

Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos

Clara Marco*

Mariano Chóliz

Universidad de Valencia, España

ABSTRACT

Cognitive-behavioral treatment in a case of internet and videogames addiction. In recent years there has been a growing interest in research in the field of technological addictions, but there are still few studies that analyze the effectiveness of psychological interventions in this problem. The purpose of this paper is to propose a cognitive-behavioral treatment for the Internet and video game addictions through a case study. The phases of treatment and the main techniques used are described. The treatment is carried out over 19 weeks and subsequently two follow up sessions were carried out. The main objective was learning to use appropriately Internet and video games, assuming that technological addictions treatment is not required total abstinence, but that intervention should focus on promoting an adaptive use of these technologies. The results are encouraging and show a significant reduction of time spent gaming and Internet, and the degree of loss of control. A decrease in the patient's subjective distress and an improvement in their personal performance were also showed.

Key words: videogames, Internet, addiction, cognitive-behavioral treatment, case study.

RESUMEN

En los últimos años existe un creciente interés por la investigación en el campo de las adicciones tecnológicas, aunque son escasos los estudios en los que se analiza la eficacia de las intervenciones psicológicas en este tipo de problemas. El objetivo de este estudio es presentar una propuesta de tratamiento cognitivo-conductual para la adicción a Internet y videojuegos mediante un análisis de caso. Se describen las fases del tratamiento y las principales técnicas empleadas, así como los datos relativos a su eficacia. El tratamiento se desarrolló a lo largo de 19 semanas con dos seguimientos. El objetivo principal fue el aprendizaje del uso controlado del ordenador, Internet y videojuegos, asumiendo que en las adicciones tecnológicas no es un requisito terapéutico la abstinencia total, sino centrarse en la promoción de un uso adaptativo. Los resultados muestran una reducción significativa del tiempo dedicado al juego y a Internet, así como del grado de pérdida de control. También se aprecia una disminución del malestar subjetivo y una mejoría en el funcionamiento personal.

Palabras claves: videojuegos, Internet, adicción, tratamiento conductual-cognitivo, estudio de caso.

El desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) es un fenómeno relativamente reciente que ha supuesto rápidos e importantes cambios en

* La correspondencia sobre este artículo puede ser dirigida a cualquiera de los autores a: Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010 Valencia (España). *Agradecimientos:* este estudio ha sido posible gracias a la financiación de la Fundación Universitaria Oriol-Urquijo. Emails: Clara.Marco@uv.es; Mariano.Choliz@uv.es.

nuestra sociedad. El uso de estas herramientas (Internet, videojuegos, móvil) contribuye en la mayoría de las ocasiones a mejorar la calidad de vida de las personas, aunque su implantación en nuestra vida cotidiana no está exenta de polémica (Labrador y Villadangos, 2009). Su adecuada utilización genera importantes beneficios, pero su uso inadecuado o excesivo puede conllevar problemas. En este sentido, el aspecto más controvertido y que mayor alarma social crea es el potencial adictivo de estas tecnologías, especialmente entre los menores. Griffiths (1995) habló por primera vez de “adicciones tecnológicas”, definiéndolas operacionalmente como adicciones no químicas, que implican una interacción excesiva hombre-máquina. Éstas, por tanto, pueden considerarse como un subconjunto de las adicciones conductuales (Marks, 1990).

Las adicciones tecnológicas no aparecen en los principales manuales diagnósticos (como el DSM-IV-TR o la CIE-10) lo cual es explicable por el hecho de que la mayoría de las herramientas y muchas de las funciones de estas tecnologías no existían en el momento en el que se elaboraron. Sin embargo, en el breve periodo de tiempo en el que están entre nosotros, no solamente se han convertido en una parte fundamental y característica de las sociedades avanzadas, sino que también son causa de problemas, especialmente cuando la pauta de uso es inapropiada.

Uno de los problemas más característicos es la dependencia de las tecnologías. En la revisión de la literatura científica se observa un acuerdo generalizado en el uso de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el juego patológico o para el trastorno por dependencia de sustancias (Kim, 2008; Orzack, Voluse, Wolf y Hennen, 2006; Shapira, Lessig, Goldsmith *et al.*, 2003; Su, Fang, Miller y Wang, 2011). Si para el análisis de dicho problema atendemos a estos últimos criterios, sustituyendo el consumo de drogas por el uso de los videojuegos *online*, la dependencia de videojuegos y/o Internet, vendría caracterizada por: tolerancia, cada vez se necesita jugar o conectarse durante más tiempo o a más juegos, de tal forma que el patrón de uso inicial deja de ser suficiente; abstinencia, malestar cuando se interrumpe el juego o la conexión a Internet o cuando se lleva un tiempo sin jugar o conectarse; jugar o usar Internet más de lo que se pretendía inicialmente; no poder dejar de jugar o usar Internet; emplear excesivo tiempo en todo lo relacionado con los videojuegos/Internet, hasta tal punto que se llega a producir una interferencia con actividades cotidianas; dejar de hacer otras actividades o perder oportunidades por jugar o estar en Internet; y seguir jugando o usando Internet, a pesar de saber que está siendo perjudicial.

La adicción a los videojuegos es un fenómeno que todavía necesita ser investigado y ha dado lugar a diversos debates, entre ellos el que hace referencia al concepto de *adicción a los videojuegos* (Blaszczynski, 2008; Estallo, 2009; Griffiths, 2000, 2008; Tejeiro y Bersabé, 2002; Wood, 2008). Aunque existe evidencia empírica y clínica (Griffiths, 2000) de que jugar en exceso puede ser una actividad problemática (Tejeiro y Bersabé, 2002), y en algunos casos adictiva (Griffiths, 2008b). En este último supuesto la persona desarrolla una relación problemática respecto al uso de los videojuegos y, en ocasiones requiere de una intervención psicológica específica. Y es que una de las consecuencias más evidentes de este problema es la alteración de un estilo de vida socialmente adaptativo, perturbando la organización temporal diaria (Van Rooij 2011), dedicando una cantidad de tiempo excesiva al juego, o provocando severas interferencias

con otras actividades (Egli y Meyers, 1984; Griffiths y Hunt, 1998). Pueden reducirse las relaciones interpersonales (Allison, von Wahlde, Shockley y Ggabbard, 2006), y producirse problemas y discusiones en las relaciones familiares y de pareja, puede darse una disminución del rendimiento académico o laboral (Chiu, Lee y Huang, 2004; Griffiths y Hunt, 1998; Jeong y Kim, 2010; Phillips, Rolls, Rouse y Griffiths, 1995; Rehbein, Psych, Kleiman, Mediasci y Mossle, 2010; Skoric, Teo y Neo, 2009), o el abandono de otras actividades de ocio (Batthyány, Müller, Benker y Wölfling, 2009; Griffiths, Davies y Chappel, 2004; King y Delfabbro, 2009; Liu y Peng, 2009; Peng y Liu, 2010; Peters y Malesky, 2008; Rehbein *et al.*, 2010; Yee, 2006a, 2006b).

