alguien nos consuela y nos intenta ayudar...*
- Funciones desadaptativas: *Pensamientos repetitivos, ideas suicidas, pesimismo...*
- Ejemplo: *Pensar en exceso sobre algo que hemos hecho mal nos hunde más...*

IRA

- Funciones adaptativas: *superación, supervivencia, reclamar derechos...*
- Ejemplo: *Enfadarnos porque otra persona nos trata mal quiere decir que nos valoramos como personas...*
- Funciones desadaptativas: *Impulsividad, pérdida de control, agresividad...*
- Ejemplo: *Cuando la rabia se lleva a un alto nivel podemos ponernos agresivos...*

MIEDO

- Funciones adaptativas: *Supervivencia, racionalizar, huir, anticipación...*
- Ejemplo: *El miedo provoca una activación del cuerpo para poder actuar con mayor rapidez...*
- Funciones desadaptativas: *Bloqueo, irracionalizar, paranoia, agitación, evitación...*
- Ejemplo: *El miedo dificulta afrontar algunas situaciones.*

ACTIVIDAD 5: INCREMENTAR LA FRECUENCIA DE LOS ACONTECIMIENTOS EMOCIONALES POSITIVOS

Objetivo: controlar las emociones mediante el control de los eventos que las generan incrementando el número de eventos agradables en la vida de la persona. A corto plazo implica aumentar experiencias positivas, a largo plazo implica cambios vitales necesarios.

Descripción de la actividad: ¿cómo podemos generar otras emociones positivas?

1. Aumentando el número de eventos que producen emociones positivas, como amor, orgullo, confianza en uno mismo y calma. Por ejemplo, afrontar algunas tareas crea confianza en que podemos conseguir algunas metas.
2. Haciendo una lista sobre los acontecimientos positivos que queremos conseguir en nuestra vida y tomarlos como objetivos a la larga.
3. Retomar relaciones o establecer nuevas amistades, por ejemplo, algunas de las horas dedicadas al juego dedicarlas a los amigos.
4. No evitar afrontar los problemas, esforzarse por solucionarlos.
5. Ser conscientes y disfrutar de las experiencias que nos producen emociones positivas.
6. Conservar las experiencias positivas sin destruirlas, por ejemplo, no pensar que lo bueno se va a acabar, no pensar que no nos lo merecemos y no pensar en lo que la gente espera de nosotros.

ACTIVIDAD 6: LLEVAR A CABO LA ACCIÓN OPUESTA

Objetivo: regular la emoción mediante el cambio del componente conductual-expresivo actuando de una manera que se oponga o sea incoherente con la emoción.

Descripción de la actividad: afrontar emociones de manera opuesta. Hacer este ejercicio no quiere decir que debamos esconder las emociones, no hay que suprimir la emoción sino afrontar la situación de manera diferente con el fin a largo plazo de mejorar nuestro bienestar mental y emocional.

- ⇒ MIEDO: cuando sentimos miedo hemos de intentar afrontarlo.
- ⇒ TRISTEZA: cuando la sentimos hemos de intentar activarnos y hacer cosas que nos hagan sentir mejor.
- ⇒ IRA: cuando estamos enfadados es mejor ser asertivos con la persona con la que lo estamos en lugar de atacarla, evitando también pensar en ella, además es mejor intentar ser comprensivo que culpabilizar.

Para practicar lo que hemos visto anteriormente, se puede hacer mediante la técnica del *roleplaying*.

ACTIVIDAD 7: APLICAR TÉCNICAS DE TOLERANCIA AL MALESTAR

Objetivo: Modular la intensidad y duración de las emociones negativas mediante la tolerancia, sin llevar a cabo acciones impulsivas que empeoren la situación.

Descripción de la actividad: A continuación, presentamos una actividad inspirada en Linehan (2009).

1. Conversar con el paciente la importancia de aprender a manejar el dolor con habilidad, la tolerancia al malestar es un intento de cambio de uno mismo.
2. Mostrar y trabajar con el paciente mediante la técnica del *roleplaying* cuatro tipos de estrategias de supervivencia ante desbordamientos emocionales.
 - a. **DISTRAERSE:** se trata de reducir el contacto con los estímulos emocionales. A continuación, proponemos una serie de habilidades para distraerse:

1. **Llevar a cabo actividades diferentes** ayuda a modular las emociones negativas ya que distraen la atención y llenan la memoria a corto plazo con pensamientos, imágenes y sensaciones que contrarrestan las negativas. Es importante dejar claro que se puede llevar a cabo cualquier actividad que no resulte perniciosa (e.g. consumir sustancias). Además, es importante añadir que tampoco se puede utilizar los videojuegos como atenuantes del malestar ya que es la conducta que estamos intentando controlar.

Practicar una afición, hacer deporte, visitar a amigos, pasear, trabajar o hacer tareas, salir a comer o pasear, etc.

2. **Ayudar a los demás.** Dejar de pensar en nosotros mismos y poner la atención en lo que podemos hacer por los demás.

Hacer trabajos voluntarios, dar algo a alguien, hacer algo hermoso por alguien, etc.

3. **Comparar** las situaciones propias con las de los demás. Fijarnos en personas que nos inspiren por superarse. O ser conscientes que en el mundo siempre habrá alguna persona con situaciones más estresantes y dramáticas que las propias.

Compararse con gente en la misma situación que nosotros o peor, compararse con gente menos afortunada...

4. Generar emociones opuestas: remplazar la emoción negativa por alguna positiva, el paciente se puede ayudar de actividades. Requiere que primero la persona identifique su emoción.

Ver películas positivas, poner música animada, etc.

5. Dejar de lado la situación negativa a nivel mental, construir un muro imaginario entre uno mismo y la situación, rechazar pensar en aspectos negativos de la situación. O bien, utilizar técnicas previamente desarrolladas en el programa PIPATIC cómo, por ejemplo, la detención del pensamiento o las técnicas de respiración.

6. Distraerse con otros pensamientos.

Contar hasta 10, contar los colores de un cuadro o de cualquier cosa, hacer rompecabezas, ver la televisión, leer...

- b. **PROPORCIONARSE ESTÍMULOS POSITIVOS:** se trata de relajar los cinco sentidos. Por ejemplo, contemplar mediante la vista alguna imagen bella, mediante el oído escuchar música relajante, en el olfato ambientar la habitación con una fragancia agradable, con el gusto consumir algo con plena conciencia disfrutando del sabor, con el tacto acariciar algo suave o abrazar a alguien.

c. MEJORAR EL MOMENTO:

1. Imaginación: imaginar escenas relajantes.
2. Hallar significado: encontrar un propósito a la dificultad vivida.
3. Practicar la relajación: respirar profundamente.
4. Vivir el presente en cada momento: centrar la atención en lo que estamos haciendo, situar la mente en el presente.

d. PENSAR EN LOS PROS Y LOS CONTRAS: Hacer una lista de los pros y los contras de tolerar el malestar y otra de no tolerar el malestar, por ejemplo, no tolerar el malestar lleva a refugiarnos en el videojuego en línea.

3. Una vez interiorizadas las habilidades anteriores proponemos al participante que realice una lista de consecuencias positivas de tolerar el malestar y que imagine el bienestar que provoca lograr objetivos.
4. Después de esto, proponemos que haga una lista de las consecuencias negativas de no tolerar el malestar. Podemos proponer que recuerde lo que ha sucedido anteriormente cuando no logramos tolerarlo.

ACTIVIDAD 8: DEBATE SOBRE LAS EMOCIONES QUE PRODUCE EL USO DESADAPTATIVO DEL VIDEOJUEGO

Objetivo: fomentar la reflexión sobre las emociones relacionadas con el uso de los videojuegos en línea.

Descripción de la actividad: Después de que el usuario comprenda un poco mejor sus emociones, conviene debatir sobre el uso desadaptativo de los videojuegos en línea y sus consecuencias emocionales. Por ejemplo:

- ⇒ Si los usa para resistirse a emociones negativas...
- ⇒ Si los utiliza para que le produzcan bienestar...
- ⇒ ¿Hay más cosas que consigan producir alegría, euforia y diversión?
- ⇒ ¿Qué efectos tiene ganar y/o perder en el videojuego?
- ⇒ ¿Qué emoción se experimenta cuando se quiere evitar jugar o un familiar aplica una norma/límite?

3.4. SUBMÓDULO DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

ACTIVIDAD 1: ENTRENAMIENTO EN RESPUESTAS ALTERNATIVAS

Objetivo: dotar de habilidades al adolescente o joven para que pueda dar respuestas alternativas a aquellas que queremos evitar.

Consideraciones previas: Una vez el usuario sea capaz de autoobservarse y detectar sus comportamientos, sensaciones y pensamientos, pasamos al siguiente nivel. Este Submódulo está adaptado de Carrasco (2009).

Descripción de la actividad:

1. El psicoterapeuta debe reforzar, animar y motivar: es importante hacer ver al sujeto que ha avanzado, y que ha conseguido adquirir habilidades de autoobservación y reflexión.
2. Crear con el adolescente o joven un cuadro en el que conste el tipo de situaciones problemáticas en las que suele perder el control y al lado ponemos una fila paralela en la que anotaremos respuestas alternativas.
3. Luego aplicamos algunas de las repuestas alternativas a la técnica del *roleplaying*.
4. Tarea para casa: pedimos al adolescente o joven que practique respuestas alternativas en su vida diaria.

ACTIVIDAD 2: ESTRATEGIAS DE CONTROL ESTIMULAR

Objetivo: dotar al adolescente de estrategias de control estimular.

Descripción de la actividad:

1. Conversamos con el usuario de las diferentes maneras que tenemos de controlar estímulos que provocan un malestar en nosotros. Por ejemplo, ver un anuncio en la televisión sobre *World of Warcraft* avivaría nuestro deseo de jugar al juego.
2. A continuación, mostramos una serie de estrategias estimulares al adolescente o joven, adaptadas de Avia (1984) y Carrasco (2009):

ESTRATEGIAS DE CONTROL ESTIMULAR	OBJETIVO	EJEMPLO DE APLICACIÓN EN CASO DE ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS
RESTRICCIÓN FÍSICA	Impedir la puesta en práctica de la conducta no deseada	Cuando se pase por la habitación del hermano, si éste está jugando cerraremos los ojos.
PRESENTAR ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS	Incrementar la probabilidad de aparición de otra conducta que se desee potenciar o instalar.	Estudiar en otro lugar de la casa donde no haya presencia del ordenador o en la biblioteca.
REDUCIR O ELIMINAR ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS	Favorecer a la desaparición de la conducta indeseada.	Anular la conexión a internet durante unos días.

CONFIGURAR ESTÍMULOS QUE DIFICULTEN LA EMISIÓN DE LA CONDUCTA	Reducir la conducta que se desea controlar, para emitir otras conductas alternativas o deseables	Poner una contraseña en el ordenador.
RESTRINGIR LOS ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS	Reducir la presencia de estímulos que puedan provocar que la conducta que queremos controlar emerja.	Jugar únicamente en las horas establecidas.
CAMBIAR EL MEDIO SOCIAL	Cambiar la presencia o ausencia de otras personas como un medio de influir en el comportamiento.	Quedar con los amigos cuando se tenga tiempo libre.
ALTERAR LAS CONDICIONES FISIOLÓGICAS	Reducir o promover conductas relacionadas con estados internos.	Cuando se sienta ansiedad relajarse con alguno de los métodos de relajación enseñados en el programa.

3. Una vez mostradas las estrategias las practicamos mediante ejemplos:

¿Qué estrategia utilizaríamos si queremos evitar suspender/jugar/engordar?

- ⇒ **Restricción física:**
- ⇒ **Presentar estímulos discriminativos:**
- ⇒ **Reducir o eliminar estímulos discriminativos:**
- ⇒ **Configurar estímulos que dificultan la emisión de la conducta:**
- ⇒ **Cambiar el medio social:**
- ⇒ **Restringir los estímulos discriminativos:**
- ⇒ **Alterar las condiciones fisiológicas:**

Dejamos que el sujeto proponga ejemplos de estrategias estimulares, mientras la función del terapeuta será orientar, sugerir y/o corregir.

4. Una vez se ha practicado con varios ejemplos, proponemos representar las estrategias mediante un *roleplaying* de varios ejemplos. Primero conviene que lo haga el psicólogo y luego el adolescente o joven, fomentando el modelado.

ACTIVIDAD 3: ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

Objetivo: fomentar el control en el individuo mediante el entrenamiento en autoinstrucciones.

Consideraciones previas: ¿Cuándo utilizamos el entrenamiento en autoinstrucciones?

1. Cuando el sujeto tenga problemas secundarios a la impulsividad. Por ejemplo, se realiza mal las tareas porque se quieren hacer rápido para jugar más tiempo.
2. Cuando haya cierta falta autocontrol, entendida como dificultades del sujeto para anticipar las consecuencias de sus acciones: está relacionado con problemas de dificultades de resistir a la tentación, la demora de la gratificación, tolerancia a la estimulación aversiva o control de la ira.

Descripción de la actividad:

El primer paso en el desarrollo de este grupo de actividades es determinar el repertorio de autoverbalizaciones del sujeto en cuanto a las situaciones problemáticas que no puede

controlar, para así preservar aquellas útiles y eliminar las irrelevantes o aquellas que interfieren en el control de la situación.

El procedimiento básico para entrenar las autoinstrucciones esta combinado por diversas técnicas cognitivas y conductuales (Larroy, 2008).

A continuación, mostramos un cuadro adaptado de Larroy (2008) sobre las fases del entrenamiento en autoinstrucciones:

Tareas y procedimientos implicados en distintas fases del entrenamiento en autoinstrucciones (inspirado en Olivares, Méndez y Barrancos, 1999) citado en Larroy (2008).				
TAREAS			EJEMPLOS	PROCEDIMIENTOS
FASES	TERAPEUTA	PACIENTE		
1. Modelado	Ejecuta la tarea mientras se da instrucciones en voz alta	Presta atención y aprende por observación	<i>¿Qué hora es? son las 6 y por lo tanto es hora de hacer los deberes. Primero desconecto el juego, luego apago el ordenador, miro la agenda para saber cuáles son mis tareas, busco un espacio para hacerlas y empiezo a hacerlas concentrándome</i>	Modelado
2. Guía externa explícita	El terapeuta da al paciente instrucciones en voz alta para guiar su conducta	El paciente repite la acción modelada siguiendo las instrucciones del terapeuta	<i>Terapeuta: "¿Qué hora es? Es hora de ponerme a hacer los deberes, apago el videojuego, apago el ordenador, miro la agenda, he de hacer matemáticas, voy a ponerme en la mesa y me preparo los lápices y la calculadora</i>	Instrucciones Ensayo de conducta en práctica real
3. Autoinstrucciones en voz alta	El terapeuta observa, orienta, corrige y refuerza	El paciente se guía, mediante autoinstrucciones en voz alta, en cada uno de los pasos para ejecutar la tarea	<i>He de mirar la hora, son las 6 de la tarde, es hora de hacer los deberes, apago el videojuego y el ordenador, miro la agenda, preparo el espacio y las cosas que necesito y me concentro.</i>	Autoinstrucciones manifiestas, con componente motor. Ensayo de conducta en práctica real
4. Autoinstrucciones enmascaradas	El terapeuta observa, orienta, corrige y refuerza	El paciente repite la ejecución de la tarea guiándose en cada paso por las mismas autoinstrucciones que antes, murmuradas en voz baja		Autoinstrucciones no explícitas, con componente motor. Ensayo de conducta en práctica real
5. Autoinstrucciones encubiertas	El terapeuta observa, orienta, corrige y refuerza	El paciente guía su conducta mediante autoinstrucciones internas, únicamente pensadas, no expresadas de forma oral		Autorinstrucción encubiertas. Ensayo de conducta en práctica real

Una vez aplicadas las autoinstrucciones instruiremos al paciente para que genere autoinstrucciones que guíen las estrategias:

1. **Preparación para una situación estresante:** darse autoinstrucciones antes de exponerse a la situación estresante, por ejemplo, “He de irme una semana de vacaciones, puedo hacerlo, todo irá bien, la *guild* no me necesita, además yo necesito un tiempo de vacaciones”, “mañana ya lo habré pasado” “no dejes que te invadan pensamientos negativos” “es más fácil una vez se ha empezado”.
2. **Afrontamiento de la situación:** el sujeto se da autoinstrucciones para poner en marcha las estrategias aprendidas: “Estoy nervioso porque me apetece jugar, voy a respirar profundamente y a disfrutar de las vacaciones”, “paso a paso” “lo estoy logrando”, “si siento un poco de tensión haré una pausa y me relajaré”,
3. **Prevención de las crisis durante el afrontamiento** “Respira profundamente” “relájate” “puedo mantener el asunto bajo control”, etc.
4. **Recompensa por una ejecución correcta** “lo conseguí” “lo hice bien” “es mejor para mí” “Soy más responsable”. “cada vez me siento mejor” “puedo relajarme” “estoy más cómodo”.
5. **Afrontamiento de fracasos y recaídas.**

3. MÓDULO SOCIAL

Evaluación que se llevará a cabo: el terapeuta debe observar qué clase de habilidades sociales presenta el paciente y cómo influyen en sus situaciones sociales.

Objetivos del módulo: Mediante este módulo se pretende aumentar la eficacia interpersonal mediante la educación de las relaciones para así normalizar la vida cotidiana del sujeto y mejorar, en general, la calidad de vida.

Consideraciones previas: Este módulo está basado en el entrenamiento en habilidades sociales (EHS). Hay que tener en cuenta lo siguiente:

- a) Primero se procede a dar información general del Submódulo al sujeto.
- b) A continuación, es positivo pedir al usuario que nos de ejemplos específicos de las situaciones sociales problemáticas.
- c) Una vez identificada/s la conducta/s problema/s conviene encontrar el motivo por el cual el sujeto no logra comportarse de forma socialmente adecuada. A continuación, mostramos algunas de las razones que pueden impedir a un sujeto manifestar una conducta socialmente habilidosa (Caballo & Irurtia, 2008):
 - ⇒ El usuario no tiene respuestas habilidosas en su repertorio.
 - ⇒ Sufrir ansiedad condicionada causada por experiencias aversivas.
 - ⇒ Autoevaluación negativa.
 - ⇒ Falta de motivación.
 - ⇒ Dificultad de discernir las situaciones en las que una respuesta u otra es eficaz.
 - ⇒ No tiene claros sus derechos.
 - ⇒ Ha sufrido aislamiento.
 - ⇒ Ha padecido dificultades ambientales restrictivas.