En lo que se refiere al tratamiento, Griffiths y Meredith (2009) plantearon que la terapia más adecuada para la intervención en la adicción a videojuegos es la cognitivo-conductual, y en esta misma dirección King, Delfabbro y Griffiths (2010) presentaron algunas técnicas para el tratamiento de la dependencia de videojuegos -como el autorregistro del uso que se realiza y la toma de conciencia de las consecuencias del uso excesivo, el establecimiento de objetivos, la psicoeducación y la modificación de los pensamientos irracionales-, y concluyeron que la terapia cognitivo-conductual es una modalidad apropiada para el abordaje este problema (Orzack *et al.*, 2006; Young, 2007).

Algo más numerosas son las publicaciones de casos de adicción a Internet y su tratamiento, aunque también son pocas las que ofrecen los detalles y el análisis de la eficacia de las intervenciones realizadas (Alario, 2006; Griffiths, 2000; Luengo, 2006; Sanz Rodríguez, Carmona y Marín, 2004; Young, 1996). Huang, Li y Tao (2010) llevaron a cabo una revisión de las investigaciones sobre el tratamiento psicológico de la adicción a Internet, destacando la orientación cognitivo-conductual como la más eficaz para la identificación de los problemas relacionados con Internet, su modificación y sustitución por otras pautas más adaptativas. Du, Jiang y Vance (2010) aplicaron sesiones grupales desde una orientación cognitivo-comportamental y encontraron que el grupo que recibió tratamiento mostraba mejorías en el estado emocional, en la capacidad de autorregulación y en la gestión del tiempo, respecto a un grupo control.

Además, desde este enfoque se pretende que las personas aprendan a organizar y gestionar el tiempo, a reconocer los beneficios y potenciales peligros de Internet, a identificar los desencadenantes de los episodios de uso excesivo, a manejar emociones y la impulsividad, a mejorar las habilidades de comunicación y los estilos de afrontamiento, así como a cultivar el interés por actividades alternativas (Du *et al.*, 2010; Hall y Parsons, 2001; Orzack *et al.*, 2006; Young, 2007, 2010, 2011). Otras intervenciones contemplan el uso de la entrevista motivacional (Orzack *et al.*, 2006; Shek, Tang y Lo 2009), la terapia de realidad (Kim, 2007, 2008), la terapia de grupo (Du *et al.*, 2010; Kim, 2008; Li y Dai, 2009; Orzack *et al.*, 2006; Shek *et al.*, 2009; Zhong, Tao, Zu, Sha y Yang, 2009), la terapia familiar (Du *et al.*, 2010; Shek *et al.*, 2009; Yang y Hao, 2005; Young, 2009; Zhong *et al.*, 2009) y la combinación de varios tipos de estrategias o terapias (Van Rooij, 2011).

En lo que se refiere a la intervención psicológica, hasta la fecha hay pocos estudios que aborden el tratamiento de la adicción a videojuegos (Griffiths, 2000; Kippers, 1992; Marco y Chóliz, en prensa), siendo especialmente escasos los estudios de caso sobre dicha problemática. No cabe duda que es necesario realizar más investigaciones, y en este

sentido, los estudios de casos pueden ofrecer una mejor evidencia sobre si la adicción a los videojuegos existe, ya que los datos aportados son mucho más precisos (Griffiths y Beranuy, 2009). El estudio que presentamos describe un protocolo de tratamiento de adicciones tecnológicas basado en el propuesto por Chóliz y Marco (2012) para la adicción a Internet y redes sociales, adaptado y aplicado a un caso de adicción a Internet y videojuegos.

MÉTODO

Participante

P es un varón de 22 años, soltero y sin hijos. Mantiene una relación de pareja desde hace un año y medio aproximadamente. Su nivel formativo es alto, estudia en la universidad la doble titulación de Sociología y Ciencias Políticas, y actualmente no trabaja.

Procede de una familia de nivel socioeconómico medio. Reside en la vivienda familiar con sus padres y sus dos hermanos -él es el mediano de tres hermanos varones. Las relaciones entre los miembros de la familia son buenas, y aunque el cliente no ha hablado con nadie del problema que presenta, se siente satisfecho con la convivencia.

Nunca ha estado en tratamiento psicológico ni psiquiátrico, siendo ésta la primera vez que realiza una consulta a un profesional por el problema que presenta con el uso del ordenador, videojuegos e Internet. Solicita cita para realizar una evaluación y una posible intervención psicológica porque su pareja ha conocido el recurso de tratamiento que se está llevando a cabo en la Universidad mientras busca información en Internet sobre el problema de éste. A pesar de ser su pareja quien le facilita los datos de contacto, él está de acuerdo en acudir, ya que es consciente de tener un problema que interfiere en el normal desarrollo de las actividades de su vida cotidiana y desea encontrar una solución.

El cliente realizó la siguiente descripción del problema al contactar por primera vez con el equipo de investigación: "Tengo un problema de adicción al juego (juegos de ordenador)... puedo pasarme horas seguidas jugando a cualquier juego interactivo que me guste, a pesar de que al hacerlo descuido mis responsabilidades. Aunque en el momento quiero dejarlo y hacer algo productivo, soy incapaz. Y ver cómo continúo perdiendo el tiempo cara al ordenador me frustra y hace que me sienta mal conmigo mismo".

En la primera sesión, el cliente firmó el consentimiento informado y se explicó el compromiso del terapeuta con el articulado del Código Deontológico, haciendo especial hincapié en la confidencialidad y el secreto profesional.

Instrumentos

Se realizó una evaluación multimétodos, se llevaron a cabo dos entrevistas clínicas semiestructuradas con P y, paralelamente, se le administró una batería de pruebas con

los siguientes elementos:

Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI); Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), adaptación Española de Seisdedos (1988). El inventario consta de dos escalas de 20 ítems cada una, que miden la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. La escala de respuesta es de tipo Likert con cuatro alternativas, y los índices de consistencia interna de esta prueba oscilan entre .90 y .93 en la ansiedad estado, y entre .84 y .87 en la ansiedad rasgo.

Test de Dependencia de Videojuegos (TDV); Chóliz y Marco (2011). Es un instrumento diagnóstico de la dependencia de los videojuegos basado en los principales criterios diagnósticos del trastorno por dependencia de sustancias del DSM-IV-TR (APA, 2000). Consta de 25 ítems y de las siguientes dimensiones: Abstinencia, Abuso y Tolerancia, Problemas ocasionados por los videojuegos, y Dificultad en el control. El alfa de Cronbach del conjunto de ítems que forman el cuestionario es de .94, por lo que podemos considerar que se trata de un instrumento con características psicométricas satisfactorias.

Inventario de Depresión de Beck (BDI); Beck, Kovacs y Weissman (1979); Beck, Steer y Brown (1996), versión adaptada a la población española de Sanz, Navarro y Vázquez (2003). El inventario consta de 21 preguntas sobre el estado de ánimo, cada una de ellas tiene cuatro alternativas y se debe elegir la que mejor describe el estado habitual de la persona. Presenta un coeficiente alfa de Cronbach de .87, lo que indica una buena consistencia interna.

Escala de Impulsividad (UPPS); Whiteside y Lynam, 2001), traducción al español de la versión abreviada de Keye, Wilhelm y Oberauer (2009). Se trata de una escala con 20 ítems que evalúa cuatro factores de la impulsividad: Urgencia, Perseverancia, Premeditación y Búsqueda de Sensaciones.

Inventario de Alianza Terapéutica y Teoría del Cambio (WATOCl); versión española de Corbella y Botella (2004). Se administró al terminar el tratamiento. Desde cualquier enfoque psicoterapéutico, y especialmente en el tratamiento de las adicciones y la Entrevista Motivacional, la relación terapeuta-paciente y el establecimiento de una buena alianza entre ambos resulta fundamental. Este inventario consta de 17 ítems y está formado por cuatro subescalas: Acuerdo en las tareas, Acuerdo en los objetivos, Vínculo positivo y Teoría del cambio. El alfa de Cronbach del conjunto de ítems que forman el cuestionario es de .93.

Para el registro del uso de videojuegos y el ordenador se empleó un autorregistro estándar con columnas referidas a: momento, fecha y hora; situación, lugar, compañía, qué estaba haciendo, qué pensaba y sentía en ese momento; nombre del juego o aplicación de Internet usado, “¿Qué hice en el ordenador, Internet o a qué jugué?”; tiempo dedicado; grado de pérdida de control experimentado (en una escala de 0 a 10); y consecuencias, “¿Qué pensaste y cómo te sentiste después, qué hiciste, qué ocurrió?”.

Formulación clínica del caso

En lo que se refiere a la historia y evolución del problema, éste se inició hace dos años, el cliente explicó: “tuve un mal año en los estudios, me pasaba todos los días en casa; no estaba contento, no tenía claro si me gustaba lo que estudiada, estaba poco motivado, y me refugié en el ordenador”. En aquel momento se conectaba todos

los días a Internet, dedicando entre semana seis horas al día, y en fin de semana unas cuatro horas. Principalmente invertía este tiempo en jugar dentro de redes sociales y a jugar a juegos de ordenador tipo “buscaminas”, solitarios o ajedrez.

En el momento de la entrevista inicial refirió dedicar menos tiempo a los juegos e Internet, pero todavía dedicaba unas cinco horas al día -a veces más-, teniendo las siguientes consecuencias en su vida diaria: interferencia con el estudio, estrés, acostarse tarde y no acudir a clase al día siguiente o llegar tarde al quedar con su pareja. Como resultado, se sentía mal por perder tiempo y por no tener el control sobre los juegos y el ordenador en general, lo cual todavía empeoraba más el problema y hacía que volviera a conectarse o a jugar para aliviar ese malestar. Consideraba que no era capaz de evitar jugar, incluso aunque lo pretendiera, ni ser capaz de cumplir un horario de uso. Reconocía la existencia de una pérdida de control, no disfrutar jugando y que muchas veces realizaba la conducta de forma impulsiva y sin poder parar.

En cuanto al análisis funcional de la conducta problema (O’Neill, Horner, Albin, Storey y Sprague, 1990), los estímulos antecedentes de la conducta de juego eran: de tipo ambiental o físico como estar solo en casa (por las mañanas), estar por la noche en casa mientras los demás duermen, tener que usar el ordenador para hacer algún trabajo; e internos como tener alguna preocupación, sentirse desanimado y desmotivado, y pensamientos negativos (en especial, los de fracaso). Las conductas problema eran principalmente motoras, consistían en jugar o navegar en Internet experimentando pérdida de control. Existían fuentes de refuerzo positivo al conectarse a Internet, redes sociales y al usar videojuegos, ya que P. solía encontrar información que le resultaba interesante y estas actividades representan una forma de entretenimiento. Sin embargo, la consecuencia más importante que contribuía al mantenimiento del problema era el alivio que estas acciones producían a corto plazo respecto a sus preocupaciones y su malestar emocional. Y es que el cliente refería que se trataba de una forma de “evasión” de sus problemas. El problema se mantenía, por tanto, mediante refuerzo negativo, que aliviaba a corto plazo el malestar pero que a largo plazo perpetuaba el uso de juegos y de Internet de forma desadaptativa.

Tras la evaluación inicial, se realizó un diagnóstico de dependencia de Internet y videojuegos, de acuerdo con los siguientes criterios del DSM-IV-TR: abstinencia -elevado malestar cuando se lleva un tiempo sin jugar o existen impedimentos para ello; uso de Internet y juegos más tiempo del que se tenía previsto; incapacidad para dejar de usar Internet y los videojuegos, a pesar de que en algún momento quiere dejar de hacerlo; empleo excesivo tiempo en todo lo relacionado con Internet y videojuegos; abandono de otras actividades o pérdida de oportunidades por dedicar tanto tiempo a Internet y al juego; y seguir conectándose y/o jugando a pesar de saber que le está perjudicando

La intervención llevada a cabo se basó en el protocolo de tratamiento para la adicción a Internet (Chóliz y Marco, 2012), que se describe a continuación.