ACTIVIDADES INTRODUCTORIAS

ACTIVIDAD 0

Se propone al usuario que explique alguna situación social específica que le cause ansiedad o malestar. En un primer momento dejamos que el paciente exprese la situación sin ayuda, si percibimos que el sujeto tiene dificultad en especificar algunos datos nos ayudamos con el siguiente esquema: ¿Quién? ¿Dónde? ¿Qué? ¿Temor?

Una vez expresada la situación, se pide al sujeto que la interprete mediante un *roleplaying* o que se hable de ello en profundidad en la sesión. Primero comentar qué conductas y pensamientos realiza él mismo en la situación social y luego poder imaginar o recordar qué reacciones realizan las otras personas implicadas en la situación.

ACTIVIDAD 1

A continuación, se muestra al usuario que los diferentes conflictos sociales pueden mostrarse con determinadas personas y en diferentes situaciones, se muestra el siguiente cuadro, en el que añadimos el ámbito escolar o universitario.

Caballo y Irurtia, 2009

TIPOS DE PERSONAS	FACTORES SITUACIONALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Amigos del mismo sexo 2. Amigos del sexo opuesto 3. Relaciones íntimas (pareja) 4. Padres 5. Familiares 6. Personas con autoridad del mismo sexo 7. Personas con autoridad del sexo opuesto 8. Compañeros de trabajo del mismo sexo 9. Compañeros de trabajo del sexo opuesto 10. Contactos de consumidor (vendedores/as, camareros/as) 11. Profesionales del mismo sexo (por ejemplo, médicos) 12. Profesionales del sexo opuesto 13. Niños 	<ol style="list-style-type: none"> a. En el lugar de trabajo b. El hogar familiar c. Lugares de consumo (por ejemplo, tiendas) d. Lugares de ocio (por ejemplo, bares, cafeterías) e. Transportes públicos f. Lugares formales (por ejemplo, conferencias) g. Ámbito escolar o universitario

Una vez mostrado el cuadro, proponemos al usuario que nos hable de otras situaciones problemáticas, miedos, pensamientos a cerca de las personas implicadas y/o la situación en la que ocurren. A lo largo de esta actividad tratar esas preocupaciones y/o ansiedades.

4.1. SUBMÓDULO DE COMUNICACIÓN

Objetivos particulares del módulo: aumentar las habilidades de comunicación del sujeto mediante una serie de actividades.

ACTIVIDAD 1: ELEMENTOS DE COMUNICACIÓN:

- ▶ Explicación de cada componente de comunicación y las situaciones en las que se pueden utilizar. Los elementos de comunicación presentados a continuación han sido descritos previamente por Caballo y Irurtia (2008).

Componentes no verbales

- a) Mirada y contacto ocular: establecer y responder con la mirada cuando nos comunicamos con los demás.
- b) Expresión facial.
- c) Gestos.

- d) Postura y orientación.
- e) Distancia y contacto físico: es la separación que debe existir entre dos o más personas cuando se comunican, es más o menos un metro.

Componentes paralingüísticos:

- f) Volumen de la voz.
 - g) Entonación.
 - h) Fluidez.
 - i) Tiempo de habla y silencios.
 - j) Contenido verbal específico.
- ▶ Realizar un *roleplaying* en el que se incluyan estos componentes, en el que primero lo haga el terapeuta, mientras el usuario observa y detecta los siguientes componentes.
 - ▶ Completar varias veces el siguiente cuadro con ejemplos en los que el usuario pueda tener dificultades, un ejemplo de situación sería el siguiente:

EJEMPLO 1:

Estamos conociendo a alguien nuevo y nos gustaría caer bien.

MIRADA	Mirar a la otra persona, alternando la mirada hacia otros lugares para no incomodar.
EXPRESIÓN FACIAL	Agradable, atenta, sonreír, etc.
GESTOS	Naturales, asentir con la cabeza para que el otro sepa que le escuchamos...
POSTURA	Receptiva.
DISTANCIA	Prudencial, más o menos un metro.
VOLUMEN DE LA VOZ	Normal.
ENTONACIÓN	Normal.
FLUIDEZ	Conviene que el discurso sea fluido para que la otra persona perciba claridad.
TIEMPO DE HABLA Y SILENCIOS	Conviene realizar tiempos para que la otra persona pueda seguir el discurso.
CONTENIDO VERBAL	Aficiones, información personal, chistes, etc.

ACTIVIDAD 2: ESCUCHA ACTIVA

Objetivo: fomentar el uso de la escucha activa en el adolescente o joven como habilidad para mejorar las relaciones sociales.

Descripción de la actividad:

Dar una explicación verbal al sujeto de:

1. Qué es la habilidad de Escucha Activa y en que consiste: escuchar cuidadosa y atentamente lo que la persona dice y estar seguro del contenido que se ha querido transmitir.
2. Es importante entender qué nos quiere decir la otra persona para dar una respuesta apropiada, evitar malentendidos, hacer que la otra persona se sienta escuchada y atendida. La escucha activa es útil para hacer amistades, mantenerlas, interesarse por los demás y compartir experiencias. Probablemente, si uno escucha activamente al otro también será recíproco y recibirá atención, empatía e interés.
3. Las consecuencias de no llevar a cabo la habilidad de un modo correcto son que la persona que habla no tenga interés por seguir haciéndolo, los malentendidos, no llegar a compartir opiniones ni ideas porque se sabe que el otro no está interesado, no comprender lo que te dicen, etc.

Explicar al usuario que la escucha activa contiene los siguientes componentes:

1. Mantener contacto ocular.
2. Tono de voz agradable.
3. Expresión facial agradable.
4. Postura y distancia correcta.
5. Gestos faciales que indiquen que estás recogiendo la información escuchada.
6. Manifestar que se está interesado mediante expresiones verbales.
7. Resumir lo que la otra persona quiere decirnos.
8. Preguntar sobre lo que no has entendido.

Realizamos una práctica en la que el terapeuta conversará con el adolescente o joven sobre un tema, en esta conversación el adolescente practicará los ingredientes de la escucha activa. El terapeuta observará, orientará, sugerirá y corregirá. Por otro lado, si el paciente no desea hacer la técnica del *roleplaying* se pueden analizar relaciones y situaciones sociales reales. El trabajo terapéutico a partir de situaciones sociales reales puede sentirse de mayor utilidad para el paciente.

Tareas para casa: Pedimos al adolescente o joven que cuando converse con alguien intente auto-observarse en su escucha activa y que intente utilizar los componentes mostrados con anterioridad, en la siguiente sesión se pedirá al sujeto su valoración al respecto.

3.2. SUBMÓDULO DE ASERTIVIDAD

ACTIVIDAD 1: VALORACIÓN DE LOS DERECHOS ASERTIVOS.

Objetivo: Trabajar la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los derechos personales y de los demás.

Descripción de la actividad:

1. En primer lugar, exponer al sujeto el siguiente cuadro de Caballo y Irurtia (2008)

Todos los seres humanos tenemos **derecho a:**

1. Mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva – incluso si la otra persona se siente herida- mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
2. A ser tratado con respeto y dignidad.
3. A rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
4. A experimentar y expresar tus propios sentimientos.
5. A detenerte y pensar antes de actuar.
6. A cambiar de opinión.
7. A pedir lo que quieras (dándose cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir que no).
8. A hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9. A ser independiente.
10. A decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
11. A pedir información.
12. A cometer errores – y ser responsable de ellos.
13. A sentirte a gusto contigo mismo.
14. A tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
15. A tener opiniones y expresarlas.
16. A decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses –siempre que no violes los derechos de los demás.
17. A hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18. A obtener aquello por lo que pagas.
19. A escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
20. A tener derechos y defenderlos
21. A ser escuchado y a ser tomado en serio.
22. A estar solo cuando así lo escojas.
23. A hacer cualquier cosa siempre y cuando no violes los derechos de otra persona.

2. Realizar con el sujeto una breve discusión de los derechos, valorar por qué los necesitamos y por qué los quebrantamos. También es importante hacer ver al sujeto que otras personas también tienen los mismos derechos y merecen ser respetados.
3. Por último, llevamos a la práctica el ejercicio detectando a través de ejemplos los derechos implicados en cada situación, conviene hacer un número elevado de ejemplos para asegurarnos que el paciente ha interiorizado la actividad.

Ejemplo 1: Hace unos días estabas de acuerdo con un amigo sobre un tema, durante el fin de semana pudiste reflexionar al respecto y cambiaste de opinión. El lunes cuando lo comentaste a tu amigo se disgustó que hubieras cambiado de parecer.

¿Qué derecho estaría implicado en este ejemplo? El número 6: tener derecho a cambiar de opinión.

Ejemplo 2: Has ido a un restaurante de comida rápida, has pedido una hamburguesa y dos paquetes de patatas, cuando abres el pedido te das cuenta de que se han dejado un paquete de patatas.

¿Qué derecho estaría implicado en este ejemplo? El número 18: tienes derecho a obtener lo que pagas.

3.3. SUBMÓDULO DE ESTILOS DE RESPUESTA

Objetivo: que el adolescente o joven entienda y distinga las diferentes respuestas asertivas, pasivas y agresivas. El asertivo es el más adecuado y reforzante que otros estilos de comportamiento.

Descripción de la actividad:

1. Mostrar al sujeto el siguiente cuadro:

	ESTILO PASIVO	ESTILO ASERTIVO	ESTILO AGRESIVO
Definición	No defendemos nuestros derechos ni intereses personales. Respetamos a los demás pero no a nosotros mismos.	Conocen sus derechos y los defienden, respetando a los demás, llegando a acuerdos.	Defiende en exceso sus derechos e intereses personales, sin tener en cuenta los de los demás.
Comportamiento externo	Volumen de voz bajo, habla poco fluida, bloqueos, tartamudez, silencios, huida del contacto ocular, mirada baja, expresión facial tensa, manos nerviosas.	Habla fluida y segura, contacto ocular aunque no desafiante, relajación corporal, postura cómoda, expresión de sentimientos tanto negativos como positivos, capacidad de hablar de cosas propias, honestidad, defensa sin agresión, discrepar con respeto, capacidad de aclarar malentendidos, aceptar errores.	Volumen de voz elevado, habla poco fluida ya que es precipitada, interrumpe a otros, utiliza insultos y amenazas, contacto ocular desafiante, expresión facial tensa, postura que invade el espacio del otro, tendencia al contraataque, etc.
Patrones de pensamiento	Evitar molestar u ofender a otros, dejar de lado los propios sentimientos y dar más importancia a los de los demás. Sensación de ser incomprendido, manipulado, no tenido en cuenta.	Conocer y creer en los propios derechos y en los de los demás. Convicciones adaptativas, en general.	Únicamente te importan tus intereses, si no te comportas así te ves vulnerable, en las acciones se gana o se pierde, pueden darse las siguientes creencias: “hay gente malvada que merece ser castigada” o “es horrible que las cosas no salgan como quiero”.
Sentimientos/emociones	Impotencia, culpabilidad, baja autoestima, ansiedad, frustración, poca honestidad emocional ya que no manifiestan las verdaderas emociones...	Autoestima, no hay sentimiento ni de inferioridad ni de superioridad respecto a otros, satisfacción en la relación, sensación de control emocional, respeto por uno mismo.	Ansiedad, sensación de ser incomprendidos, culpa, frustración, soledad, baja autoestima, sensación de falta de control, enojos constantes, honestidad emocional ya que expresan todo lo que sienten sin control.
Consecuencias	Baja autoestima, problemas somáticos, e incluso a veces estallidos de agresividad de forma no controlada fruto de la acumulación de tensión.	Frenan a personas agresivas, aclaran malentendidos, las otras personas se sienten respetadas y valoradas por ellos, tienen más posibilidad de tener relaciones sociales más positivas, crean oportunidades y resuelven los problemas.	Provocan en otros rechazo, su conducta es como un círculo vicioso ya que fuerzan a otros a ser hostiles para así aumentar su agresividad, este estilo es una defensa por sentirse muy vulnerable o por falta de habilidades para afrontar las situaciones estresantes.

Nota. Tipos de respuestas adaptado de Davis, McKay y Eshelman (1985)

- Pedir al sujeto que se identifique con un estilo, si el estilo no es el asertivo conviene trabajar hacia este tipo de estilo personal.

3. A continuación, el psicoterapeuta fomentar el trabajo centrado en el estilo asertivo mediante aspectos de la vida cotidiana para promover su generalización.
4. Con el objetivo de seguir trabajando el estilo de respuesta asertivo, también se puede ofrecer estilos de afrontamiento asertivos de los problemas (Davis et al., 1985):

⇒ **Expresar:** cuáles son los derechos de uno, qué es lo que se desea, lo que se necesita y cuáles son los sentimientos respecto a la situación. Liberarse de los reproches, del deseo de herir y de la autocompasión. Definir su objetivo y tenerlo presente cuando esté tratando el cambio.

Debemos hacer el trabajo entre los dos, me gustaría que pudiéramos hacer un buen trabajo que nos permitiera a ambos obtener buena nota. Por otro lado, pienso que es justo hacerlo entre los dos implicándonos de la misma forma en ello.

- ▶ **Señalar el momento:** escoger un lugar adecuado para discutir el problema con la otra/s persona/s implicada/s. Si son situaciones espontáneas afrontarlas en el mismo lugar.

Le pediré que quedemos y discutamos el asunto el viernes por la tarde después de comer.

- ▶ **Caracterizar** la situación problemática de la forma más detallada posible.

No hemos podido entregar a tiempo el trabajo porque no realizaste tu parte.

- ▶ **Adaptar los sentimientos** a mensajes en primera persona, sin reprochar, juzgar o valorar a los demás. En lugar de decir “eres desconsiderado” diremos “Me siento herido” y esta afirmación en primera persona se junta a la conducta de la persona que la provocó. Por ejemplo: “Me siento herido porque me ridiculizaste delante de todos”

Me siento frustrado/a por no haber podido entregar el trabajo a tiempo ya que soy muy responsable y también me he sentido decepcionado/a porque confiaba en que entregarías tu parte a tiempo.

- ▶ **Limitar:** mediante una o dos frases el objetivo debe quedar claro.

Me gustaría que las partes de los próximos trabajos que tengamos que entregar nos las pases a tiempo.

- ▶ **Acentuar la posibilidad de obtener la cooperación de la otra persona** para lograr nuestro objetivo, si es necesario conviene expresar las consecuencias negativas que traerá su falta de cooperación.

Si accedes continuaremos haciendo trabajos juntos, pero si no entregas a tiempo los próximos trabajos no realizaremos más trabajos juntos y tendrás que hacerlos solo.

5. Practicar diversos ejemplos reales por los que el participante haya tenido que pasar o deba afrontar en un futuro a corto plazo.
6. Tareas para casa: proponemos al adolescente o joven que practique lo que hemos desarrollado en esta actividad en su vida cotidiana.

3.3.1. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN LAS RELACIONES SOCIALES

Objetivos: En este submódulo se abordarán aquellas creencias o pensamientos irracionales sobre las relaciones sociales. Con el objetivo de ayudar al usuario a transformar los pensamientos adaptativos y racionales, para que de esta manera aquellos pensamientos negativos no influyan en sus sentimientos y conductas en el ámbito social.

Consideraciones previas: Este Submódulo se puede llevar a cabo mediante modelos de abordaje clínico de reestructuración cognitiva, como, por ejemplo: La Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC) de Ellis (1990) y la Terapia Cognitiva de Beck (1979).

A continuación, proponemos una serie de actividades secuenciales basadas en el proceso de la Terapia Racional-Emotiva Conductual:

ACTIVIDAD 1:

Objetivo: Identificar las ideas sociales irracionales básicas.

Material: Lista de ejemplos sobre las ideas irracionales mostrada en la descripción de la actividad.

Descripción de la actividad:

Conversar con el sujeto sobre que, en ocasiones, los acontecimientos no son los causantes de los problemas emocionales y de conducta, sino que lo son nuestros propios pensamientos e interpretaciones, los cuales en ocasiones son irracionales y equívocos.

Después de eso, proponer al adolescente o joven que elabore con la ayuda del terapeuta, una lista sobre las ideas irracionales más comunes:

IDEAS SOCIALES IRRACIONALES BÁSICAS

Ejemplo: *“Tengo que ser amado y tener aprobación de todas las personas importantes de mi entorno”.*

Ejemplo: *“He de ser siempre competente para los demás y ser capaz de cumplir con lo que otros esperan de mi de conseguir lo que me proponga”.*

Ejemplo: “La otra persona nunca me fallará”.

Ejemplo: “Es más fácil evitar enfrentarme a los demás y evitar defenderme o decir cómo me siento”.

Ejemplo: “Si la otra persona me conoce ya sabe cómo me siento y lo que necesito”.

Una vez el paciente exprese algunas ideas irracionales que él considera comunes, expresar, que este tipo de ideas irracionales pueden provocar unas exigencias sociales en los demás que generan distorsiones en nuestra manera de pensar como, por ejemplo:

1. Resaltar en exceso todo lo negativo de un acontecimiento.
2. Exagerar lo insoportable de una situación.
3. Condenar a las personas o al mundo, si no nos proporcionan lo que creemos y merecemos.

ACTIVIDAD 2:

Objetivo: que el sujeto aprenda a auto-observar sus propias ideas irracionales y sus consecuencias.

Material: Autorregistro mostrado a continuación en la descripción de la actividad:

Descripción de la actividad:

Presentar al sujeto el siguiente cuadro de autorregistro, en el cual debe realizar una autoobservación durante unos días sobre acontecimientos desagradables, los pensamientos o creencias relacionadas y las emociones o conductas provocadas.

DIA Y HORA	ACONTECIMIENTO (A)	CREENCIAS O PENSAMIENTO IRRACIONAL (B)	CONDUCTAS Y/O EMOCIONES (C)
Martes, 19:00	Ejemplo: Mis amigos me llaman para salir a tomar algo, se enfadaron conmigo ya que preferí quedarme jugando al <i>League of Legends</i> .	<i>"No quiero enfrentarme con ellos, prefiero seguir jugando"</i> . <i>"Sólo me divierto jugando al League of Legends"</i> . <i>"Ya no tengo nada en común con mis amigos"</i> . <i>"Me da pereza hacer otra cosa"</i> .	Soledad, malestar, angustia, tristeza. Jugar al <i>League of Legends</i> hasta muy tarde, estar irritable y responder mal a mi madre, evitar coger el teléfono cuando mis amigos llamen...