Aplicación del tratamiento

La intervención fue individual y se realizó durante 19 sesiones (además de las dedicadas al seguimiento), con una periodicidad de una vez por semana -las sesiones

tuvieron una duración aproximada de 50 minutos. El tratamiento se estructuró en las siguientes fases:

- Fase 1. Fase Motivacional y de Valoración psicosocial, centrada en la evaluación del problema, llevando a cabo para ello varias sesiones de entrevista psicológica y solicitando la cumplimentación de distintos cuestionarios, además de un autorregistro del uso de videojuegos e Internet. Durante las cuatro primeras sesiones también se ofreció información acerca del proceso adictivo y detalles formales de la terapia, se trabajó sobre el aumento de la motivación para el cambio y el establecimiento de los objetivos terapéuticos. Algunas de las tareas para casa solicitadas en esta primera fase fueron la realización de un autorregistro de las situaciones de pérdida de control con el ordenador y/o juegos, balance decisional y el comienzo de la planificación semanal de actividades alternativas.
- Fase 2. Fase de Superación del Deseo y Síndrome de Abstinencia, se persiguieron tres objetivos: llevar a cabo modificaciones ambientales para impedir que siguiera utilizando Internet y los juegos sin control, entrenar en técnicas que ayudaran a aliviar el malestar producido por la reducción de su uso, y fomentar conductas alternativas o incompatibles. El control de estímulos (Michael, 1982) consistió en evitar y prestar especial atención a las situaciones que se identificaron como de riesgo; por ejemplo, evitar ponerse a jugar o ponerse en el ordenador cuando estuviera solo en casa y por la noche mientras los demás miembros de su familia estaban durmiendo. Junto al control de estímulos, se estableció un horario de uso del ordenador y se pautó el uso de una alarma que le indicara el momento de apagar el aparato y ponerse a hacer otra cosa. También se realizó un horario de actividades semanales en el que se incluía tiempo de ocio, tiempo para hacer deporte, tiempo de estudio y periodos de descanso, con el fin de promover conductas placenteras y adaptativas.
- Fase 3. Fase de cambios conductuales y actitudinales, pretendió consolidar un estilo de vida en el que se fomentaran conductas alternativas y un uso adaptativo de las tecnologías. Para ello, además de seguir trabajando diferentes estrategias de afrontamiento y pautas para el manejo de la pérdida de control, se aplicó reestructuración cognitiva y exposición gradual con prevención de respuesta. Esta última técnica se planificó en sesión y consistió en la exposición gradual (empezando por los juegos sobre los que tenía más control) a los estímulos condicionados, pero sin realizar la conducta o, en este caso, sin llegar a la pérdida de control. Se comenzó la realización en situaciones que no representaban un riesgo y con juegos que resultaban más fáciles de controlar para el paciente (por ejemplo, Solitario). Se especificaron varias fases y su duración, así como el criterio de no pasar a otro estímulo hasta después de varios entrenamientos en exposición seguidos en los que pudiera realizar las tareas con un nivel de ansiedad o malestar mínimo y sin que se produjera pérdida de control. Simultáneamente se continuó incidiendo en la planificación semanal de actividades, haciendo especial hincapié en la organización de la realización de trabajos y horas de estudio, así como en determinadas estrategias de afrontamiento (demora forzada y autoinstrucciones).
- Fase 4. Fase de consolidación y prevención de recaídas, centrada en la consolidación de los avances logrados y en la prevención de recaídas, a la que se dedicaron unas siete sesiones en las que se trabajaron los siguientes contenidos: psicoeducación sobre qué es una recaída, identificación de situaciones de riesgo, repaso de los cambios realizados y recordatorio de las estrategias de afrontamiento aprendidas, explicación del efecto de violación de la abstinencia, y entrenamiento en el afrontamiento de situaciones de alto riesgo.
- Fase 5. Se realizaron dos seguimientos, al mes y a los tres meses tras el alta terapéutica.

Las sesiones fueron conducidas por la primera autora. La relación terapéutica establecida fue buena; el cliente mostró adherencia al tratamiento y trató de cumplir con las prescripciones. No obstante, al inicio de la intervención no siempre completó los registros solicitados. No canceló las citas programadas y siempre avisó si se veía obligado a cambiarlas. También acudió a las sesiones de seguimiento, a pesar de que se realizaron varios meses después de finalizar el tratamiento.

Diseño

Se empleó un diseño de caso único tipo A-B (Barlow y Hersen, 1988), siendo el modo de tratamiento mediante un abordaje individual con un seguimiento al mes y a los tres meses después del alta terapéutica.

Análisis de datos

Se registró el patrón de uso durante toda la intervención y se tomaron medidas de los autoinformes, antes, después del tratamiento y en el seguimiento. Se utilizó el procedimiento de Morley y Adams (1989, 1991), consistente en el análisis de la tendencia para analizar dos variables: frecuencia de uso y tiempo dedicado. Se trata de un procedimiento que explora si existe una tendencia creciente o decreciente utilizando como estadístico de contraste el tau de Kendall y como prueba de significación estadística su transformación en puntuaciones *z*. Este tipo de análisis puede servir no sólo para ver la tendencia a lo largo de la terapia, sino para corroborar estadísticamente la eficacia del tratamiento, en el caso de que la conducta se mantenga estable en niveles clínicamente adecuados.

Para realizar dicho análisis se tomaron las diez primeras sesiones, hasta el momento en el que se introdujo la técnica de exposición con prevención de respuesta, debido a que se entiende que la exposición debe llevarse a cabo en el momento en el que ya existe control de la conducta adictiva, puesto que el paciente se somete a situaciones que le inducen a consumir. Una medida de dicho control es que la frecuencia de la conducta no sólo sea baja, sino que se mantenga estable y por ese motivo se utilizó este procedimiento de análisis de tendencia.

RESULTADOS

En las Figuras 1 y 2 se puede observar cómo desde la primera sesión de tratamiento se produjo una disminución en frecuencia y duración, tendencia que se mantuvo hasta el seguimiento. Además, cabe destacar que desde la sexta semana P refirió no experimentar pérdida de control y que a partir de la séptima afirmó que el inicio de la conducta no se producía de forma impulsiva ni para reducir sensaciones desagradables (dejó de producirse el reforzamiento negativo que se daba, por ejemplo, cuando jugaba para evadirse de algunos problemas).

Alrededor de la octava y novena semana se produjo un ligero aumento de la conducta de juego y de conexión a Internet con cierta pérdida de control, coincidiendo con un estado emocional negativo y una preocupación importante del cliente respecto a la resolución de una ayuda económica solicitada. En las siguientes sesiones, sin embargo, volvió a producirse una mejoría.

En la tabla 1 puede observarse que las puntuaciones en los cuestionarios administrados en la última sesión indican una mejoría, principalmente en las puntuaciones del TDV, ya que, mientras que en la evaluación inicial la puntuación directa fue de 97, al finalizar el tratamiento la puntuación obtenida fue 55. En este último momento ya no cumplía criterios de dependencia de videojuegos. Durante el seguimiento se mantuvo el cambio alcanzado, disminuyendo todavía más la puntuación en dicho cuestionario (PD= 27). No se obtuvieron diferencias en las medidas de impulsividad, y las aparentes diferencias encontradas en los niveles de ansiedad (STAI) obtenidas después del tratamiento no se mantuvieron en el seguimiento, aunque sí que perduraba la mejoría en el estado de ánimo (BDI).

Los resultados del inventario WATOCI (PD: Tareas= 26; Vínculo Positivo= 24; Objetivos= 24; Teoría cambio= 34; Puntuación total= 108) indicaron la existencia de

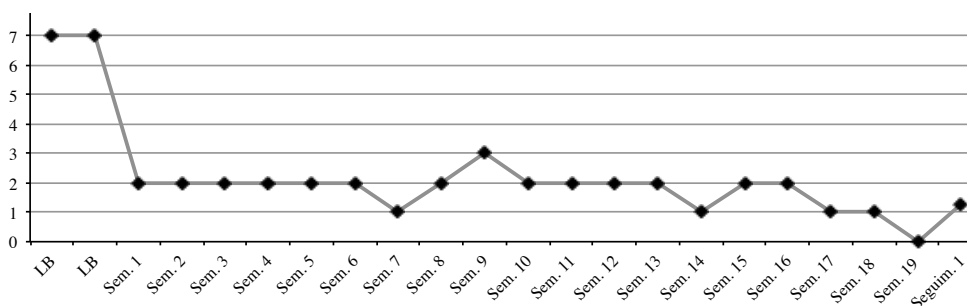


Figura 1. Evolución de la frecuencia de situaciones de pérdida de control con el ordenador, Internet o juegos (número de días por semana).

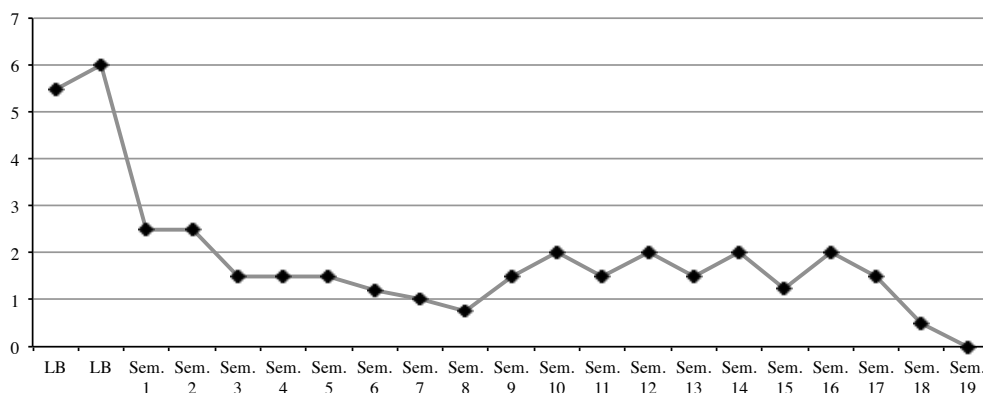


Figura 1. Evolución de la duración de las situaciones de pérdida de control con el ordenador, Internet o juegos (en horas).

Tabla 1. Puntuaciones pre, post-tratamiento y seguimiento.

Cuestionario		Pretest	Postest	Seguimiento
TDV		97	55	27
STAI	Estado	24	11	25
	Rasgo	19	14	19
BDI		10	4	4
UPPS	Urgencia	15	13	13
	Perseverancia	14	18	15
	Premeditación	19	20	20
	Búsqueda Sensaciones	18	17	20

una buena alianza terapéutica, puesto que existía un alto acuerdo entre la terapeuta y el cliente tanto en los objetivos como en las tareas de la terapia, y además había entre ambos un vínculo positivo.

En lo que se refiere al análisis de tendencias descrito anteriormente, los resultados respecto a la frecuencia indicaron que se produjo un descenso significativo ya en las primeras sesiones, que se mantuvo estable durante todo el proceso terapéutico. Respecto de la duración, hubo una tendencia descendente y progresiva desde la línea base hasta la décima sesión ($\tau = -.78$; $z = -3.13$; $p < .001$), lo cual indica que el paciente fue reduciendo progresivamente el tiempo dedicado en cada sesión.

En los resultados de la intervención (ver figuras 1 y 2 y tabla 1) se aprecian de forma clara las diferencias en la frecuencia de situaciones de uso excesivo y pérdida de control respecto a Internet y los videojuegos, así como las diferencias de las puntuaciones en los autoinformes antes y después del tratamiento. Además de éstas, el cliente expresó su percepción de mejoría subjetiva y su satisfacción con la terapia. Desde el principio de la intervención se produjo una reducción del número de días (por semana) en que P perdía el control sobre el uso de aplicaciones de Internet y juegos, así como la duración o cantidad de tiempo que se mantenía en esa situación cada vez que esto le sucedía. Aunque continuaba jugando o usando el ordenador más tiempo del que le gustaría, desde la sexta sesión refirió que el inicio del uso no se producía de forma impulsiva y que no experimentaba pérdida de control. Además, la mayoría de las veces no usaba las herramientas tecnológicas como refuerzo negativo, es decir, para aliviar preocupaciones o estados emocionales negativos. Clínicamente los cambios fueron muy significativos y relevantes, puesto que tras la intervención fue capaz de estudiar en casa y usar el ordenador para hacer trabajos, sin ponerse a jugar o “perder el tiempo” en Internet “navegando sin rumbo”. Como consecuencia, desapareció esa intensa sensación de culpa y su estado de ánimo mejoró. En la octava sesión el cliente verbalizó respecto a su problema: “ya no me ocurre con tanta frecuencia”, y en la novena valoró que “el tiempo que uso ahora algún juego o Internet ya no supone una interferencia con otras actividades”. En la decimocuarta sesión refirió encontrarse “bien, e incluso, algunos días muy bien” y “haber aumentado mucho el control” con el ordenador.

Respecto a una de las tareas que se le solicitaron en terapia (decimocuarta sesión) referida a los cambios realizados, escribió lo siguiente: “El principal cambio es una

mejor actitud y estado de ánimo. Ahora sé que puedo cambiar las cosas. Sé que puedo abandonar los malos hábitos si tengo paciencia y constancia. Por otro lado, el hecho de no engancharme con el ordenador hace que pueda realizar trabajos concentrado y de forma eficiente, o que pueda dedicar sólo el tiempo justo para ver las cosas que quiero ver en Internet. Con respecto a los juegos, están todos bien trabajados y ya no tengo problemas con ninguno en concreto. Si bien la ayuda externa es importante, creo que sería fútil sin la correcta motivación. Ahora sé que puedo y quiero dejar este vicio". En esta reflexión, P valoró los cambios realizados, el aumento del control respecto al uso de juegos, ordenador e Internet, y además realizó una atribución interna de la mejoría.