ACTIVIDAD 3

Objetivo: Generar creencias racionales que sirvan de alternativa a las respuestas sociales y comprender sus beneficios.

Descripción de la actividad:

Una vez que el paciente traiga a consulta el autorregistro social (A-B-C) mostrado en la actividad anterior, a través de un diálogo didáctico el terapeuta ayuda al adolescente o joven a descubrir sus ideas irracionales, mediante el autorregistro, aunque también se pueden mostrar otras ideas irracionales presentadas a lo largo de la evaluación e intervención y aprovechar para tratarlas.

Mediante preguntas que susciten interpretaciones por parte del psicoterapeuta, el profesional debe guiar al paciente en el cuestionamiento de la veracidad de sus pensamientos irracionales interpersonales. En la discusión de cada uno de los pensamientos irracionales se trabajará lo siguiente:

- a) Aspectos a favor y en contra de cada pensamiento irracional.
- b) Argumentos ilógicos o falsos que se utilizan para mantenerlos.
- c) Generar creencias racionales que sirvan de alternativa.
- d) Beneficios de adoptar las creencias racionales.

Una vez detectados los pensamientos irracionales y generando así creencias racionales alternativas a éstos, proponemos de nuevo al adolescente o joven que realice el siguiente autorregistro durante varios días:

DIA Y HORA	ACONTECIMIENTO (A)	PENSAMIENTO IRRACIONAL (B)	CONDUCTAS Y/O EMOCIONES (C)	REFUTACIÓN Y CREENCIA RACIONAL EFICAZ (D)	SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS EXPERIMENTADOS CON LA NUEVA CREENCIA RACIONAL (E)

Conviene repasar los autorregistros en las siguientes sesiones, animar y motivar al paciente en la validez de lo aprendido. Debatir y mejorar su manera de enfrentarse a los acontecimientos.

3.3.2. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS SOCIALES (Opcional)

Evaluar: evaluaremos las habilidades y las capacidades que tiene el sujeto para identificar las dificultades o problemas y llegar a soluciones viables.

Objetivos: Adquirir habilidades para resolver problemas sociales de forma autónoma.

Consideraciones previas: A continuación, presentamos una actividad basado en el modelo de D’Zurilla y Goldfried (1971)

Descripción de actividades:

Comentar con el individuo que rara vez hay soluciones claramente buenas o malas, el individuo debe juzgar la mejor solución basada en los resultados previstos. En esta línea, conversar con el

adolescente acerca de que los problemas sociales que forman parte de la vida diaria, de las capacidades personales que todos tenemos para resolver problemas de manera autónoma, etc.

1. *Darse cuenta que hay un problema:* Una vez que el paciente reconozca un problema de ámbito social, le haremos cerrar los ojos, que piense en esa situación problemática y que aboque o explique qué sentimientos propios es capaz de detectar.
 - 1.1. Identificar los sentimientos básicos: Elaborar una lista de todos los sentimientos que pueda pensar en unos 5 minutos, una vez hecha la lista, poner ejemplos de situaciones que le hagan sentir de ese modo.
2. *Pararse y pensar:* conviene salir de la situación y decidir cuál es el problema.
3. *Decidir un objetivo:* pensar acerca de cuál es el resultado que deseamos obtener de esta situación.
4. *Pensar en posibles soluciones:* no hay que valorarlas, simplemente generar distintas posibilidades, ser creativo.
5. *Pensar en las consecuencias de cada solución:* que puede ocurrir aplicando una solución u otra.
6. *Escoger la mejor solución:* escoger la mejor solución, con las consecuencias que mejor se aproximen a nuestros objetivos.
7. *Hacer un plan para llevar a cabo la solución:* planificar cómo poner en práctica la solución escogida, elaborar mentalmente los pasos a seguir antes de actuar.

Hacer que el adolescente explique un problema reciente que haya sabido resolver satisfactoriamente y otro en el que sienta que no, para que sirva de ejemplo con el objetivo de ayudarlo más tarde a que pueda generalizar lo aprendido en la sesión a otros problemas cotidianos. Promoveremos el pensamiento reflexivo, y en cada uno de los problemas que el paciente explique seguiremos el esquema anterior, reflexionando en cada punto si los pensamientos del sujeto eran positivos o negativos, la función del terapeuta es asesorar para un funcionamiento más autónomo.

Comentar acerca de las soluciones negativas, tales como agredir, gritar, acosar, ilusionarse, abandonar, etc. Y de las soluciones positivas como, por ejemplo: comprometerse, cooperar, conversar, debatir, pedir ayuda, evitar la agresión, etc.

Si el adolescente no se ve capaz de describir alguna situación, se pueden utilizar ejemplos:

- ▶ Vas a una reunión con unos chicos que no conoces muy bien y, cuando llegas, ves que algunos están consumiendo sustancias. Ellos te insisten en que te sumes y cuando te resistes les cuesta entender por qué.
- ▶ Últimamente tus padres se pelean mucho. Parece que la están tomando con tu hermano pequeño y crees que los castigos que le imponen son injustos.
- ▶ Tu *guild* del *World of Warcraft* necesita tu ayuda para una batalla, pero tú tienes que ir a cenar, ellos te reprochan que no participes.
- ▶ Cada vez que hablas en clase tu profesor te regaña duramente.

A) ENSAYO DE LA CONDUCTA

Objetivo: aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, remplazándolos por nuevas respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas.

Consideraciones previas: En esta etapa los procedimientos empleados son el ensayo de la conducta, el modelado, las instrucciones, la retroalimentación bajo forma de refuerzo y las tareas para casa. En una primera parte de este submódulo limitamos el ensayo al problema expuesto en un principio, por ejemplo, problemas sociales relacionados con la adicción al videojuego en línea, una vez modificado el problema inicial, se puede hacer el ensayo conductual con otros problemas que preocupen a la persona. La situación que se escoge debe ser reciente o que probablemente ocurra en un futuro lejano, las respuestas deben ser cortas. Para aplicar la siguiente actividad es conveniente haber realizado algunos submódulos del Módulo Social.

Descripción de la actividad: A continuación, mostramos el proceso a seguir en el ensayo de la conducta basado en Caballo e Irurtia (2008):

1. Se le pide al sujeto que describa la situación del problema.

ACTIVIDAD 1.1

Se propone al usuario que explique alguna situación social específica que le cause ansiedad o malestar. En un primer momento dejamos que el sujeto exprese sin ayuda la situación, si percibimos que el sujeto tiene dificultad en especificar algunos datos nos ayudamos con el siguiente esquema: ¿Quién? ¿Dónde? ¿Qué? ¿Temor?

ACTIVIDAD 1.2.

A continuación, se muestra al usuario que los diferentes conflictos sociales pueden mostrarse con determinadas personas y en diferentes situaciones, se muestra el siguiente cuadro, en el que añadimos el ámbito escolar o universitario.

Caballo e Irurtia (2008)	
TIPOS DE PERSONAS	FACTORES SITUACIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amigos del mismo sexo. ▪ Amigos del sexo opuesto. ▪ Relaciones íntimas (pareja) ▪ Padres. ▪ Familiares. ▪ Personas con autoridad del mismo sexo. ▪ Personas con autoridad del sexo opuesto. ▪ Compañeros de trabajo del mismo sexo. ▪ Compañeros de trabajo del sexo opuesto. ▪ Contactos de consumidor (vendedores/as, camareros/as). ▪ Profesionales del mismo sexo (por ejemplo, médicos). ▪ Profesionales del sexo opuesto. ▪ Niños. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el lugar de trabajo. ▪ El hogar familiar. ▪ Lugares de consumo (por ejemplo, tiendas). ▪ Lugares de ocio (por ejemplo, bares, cafeterías). ▪ Transportes públicos. ▪ Lugares formales (por ejemplo, conferencias). ▪ Ámbito escolar o universitario

Una vez mostrado el cuadro, proponemos al usuario que nos hable de otras situaciones problemáticas, miedos, pensamientos acerca de las personas implicadas y/o la situación en la que ocurren. A lo largo de esta actividad tratar esas preocupaciones y/o ansiedades.

2. Una vez expresada la situación problemática proponer que el usuario represente lo que hace normalmente en esa situación.
3. A continuación, solicitamos que el adolescente o joven intente identificar las posibles cogniciones desadaptativas que estén influyendo en que la conducta social sea inadecuada.
4. Una vez identificadas las cogniciones desadaptativas, sugerimos que ahora intente identificar los derechos humanos básicos implicados en la situación, tanto los propios como los de la/s otra/s persona/s implicada/s.
5. El siguiente paso es que el paciente identifique qué respuesta desea producir pensando así en sus objetivos a corto plazo en la situación expuesta. De este modo repasamos las habilidades adquiridas acerca de la resolución de problemas.
6. El terapeuta realiza una sugerencia sobre respuestas alternativas concentrándose en los objetivos concretos de la actuación.
7. El terapeuta muestra mediante la representación de una escena (*roleplaying*) una de las respuestas alternativas para el paciente (modelado).
8. El paciente practica encubiertamente la conducta que va a llevar a cabo como preparación para su representación de papeles.
9. A continuación, el paciente representa la respuesta elegida teniendo en cuenta la representación del terapeuta, la representación no ha de ser exacta a la del terapeuta, sino que ha de integrarla en su estilo de respuesta.
10. Evaluación de la eficacia de la respuesta:
 - a. Valorar lo que ha sido adecuado y lo que se puede mejorar.
 - b. El terapeuta proporciona retroalimentación, subrayando los aspectos positivos y los negativos de la conducta, además de lo que se podría mejorar, siempre de manera amigable.
11. El psicoterapeuta vuelve a representar (modelado) la conducta incorporando algunas sugerencias hechas en el paso anterior.
12. Una vez realizados estos pasos, se deben repetir los pasos del 8 al 11, tantas veces como sea necesario, hasta que el usuario crea que la respuesta ha llegado a un nivel adecuado para ser llevada a cabo en la vida real.

13. Una vez la respuesta tenga el nivel adecuado, se repite la escena entera incorporando todas las mejoras.
14. Se dan las últimas instrucciones sobre la puesta en práctica de la conducta ensayada en la vida real, junto con las consecuencias positivas y negativas que puede encontrarse. Lo fundamental es motivar al usuario, resulta más importante intentarlo que tener éxito. En las próximas sesiones se analizará la forma en la que el adolescente o joven ha llevado a cabo dicha conducta como los resultados obtenidos.

5. MÓDULO FAMILIAR

5.1. SUBMÓDULO DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

Objetivos: mejorar la comunicación familiar mediante la capacidad de escuchar y la resolución de problemas juntos, las habilidades adquiridas por la familia sirven como factores de protección contra conductas de riesgo. En este módulo se pretende abordar algunos de los temas tratados en el módulo 1.2. Psicoeducación familiar. En los casos en los que el conflicto familiar sea elevado se recomienda que este sub-módulo sea de los primeros en aplicarse, incluso previamente al módulo centrado en la adicción a videojuegos. Un sistema familiar conflictivo puede alterar las conductas del paciente e imposibilitar los cambios terapéuticos.

Actividades:

ACTIVIDAD 1: ESCUCHA ACTIVA

Objetivo: Que la familia desarrolle la habilidad de escucha activa.

1. Promover un debate entre los miembros de la familia sobre los siguientes temas:
 - a. Diferencias entre oír y escuchar.
 - b. Características de escuchar de forma activa.
2. A continuación, el terapeuta realiza una demostración sobre lo que sería escuchar de forma activa. Se escoge a algún miembro de la familia para que le hable sobre algún tema en particular alrededor de unos 2 o 3 minutos, el terapeuta actuará como receptor de este mensaje y proporcionará *feedback*.
3. Ejemplo:

Emisor: Ayer tuve que hacer mucho trabajo en la oficina, luego volví corriendo a casa para hacer la comida a mis hijos, no tuve tiempo de descansar y tuve que llevarlos al colegio, fue un día muy estresante.

Receptor: Entiendo, estuviste estresada ya que no pudiste descansar, además, tuviste mucho trabajo en oficina y luego, en casa, doméstico.

4. Después del ejemplo el terapeuta hablará a los miembros de la familia sobre los ingredientes esenciales para una escucha efectiva.
5. A continuación, el emisor del mensaje será el terapeuta y practicará el ejercicio con todos los miembros de la familia de forma individual, mientras los otros miembros deben observar la respuesta del receptor. Una vez realizado el ejercicio se propone a los miembros que realicen sugerencias para mejorar la escucha activa del receptor. Si es necesario el terapeuta puede añadir correcciones y modular las sugerencias.

ACTIVIDAD 2: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN FAMILIA

Objetivo: Que la familia desarrolle la capacidad de escuchar y de resolver problemas juntos.

1. El terapeuta propone un problema del ámbito familiar:
Ejemplo: “La familia García tiene dificultades para ponerse de acuerdo en qué ver en la tele los sábados por la noche, ya que, retransmiten varios programas que agradan a varios miembros de la familia”.
2. A continuación el terapeuta aclara que el problema, es que no se ponen de acuerdo en el programa que desean ver.
3. A continuación, todos los miembros de forma individual, deben escribir en un folio su punto de vista respecto al problema.
4. Acto seguido, cada miembro lee ante los demás lo que ha escrito.
5. Una vez todos los miembros conocen los diferentes puntos de vista, entre todos han de realizar una lluvia de ideas en un folio con el título “Sugerencias” para solucionar el problema común.
6. Una vez hecha la lluvia de ideas de sugerencias o de soluciones posibles del problema.
7. Entre todos deben ponerse de acuerdo para negociar una solución.
8. A lo largo del ejercicio el terapeuta observa, modera, orienta, corrige y refuerza.

5.2. SUBMÓDULO DE ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES

Objetivos: comprender los cambios de los adolescentes, comprender la necesidad de reglas y aprender a recordar las reglas a los jóvenes sin criticarlos.

Actividades:

ACTIVIDAD 1 DELIMITAR LOS LÍMITES EN EL HOGAR

Objetivo: Valorar los límites familiares.

Hacer a los miembros de la familia las siguientes preguntas:

- ▶ ¿Qué límites fijaron a su/s hijo/s durante esta semana?
- ▶ ¿Cómo mostraron en casa el afecto a su/s hijo/s?
- ▶ ¿Qué normas están funcionando bien en casa?

Debatir al respecto, detectar creencias irracionales y refutarlas, etc.

ACTIVIDAD 2: ADOLESCENCIA

Objetivo: Que la familia comprenda los cambios de la etapa de la adolescencia.

Repasar algunos de los cambios más frecuentes en la adolescencia, proponer a la familia que piense sobre los diferentes cambios que observan en los jóvenes, una vez lo han pensado proponer que cada miembro escriba tres clases de cambios físicos, en las actividades y sociales. Si la familia tiene dificultades dar ejemplos:

- ▶ Ejemplos de cambios físicos: robusto, más alto, aparición del acné, desarrollo sexual, más transpiración corporal, etc.
- ▶ Ejemplos de cambios en actividades: pasa más tiempo solo, pasa más tiempo con los amigos, utiliza las nuevas tecnologías habitualmente, imita lo que hacen otros chicos de su edad, etc.
- ▶ Ejemplos de cambios en la relación del adolescente o joven con la familia: está más irritable, responde con insolencia, pensamiento más maduro, cuestiona más las reglas, pasa menos tiempo con la familia, etc.

En la segunda parte el adolescente o joven expresa a los padres o a los familiares presentes los cambios que él ha experimentado en primera persona, además de diferenciar entre aquellos que le resultan agradables, como, por ejemplo, ser más alto, o aquellos que le provocan malestar, por ejemplo, la aparición del acné.

ACTIVIDAD 3: NECESIDAD DE REGLAS

Objetivo: Negociar un sistema de normas familiares.

1. Pedimos a los padres que mencionen los comportamientos problemáticos del sujeto, y los escribimos en un folio.
2. A continuación, pedimos que, entre todos, padres y adolescente, conviertan ese problema negativo en el comportamiento que deseen conseguir, un comportamiento adaptativo.
3. Por ejemplo: Jugar 5 horas a los videojuegos se convertiría en Jugar al videojuego en línea de entre 1 a 2 horas diarias sin descuidar otras responsabilidades”. Otro ejemplo sería: “No hacer las tareas” en “hacer las tareas todas las tardes antes de jugar al juego”.

4. Pedimos a los padres que enumeren las cosas que les gustaría que hicieran sus hijos y las registramos en un folio.
5. Pedimos al joven o adolescente que enumere las cosas que le gustaría que sus padres hicieran.
6. Entre todos discutimos qué cosas son positivas, qué cosas son necesarias y establecemos una lista de normas negociada por ambas partes.
7. Esa lista la colocaremos en un lugar visible para todos, por ejemplo, en la nevera.
8. En un principio es posible que algunos miembros de la familia, en especial los hijos, tengan dificultades en adaptarse, para ello se utilizarán sanciones las cuales se trabajarán en futuras sesiones.

ACTIVIDAD 4: ¿CÓMO RECORDAR LAS REGLAS SIN CRITICAR A OTRO?

Objetivo: Dotar de habilidades a los miembros de la familia para recordar las normas familiares de manera asertiva.

1. Comentar lo siguiente con la familia: hemos estado trabajando sobre la importancia de fijar unos límites en el hogar, pero también es necesario aplicar estos límites con afecto, es decir, sin necesidad de alzar la voz, de criticar, de gritar o de reprender a la persona que lo incumple, ya que, estas conductas provocan malestar al que las recibe. Una forma de recordar las normas sin atacar a la persona que las incumple es realizar afirmaciones en primera persona.
2. ¿Cómo realizamos afirmaciones en primera persona?
 - a. Describimos como nos sentimos, utilizando palabras que expresen sentimientos, por ejemplo: triste, decepcionado, angustiado, herido, enfadado, etc.
 - b. También pueden usarse para expresar sentimientos positivos y realizar cumplidos.
 - c. Los usaremos cuando veamos que se está haciendo algo equivocado.
3. Ponemos algunos ejemplos y señalamos en concreto el siguiente: “siento que no lo estás haciendo correctamente” este ejemplo nos lleva a ver que la afirmación en primera persona está mal usada, el “siento” se acompaña de un sentimiento real.
4. Evitar culpar, sermonear o regañar.
5. A continuación, mostramos una serie de situaciones de las cuales han de realizar afirmaciones en primera persona.

Ejemplos:

- a. Su hijo se ha quedado jugando hasta las 2 de la mañana → “Estoy preocupada al ver que va a dormir poco”.
- b. Su hija no hizo los deberes de química → “Siento preocupación cuando no haces los deberes”.