En el primer seguimiento, P explicó haber comenzado a trabajar el 1 de julio para reunir dinero para el siguiente curso académico (con la previsión de marcharse de Erasmus). Al principio iba bien pero el hecho de trabajar en turno de noche y dormir de día le resultaba pesado y difícil, y se sentía cansado. Refirió: "esta tercera semana he estado durmiendo mal y algo nervioso en general (supongo que como consecuencia del cansancio), lo que ha provocado que estuviera más horas de las debidas con la PSP, aunque con el ordenador no he tenido problemas en lo que va de mes".

En lo que se refiere al rendimiento académico solamente suspendió una asignatura y se dejó otra para examinarse en septiembre, si bien con la expectativa de recuperar ambas. En cuanto al estado de ánimo, relató haber estado "algo nervioso esta última semana", se encontraba cansado y tuvo algunas discusiones con su pareja. Explicó que tras hablar con ella, las cosas estaban mejor. Se planificaron para estudiar las asignaturas pendientes, estudiar portugués y hacer ejercicio físico.

Con el ordenador refirió no haber tenido problemas en el último mes. Con la PSP experimentó cierta pérdida de control unas cinco veces durante los últimos 26 días (algo más de una vez por semana). Lo asociaba al estrés y malestar de los últimos días por las discusiones con su pareja, al cansancio y al mal humor. Refirió: "creo que extinguidos los problemas que me hacían estar con peor estado de ánimo y enfadado, cansado, preocupado, nervioso... y hechos los propósitos de mejora y la planificación, puedo mejorar y controlar la situación. Intentaré tomarme con mejor humor el trabajo y yendo más descansado". Finalmente, se le recordaron las estrategias aprendidas para afrontar las situaciones de riesgo y la importancia de planificarse y buscar tiempos y actividades que le hicieran sentir bien.

En el momento del segundo seguimiento, el cliente refirió que "las cosas iban bastante bien" y que su estado de ánimo en general era bueno. Aprobó las asignaturas que tenía pendientes. Estaba contento con las clases en Lisboa, ya que eran pocos alumnos por grupo y eso permitía una mayor participación de todos en las clases. Además, eligió una opción de evaluación continua, con lo cual el examen no contaba tanto para la nota final y se sentía más tranquilo por ello. También se matriculó de dos asignaturas de libre elección que pensó que podían ayudarle a gestionar mejor el tiempo y estudiar mejor: Organización personal y gestión del tiempo y Métodos y técnicas de estudio. Además de ir a clase, se apuntó a un curso de portugués y a un gimnasio, por lo que se mantuvo activo. Relató que su pareja había encontrado trabajo recientemente. Se compró un portátil al poco tiempo de llegar a Lisboa y refirió estar usándolo de forma controlada.

Respecto a los juegos, estos últimos meses ha tenido mayor control sobre la PSP e informa no haber jugado. Con el ordenador jugó alguna vez de forma puntual, pero sin perder el control. Explicó que durante el último mes lo más problemático fue un juego del móvil, con el que a veces se quedaba jugando más tiempo del que le gustaría (en el metro, en el baño...). Además, explicó que a veces lo utilizaba “para evadirse de algún problema” (por ejemplo: “una noche estaba angustiado porque todavía no sabía si mi pareja iba a encontrar un trabajo, estaba preocupado...y me quedé jugando más tiempo del que quería...”).

Aunque durante los últimos tres meses no realizó el registro de situaciones de pérdida de control con los juegos, refirió estar aplicando de nuevo las pautas aprendidas en terapia y sentir más control otra vez. De nuevo se le recordaron las principales estrategias aprendidas durante el tratamiento.

DISCUSIÓN

Las nuevas tecnologías son herramientas que no sólo se han convertido en indispensables en el funcionamiento de las sociedades modernas, sino que tienen aplicaciones que resultan de enorme interés y fascinación como fórmulas de ocio y entretenimiento.

A pesar de que durante años ha existido una resistencia en la utilización del término “adicción” aplicado al uso de Internet y otras tecnologías, en la actualidad –especialmente desde la aparición de la Web 2.0 y las redes sociales- se constata la presencia de problemas con el uso de Internet, que tienen las características de las adicciones, tal y como se ha puesto de manifiesto en numerosas publicaciones científicas de los últimos años. Es decir, de la misma forma que ocurre con las demás adicciones, los principales problemas que pueden llegar a acarrear las tecnologías aparecen cuando el uso abusivo deviene en ausencia de control sobre las mismas, graves alteraciones en las pautas de relación familiar o social o del propio ajuste personal, perturbación de otras conductas adaptativas, así como cuando existe una imperiosa necesidad de utilizarlas a pesar de que el uso excesivo de ellas esté resultando perjudicial. Es decir, cuando Internet o videojuegos dominan el comportamiento, llegándose a establecer una auténtica relación de dependencia.

En este estudio presentamos con un caso clínico no sólo la fenomenología del problema, sino la descripción de una propuesta de intervención que se basa en un protocolo de tratamiento de la adicción a Internet y redes sociales desarrollado por Chóliz y Marco (2012).

A partir de los resultados de la evolución del cliente podemos extraer algunas conclusiones en lo que se refiere a la intervención en esta problemática. En primer lugar, la fenomenología de este tipo de problemas es similar a la de otros trastornos adictivos, en los cuales se produce un claro deterioro en las relaciones familiares, sociales o profesionales, así como en el ajuste emocional. El cliente manifiesta una necesidad de llevar a cabo conductas que sabe que le están perjudicando, pero que no puede dejar de realizar, lo que sin duda refleja un problema de dependencia. El malestar emocional tras la privación del consumo, así como el que es consecuencia de cualquier otra causa,

se resuelve volviendo a consumir (en este caso jugando o usando Internet). Igualmente aparecen fenómenos característicos de recaídas, especialmente en momentos críticos, pero también pasado un tiempo en el que el consumo se había reducido.