- c. Su madre le gritó cuando no hizo los deberes → “Estoy irritado cuando me gritas”.
 - d. Su hijo le responde mal cuando le pone límites de ver la televisión →
 - e. Su hija desobedeció y fue a una fiesta por la noche →
 - f. Su hijo ha suspendido dos asignaturas este trimestre →
 - g. Su hija está triste →
6. Una vez que los miembros de la familia hayan integrado las afirmaciones en primera persona, proponemos practicar con afirmaciones más completas, formadas por: “Estoy cuando por qué”.

Ejemplos:

- a. Sus padres discuten → “Estoy triste cuando discutís porque las discusiones me resultan desagradables”
 - b. Su hijo no ha sacado la basura esta noche → “Estoy furioso cuando no sacas la basura por la noche porque deja mal olor en toda la casa”.
 - c. Su hija ha llegado ebria a casa después de una noche de fiesta → “Estoy decepcionado cuando llegas ebria a casa porque puede pasarte algo malo”.
 - d. Sus padres se han olvidado de recogerle:
 - e. Su hijo se ha peleado con otros chicos:
 - f. Su hija ha salido sin avisar:
 - g. Sus padres no le están escuchando:
7. A continuación añadimos a la afirmación en primera persona un “me gustaría que”, quedando de la siguiente manera la frase: “Estoy cuando..... por qué..... me gustaría que....”. El objetivo de esta parte de la actividad no es señalar las consecuencias sino agregar lo que se debe hacer.

Ejemplos:

- a. Sus padres discuten → “Estoy triste cuando discutís porque las discusiones me resultan desagradables. Me gustaría que os llevarais mejor”.
- b. Su hijo no ha sacado la basura esta noche → “Estoy furioso cuando no sacas la basura por la noche porque deja mal olor en toda la casa. Quiero que saques la basura”.
- c. Su hija ha llegado ebria a casa después de una noche de fiesta → “Estoy decepcionado cuando llegas ebria a casa porque puede pasarte algo malo, me gustaría que pudieras beber con moderación para así poderme sentir más tranquilo”.
- d. Sus padres se han olvidado de recogerlo →
- e. Su hijo se ha peleado con otros chicos →
- f. Su hija se ha salido sin avisar →
- g. Sus padres no le están escuchando →

ACTIVIDAD 5: UTILIZACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

Objetivo: Dotar de habilidades a los miembros de la familia para promover el cumplimiento de las normas.

1. En la siguiente sesión se pregunta a los padres lo siguiente:
 - ⇒ ¿Hicieron elogios a sus hijos? ¿Cuáles?
 - ⇒ ¿Se han llevado a cabo con cierta regularidad las normas?
2. En caso de que las normas comunes no hayan sido cumplidas por el adolescente o joven, pasamos a sugerir a los padres que elaboren una lista de tareas cortas y fáciles para usarlas como sanción a pequeñas faltas.

Ejemplo de lista:

- Limpiar la mesa de la cocina.
- Barrer el piso.
- Fregar los platos.
- Sacar la basura.
- Doblar la ropa o plancharla.
- Ir a hacer algún recado.

Una vez realizada la lista conviene preguntar a los padres para qué pequeñas faltas son apropiadas estas sanciones.

Ejemplos:

- Olvidarse de hacer una tarea doméstica.
- No hacer los deberes.
- Acostarse muy tarde.
- Pasarse del tiempo jugando al juego de rol online.
- Responder mal a los padres.

Una vez hecha la primera lista, utilizando el mismo procedimiento deberán elaborar una lista de tareas más complejas y una lista de las faltas mayores a las que se podrían aplicar esas tareas.

Ejemplo de lista:

- Limpiar durante 3 semanas la mesa de la cocina.
- Barrer la casa durante un mes.
- Ser el encargado de poner el lavavajillas o fregar durante 3 o 4 semanas.

Ejemplo listo de faltas mayores:

- Suspender una asignatura.
- Faltar al trabajo por quedarse jugando.
- Gastarse toda la paga en un videojuego.
- Faltas de respeto graves o herir a un miembro de la familia.
- Consumir algún tipo de droga.

3. Una vez hecha la lista de sanciones, sugerimos a los padres que hagan una lista de los privilegios que tienen sus hijos e hijas actualmente, y que hagan una lista sobre

pequeños privilegios que pueden quitar y otra sobre grandes privilegios que pueden quitar cuando hagan faltas mayores. Conviene que los padres sean conscientes de la importancia de aplicar sanciones equitativas a la falta cometida.

Ejemplos de pequeños privilegios para sanciones menores:

- No jugar en todo el día al videojuego.
- Quitar el ordenador del cuarto un día.
- No salir con los amigos durante un día.
- Quitar una parte de la paga.

Ejemplos de privilegios para sanciones mayores:

- Quitar la paga del mes.
- Quitar el ordenador del cuarto y ponerlo en el comedor.
- Guardar los videojuegos durante una temporada.
- Cancelar el contrato del móvil.
- Pagar un alquiler por la habitación (en caso de que el hijo trabaje y no colabore en casa).

4. Resaltar la importancia de conservar la calma cuando se apliquen las sanciones, para ello se han de buscar momentos en los que sea más fácil conservar la calma, por ejemplo, cuando uno está tranquilo, no tiene trabajo, cuando estamos bien. También resaltar que la actividad está dirigida a evitar el castigo físico buscando alternativas eficaces.
5. Los adultos también deben de seguir las reglas, en el caso de que no las sigan ellos mismos deben ser los que se apliquen una sanción de manera responsable.
6. Por último, se pide a los padres que escojan una falta que el hijo haga habitualmente y que se centren en sancionarla, así de este modo practican en casa. Proponemos al adolescente o joven que observe que tipo de reglas tiene dificultad en cumplir y qué sanciones le resultan más incómodas.

5.3. ESTABLECER VÍNCULOS

Objetivo: Establecer y mejorar vínculos afectivos en la familia.

ACTIVIDAD 1: tipos de vínculos ¿Cuál es el adecuado?

1. Preguntamos a los padres como definirían el vínculo con su hijo, pedimos que describan el vínculo.
2. Luego preguntamos a los hijos que describan el vínculo que tienen con sus padres.
3. Acto seguido mostramos el siguiente cuadro, en el que se pueden observar diversos vínculos afectivos, en este punto conviene motivar a la familia en la importancia de

dirigirse hacia el vínculo afectivo seguro y, por tanto, deberán practicar con conciencia actividades en casa para promover dicha relación.

La clasificación de Bowlby y Ainsworth (1978):

<p>1. VÍNCULO AFECTIVO INSEGURO O AMBIVALENTE</p>	<p>Fruto de determinadas carencias emocionales, es decir, de no haber recibido atenciones afectivas suficientes. Dentro de este vínculo encontramos dos tipos de vínculos en función de las carencias emocionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Vínculo inseguro por carencias. b. Vínculo inseguro por exceso.
<p>2. VÍNCULO AFECTIVO EVITATIVO</p>	<p>Fruto de la inexpresividad emocional, lleva a la persona a ser fría y distante en las relaciones. Provoca desconfianza y recelo en las relaciones interpersonales. La independencia es el factor a destacar.</p>
<p>3. VÍNCULO DESORGANIZADO</p>	<p>Forma parte de las familias en las que los padres han tenido experiencias traumáticas que no han elaborado, a causa de estas carencias tienen dificultad de contener o dar muestras de afecto. Por esta razón, sus muestras de afecto son contradictorias i insuficientes.</p>
<p>4. VÍNCULO AFECTIVO SEGURO</p>	<p>Promueve la confianza en los demás y en las relaciones interpersonales, es fruto de unas primeras relaciones afectivas gratificantes con los padres, que darán seguridad emocional para encontrar el equilibrio entre la necesidad de convivencia y la independencia personal. Facilita el reconocimiento, la expresión y el control de los sentimientos, así como a comprender las emociones de los demás (inteligencia emocional). Origina autoestima elevada, autonomía y motivación por superarse.</p>

ACTIVIDAD 2: MOSTRAR ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS:

Objetivos: identificar emociones, dar *feedback* a otros, comprender y sentirse comprendido, prestar atención a los sentimientos es una manera de mostrar afecto.

Material: Ficha de ejemplos sobre situaciones “Actividad sobre prestar atención a los sentimientos”.

Descripción de la actividad:

1. Explicar a los miembros de la familia la importancia de escuchar a los sentimientos y de mostrarlos cuando los tenemos.
2. A continuación, vamos a ejercitar cómo podemos prestar atención de manera eficaz a los sentimientos.
3. Presentamos a los padres y a los hijos una lista de situaciones familiares que producen una serie de emociones en la persona que las viven. Encontraremos situaciones en las que tanto los hijos como los padres son protagonistas. Los padres contestarán aquellas en las que el hijo sea el protagonista mientras que los hijos contestarán aquellas en las que los padres lo sean. Ambas partes de la familia contestaran a las situaciones lo siguiente:
 - “Debes sentirte...”
 - “Parece que te sientes...”
4. La lista de situaciones está adjunta en el anexo.
5. Si se muestran dificultades en la ejecución de la tarea, prestar los siguientes ejemplos.
Situación 1: Su hijo vuelve de quedar con los amigos y dice: “No he pasado una buena tarde con los chicos, me han echado en cara que llevo 3 semanas sin quedar con ellos, yo quería quedar, pero no he tenido tiempo”.
 - El padre o la madre responden: “Debes sentirte enfadado y poco comprendido por tus amigos”.**Situación 2:** Su padre vuelve a casa después de un día de trabajo: “Estoy hartito de mi compañero de trabajo, no hace el trabajo que le corresponde y siempre me pide ayuda en el último momento”.
 - El hijo/a responde: “Debes sentirte cansado ya que haces más trabajo del que te corresponde”.

Proponer que trabajen en casa el hecho de escucharse los unos a los otros, tratando de adivinar lo que puede sentir la otra persona.

ACTIVIDAD SOBRE PRESTAR ATENCIÓN A LOS SENTIMIENTOS

Situación 3: Su hijo llega a casa después de haber salido con sus amigos: “He perdido la pulsera que me regaló mi hermano, la busqué durante 2 horas y no la encontré...”

Debes sentirte _____

Situación 4: Su madre llega a casa después de haber quedado con una amiga: “Mi amiga Pilar está muy enferma, la han ingresado en el hospital por una grave enfermedad...”

Debes sentirte _____

Situación 5: Su hija vuelve después de una jornada de compras con las amigas: “Hoy no quiero comer, estoy gorda, todo me queda mal”.

Debes sentirte _____

Situación 6: Su madre convoca una reunión familiar, y dice lo siguiente: “! Me han dado el puesto de trabajo que tanto deseaba!...”

Debes sentirte _____

Situación 7: Su hijo llama a un amigo por teléfono, cuando cuelga le comenta lo siguiente: “! No puedo creer, que Pablo no pueda venir a la cena que organizo por mi cumpleaños, dice que ha quedado con su novia!”.

Debes sentirte _____

Situación 8: Hoy es el cumpleaños de su padre “Nadie me ha felicitado, sólo os preocupáis de vuestros amigos”.

Debes sentirte _____

ACTIVIDAD 3: MOSTRAR AFECTO:

Objetivo: reflexionar sobre las virtudes familiares y de sus miembros para mejorar los vínculos afectivos, al ser conscientes de las virtudes de otros los apreciamos más y ellos se sienten a la par más apreciados, creando un clima de bienestar familiar.

Descripción de la actividad:

1. Cada miembro de la familia debe realizar una lista con 5 virtudes de otros miembros.
2. Una vez cada miembro realice la lista, la leerá en voz alta ante los demás.
3. Ahora entre todos los miembros realizar una lista de cinco características positivas de la familia.
4. Conviene que las virtudes de otros las mostremos habitualmente, esto conlleva bienestar familiar, ya que nos sentimos apreciados y valorados.
5. La tarea para casa es valorar a los miembros familiares, de la siguiente manera:
 - Mostrando afecto.
 - Mostrando gratitud por alguna cosa.
 - Escuchando lo que nos dicen.
 - Realizando cumplidos.
 - Resaltando virtudes.
 - Felicitando por los logros.
 - Ofrecer ayuda.

6. CREACIÓN DE NUEVO ESTILO DE VIDA

6.1. *SUBMÓDULO DE AUTOOBSERVACIÓN DE LA MEJORA*

Objetivo: Detectar las mejoras en el sujeto y la consecución de los objetivos, así como, hacer consciente al adolescente o joven de su mejora.

Evaluar: conviene pasar algunos de los test que pasamos al principio para observar la mejora, sobre todo los cuestionarios sobre el uso de las TIC.

ACTIVIDAD 1: POST AUTORREGISTRO

Objetivo: que el usuario observe su propia mejora.

Material: ficha de autorregistro.

Descripción de la actividad:

Proponemos al usuario que realice una autoobservación sobre su uso actual del videojuego mediante el cuadro de autorregistro presentado anteriormente, con el objetivo de que el sujeto

compruebe como ha cambiado su manera de relacionarse con el videojuego en línea. Es importante pedir el autorregistro en las próximas sesiones con el adolescente o joven.

ACTIVIDAD 2:

Objetivo: Realizar un balance entre la situación anterior y la actual.

Material: cuadro esquemático mostrado en la descripción de la actividad.

Descripción de la actividad: Proponemos al adolescente o joven que piense un rato sobre el antes y el después del tratamiento, y que luego haga un balance. Una vez lo haya pensado conviene que escriba el balance, para así releerlo en situaciones de desánimo en las que el riesgo de volver a utilizar de forma desadaptativa el videojuego crece (Echeburúa, 1999)

Ejemplo:

ANTES	AHORA
Jugaba 5 horas diarias a videojuegos	Juego de vez en cuando
Discutía mucho con mis padres	Discuto mucho menos, hemos aprendido a comunicarnos.
Tenía baja autoestima	Ahora me siento bien conmigo mismo.

ACTIVIDAD 3:

Objetivo: conocer los beneficios específicos de cada módulo que le ha aportado el programa, además del logro de objetivos.

Descripción de la actividad: proponemos al adolescente que piense qué beneficios en particular le ha aportado el desarrollo de cada módulo.

Por ejemplo: El módulo social me ha aportado.....

6.2. SUBMÓDULO DE ACTIVIDADES ALTERNATIVAS

Objetivo: Educación sobre el sentido del tiempo, ocio, estudios, etc., y orientación sobre los recursos a su alcance. Ocupar las horas libres con actividades nuevas, ya que, una vez abandonada la adicción a los videojuegos en línea el paciente puede presentar dificultad en encontrar en qué invertir las horas que han quedado vacías.

ACTIVIDAD 1: ACTIVIDADES DIFERENTES A JUGAR A VIDEOJUEGOS

Objetivo: promover nuevas actividades diferentes al uso de los videojuegos en línea.

Descripción de la actividad: proponemos al sujeto que elabore una lista de actividades alternativas a las tecnologías. Luego proponemos que realice un inventario personal con aquellas actividades nuevas que le gustaría hacer y con aquellas actividades que hacía antes de gastar tanto tiempo en el videojuego. Las actividades las clasificaremos en muy importantes, importantes y no importantes.

A continuación, mostramos unos ejemplos de actividades alternativas:

- ▶ Reunirse con los amigos: ir al cine, a cenar, a la playa, a la montaña, jugar a juegos de mesa o juegos de rol de mesa.
- ▶ Leer una saga de libros que traten de una temática que sea atrayente para el adolescente, por ejemplo, fantasía.
- ▶ Pasar tiempo con su familia: salir con un hermano, ir de fin de semana a algún lugar, preparar alguna comida especial todos juntos, ver una serie en familia, jugar a juegos de mesa, etc.
- ▶ Escuchar música, ir a conciertos o festivales.
- ▶ Seguir con los estudios, focalizar en algún campo que pueda ser apasionante para el adolescente.
- ▶ Realizar algún deporte: fútbol, básquet, vóley, rugby, hockey, baile, etc.
- ▶ Realizar algún curso corto de fotografía, redacción de novelas, programación, diseño, socorrismo, monitor de tiempo libre, aprender a tocar un instrumento, ir a algún curso de dibujo, cursos de primeros auxilios de la cruz roja. La realización de este tipo de curso puede tener como objetivo mejorar en los respectivos hobbies y/o encontrar formaciones específicas que amplíen las posibilidades de encontrar trabajos a tiempo medio, etc.
- ▶ La creatividad, las manualidades, la pintura, etc.

6.3. SUBMÓDULO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Objetivo: prevenir las recaídas que el sujeto pueda tener.

Descripción de la actividad:

1. Conversamos con el sujeto sobre cómo se siente actualmente.
2. Proponemos que exponga una serie de situaciones o estímulos que podrían provocar que volviera a jugar como lo hacía antiguamente a los videojuegos en línea.
3. Una vez se haya comentado, sugerimos que realice una lista y que la cuelgue en un lugar visible de la habitación para que así sepa qué situaciones o estímulos debe evitar o afrontar. El terapeuta orienta, sugiere y corrige la elaboración de la lista.

4. A continuación, entregamos al adolescente o joven la siguiente lista, con una serie de ideas para reducir la ansiedad cuando crea que va a recaer en un uso desadaptativo de los videojuegos.

- ▶ Aplicar la reestructuración cognitiva, las autoinstrucciones o el autorreforzamiento positivo, especialmente, focalizarse en pensamientos positivos: “lo conseguiré” “lo lograré”, “la terapia me ha hecho tener más recursos para afrontar esto” “he cambiado, ya no soy cómo antes” “mi familia está orgullosa de lo que he conseguido, y yo también” “si lo pude controlar en el pasado lo puedo controlar ahora” “yo soy quien controlo mis acciones y pensamientos”, etc.
- ▶ Darse una ducha caliente o relajante.
- ▶ Leer fragmentos de algún libro, cómic, blog, etc.
- ▶ Mirar algún video de *youtube* que no sea de videojuegos, por ejemplo, de viajes, música, deporte, bromas, monólogos, etc.
- ▶ Escuchar la música favorita durante un rato. Cantar.
- ▶ Dibujar, pintar mandalas, etc.
- ▶ Dar un paseo o sacar a tu mascota a pasear.
- ▶ Jugar con tu mascota y disfrutar de su compañía.
- ▶ Compartir las inquietudes con algún amigo o familiar, hablar de ello un rato y poder compartir los miedos a la recaída y las emociones que se sienten.
- ▶ Hacer ejercicio: ir al gimnasio, a la piscina, a correr un rato, salir con la bicicleta, a patinar, bailar, etc.
- ▶ Practicar ejercicios de relajación previamente trabajados en el programa PIPATIC.
- ▶ Hacer una salida a la naturaleza, disfrutar de los olores, del viento, del sol o del cielo.
- ▶ Ver una película divertida o inspiradora o ver una serie.
- ▶ Respetar el tiempo libre, las personas lo necesitamos para desconectar de nuestras responsabilidades. Disfrutarlo haciendo actividades que sean placenteras.
- ▶ Cuidar de las plantas o del jardín.
- ▶ Cuidarse a uno mismo (usar crema hidratante, afeitarse, ponerse algún tratamiento especial, etc.)
- ▶ Preparar una comida especial para comer uno mismo o compartirla con la familia.
- ▶ Cuidar de las plantas o del jardín.
- ▶ Usar tapones en los oídos cuando quiera sentir el silencio.

- ▶ Visualizar un lugar tranquilo y relajante, como una playa, y desplazarse hasta allí con la imaginación (relajación en imaginación).
- ▶ Escribir un diario y/o escribirse a uno mismo un correo electrónico para darse ánimos.
- ▶ Contar hacia atrás desde 100 tres veces.
- ▶ Hacer una lista de las cosas de la vida por las que se siente agradecido.
- ▶ Ser voluntario o realizar actividades positivas para mejorar el mundo.
- ▶ Realizar cosas productivas: realizar tareas pendientes, hacer arreglos en casa o en la habitación, ordenar cosas pendientes, hacer limpieza, planchar, etc.
- ▶ Aprender: mirar algún tutorial de *youtube* o un libro manual, apuntarse a algún curso sobre algún hobby, buscar información sobre metas a largo plazo, etc.
- ▶ Planificar algún viaje o salida a algún lugar especial.
- ▶ Conocer gente nueva.
- ▶ Salir a hacer compras, a tomar algo, quedar con alguien para dar un paseo, ir al cine o a cenar, etc.

REFERENCIAS

- Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., ... Van Rooij, A. J. (2016). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 267–270. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.088>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: ASEBA.
- Ainsworth, M. D. S. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(03), 436–438. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00075828>
- Alario, S. (2006). Tratamiento de un caso crónico de adicción a internet. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 70(80), 71–88.
- Alfaro, M., Vázquez, M. E., Fierro, A., Herrero, B., Muñoz, M. F., & Rodríguez, L. (2015). Uso y riesgos de las tecnologías de la información y comunicación en adolescentes de 13-18 años. *Acta Pediátrica Española*, 73(6), 126–135.
- Allison, S., Wahldt, L., Shockley, T., & Gabbard, G. (2006). The development of the self in the era of the internet and role-playing fantasy games. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 381–385. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.381>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2012). Recognition of Psychotherapy Effectiveness.
- Andersen, S. L. (2003). Trajectories of brain development: Point of vulnerability or window of opportunity? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(1–2), 3–18. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00005-8](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00005-8)
- Anderson, C., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E., Bushman, B., Sakamoto, A., ... Saleem, M. (2010). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 136(2), 151–173. <https://doi.org/10.1037/a0018251>
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252–262. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/adb0000160>
- Arkowitz, H. (1997). Integrative theories of change. In S. Messer & P. Wachtel (Eds.), *Theories of psychotherapy: Origins and evolution* (Freedheim, pp. 227–288). Washington DC: American Psychological Association.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.5.317>
- Asociación Española de videojuegos. (2015). *Anuario de la industria del videojuego*. Madrid.

- Asociación Española de videojuegos. (2016). *Anuario 2016 de la industria del videojuego*. Madr.
- Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación. (2012). *Acceso a Internet de niños menores de 14 años en EGM*. Madrid. Retrieved from <http://www.aimc.es/-EGM-Ninos-en-Internet-.html>
- Association American Psychiatric. (2002). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. Text Revision*. Barcelona: Masson.
- Ato, M., & Vallejo, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Madrid: Pirámide.
- Avia, M. D. (1984). Técnicas cognitivas y de autocontrol. In J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de la conducta* (pp. 329–360). Madrid: Alhambra.
- Bandura, A. (1977). Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barlow, D. H., Nock, M., & Hersen, M. (2008). *Single case research designs: Strategies for studying behavior change*. (3rd ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Barnett, J., & Coulson, M. (2010). Virtually real: A psychological perspective on massively multiplayer online games. *Review of General Psychology*, *14*(2), 167–179. <https://doi.org/10.1037/a0019442>
- Bauer, S., & Moessner, M. (2012). Technology-enhanced monitoring in psychotherapy and mental health. *Journal of Mental Health*, *21*(4), 355–363.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: Penguin.
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Beranuy, M., Carbonell, X., & Griffiths, M. (2012). A qualitative analysis of online gaming addicts in treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *11*(2), 149–161. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9405-2>
- Beranuy, M., Oberst, U., Carbonell, X., & Chamarro, A. (2009). Problematic internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behavior*, *25*(5), 1182–1187. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.03.001>
- Bertran, E., & Chamarro, A. (2016). Videojugadores del League of Legends: El papel de la pasión en el uso abusivo y en el rendimiento. *Adicciones*, *27*(1), 28–34. <https://doi.org/10.20882/adicciones.787>
- Bessièrre, K., Seay, a F., & Kiesler, S. (2007). The ideal elf: Identity exploration in World of Warcraft. *CyberPsychology & Behavior*, *10*(4), 530–535. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9994>
- Beutel, M. E., Hoch, C., Wöfling, K., & Mueller, K. W. (2011). Characteristics of computer game and internet addiction in persons seeking treatment in an outpatient clinic for computer game addiction. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, *57*(1), 77–90. <https://doi.org/https://doi.org/10.13109/zptm.2011.57.1.77>

- Bifulco, A., Schimmenti, A., Jacobs, C., Bunn, A., & Rusu, A. C. (2014). Risk factors and psychological outcomes of bullying victimization: A community-based study. *Child Indicators Research*, 7(3), 633–648. <https://doi.org/10.1007/s12187-014-9236-8>
- Billieux, J., Deleuze, J., Griffiths, M. D., & Kuss, D. J. (2015). Internet gaming addiction: The case of massively multiplayer online role-playing games. In M. el-Guebaly, N., Carrà, G., & Galanter (Ed.), *Textbook of addiction Treatment: International perspectives* (pp. 1515–1525). Milan: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9>
- Billieux, J., King, D. L., Higuchi, S., Achab, S., Bowden-Jones, H., Hao, W., ... Poznyak, V. (2017). Functional impairment matters in the screening and diagnosis of gaming disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 285–289. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.036>
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 306–307.
- Bonnaire, C., & Phan, O. (2017). Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Research*, 255, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.030>
- Boyd, D. (2014). *It's complicated*. (Y. U. Press, Ed.). London.
- Boyd, D. M., & Ellison, N. B. (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210–230. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>
- Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I., & Zoroglu, S. S. (2013). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(5), 352–359. <https://doi.org/10.1111/pcn.12065>
- Branco, A. (1992). De la torre de Babel al esperanto terapéutico. Notas sobre investigación e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3(9), 13–22.
- Brand, M., Laier, C., & Young, K. S. (2014). Internet addiction: Coping styles, expectancies, and treatment implications. *Frontiers in Psychology*, 5(NOV), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01256>
- Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., & Frøyland, L. R. (2014). Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems? *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 27–32. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.002>
- Busner, J., & Targum, S. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(7), 28–37.
- Caballo, V., & Iruiria, M. J. (2008). Entrenamiento en habilidades sociales. In F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 573–592). Barcelona: Pirámide.
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J., & Kaslow, N. J. (2013). Recognition of

- psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy*, 50(1), 98–101.
<https://doi.org/10.1037/a0031817>
- Cao, F., Su, L., Liu, T. Q., & Gao, X. (2007). The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *European Psychiatry*, 22(7), 466–471.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.05.004>
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A., & Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: Una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles Del Psicólogo*, 33(2), 82–89.
- Carbonell, X., Guardiola, E., Fuster, H., Gil, F., & Panova, T. (2016). Trends in scientific literature on addiction to the internet, video games, and cell phones from 2006 to 2010. *International Journal of Preventive Medicine*, 7(63). <https://doi.org/10.4103/2008-7802.179511>
- Carbonell, X., & Oberst, U. (2015). Las redes sociales en línea no son adictivas. *Aloma*, 33(2), 13–19.
- Carbonell, X., & Panova, T. (2017). A critical consideration of social networking sites' addiction potential. *Addiction Research & Theory*, 25(1), 48–57.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1197915>
- Carbonell, X., Talarn, A., Beranuy, M., & Oberst, U. (2009). Cuando jugar se convierte en un problema: El juego patológico y la adicción a los juegos de rol online. *Aloma*, 25, 201–220.
- Carbonell, X., Torres-Rodríguez, A., & Fuster, H. (2016). El potencial adictivo de los videojuegos. In E. Echerburua (Ed.), *Abuso de Internet: ¿Antesala para la adicción al juego de azar on-line?* (pp. 83–100). Madrid: Síntesis.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., ... Kaess, M. (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1–13.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1159/000337971>
- Carrasco, M. J. (2008). Técnicas de autocontrol. In F. J. En Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 379–398). Barcelona: Pirámide.
- Carroll, K. M., & Nuro, K. F. (2002). One size cannot fit all: A stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 396–406.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.4.396>
- Castejon, M., Carbonell, X., & Fuster, H. (2015). Training of the rotacional perception with videogames Resumen Palabras clave Key words. *Communication Papers: Media Literacy & Gender Studies*, 4(6), 74–80.
- Castejón, M., Carbonell, X., & Fuster, H. (2015). Entrenamiento de la percepción rotacional con videojuegos. *Communication Papers*, 4(6), 74–80.
- Castellana, M., Carbonell, X., Graner, C., & 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.
- Castillo, G. (2009). *El adolescente y sus retos*. Madrid: Pirámide.

- Ceyhan, A., & Ceyhan, E. (2008). Loneliness, depression, and computer self-efficacy as predictors of problematic internet use. *CyberPsychology & Behavior, 11*(6), 699–701. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.0255>
- Chamarro, A., Carbonell, X., Manresa, J. M., Muñoz-Mirallas, R., Ortega-Gonzalez, R., López-Morrón, M. R., ... Toran-Monserrat, P. (2014). The Questionnaire of Experiences Associated with Video games (CERV): An instrument to detect the problematic use of video games in Spanish adolescents. *Adicciones, 26*(26), 303–311.
- Chambers, A., Taylor, J. R., & Potenza, M. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1041–1052. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1041>
- Chan, P. A., & Rabinowitz, T. (2006). A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of General Psychiatry, 5*, 16–26. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-5-16>
- Cole, H., & Griffiths, M. D. (2007). Social interactions in massively multiplayer online role-playing gamers. *CyberPsychology & Behavior, 10*(4), 575–583. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9988>
- Connolly, T. M., Boyle, E. a., MacArthur, E., Hainey, T., & Boyle, J. M. (2012). A systematic literature review of empirical evidence on computer games and serious games. *Computers & Education, 59*(2), 661–686. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2012.03.004>
- Corbella, S., & Botella, L. (2004a). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Barcelona: Editorial Visión Libros.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004b). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema, 16*(4), 702–705.
- Crawford, T. N., Cohen, P., & Brooks, J. S. (2001a). Dramatic-erratic personality disorder symptoms, I: continuity from early adolescence into adulthood. *Journal of Personality Disorders, 15*, 319–335.
- Crawford, T. N., Cohen, P., & Brooks, J. S. (2001b). Dramatic-erratic personality disorder symptoms, II: developmental pathways from early adolescence to adulthood. *Journal of Personality Disorders, 15*, 336–350.
- D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*(1), 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Davis, M., McKay, M., & Eshelman, E. R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- De Freitas, S., & Griffiths, M. (2007). Online gaming as an educational tool in learning and training: Colloquium. *British Journal of Educational Technology, 38*(3), 535–537. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8535.2007.00720.x>
- De Lisi, R., & Wolford, J. L. (2002). Improving children’s mental rotation accuracy with computer game playing. *The Journal of Genetic Psychology, 163*(3), 272–282.
- Dell’Osso, B., Hadley, S., Allen, A., Baker, B., Chaplin, W. F., & Hollander, E. (2008). Escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder: an open-

- label trial followed by a double-blind discontinuation phase. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 452–456.
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Griffiths, M. D., Pápay, O., ... Oláh, A. (2012). The Development of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ). *PloS ONE*, 7(5), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036417>
- Department of Health British Psychological Society. (2001). *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling*. London.
- Derogatis, L. R. (1996). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas: Manual*. Madrid: TEA.
- Díaz, R., Beranuy, M., & Oberst, U. (2008). Terapia de la adicción a internet y video-juegos en niños y adolescentes. *Revista de Psicoterapia*, 19(73), 69–100.
- Dieter, J., Hill, H., Sell, M., Reinhard, I., Vollstädt-klein, S., Kiefer, F., ... Leménager, T. (2015). Behavioral neuroscience avatar's neurobiological traces in the self-concept of Massively Multiplayer Online Role-Playing Game (MMORPG) Addicts. *Behavioral Neuroscience*, 129(1), 8–17. <https://doi.org/10.1037/bne0000025>
- Dong, G., & Potenza, M. N. (2014). A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: Theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.005>
- Du, Y.-S., Jiang, W., & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 129–134. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3109/00048670903282725>
- Du, Y., Jiang, W., & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioral therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 129–134. <https://doi.org/10.3109/00048670903282725>
- Duncan, B., & Miller, S. (2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169–187. [https://doi.org/1053-0479/00/0600-0169\\$18.00/0](https://doi.org/1053-0479/00/0600-0169$18.00/0)
- Durkin, K. (2010). Videogames and young people with developmental disorders. *Review of General Psychology*, 14(2), 122–140. <https://doi.org/10.1037/a0019438>
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., ... Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282–288. <https://doi.org/10.1037/a0024780>
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas?* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E., De Corral, P., & Ortiz, C. (2009). Técnicas de exposición. In F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 261–286). Barcelona: Pirámide.

- Echeburúa, E., Labrador, F. J., & Becoña, E. (2009). *Adicciones a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Ellis, A. (1990). Special features of rational-emotive therapy. In W. Dryden & R. DiGiuseppe (Eds.), *A primer on rational-emotive therapy* (pp. 79–93). Champaign, IL, US: Research Press.
- Ellison, N. B., Steinfield, C., & Lampe, C. (2007). The benefits of Facebook “friends”: Social capital and college students’ use of online social network sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(4), 1143–1168. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00367.x>
- Engelberg, E., & Sjöberg, L. (2004). Internet use, social skills, and adjustment. *CyberPsychology & Behavior*, 7(1), 41–47. <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/109493104322820101>
- Estallo, J. A. (1994). Videojuegos, personalidad y conducta. *Psicothema*, 6(2), 181–190.
- Feng, W., Ramo, D. E., Chan, S. R., & Bourgeois, J. A. (2017). Internet gaming disorder: Trends in prevalence 1998–2016. *Addictive Behaviors*, 75(June), 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.06.010>
- Ferguson, C., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research*, 45(12), 1573–1578. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.09.005>
- Ferguson, C. J. (2007). The good, the bad and the ugly: A meta-analytic review of positive and negative effects of violent video games. *Psychiatric Quarterly*, 78(4), 309–316. <https://doi.org/10.1007/s1126-007-9056-9>
- Ferguson, C. J., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research*, 45(12), 1573–1578. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.09.005>
- Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J., Gunnard, K., Soto, A., Kalapanidas, E., ... & Konstantas, D. (2012). Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study. *Journal of Mental Health*, 21(4), 364–374.
- Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J., Gunnard, K., Soto, A., Kalapanidas, E., ... Penelo, E. (2012). Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 21(4), 364–374. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.664302>
- Fernández-Aranda, F., Núñez, A., Martínez, C., Krug, I., Cappozzo, M., Carrard, I., ... Lam, T. (2009). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: A Controlled Study. *CyberPsychology & Behavior*, 12(1), 37–41. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0123>
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the trait meta-mood scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751–755. <https://doi.org/https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>

- Fernández, L., & Rodríguez, V. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Vol. 1: Con ejercicios para el profesor*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., ... Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*. <https://doi.org/10.1007/s11121-005-5553-y>
- Freud, S. (1979). El yo y el ello (1923). In S. Freud (Ed.), *Obras completas (Vol. XIX): El yo y el ello y otras obras (1923-1925)* (pp. 1–66). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2016). Spanish validation of the Internet Gaming Disorder (IGD-20) Test. *Computers in Human Behavior*, *56*, 215–224. <https://doi.org/doi:10.1016/j.chb.2015.11.050>
- Fuster, H., Chamarro, A., Carbonell, X., & Vallerand, R. J. (2014). Relationship between passion and motivation for gaming in players of massively multiplayer online role-playing games. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *17*(5), 292–297. <https://doi.org/10.1089/cyber.2013.0349>
- Fuster, H., Oberst, U., Griffiths, M., Carbonell, X., Chamarro, A., & Talarn, A. (2012). Psychological motivation in online role-playing games : A study of Spanish World of Warcraft players. *Anales de Psicología*, *28*(1), 274–280.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. . J. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, *37*(3), 404–417. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.3.404>
- Gentile, D. (2009). Pathological video-game use among youth ages 8 to 18: A national study. *Psychological Science*, *20*(5), 594–602. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02340.x>
- Gentile, D. A., Bender, P. K., & Anderson, C. A. (2017). Violent video game effects on salivary cortisol, arousal, and aggressive thoughts in children. *Computers in Human Behavior*, *70*, 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.12.045>
- Gentile, D., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, *127*(2), 319–329. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1353>
- Giedd, J. N., Keshavan, M., & Paus, T. (2008). Why Psychiatric disorders in adolescence emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, *9*(12), 947–957. <https://doi.org/10.1038/nrn2513.Why>
- Gil, F., del Valle, G., Oberst, U., & Chamarro, A. (2015). Nuevas tecnologías - ¿ Nuevas patologías ? El smartphone y el fear of missing out. *Aloma*, *33*(2), 77–83.
- Gilster, P. (1997). *Digital literacy*. New York: Wiley.
- Gismero, E. (2000). *EHS Escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA.
- Gonzalez-Bueso, V., Santamaría, J. J., Fernández, D., Merino, L., Montero-Alvarado, E., Jiménez-Murcia, S., ... & Ribas-Sabaté, J. (2018). Internet Gaming Disorder in adolescents: personality, psychopathology and evaluation of a psychological intervention combined with parent psychoeducation. *Frontiers in Psychology*, *9*(787). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00787>