En lo que se refiere a la eficacia del tratamiento, desde las primeras sesiones de terapia se logra una clara reducción de los episodios de pérdida de control con el ordenador y los videojuegos. Este descenso, que se manifiesta ya en las primeras sesiones, se mantiene estable durante todo el proceso terapéutico, salvo algún periodo de "recaída", fenómeno éste que también suele ser habitual en la mayoría de intervenciones en adicciones. Se produce también una reducción en otro de los principales parámetros de la adicción a Internet, como es el tiempo dedicado cada vez que utiliza el ordenador o los juegos, lo cual es coherente con el hecho de que mejora uno de los principales criterios de la adicción, que es la pérdida de control sobre el uso de dichas tecnologías.

La mejoría no solamente se observa en la frecuencia de uso y de los episodios de pérdida de control del uso del ordenador, sino también en las propias medidas de autoinforme, como las obtenidas en el Test de Dependencia de Videojuegos entre pre-test, después de la intervención terapéutica y en el seguimiento, momento en el cual ya no cumple los criterios para el diagnóstico de dependencia. Dicha mejoría también la declara el propio cliente en el análisis cualitativo cuando en la última sesión refiere encontrarse "mucho mejor" y haber experimentado "mucho mejoría".

Así pues, el cambio logrado con la intervención terapéutica va más allá del incremento en el control y uso adecuado de las tecnologías. Su estado de ánimo mejora, se siente capaz de manejar el problema y se normalizan diferentes aspectos de su vida, como por ejemplo el hecho de poder quedarse a estudiar en casa o trabajar con el ordenador. Este hecho puede constatarse también por la reducción de las puntuaciones obtenidas en el BDI, lo cual es congruente con la mejoría del estado anímico general que reporta en las entrevistas a lo largo del tratamiento. La mejoría se mantiene durante el seguimiento realizado al mes y a los tres meses del alta terapéutica, únicamente con episodios puntuales de juego excesivo.

A pesar de que por las características del diseño de caso único, los resultados y conclusiones siempre deben ser tomados con precaución y contrastados en estudios con un mayor control experimental, los resultados del presente estudio parecen sostener la utilidad de las técnicas cognitivo-conductuales en la intervención psicológica de la adicción a Internet y videojuegos.

La mejoría observada en P en las diferentes dimensiones de la conducta adictiva tras la intervención representa un aval importante para el tratamiento planteado para los casos de adicciones tecnológicas, y en particular, del protocolo de tratamiento del que se deriva (Chóliz y Marco, 2012). No obstante, se trata de un estudio de caso, por lo cual es necesario llevar a cabo análisis experimentales o pseudoexperimentales en los cuales se controle la influencia de variables extrañas que puedan afectar a la conducta que estamos analizando y que permitan la generalización de los resultados obtenidos con el protocolo de tratamiento propuesto. Hay que poner esta investigación en su justa dimensión, ya que los estudios de caso único también representan una contribución relevante, especialmente en lo que se refiere al desarrollo, difusión y evaluación de nuevas formas de intervención (Virués Ortega y Moreno Rodríguez, 2008) cuando

todavía no se cuenta con tratamientos empíricamente validados, como es el caso de las adicciones tecnológicas. No obstante, esto no quiere decir que se parta de una ausencia total de técnicas terapéuticas, puesto que ya se han puesto de manifiesto la utilidad de muchas de ellas, tales como el uso de autorregistros, la toma de conciencia de las consecuencias negativas que acarrea el uso excesivo e inadecuado de las tecnologías, la psicoeducación, el entrenamiento en técnicas de autocontrol, la búsqueda de actividades alternativas con las que ocupar el tiempo libre y la prevención de recaídas (King et al., 2010; Van Rooij, 2011).

A modo de conclusión, es preciso aseverar que jugar con videojuegos y conectarse a Internet son conductas que no sólo son útiles y beneficiosas, sino que incluso es probable que se incrementen en la población. Pero no hay que olvidar que hay personas que pueden llegar a padecer problemas de dependencia de éstas y que esto ya es motivo de preocupación por parte de familiares y profesionales, razón por la cual es necesario darle cumplida respuesta desde la investigación científica para ayudar a aquellas personas que presentan dificultades para controlar el uso de videojuegos e Internet (Gentile, 2009; Reddy, 2008; Thalemann, Wölfling, y Grüsser, 2007; Wood, 2008).

REFERENCIAS

- Alario S (2006). Tratamiento de un caso crónico de adicción a internet. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 79, 71-88.
- Allison SE, von Wahlde L, Shockley T y Gabbard GO (2006). The development of the self in the era of the Internet and role-playing fantasy games. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 381-385.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Barlow DH y Hersen M (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca
- Batthyány D, Müller KW, Benker F y Wölfling K (2009). Computer game playing: clinical characteristics of dependence and abuse among adolescents. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 12, 502-509.
- Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck AT, Kovacs M y Weissman A (1979). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 461-571.
- Beck AT, Steer RA y Garbin MC (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Blaszczyński A (2008). Commentary: A response to "Problems with the concept of video game "addiction": Some case study examples". *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 179-181.
- Chiu SI, Lee JZ y Huang DH (2004). Video game addiction in children and teenagers in Taiwan. *Cyberpsychology & Behavior*, 7, 571-581.
- Chóliz M y Marco C (2011). Patrón de Uso y Dependencia de Videojuegos en infancia y adolescencia. *Anales de Psicología*, 27, 418-426
- Chóliz M y Marco C (2012). *Adicción a Internet y a Redes Sociales. Tratamiento psicológico*. Madrid: Alianza
- Corbella S y Botella L (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance

- Theory of Change Inventory (WATOI). *Psicothema*, 16, 702-705
- Du YS, Jiang W y 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.
- Egli EA y Meyers LS (1984). The role of video game playing in adolescent life: Is there a reason to be concerned? *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22, 309-312.
- Estallo JA (2009). El diagnóstico de "adicción a videojuegos": uso, abuso y dependencia. En E. Echeburúa, F. Labrador y E. Becoña (Eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp.151-166). Madrid: Pirámide.
- Gentile DA (2009). Pathological Video-Game Use Among Youth Ages 8 to 18: A National Study. *Psychological Science*, 20, 594-602.
- Griffiths MD y Hunt N (1998). Dependence on computer games by adolescents. *Psychological Reports*, 82, 475-480.
- Griffiths MD (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19.
- Griffiths MD (2000). Does Internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 211-218.
- Griffiths MD (2008). Videogame Addiction: Further Thoughts and Observations. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 182-185.
- Griffiths MD (2008b). Diagnosis and management of video game addiction. *New Directions in Addiction Treatment and Prevention*, 12, 27-41.
- Griffiths MD y Beranuy M (2009). Adicción a los videojuegos: una breve revisión psicológica. *Revista de Psicoterapia*, 73, 33-49.
- Griffiths MD y Meredith A (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 247-253.
- Griffiths MD, Davies MNO y Chappell D (2004). Demographic factors and playing variables in online computer gaming. *Cyberpsychology & Behavior*, 7, 479-487.
- Hall AS y Parsons J (2001). Internet addiction: College student case study using best practices in behavior therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 23, 312-327.
- Huang X, Li M. y Tao R (2010). Treatment of Internet Addiction. *Current Psychiatry Reports*, 12, 462-470.
- Jeong EJ y Kim DW (2010). Social activities, self-efficacy, game attitudes, and game addiction. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, 14, 213-221.
- Keepers GA (1990). Pathological preoccupation with video games. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 49-50
- Keye D, Wilhelm O y Oberauer K (2009). Structure and Correlates of the German Version of the Brief UPPS Impulsive Behavior Scales. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 175-185.
- Kim JU (2007). A reality therapy group counseling program as an Internet addiction recovery method for college students in Korea. *International Journal of Reality Therapy*, 26, 2-9.
- Kim JU (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, 4-12.
- King D, Delfabbro P y Griffiths MD (2010). Cognitive behavioral therapy for problematic video game players: Conceptual Considerations and practice issues. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, 3, 261-273
- King DL y Delfabbro P (2009). Understanding and assisting excessive players of video games: a community psychology perspective. *The Australian Community Psychologist*, 21, 62-74.
- Labrador FJ y Villadangos SM (2009). Adicciones a nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 45-75). Madrid: Pirámide.

- Li G y Dai X (2009). Control study of cognitive-behavior therapy in adolescents with Internet addiction disorder. *Chinese Mental Health Journal*, 23, 457-470.
- Liu M y Peng W (2009). Cognitive and psychological predictors of the negative outcomes associated with playing MMOGs (massively multiplayer online games). *Computers in Human Behavior*, 25, 1306-1311.
- Luengo A (2006). Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 22-52.
- Marco C y Chóliz M (en prensa). Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online: fundamentos de propuesta de tratamiento y estudio de caso. *Anales de Psicología*.
- Marks I (1990). Non-chemical (behavioural) addictions. *British Journal of Addiction*, 85, 1389-1394
- Michael J (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimulus. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 37, 149-155.
- Morley S y Adams M (1989). Some simple statistical tests for exploring single-case time-series data. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 1-18.
- Morley S y Adams M (1991). Graphical analysis of single-case time series data. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 97-115.
- O'Neill RE, Horner RH, Albin RW, Storey K y Sprague JR (1990). *Functional Analysis of Problem Behavior: A Practical Assessment Guide*. Sycamore IL: Sycamore Publishing Company
- Orzack MH, Voluse AC, Wolf D, y Hennen J (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic internet-enabled sexual behavior. *Cyberpsychology & Behavior*, 9, 348-360.
- Peng W y Liu M (2010). Online gaming dependency: a preliminary study in China. *CyberPsychology, Behavior and Social Networking*, 13, 329-333.
- Peters CS y Malesky LA (2008). **Problematic usage among highly-engaged players of massively multiplayer online role playing games.** *Cyberpsychology & Behavior*, 11, 480-483.
- Phillips CA, Rolls S, Rouse A y Griffiths M (1995). Home video game playing in schoolchildren: A study of incidence and patterns of play. *Journal of Adolescence*, 18, 687-691.
- Reddy S (2008). A Disorder by Any Other Name: Excessive Computer Game Playing. *Virtual Mentor, American Medical Association Journal of Ethics*, 10, 30-34.
- Rehbein F, Psych G, Kleimann M, Mediasci G y Mossle T (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *CyberPsychology, Behavior and Social Networking*, 13, 269-277.
- Sanz J, Navarro ME y Vázquez C (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz-Rodríguez LJ, Carmona FJ y Marín D (2004). Tratamiento psicológico de la adicción a Internet: a propósito de un caso clínico. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31, 76-85.
- Seisdedos N (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD, Szabo ST, Lazoritz M, Gold M y Stein D (2003). Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17, 207-216.
- Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD, Szabo ST, Lazoritz MS y Stein DJ (2003). Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17, 207-16.
- Shek DT, Tang VM y Lo CY (2009). Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, 44, 359-373.
- Skoric MM, Teo LLC y Neo RL (2009). Children and video games: addiction, engagement, and scholastic achievement. *Cyberpsychology & Behavior*, 12, 567-572
- Spielberger CD, Gorsuch RL y Lushene RE (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Su W, Fang X, Miller JK y 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, 497-503.
- Tejeiro RA y Bersabé RM (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, 97, 1601-1606.
- Thalemann R, Wöfling K y Grüsser SM (2007). Specific cue reactivity on computer game-related cues in excessive gamers. *Behavioral Neuroscience*, 121, 614-618.
- Van Rooij AJ (2011). *Online Video Game Addiction. Exploring a new phenomenon* (Tesis Doctoral). Erasmus University Rotterdam, The Netherlands.
- Virués-Ortega J y Moreno-Rodríguez R (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 765-777
- Whiteside SP y Lynam DR (2001). The five-factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Wood RTA (2008). Problems with the concept of video game "addiction". Some case studies examples. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 169-178.
- Yang FR y Hao W (2005). The effect of integrated psychosocial intervention on 52 adolescents with Internet addiction. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 13, 343-346.
- Yee N (2006a). The demographics, motivations and derived experiences of users of massively-multiuser online graphical environments. *Teleoperators and Virtual Environments*, 15, 309-329.
- Yee N (2006b). The psychology of MMORPGs: emotional investment, motivations, relationship formation, and problematic usage. En R. Schroeder y A. Axelsson (Eds.), *Avatars at work and play: Collaboration and interaction in shared virtual environments* (pp. 187-207). London: Springer.
- Young KS (1996). Psychology of Computer Use: XL Addictive Use of the Internet. A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899-902
- Young KS (2007). Cognitive-behavioral therapy with internet addicts: Treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology & Behavior*, 10, 671-679.
- Young KS (2009). Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *American Journal of Family Therapy*, 37, 355-372.
- Young KS (2010). Clinical assessment of Internet-addicted clients. En K. Young y C. Nabuco de Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide for evaluation and treatment* (pp. 19-34). New York: Wiley.
- Young KS (2011). CBT-IA: The first treatment model for Internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25, 304-312.
- Zhong X, Tao R, Zu S, Sha S y Yang F (2009). Effect of group psychological intervention in adolescents on Internet addiction. *Journal of Capital Medical University*, 30, 494-499.

Recibido, 26 Marzo, 2012

Aceptación final, 28 Diciembre, 2012