- González, A. (2009). Use and abuse of the new technologies. *Atencion Primaria*, 41(9), 477–478. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.06.007>
- González, M. A., Fernández, M. V., Urturi, A. F., Bregón, B. H., Moreno, M. M., & Molinero, L. R. (2015). Uso y riesgos de las tecnologías de la información y comunicación en adolescentes de 13-18 años. *Acta Pediátrica Española*, 73(6), 126–135.
- González, V., Merino, L., & Cano, M. (2009). *Las e-adicciones. Dependencias en la era digital: Ciberjuego, cibersexo, comunidades y redes sociales*. (Vol. 2009). Barcelona: Nexsumedic.
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochemical Pharmacology*, 75(1), 266–322. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2007.07.030>
- Goodman, M. D. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addictions*, 85(1), 1403–1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Gossop, M. (1989). *Relapse and addictive behavior*. London: Routledge.
- Graham, L. T., & Gosling, S. D. (2013). Personality profiles associated with different motivations for playing World of Warcraft. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(3), 189–193. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0090>
- Granic, I., Lobel, A., & Engels, R. C. M. E. (2014). The benefits of playing video games. *American Psychologist*, 69(1), 66–78. <https://doi.org/10.1037/a0034857>
- Grant, J. E., Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectrums*, 11(12), 924–930. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Gipson, P. Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(2), 412–425. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3302_23
- Greenberg, B. S., Sherry, J. L., Lachlan, K., Lucas, K., & Holmstrom, A. (2010). Orientations to video games among gender and age groups. *Simulation & Gaming*. <https://doi.org/10.1177/1046878108319930>
- Greenfield, D. N. (1999a). Psychological characteristics of compulsive internet use: A preliminary analysis. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 403–412. <https://doi.org/10.1089/cpb.1999.2.403>
- Greenfield, D. N. (1999b). *Virtual addiction: Help for netheads, cyberfreaks, and those who love them*. Oakland, CA: New Harbin.
- Griffiths, M. (1996). Gambling on the Internet: A brief note. *Journal of Gambling Studies*, 12(4), 471–473.
- Griffiths, M. (2000). Internet Addiction - Time to be Taken Seriously? *Addiction Research*, 8(5), 413–418. <https://doi.org/10.3109/16066350009005587>
- Griffiths, M. (2005). A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>

- Griffiths, M. D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14–19.
- Griffiths, M. D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14–19.
- Griffiths, M. D. (2000). Does internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence. *CyberPsychology & Behavior*, 3(2), 211–218.
<https://doi.org/10.1089/109493100316067>
- Griffiths, M. D. (2008). Videogame addiction: Further thoughts and observations. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6(2), 182–185. <https://doi.org/10.1007/s11469-007-9128-y>
- Griffiths, M. D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(1), 119–125.
<https://doi.org/10.1007/s11469-009-9229-x>
- Griffiths, M. D. (2015). Problematic technology use during adolescence: Why don’t teenagers seek treatment? *Education and Health*, 33(1), 6–9.
- Griffiths, M. D., & Beranuy, M. (2009). Adicción a los videojuegos: Una breve revisión psicológica. *Revista de Psicoterapia*, 73, 33–49.
- Griffiths, M. D., Davies, M. N. O., & Chappell, D. (2004). Online computer gaming: A comparison of adolescent and adult gamers. *Journal of Adolescence*, 27(1), 87–96.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2003.10.007>
- Griffiths, M. D., & Hunt, N. (1995). Computer game playing in adolescence: Prevalence and demographic indicators. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 5(3), 189–193.
- Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Billieux, J., & Pontes, H. M. (2016). The evolution of Internet addiction: A global perspective. *Addictive Behaviors*, 53, 193–195.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.001>
- Griffiths, M. D., Kuss, D. J., & Pontes, H. M. (2016). A brief overview of Internet Gaming Disorder and its treatment. *Australian Clinical Psychologist*, 2(1), 1–12.
- Griffiths, M. D., & Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(4), 247–253. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9118-4>
- Griffiths, M. D., & Nuyens, F. (2017). An overview of structural characteristics in problematic video game playing. *Current Addiction Reports*, 4(3), 272–283.
<https://doi.org/10.1007/s40429-017-0162-y>
- Griffiths, M. D., van Rooij, A. J., Kardefelt-Winther, D., Starcevic, V., Király, O., Pallesen, S., ... Demetrovics, Z. (2016). Working towards an international consensus on criteria for assessing internet gaming disorder: A critical commentary on Petry et al. (2014). *Addiction*, 111(1), 167–175. <https://doi.org/10.1111/add.13057>
- Griffiths, M. D., & Wood, R. T. (2000). Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the internet. *Journal of Gambling Studies*, 16(2–3), 199–225.
<https://doi.org/10.1023/A:1009433014881>

- Griffiths, M., & Pontes, H. (2014). Internet addiction disorder and internet gaming disorder are not the same. *Journal of Addiction Research & Therapy*, *5*(4), 124. <https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.016>
- Ha, J. H., Yoo, H. J., Cho, I. H., Chin, B., Shin, D., & Kim, J. H. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(5), 821–826. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0517>
- Han, D. ., Kim, S. M., Lee, Y. S., & Renshaw, P. F. (2015). The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *202*(2), 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2012.02.011>.The
- Han, D. H., Hwang, J. W., & Renshaw, P. F. (2010). Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *18*(4), 297–304.
- Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., ... Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(3), 251–256. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.08.011>
- Han, D. H., Lee, Y. S., Shi, X., & Renshaw, P. F. (2014). Proton magnetic resonance spectroscopy (MRS) in on-line game addiction. *Journal of Psychiatric Research*, *58*, 63–68. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.007>
- Hansen, N. B., & Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, *5*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1023/A:1021751307358>
- Hay, I., & Ashman, A. F. (2003). The development of adolescents' emotional stability and general self-concept: The interplay of parents, peers, and gender. *International Journal of Disability, Development and Education*, *50*(1), 77–91.
- Helsper, E. (2008). *Digital inclusion: an analysis of social disadvantage and the information society*. London: Department for Communities and Local Government.
- Higuchi, S., Nakayama, H., Mihara, S., Maezono, M., Kitayuguchi, T., & Hashimoto, T. (2017). Inclusion of gaming disorder criteria in ICD-11: A clinical perspective in favor. *Journal of Behavioral Addictions*, *6*(3), 293–295. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.049>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, *36*(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.The
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, *51*(4), 510–513. <https://doi.org/10.1037/a0037045>
- Holder, M. K., & Blaustein, J. D. (2015). Puberty and adolescence as a time of vulnerability to stressors that alter neurobehavioral processes. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *35*(5), 213–223. <https://doi.org/10.1007/978-1-62703-673-3>

- Homer, B. D., Hayward, E. O., Frye, J., & Plass, J. L. (2012). Gender and player characteristics in video game play of preadolescents. *Computers in Human Behavior, 28*(5), 1782–1789. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.04.018>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223–233.
- Howe, N., & Strauss, W. (2000). *Millennials Rising: The Next Great Generation*. New York: Vintage Books.
- Huang, X., Li, M., & Tao, R. (2010). Treatment of Internet Addiction. *Current Psychiatry Reports, 12*(5), 462–470. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0147-1>
- Jackson, L. A., von Eye, A., Witt, E. A., Zhao, Y., & Fitzgerald, H. E. (2011). A longitudinal study of the effects of Internet use and videogame playing on academic performance and the roles of gender, race and income in these relationships. *Computers in Human Behavior, 27*(1), 228–239. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.08.001>
- Jäger, S., Müller, K. W., Ruckes, C., Wittig, T., Batra, A., Musalek, M., ... Beutel, M. E. (2012). Effects of a manualized short-term treatment of internet and computer game addiction (STICA): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 13*, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-43>
- Janis, I., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Collier Mac Millan.
- Johansson, A., & Göttestam, G. (2004). Internet addiction characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12–18 years). *Scandinavian Journal of Psychology, 45*, 223–229. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2004.00398.x>
- Kadera, S. W., Lambert, M. J., & Andrews, A. A. (1996). How much therapy is really enough?: A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*(2), 132–151.
- Kahn, A. S., Shen, C., Lu, L., Ratan, R. A., Coary, S., Hou, J., ... Williams, D. (2015). The trojan player typology: A cross-genre, cross-cultural, behaviorally validated scale of video game play motivations. *Computers in Human Behavior, 49*, 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.03.018>
- Kanfer, F. D. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In A. Jacobs & L. B. Sachs (Eds.), *Psychology of private events*. (pp. 39–59). New York: Academic Press.
- Kaptsis, D., King, D. L., Delfabbro, P. H., & Gradisar, M. (2016). Withdrawal symptoms in internet gaming disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 43*, 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.006>
- Kardefelt-Winther, D. (2014). The moderating role of psychosocial well-being on the relationship between escapism and excessive online gaming. *Computers in Human Behavior, 38*, 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.05.020>
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., ... Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing

- common behaviours? *Addiction*, 112(10), 1709–1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>
- Kelleci, M., & Inal, S. (2010). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet use: Comparison without Internet use. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(2), 191–194.
- Kelly, R. V. (2004). *Massively multiplayer online role-playing games: The people, the addiction and the playing experience*. Jefferson, North Carolina: McFarland.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T., & Kim, S. J. (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry*, 23(3), 212–218. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.10.010>
- Kim, J. U. (2008). The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. *International Journal of Reality Therapy*, 27(2), 4–12.
- Kim, K., Ryu, E., Chon, M. Y., Yeun, E. J., Choi, S. Y., Seo, J. S., & Nam, B. W. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 185–192. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.02.005>
- Kim, P. W., Kim, S. Y., Shim, M., Im, C. H., & Shon, Y. M. (2013). The influence of an educational course on language expression and treatment of gaming addiction for massive multiplayer online role-playing game (MMORPG) players. *Computers and Education*, 63, 208–217. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2012.12.008>
- King, A. L. S., Valença, A. M., Silva, A. C. O., Baczynski, T., Carvalho, M. R., & Nardi, A. E. (2013). Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? *Computers in Human Behavior*, 29(1), 140–144.
- King, D., Delfabbro, P., & Griffiths, M. (2010a). Cognitive behavioral therapy for problematic video game players: Conceptual considerations and practice issues. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, 3(3), 261–273.
- King, D., Delfabbro, P., & Griffiths, M. (2010b). Video game structural characteristics: A new psychological taxonomy. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(1), 90–106.
- King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M., & Gradisar, M. (2011). Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1110–1116. <https://doi.org/doi:10.1016/j.cpr.2011.06.009>
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2013). Issues for DSM-5: Video-gaming disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 20–22. <https://doi.org/10.1177/0004867412464065>

- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2014). Internet gaming disorder treatment: A review of definitions of diagnosis and treatment outcome. *Journal of Clinical Psychology, 70*(10), 942–955. <https://doi.org/10.1002/jclp.22097>
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2014). The cognitive psychology of Internet gaming disorder. *Clinical Psychology Review, 34*(4), 298–308. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.006>
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2016). Features of parent-child relationships in adolescents with Internet Gaming Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction, 15*(6), 1270–1283. <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9699-6>
- King, D. L., Delfabbro, P. H., & Griffiths, M. D. (2013). Trajectories of problem video gaming among adult regular gamers: An 18-month longitudinal study. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 16*(1), 72–76. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0062>
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D., & Gradisar, M. (2012). Cognitive-behavioral approaches to outpatient treatment of internet addiction in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 68*(11), 1185–1195. <https://doi.org/10.1002/jclp.21918>
- King, D. L., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2016). The cognitive psychopathology of Internet Gaming Disorder in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*, 1635–1645. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0135-y>
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M. S., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S., ... Sakuma, H. (2017). Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review, 54*, 123–133. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.002>
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Zwaans, T., & Kaptsis, D. (2013). Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological Internet and video game users. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47*(11), 1058–1067. <https://doi.org/10.1177/0004867413491159>
- King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.002>
- Király, O., & Demetrovics, Z. (2017). Inclusion of Gaming Disorder in ICD has more advantages than disadvantages. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(3), 280–284. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.046>
- Király, O., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). Internet Gaming Disorder and the DSM-5: Conceptualization, debates, and controversies. *Current Addiction Reports, 2*(3), 254–262. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0066-7>
- Király, O., Griffiths, M. D., Urbán, R., Farkas, J., Kökönyei, G., Elekes, Z., ... Demetrovics, Z. (2014). Problematic internet use and problematic online gaming are not the same: findings from a large nationally representative adolescent sample. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 17*(12), 749–754. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0475>
- Kleinke, C. L. (1994). *Common principles of psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub

Co.

- Kleinke, C. L. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Knobel, M. (1989). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Paidós Educador.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Wu, K., & Yen, C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(14), 887–894. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/070674370605101404>
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, S. H., Wang, P. W., Chen, C. S., & Yen, C. F. (2014). Evaluation of the diagnostic criteria of Internet gaming disorder in the DSM-5 among young adults in Taiwan. *Journal of Psychiatric Research, 53*, 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.02.008>
- Kostoulas, T., Mporas, I., Kocsis, O., Ganchev, T., Katsaounos, N., Santamaria, J. J., ... Fakotakis, N. (2012). Affective speech interface in serious games for supporting therapy of mental disorders. *Expert Systems with Applications, 39*(12), 11072–11079. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2012.03.067>
- Kowert, R., Festl, R., & Quandt, T. (2014). Unpopular, overweight, and socially inept: Reconsidering the stereotype of online gamers. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 17*(3), 141–146. <https://doi.org/10.1089/cyber.2013.0118>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2012). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education, 34*(1), 26–38. <https://doi.org/10.1177/0741932512452794>
- Krych, R. (1989). Abnormal consumer behavior: A model of addictive behaviors. *Advances in Consumer Research, 16*, 745–748.
- Kuhn, M. H. (1960). Self-attitudes by age, sex and professional training. *Sociological Quarterly, 1*, 39–55.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction, 10*(2), 278–296. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5>
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *Journal of Behavioral Addictions, 1*(1), 3–22. <https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.1.1>
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(3), 311–328. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030311>
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., & Pontes, H. M. (2017). Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field. *Journal of Behavioral Addictions, 6*, 103–109. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.062>
- Kuss, D. J., & Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World Journal of Psychiatry, 6*(1), 143–176.

<https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.143>

- Kuss, D. J., Louws, J., & Wiers, R. W. (2012). Online gaming addiction? Motives predict addictive play behavior in massively multiplayer online role-playing games. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *15*(9), 480–485. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0034>
- Kuss, D., van Rooij, A., Shorter, G. W., Griffiths, M. D., & van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, *29*(5), 1987–1996. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.002>
- Labrador, F. J. (2008). Técnicas de control de la activación. In F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 199–223). Barcelona: Pirámide.
- Labrador, F. J., Villadangos, S. M., Crespo, M., & Becoña, E. (2013). Desarrollo y validación del cuestionario de uso problemático de nuevas tecnologías (UPNT) Introducción. *Anales de Psicología*, *29*(3), 836–847.
- Laconi, S., Pires, S., & Chabrol, H. (2017). Internet gaming disorder, motives, game genres and psychopathology. *Computers in Human Behavior*, *75*, 652–659. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.06.012>
- Lagache, D. (2009). *La psychanalyse* (21st ed.). París: Presses Universitaires de France.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. Oxford: John Wiley.
- Lanz, P. M., Bohorodzaner, S., & Kampfner, E. (2010). Violencia y videojuegos en adolescentes chilenos y mexicanos . *Revista Chilena de Neuropsicología*, *5*(3), 199–206.
- Larroy, C. (2008). Entrenamiento en autoinstrucciones. In F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 453–458). Barcelona: Pirámide.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, *51*(4), 467–481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Lee, H. K., & Son, C. N. (2008). The effects of the group cognitive behavioral therapy on game addiction level, depression and self-control of the high school students with Internet game addiction. *The Korean Journal of Stress Research*, *16*, 409–417.
- Lee, E. J. (2011). A case study of Internet Game addiction. *Journal of Addictions Nursing*, *22*(4), 208–213. <https://doi.org/10.3109/10884602.2011.616609>
- Leménager, T., Dieter, J., Hill, H., Koopmann, A., Reinhard, I., Sell, M., ... Mann, K. (2014). Neurobiological correlates of physical self-concept and self-identification with avatars in addicted players of massively multiplayer online role-playing games (MMORPGs). *Addictive Behaviors*, *39*(12), 1789–1797. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.017>
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Gentile, D. A. (2015). The internet gaming disorder scale. *Psychological Assessment*, *27*(2), 567–582. <https://doi.org/10.1037/pas0000062>
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Computers in Human Behavior*, *27*(1), 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.07.015>

- Lemos, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P., & Menéndez, P. (1992). Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR. *Clinica y Salud*, 3(2), 183–194.
- Leung, L. (2007). Stressful life events, motives for Internet use, and social support among digital kids. *CyberPsychology & Behavior*, 10(2), 204–214. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9967>
- Li, D. D., Liao, A. K., & Khoo, A. (2013). Player–Avatar Identification in video gaming: Concept and measurement. *Computers in Human Behavior*, 29(1), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.09.002>
- Li, H., & Wang, S. (2013). The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1468–1475. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.05.021>
- Liebert, M. A., Lo, S., Ph, D., Wang, C., & Fang, W. (2005). Physical Interpersonal relationships and social anxiety. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 15–20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.15>
- Lindenberg, K., Halasy, K., & Schoenmaekers, S. (2017). A randomized efficacy trial of a cognitive-behavioral group intervention to prevent Internet Use Disorder onset in adolescents: The PROTECT study protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 6, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2017.02.011>
- Linehan, M. (2009). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Liu, Q. X., Fang, X. Y., Yan, N., Zhou, Z. K., Yuan, X. J., Lan, J., & Liu, C. Y. (2015). Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors*, 42, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.021>
- Lopez-Fernandez, O., Freixa-Blanxart, M., & Honrubia-Serrano, M. L. (2013). The problematic internet entertainment use scale for adolescents: Prevalence of problem internet use in Spanish high school students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(2), 108–118. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0250>
- López-Fernandez, O., Honrubia-Serrano, M. L., Baguley, T., & Griffiths, M. D. (2014). Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: Towards the exploration of Internet Gaming Disorder symptomatology. *Computers in Human Behavior*, 41, 304–312. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.10.011>
- Lukas, E. (1994). *Una vida fascinante*. Buenos Aires: San Pablo.
- Marco, C., & Chóliz, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 125–141.
- Marco, C., & Chóliz, M. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online. *Anales de Psicología*, 30(1), 46–55.
- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *Addiction*, 85(11), 1389–1394. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01618.x>
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors:

- etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, *39*, 223–252.
<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.39.020188.001255>
- Martín-Fernández, M., Matalí, J. L., García-Sánchez, S., Pardo, M., & Castellano-Tejedor, C. (2016). Adolescentes con Trastorno por juego en Internet (IGD): Perfiles y respuesta al tratamiento. *Adicciones*, *20*(2), 125–133.
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, *49*(6), 554–564. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, vol 8. (pp. 1–52). Boston, MA: Springer.
- Matalí-Costa, J., Serrano-Troncoso, E., Pardo, M., Villar, F., & San, L. (2014). Behavior social isolation and the “sheltered” profile in adolescents with internet addiction. *Journal of Child & Adolescent Behavior*, *2*(3). <https://doi.org/10.4172/jcalb.1000139>
- Matalí, J. L., & Alda, J. A. (2008). *Adolescentes y nuevas tecnologías: ¿Innovación o adicción?* Barcelona: Edebé.
- Mazurek, M. O., & Engelhardt, C. R. (2013). Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development. *Pediatrics*, *132*(2), 260–266.
<https://doi.org/10.1542/peds.2012-3956>
- McLeod, S. . (n.d.). Simply Psychology; The Self Concept in Psychology. Retrieved March 26, 2012, from <http://www.simplypsychology.org/self-concept.html>
- Meichenbaum, D. H., & Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. In D. Meichenbaum & M. E. Jarenko (Eds.), *Stress reduction and prevention*. Nueva York: Plenum Press.
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K. J. M., Hetland, J., & Pallesen, S. (2011). Problematic video game use: Estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *14*(10), 591–596. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0260>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. P. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. (2nd ed.). New York: Guildford Press.
- Millon, T. (1994). *Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI)*. Minneapolis: Nacional Computers Systems.
- Mitra, S., Poddar, S., & Sayeed, N. (2015). Internet gaming disorder: Application of motivational enhancement therapy principles in treatment. *Indian Journal of Psychiatry*, *57*(1), 100–101. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.148540>
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1994). *Family environment scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Moscoso, S. C., Chaves, S. S., Vidal, M. P., & Anguera, M. T. (2013). Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *13*(1), 58–66. <https://doi.org/10.1016/S1697->

- Müller, K. W., Beutel, M. E., Egloff, B., & Wölfling, K. (2014). Investigating risk factors for internet gaming disorder: A comparison of patients with addictive gaming, pathological gamblers and healthy controls regarding the big five personality traits. *European Addiction Research, 20*(3), 129–136. <https://doi.org/10.1159/000355832>
- Müller, K. W., Janikian, M., Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. E., Tzavara, C., ... Tsitsika, A. (2015). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: Results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*, 565–574. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0611-2>
- Muñoz-Miralles, R., Ortega-González, R., López-Morón, M. R., Batalla-Martínez, C., Manresa, J. M., Montellà-Jordana, N., ... Torán-Monserrat, P. (2016). The problematic use of Information and Communication Technologies (ICT) in adolescents by the cross sectional JOITIC study. *BMC Pediatrics, 16*(140), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0674-y>
- Newzoo Games. (2016). *2016 Global Games Market Report*. Retrieved from <https://newzoo.com/insights/articles/global-games-market-reaches-99-6-billion-2016-mobile-generating-37/>
- Ng, B., & Wiemer-Hastings, P. (2005). Addiction to the internet and online gaming. *CyberPsychology & Behavior, 8*(2), 110–113. <https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.110>
- Noël, X., Brevers, D., & Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current Opinion in Neurobiology, 23*(4), 632–638.
- Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 218–220). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Nuyens, F., Deleuze, J., Maurage, P., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., & Billieux, J. (2016). Impulsivity in multiplayer online battle arena gamers: Preliminary results on experimental and self-report measures. *Journal of Behavioral Addictions, 5*(2), 351–356. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.028>
- O’Keeffe, G. S., & Clarke-Pearson, K. (2011). The impact of social media on children, adolescents, and families. *American Academy of Pediatrics, 127*(4), 800–804. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0054>
- Oblinger, D. (2004). The next generation of educational engagement. *Journal of Interactive Media in Education, 8*, 1–18.
- Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. (2017). *La sociedad en red: Informe anual 2016*. Madrid.
- Ortiz, Mar y Fuentes, J. A. (2004). *Las socioadicciones : Uso desadaptativo de Internet*.
- Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *CyberPsychology & Behavior, 9*(3), 348–360. <https://doi.org/doi:10.1089/cpb.2006.9.348>.
- Quimette, P. C., Finney, J. W., & Moos, R. H. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral

- treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 230–240. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.2.230>
- Pallesen, S., Lørvik, I. M., Bu, E. H., & Molde, H. (2015). An exploratory study investigating the effects of treatment manual for video game addiction. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*, 117(2), 1–6. <https://doi.org/10.2466/02.PR0.117c14z9>
- Park, S. Y., Kim, S. M., Roh, S., Soh, M.-A., Lee, S. H., Kim, H., ... Han, D. H. (2016). The effects of a virtual reality treatment program for online gaming addiction. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 129, 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2016.01.015>
- Parker, J. D., Summerfeldt, L. J., Taylor, R. N., Kloosterman, P. H., & Keefer, K. V. (2013). Problem gambling, gaming and Internet use in adolescents: Relationships with emotional intelligence in clinical and special needs samples. *Personality and Individual Differences*, 55(3), 288–293. <https://doi.org/http://doi.org/10.1016/j.paid.2013.02.025>
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 174–180. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.03.018>
- Pearcy, B. T. D., McEvoy, P. M., & Roberts, L. D. (2017). Internet Gaming Disorder explains unique variance in psychological distress and disability after controlling for comorbid depression, OCD, ADHD and anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(2), 126–132. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0304>
- Petry, N. M., Rehbein, F., Gentile, D. A., Lemmens, J. S., Rumpf, H. J., Mößle, T., ... O'Brien, C. P. (2014). An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction*, 109(9), 1399–1406. <https://doi.org/10.1111/add.12457>
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2014). Assessment of internet gaming disorder in clinical research: Past and present perspectives. *Clinical Research and Regulatory Affairs*, 31(2–4), 35–48. <https://doi.org/10.3109/10601333.2014.962748>
- Pontes, H. M., Király, O., Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2014). The conceptualisation and measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The development of the IGD-20 Test. *PLoS ONE*, 9(10), e110137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110137>
- Pontes, H. M., Macur, M., & Griffiths, M. D. (2016). Internet Gaming Disorder Among Slovenian Primary Schoolchildren: Findings From a Nationally Representative Sample of Adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 304–310. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.042>
- Pope, A., McHale, S., & Craighead, E. (1996). *Mejora de la autoestima: Técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Porter, G., Starcevic, V., Berle, D., & Fenech, P. (2010). Recognizing problem video game use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 120–128. Retrieved from <https://frodon.univ-paris5.fr/url?http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fcs&AN=22399951&%5Cnlang=fr&site=ehost-live>

- Potenza, M. N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3181–3189. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0100>
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants part 1. *On the Horizon*, 9(5), 1–6. Retrieved from <https://doi.org/10.1108/107481201110424816>
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1994). *Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: William Morrow and Company.
- Prot, S., McDonald, K., Anderson, C., & Gentile, D. (2012). Video games: good, bad, or other? *Pediatric Clinics of North America*, 59(3), 647–658. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.03.016>
- Rehbein, F., Kliem, S., Baier, D., Möble, T., & Petry, N. M. (2015). Prevalence of internet gaming disorder in German adolescents: Diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. *Addiction*, 110(5), 842–851. <https://doi.org/10.1111/add.12849>
- Rehbein, F., Psych, G., Kleimann, M., Mediasci, G., & Möble, T. (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: Results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(3), 269–277. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0227>
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw Hill.
- Romano, M., Truzoli, R., Osborne, L. A., & Reed, P. (2014). The relationship between autism quotient, anxiety, and internet addiction. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(11), 1521–1526. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.08.002>
- Rudski, J. M., Segal, C., & Kallen, E. (2009). Harry Potter and the end of the road: Parallels with addiction. *Addiction Research and Theory*, 17(3), 260–277. <https://doi.org/10.1080/16066350802334595>
- Rumpf, H. J., Vermulst, A. A., Bischof, A., Kastirke, N., Gürtler, D., Bischof, G., ... Meyer, C. (2014). Occurrence of internet addiction in a general population sample: A latent class analysis. *European Addiction Research*, 20(4), 159–166. <https://doi.org/10.1159/000354321>
- Sakuma, H., Mihara, S., Nakayama, H., Miura, K., Kitayuguchi, T., Maezono, M., ... Higuchi, S. (2017). Treatment with the self-discovery camp (SDiC) improves Internet gaming disorder. *Addictive Behaviors*, 64, 357–362. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.06.013>
- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity and repair Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health*. (pp. 125–154). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002).

- Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 536–542. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.536>
- Santos, V. A., Freire, R., Zugliani, M., Cirillo, P., Santos, H. H., Nardi, A. E., & King, A. L. (2016). Treatment of internet addiction with anxiety disorders: Treatment protocol and preliminary before-after results involving pharmacotherapy and modified cognitive behavioral therapy. *JMIR Research Protocols*, 5(1). <https://doi.org/10.2196/resprot.5278>
- Saunders, J. B., Hao, W., Long, J., King, D. L., Mann, K., Fauth-Bühler, M., ... Poznyak, V. (2017). Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 1–9. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.039>
- Schimmenti, A., Guglielmucci, F., Barbasio, C., & Granieri, A. (2012). Attachment disorganization and dissociation in virtual worlds: A study on problematic Internet use among players of online role playing games. *Clinical Neuropsychiatry*, 9(5), 195–202.
- Schneider, L. A., King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2017). Maladaptive coping styles in adolescents with Internet Gaming Disorder symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction*, (6), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9756-9>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & Group, C. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, 152(11), 726–732. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232>
- Schwartz, R. H. (2013). Excessive participation in online internet action games by two American teenagers: Case report, description of extent of overuse, and adverse consequences. *Pediatrics*, 3, 201–203. <https://doi.org/10.4236/ojped.2013.33035>
- Seisdedos, N., Victoria de la Cruz, M., & Cordero, A. (1989). *Escalas de Clima Social (FES)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck Jr, P. E., Khosla, U. M., & McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57, 267–272.
- Shek, D., Tang, V., & Lo, C. Y. (2009). Evaluation of an internet addiction treatment. *Adolescence*, 44(174), 359–373.
- Shotton, M. A. (1989). *Computer addiction? A study of computer dependency*. London: Taylor & Francis.
- Sioni, S. R., Burlison, M. H., & Bekerian, D. A. (2017). Internet gaming disorder: Social phobia and identifying with your virtual self. *Computers in Human Behavior*, 71, 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.01.044>
- Smahel, D., Blinka, L., & Ledabyl, O. (2008). Playing MMORPGs: connections between addiction and identifying with a character. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), 715–718. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.0210>
- Smyth, J. M. (2007). Beyond self-Selection in video game play: An experimental examination of

- the consequences of massively multiplayer online role-playing game play. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 717–721. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9963>
- Soper, W. B., & Miller, M. J. (1983). Junk-time junkies: An emerging addiction among students. *The School Counselor*, 31(1), 40–43.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple Case Study Analysis*. New York: The Guildford Press.
- Starcevic, V., & Aboujaoude, E. (2017). Internet Gaming Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Addiction. *Current Addiction Reports*, 317–322. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0158-7>
- Steinhausen, H. C., & Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(3), 259–280. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:1010471210790>
- Su, W., Fang, X., Miller, J. K., & Wang, Y. (2011). Internet-based intervention for the treatment of online addiction for college students in China: A pilot study of the Healthy Online Self-helping Center. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(9), 497–503. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0167>
- Subramaniam, M., Chua, B. Y., Abidin, E., Pang, S., Satghare, P., Vaingankar, J. A., ... Chong, S. A. (2016). Prevalence and correlates of internet gaming problem among internet users: Results from an internet survey. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 45(5), 174–183.
- Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis–stress model. *American Psychologist*, 70(4), 344–353. <https://doi.org/10.1037/a0038929>
- Targhetta, R., Nalpas, B., & Perney, P. (2013). Argentine tango: Another behavioral addiction? *Journal of Behavioral Addictions*, 2(3), 179–186. <https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.007>
- Tejeiro, R. A., Gómez-Vallecillo, J. L., Pelegrina, M., Wallace, A., & Emberley, E. (2012). Risk factors associated with the abuse of video games in adolescents. *Scientific Research*, 3(4), 310–314. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.34044>
- Tejeiro, R., & Bersabé, R. M. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, 97(12), 1601–1606. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00218.x>
- Thege, B. K., Woodin, E. M., Hodgins, D. C., & Williams, R. J. (2015). Natural course of behavioral addictions : a 5-year longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0383-3>
- Therien, P., Lavarenne, S. A., & Lecomte, T. (2014). The treatment of complex dual disorders: Clinicians' and service users' perspectives. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 10(6), 2–7. <https://doi.org/10.4172/2155-6105.S10-006>
- Thorens, G., Achab, S., Billieux, J., Khazaal, Y., Khan, R., Pivin, E., ... Zullino, D. (2014). Characteristics and treatment response of self-identified problematic Internet users in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 78–81. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.008>
- Torres-Rodriguez, A., & Carbonell, X. (2017). Update and proposal of treatment for Internet

- Gaming Disorder: PIPATIC Program. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 317–336.
- Torres-Rodríguez, A., & Carbonell, X. (2015). Adicción a los videojuegos en línea: Tratamiento mediante el programa PIPATIC. *Aloma*, 33(2), 67–75.
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M., Carbonell, X., Fariols-Hernando, N., & Torres-Jiménez, E. (2017). Internet gaming disorder treatment: A case study evaluation of four adolescent problematic gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, (on press). <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11469-017-9845-9>
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., & Carbonell, X. (2017). The treatment of internet gaming disorder: A brief overview of the PIPATIC program. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11469-017-9825-0>
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., Carbonell, X., Fariols-Hernando, N., & Torres-Jimenez, E. (2017). Internet Gaming Disorder Treatment: A Case Study Evaluation of Four Different Types of Adolescent Problematic Gamers.
- Triberti, S., Milani, L., Villani, D., Grumi, S., Peracchia, S., Curcio, G., & Riva, G. (2018). What matters is when you play: Investigating the relationship between online video games addiction and time spent playing over specific day phases. *Addictive Behaviors Reports*, (June), 0–1. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.06.003>
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (2004). Stress Burden and the Lifetime Incidence of Psychiatric Disorder in Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 61(5), 481. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.5.481>
- Vaca, P., & Romero, D. (2007). Construcción de significados frente a los contenidos violentos de los videojuegos en niños de 11 a 14 años. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 35–48.
- van den Brink, W. (2017). ICD-11 Gaming Disorder: Needed and just in time or dangerous and much too early? *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 290–292. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.040>
- van Rooij, A. J., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Shorter, G. W., Schoenmakers, M. T., & Van De Mheen, D. (2014). The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 157–165. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.013>
- Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Van den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A., & Van de Mheen, D. (2012). Video Game Addiction Test: Validity and psychometric characteristics. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15(9), 507–511. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0007>
- Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Vermulst, A., Van den Eijnden, R., & Van de Mheen, D. (2011). Online video game addiction: identification of addicted adolescent gamers. *Addiction*, 106(1), 205–212. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03104.x>
- van Rooij, A. J., Zinn, M. F., Schoenmakers, T. M., & van de Mheen, D. (2012). Treating Internet Addiction With Cognitive-Behavioral Therapy: A Thematic Analysis of the Experiences of Therapists. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(1), 69–82. <https://doi.org/10.1007/s11469-010-9295-0>

- Voss, A., Cash, H., Hurdiss, S., Bishop, F., Klam, W. P., & Doan, A. P. (2015). Case report: Internet gaming disorder associated with pornography use. *Yale Journal of Biology and Medicine*, *88*(3), 319–324.
- Wan, C., & Chiou, W. (2006). Why are adolescents addicted to online gaming? An interview study in Taiwan. *CyberPsychology & Behavior*, *9*(6), 762–766.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.762>
- Wang, C. W., Chan, C. L. W., Mak, K. K., Ho, S. Y., Wong, P. W. C., & Ho, R. T. H. (2014). Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: A pilot study. *Scientific World Journal*, *2014*.
<https://doi.org/10.1155/2014/874648>
- Wartberg, L., Thomsen, M., Moll, B., & Thomasius, R. (2014). Pilot study on the effectiveness of a cognitive behavioural group programme for adolescents with pathological internet use. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, *21* –35.
- Williams, D., Yee, N., & Caplan, S. E. (2008). Who plays, how much, and why? Debunking the stereotypical gamer profile. *Journal of Computer-Mediated Communication*, *13*(4), 993–1018. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2008.00428.x>
- Winkler, A., Dörsing, B., Rief, W., Shen, Y., & Glombiewski, J. A. (2013). Treatment of internet addiction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *33*(2), 317–329.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.005>
- Witteck, C. T., Finserås, T. R., Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Hanss, D., Griffiths, M. D., & Molde, H. (2015). Prevalence and predictors of video game addiction: A study based on a national representative sample of gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *14*(5), 672–686. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9592-8>
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *BioMed Research International*, *2014*, 425924.
<https://doi.org/10.1155/2014/425924>
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: A clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *BioMed Research International*, *2014*, 1–8.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1155/2014/425924>
- Wood, R. (2008). Problems with the concept of video game “addiction”: Some case study examples. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *6*(2), 169–178.
<https://doi.org/10.1007/s11469-007-9118-0>
- Wood, R., Griffiths, M. D., & Parke, A. (2007). Experiences of time loss among videogame players: An empirical study. *CyberPsychology & Behavior*, *10*(1), 38–45.
<https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9994>
- Wood, R., Gupta, R., Derevensky, J., & Griffiths, M. (2004). Video game playing and gambling in adolescents: Common risk factors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *14*(1), 77–100. https://doi.org/https://doi.org/10.1300/J029v14n01_05
- World Health Organization. (2014). *Public health implications of excessive use of the internet*,

computers, smartphones and similar electronic devices: Meeting report. Geneva.

- World Health Organization. (2016a). Gaming disorder. ICD-11 beta draft. Retrieved January 7, 2018, from <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F1448597234>
- World Health Organization. (2016b). Gaming disorder. Retrieved November 19, 2017, from <http://id.who.int/icd/entity/1448597234>
- Yan, W., Li, Y., & Sui, N. (2014). The relationship between recent stressful life events, personality traits, perceived family functioning and internet addiction among college students. *Stress and Health, 30*(1), 3–11. <https://doi.org/10.1002/smi.2490>
- Yao, Y. W., Chen, P. R., Li, C. shan R., Hare, T. A., Li, S., Zhang, J. T., ... Fang, X. Y. (2017). Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior, 68*, 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.038>
- Yee, N. (2006). Motivations for play in online games. *Cyberpsychology & Behavior, 9*(6), 772–775. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.772>
- Yee, N. (2006). The demographics, motivations and derived experiences of users of massively multi-user online graphical environments. *PRESENCE: Teleoperators and Virtual Environments, 15*, 309–329.
- Yeh, C. S.-H. (2015). Exploring the effects of videogame play on creativity performance and emotional responses. *Computers in Human Behavior, 53*, 396–407. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.07.024>
- Yellowlees, P. M., & Marks, S. (2007). Problematic Internet use or Internet addiction? *Computers in Human Behavior, 23*(3), 1447–1453. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2005.05.004>
- Young, K. (2009). Understanding online gaming addiction treatment issues for adolescents. *American Journal of Family Therapy, 37*, 355–372. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01926180902942191>
- Young, K. S. (1998). *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction - and a winning strategy for recovering.* New York: John Wiley & Son, Inc.
- Young, K. S. (1998). Internet Addiction : The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior, 1*(3), 237–244.
- Young, K. S. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. *CyberPsychology & Behavior, 10*(5), 671–679. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9971>
- Young, K. S. (2011). CBT-IA: The First Treatment Model for Internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 25*(4), 304–312. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.304>
- Young, K. S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of Behavioral Addictions, 2*(4), 209–215. <https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.4.3>

- Young, K. S. (2015). The evolution of Internet addiction. *Addictive Behaviors, 64*(2015), 2014–2015. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.05.016>
- Young, K. S., & Brand, M. (2017). Merging theoretical models and therapy approaches in the context of internet gaming disorder: A personal perspective. *Frontiers in Psychology, 8*(OCT). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01853>
- Yu, H., & Cho, J. (2016). Prevalence of internet gaming disorder among Korean adolescents and associations with non-psychotic psychological symptoms, and physical aggression. *American Journal of Health Behavior, 40*(6), 705–716. <https://doi.org/https://doi.org/10.5993/AJHB.40.6.3>
- Zadra, S., Bischof, G., Besser, B., Bischof, A., Meyer, C., John, U., & Rumpf, H. J. (2016). The association between Internet addiction and personality disorders in a general population-based sample. *Journal of Behavioral Addictions, 5*(4), 691–699. <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.086>
- Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., & Petry, N. M. (2017). Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors, 31*(8), 979–994. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/adb0000315>
- Zhang, J.-T., Yao, Y.-W., Potenza, M. N., Xia, C.-C., Lan, J., Liu, L., ... Fang, X.-Y. (2016). Altered resting-state neural activity and changes following a craving behavioral intervention for Internet gaming disorder. *Scientific Reports, 6*(1), 28109. <https://doi.org/10.1038/srep28109>

7.2. Consentimiento Informado (12-18 años)

La presente investigación es fruto de la colaboración entre la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, el Consorci Sanitari del Maresme y el CSMIJ Joan Obiols de Badalona.

El objetivo de la investigación es comparar dos tratamientos psicológicos diferentes para la adicción y/o el uso problemático de las nuevas tecnologías en cuanto a la efectividad o mejoría de las personas que participan en ambos tratamientos del estudio. Por lo tanto, se realizarán dos grupos de pacientes al azar para comparar las dos técnicas. Ambos tratamientos constarán de 22 sesiones de 45 minutos semanalmente, con una duración de entre 5 a 6 meses de tratamiento. Para ello es necesario que los participantes rellenen cuestionarios a lo largo del proceso psicoterapéutico, durante y posteriormente, cuando éste haya finalizado. La participación que nos preste será de gran utilidad para el conocimiento esta nueva problemática emergente y así poder diseñar tratamientos más efectivos en este campo.

Los investigadores de la presente investigación se comprometen a:

- **Mantener la confidencialidad** de todos los datos que se obtengan en el estudio a fin de preservar la intimidad y el anonimato de las personas participantes. Se utilizarán los resultados de los cuestionarios, datos del proceso clínico y en ningún caso, datos de carácter personal.
- Que la **participación en el estudio es voluntaria** por lo que existe la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si se desea.
- En caso de no participar **no afectará al trato ni a la atención recibida del paciente ni de su familia**, pudiendo optar a ser atendido por el propio sistema de atención del centro.

La intervención A se centrará en una psicoterapia que abordará lo siguiente: a) los conocimientos previos y el uso que se realiza de las Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como pueden ser videojuegos, internet, redes sociales y móviles; b) las conductas problemáticas o adictivas relacionadas con las tecnologías de la información y la comunicación (videojuegos, internet, redes sociales y móviles); c) problemas personales asociados (autoestima, identidad, ansiedad, gestión emocional, etc.); d) problemas sociales asociados (no saberse relacionar correctamente); e) problemas familiares asociados (en cuanto a límites, afectividad y estilos parentales); f) preparar al sujeto para la finalización del tratamiento focalizando en nuevos hábitos vitales.

La intervención B se centrará en una psicoterapia que abordará lo siguiente: a) los conocimientos previos y el uso que se realiza de las Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como pueden ser videojuegos, internet, redes sociales y móviles; b) las conductas problemáticas o adictivas relacionadas con las tecnologías de la información y la comunicación (videojuegos, internet, redes sociales y móviles); c)

preparar al sujeto para la finalización del tratamiento focalizando en nuevos hábitos vitales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si está de acuerdo en que su hijo o tutelado participe en esta investigación firme el consentimiento informado que le mostramos a continuación:

Yo (*nombre y apellidos*).....

Padre o Tutor de (*nombre del hijo o tutelado*).....

Declaro que,

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He sido informado por (*nombre del investigador*).....
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en los cuidados médicos o psicológicos.

Declaro haber sido informado de que los datos de mi hijo o tutelado serán tratados de conformidad con lo que establece el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos (desarrollo de la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de 13 de diciembre).

Consiento que los datos clínicos, de mi hijo o tutelado, referentes a la investigación sean almacenados en un fichero autorizado, cuya información podrá ser manejada exclusivamente para fines científicos. Y he expresado estar de acuerdo en participar en el estudio.

(Fecha)

(firma del paciente y de la madre/padre/tutor legal)

(Fecha)

(firma del investigador)

7.3. Consentimiento Informado (mayores de 18 años)

La presente investigación es fruto de la colaboración entre la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universidad Ramon Llull, el Consorci Sanitari del Maresme y el CSMIJ Joan Obiols de Badalona.

El objetivo de la investigación es comparar dos tratamientos psicológicos diferentes para la adicción y/o el uso problemático de las nuevas tecnologías en cuanto a la efectividad o mejoría de las personas que participan en ambos tratamientos del estudio. Por lo tanto, se realizarán dos grupos de pacientes al azar para comparar las dos técnicas. Ambos tratamientos constarán de 22 sesiones de 45 minutos semanalmente, con una duración de entre 5 a 6 meses de tratamiento. Para ello es necesario que los participantes rellenen cuestionarios a lo largo del proceso psicoterapéutico, durante y posteriormente, cuando éste haya finalizado. La participación que nos preste será de gran utilidad para el conocimiento esta nueva problemática emergente y así poder diseñar tratamientos más efectivos en este campo.

Los investigadores de la presente investigación se comprometen a:

- **Mantener la confidencialidad** de todos los datos que se obtengan en el estudio a fin de preservar la intimidad y el anonimato de las personas participantes. Se utilizarán los resultados de los cuestionarios, datos del proceso clínico y en ningún caso, datos de carácter personal.
- Que la **participación en el estudio es voluntaria** por lo que existe la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si se desea.
- En caso de no participar **no afectará al trato ni a la atención recibida del paciente ni de su familia**, pudiendo optar a ser atendido por el propio sistema de atención del centro.

La intervención A se centrará en una psicoterapia que abordará lo siguiente: a) los conocimientos previos y el uso que se realiza de las Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como pueden ser videojuegos, internet, redes sociales y móviles; b) las conductas problemáticas o adictivas relacionadas con las tecnologías de la información y la comunicación (videojuegos, internet, redes sociales y móviles); c) problemas personales asociados (autoestima, identidad, ansiedad, gestión emocional, etc.); d) problemas sociales asociados (no saberse relacionar correctamente); e) problemas familiares asociados (en cuanto a límites, afectividad y estilos parentales); f) preparar al sujeto para la finalización del tratamiento focalizando en nuevos hábitos vitales.

La intervención B se centrará en una psicoterapia que abordará lo siguiente: a) los conocimientos previos y el uso que se realiza de las Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como pueden ser videojuegos, internet, redes sociales y móviles; b) las conductas problemáticas o adictivas relacionadas con las tecnologías de la información y la comunicación (videojuegos, internet, redes sociales y móviles); c)

preparar al sujeto para la finalización del tratamiento focalizando en nuevos hábitos vitales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (*nombre y apellidos*).....

Declaro que,

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He sido informado por (*nombre del investigador*).....
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en los cuidados médicos o psicológicos.

Declaro haber sido informado de que los datos de mi hijo o tutelado serán tratados de conformidad con lo que establece el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos (desarrollo de la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de 13 de diciembre).

Consiento que mis datos clínicos, referentes a la investigación sean almacenados en un fichero autorizado, cuya información podrá ser manejada exclusivamente para fines científicos. Y he expresado estar de acuerdo en participar en el estudio.

(Fecha)

(*firma del paciente y de la madre/padre/tutor legal*)

(Fecha)

(*firma del investigador*)

7.4. Valoraciones de los comités de ética



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
UNIVERSITAT RAMON LLULL

El Dr. Xavier Pujadas Martí, Vicedecano de Estudios de Posgrado y de Investigación y secretario de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull,

H A C E C O N S T A R

Que después de valorar la calidad y aspectos éticos, así como la relevancia científico-técnica del estudio “Desarrollo y aplicación de un programa de intervención psicológica en adolescentes y jóvenes con adicción a las nuevas tecnologías.” presentado por el Dr. Xavier Carbonell Sánchez, la Comisión que representa emite un informe favorable del mismo.

Y para que así conste a los efectos oportunos, a petición del interesado, lo firma en Barcelona, el doce de septiembre de dos mil trece.



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
UNIVERSITAT RAMON LLULL

C. Claret, 34
08022 Barcelona



HOSPITAL DE MATARÓ
CONSORCI SANITARI DEL MARESME

INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

MATEU SERRA PRAT, Secretari del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme

CERTIFICA

Que aquest Comitè ha avaluat la proposta presentada per la **Dra. Núria Farriols** per tal que sigui realitzat a l'Hospital de Mataró el projecte de recerca titulat: **Diseño, aplicación y evaluación de un programa de intervención psicológica para el uso problemático de tecnologías de la información y la comunicación. Proyecto PIPA-TIC** (*Protocol i Full d'Informació al Pacient i Consentiment Informat versió 2 de 27/05/15*)

amb els medicaments: ---

i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i estan justificats els riscos i molèsties previsibles per al subjecte.

La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per a dur a terme l'estudi.

El procediment per a obtenir el consentiment informat és adequat.

I que aquest Comitè accepta que aquest projecte de recerca sigui realitzat a Hospital de Mataró per la **Dra. N. Farriols** com a Investigadora Principal.

Ho firmo a Mataró a 27 de maig de 2015

Firmat:

Mateu Serra Prat
Secretari CEIC del CSdM

7.5. Certificado: Estancia de investigación

November 26, 2017

This document is to certify that,

ALEXANDRA RODRIGUEZ TORRES (ID-47279725M), PhD student at Ramon Llull University (Barcelona, Spain) completed a three-month research stay at Nottingham Trent University (Nottingham, UK) from September 1st, 2017 to November 30th, 2017:

ACTIVITY: Collaborative research in the International Gaming Research Unit (IGRU), Nottingham Trent University (NTU), United Kingdom (UK).

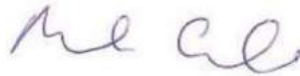
RESEARCH SUPERVISOR: Dr. Mark D. Griffiths, Distinguished Professor of Behavioural Addiction, and Director of the IGRU.

PARTICIPATION: Alexandra Rodriguez Torres worked collaboratively with Professor Griffiths concerning the PhD research examining the treatment of adolescent Internet Gaming Disorder (IGD). The objective was to continue part of her PhD research work in the treatment of IGD done in Spain and learn with one of the most recognized international experts in the area of behavioural addictions. Professor Griffiths facilitated her research independently in the Doctoral School, as well as introducing her to other staff and PhD students in the same line of research. Finally, she had the opportunity to meet others in the Psychology Department and participate in the weekly events.

DURATION: 3 months **FROM:** 1 September 2017 **UNTIL:** 30 November 2017

MAIN RESULTS ACHIEVED: During her three-month stay, four papers were worked on. Two of these have already been accepted for publication (both in the *International Journal of Mental Health and Addiction*), and the other two papers are in preparation (the third of which has now been written).

- Torres-Rodriguez, A., Griffiths, M.D. & Carbonell, X. (2017). The treatment of Internet Gaming Disorder: A brief overview of the PIPATIC program. *International Journal of Mental Health and Addiction*, in press
- Torres-Rodriguez, A., Griffiths, M.D., Carbonell, X. Fariols-Hernando, N. & Torres-Jimenez, E. (2017). Internet gaming disorder treatment: A case study evaluation of four adolescent problematic gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, in press.
- Torres-Rodriguez, A., Griffiths, M.D. & Carbonell, X. (2017). Psychological characteristics of an adolescent clinical sample with Internet Gaming Disorder, first draft completed.
- Torres-Rodriguez, A., Griffiths, M.D. & Carbonell, X. (2017). The treatment efficacy of the PIPATIC program in successfully treating adolescents with Internet Gaming Disorder, in preparation



Dr. Mark D. Griffiths
Distinguished Professor of Behavioural Addiction
Director International Gaming Research Unit
Psychology Division, Nottingham Trent University
50 Shakespeare Street, Nottingham, NG1 4FQ, United Kingdom

7.6. Documento: formación a los profesionales del Hospital de Mataró



**CONSORCI SANITARI
DEL MARESME**

CERTIFICAT FORMACIÓ

Sessió Clínica formativa d'una hora a l'Hospital de Mataró, el 17 de Abril de 2015.

Títol:

Programa d'intervenció psicològica PIPATIC sobre l'addicció a tecnologies de la informació i la comunicació.

A càrrec de la psicòloga Alexandra Rodríguez Torres (47279725-M)

Supervisora del projecte a l'Hospital de Mataró: Dra. Núria Farriols Hernando.

Mataró 29 d'Octubre de 2015

Firmat:

Dra. Núria Farriols Hernando

7.7. Documento: formación a los profesionales CSMIJ Joan Obiols y las Áreas Básicas de Salud de Badalona



Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil Joan Obiols

Institut Municipal Serveis Personals
Badalona

C E R T I F I C A T D E F O R M A C I Ó N R E A L I Z A D A D U R A N T L ' A N Y 2 0 1 5 :

L'Institut Municipal de Serveis Personals/Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil Joan Obiols i la Fundació Blanquerna, tenen subscript un conveni de col.laboració en el marc del Grup de Recerca en Psicologia, Persona i Context, pel projecte "**Diseño, evaluación y aplicación de un programa de intervención psicológica para el uso problemático de las TIC**".

D'acord amb aquest conveni, durant l'any 2015 la Sra **Alexandra Rodriguez Torres** ha realitzat activitats de recerca i de formació de professionals en col.laboració amb l'equip del CSMIJ Joan Obiols.

Les activitats que la Sra Alexandra Rodriguez Torres ha desenvolupat com a **formadora** han estat tutoritzades per la **Sra Encarna Torres Jiménez**, psicòloga clínica del CSMIJ Joan Obiols.

La Sra **Alexandra Rodriguez Torres** ha realitzat activitats de formació tant a l'equip del CSMIJ Joan Obiols com als equips de professionals de les Àrees Bàsiques de Salut de la zona. Ha realitzat les següents, totes elles amb una durada **d'una hora i mitja**

Data	Equip professional
16/03/2015	CSMIJ Joan Obiols
18/05/2015	ABS-1 Martí Julià
11/06/2015	ABS- Montgat/Tiana
23/06/2015	ABS-11 Bufalà
25/06/2015	ABS-9 Montigalà
02/07/2015	ABS-3 Progrés
15/09/2015	ABS-2 Centre

El programa desenvolupat ha tingut el següent contingut:

- 1- Introducció TIC i societat
- 2- Context de la Salut mental a Catalunya
- 3- Factors de risc en relació a les TIC
- 4- Addicció a les noves tecnologies: diagnòstic, símptomes i senyals d'alarma
- 5- Tipus i característiques addictives de les TIC més problemàtiques: internet, mòbil i especialment jocs en línia
- 6- Projecte PIPATIC: Explicació del projecte, Criteris d'inclusió, procediment de derivació al programa i descripció del tractament especialitzat
- 7- Casos clínics de participants adolescents en el programa PIPATIC
- 8- Regerències
- 9- Torn de preguntes i dubtes

I, perquè així consti, signem aquesta certificació,

Anna Soler Morales
Gerent de l'IMSP

Encarna Torres Jiménez
Psicòloga clínica- Tutora

Badalona, 19 de febrer de 2016.



Ajuntament de Badalona

Aquesta Tesi Doctoral ha estat defensada el dia ____ d _____ de 201__
al Centre _____
de la Universitat Ramon Llull, davant el Tribunal format pels Doctors i Doctores
sotassignants, havent obtingut la qualificació:

President/a

Vocal

Vocal *

Vocal *

Secretari/ària

Doctorand/a

(*): Només en el cas de tenir un tribunal de 5 membres

Esta Tesis Doctoral ha sido defendida el día ____ d _____ de 201__

En el Centro _____

de la Universidad Ramon Llull, ante el Tribunal formado por los Doctores y Doctoras
abajo firmantes, habiendo obtenido la calificación:

Presidente/a

Vocal

Vocal *

Vocal *

Secretario/a

Doctorando/a

(*): Sólo en el caso de tener un tribunal de 5 miembros