

Cambios psicológicos en una muestra clínica de adolescentes con Trastorno de Juego por Internet

Psychological changes of an adolescent clinical sample with Internet Gaming Disorder

Alexandra Torres-Rodríguez

FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull

Recibido: 27/07/2020 · Aceptado: 06/11/2020

Resumen

El Trastorno de juego en Internet (IGD) se ha convertido en objeto de estudio en todo el mundo para ofrecer servicios especializados de salud mental a las personas afectadas. Sin embargo, prima la escasez de estudios relacionados con la efectividad de los tratamientos psicológicos para el IGD. El objetivo principal del presente estudio es evaluar los cambios psicológicos producidos durante el proceso de intervención del “Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación” (PIPATIC) en adolescentes con IGD. Método: La muestra se compone de 31 adolescentes (de 12 a 18 años) de dos centros públicos de salud mental, asignados a (i) grupo experimental de intervención PIPATIC o (ii) grupo de control de Terapia Cognitivo Conductual estándar (TCC). La intervención se evaluó en las fases pre, durante y post-tratamiento. Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre ninguno de los grupos en la fase de pretratamiento. En relación con las diferentes intervenciones examinadas, se encontraron diferencias significativas en las pruebas previas y posteriores en las siguientes variables: trastornos comórbidos, habilidades interpersonales y medidas de los terapeutas. Ambos grupos experimentaron una reducción significativa de los síntomas relacionados con el IGD, aunque el grupo PIPATIC experimentó mejoras significativas más relevantes tanto en el IGD como en el resto de variables examinadas. Discusión y conclusiones: Los resultados sugieren que el programa PIPATIC ha estimulado cambios más significativos en el tratamiento del IGD y sus síntomas comórbidos y habilidades sociales que la TCC. Por otro lado, cabe remarcar que la TCC estándar también consiguió mejoras en los participantes respecto al uso de videojuegos y la sintomatología del IGD. En consecuencia, el uso de un enfoque integrador que cuyo foco de intervención refiera tanto al IGD como a los síntomas comórbidos, las habilidades intrapersonales e interpersonales y la psicoterapia familiar parece resultar más efectivo en facilitar cambios psicológicos en adolescente que un foco de intervención únicamente centrado en abordar el trastorno adictivo.

Palabras Clave

IGD; trastorno de juego en Internet; tratamiento psicológico; terapia cognitivo-conductual.

— Correspondencia a: —
Alexandra Torres-Rodríguez
alexandart@blanquerna.url.edu



Abstract

Internet Gaming Disorder (IGD) has become the subject of study all around the world in order to provide specialist mental health services for affected persons. Nevertheless, there is a definite shortage of studies on the effectiveness of psychological treatments for IGD. The main objective of this paper is to assess the psychological changes that take place during the intervention process on the "Individualised Psycho-therapy Program for Addiction to Information and Communication Technologies" (IPPAICT) in adolescents with IGD. Method: The sample consisted of 31 adolescents (aged 12 to 18) from two public mental health centres, assigned to (i) experimental IPPAICT group, or (ii) Standard Behavioural Cognitive Therapy (SBCT). Intervention was assessed in the pre, during and post treatment stages. Results: There were no significant differences between either of the groups in the pre-treatment stage. In regard to the different types of intervention, significant differences were observed in tests before and after in relation to the following variables: comorbid disorders, interpersonal skills and therapy measures. Both groups reported a significant reduction in the symptoms related to IGD, although the IPPAICT group reported more relevant significant improvements in IGD and the rest of the variables. Discussion and conclusions: The results suggest that the IPPAICT programme brought about more significant changes in IGD treatment and comorbid symptoms and social skills than SBCT. On the other hand, attention is also brought to the fact that standard SBCT also reported improvements in the participants in regard to the use of videogames and IGD symptoms. Consequently, an integrating approach focussing on IGD and comorbid symptoms, intrapersonal and interpersonal skills and family psychotherapy appear to be more effective in bringing about psychological changes than an approach that exclusively focusses on treating the addiction disorder.

Key Words

IGD; Internet Gaming Disorder; psychological treatment; behavioural cognitive therapy.

INTRODUCCIÓN

El uso de videojuegos es uno de los entretenimientos más populares entre niños, adolescentes y jóvenes. La crisis del COVID-19 ha incrementado notoriamente el uso del entretenimiento digital, especialmente de los videojuegos en línea y actividades relacionadas (retransmisión en línea de videojuegos o los *e-sports*) (King, Delfabbro, Billieux y Potenza, 2020).

El incremento en el uso de la tecnología es un factor de estudio en todo el mundo (World Health Organization, 2016) y se ha observado que el uso excesivo de los videojuegos en línea puede estar asociado con el desarrollo

de problemas psicosociales en una minoría de usuarios, particularmente adolescentes (e.g., Ferguson, Coulson y Barnett, 2011; Kuss y Griffiths, 2012). Consecuentemente, se han desarrollado servicios especializados de salud para dar respuesta de tratamiento a pacientes con adicciones tecnológicas, específicamente para adolescentes (Kuss y Griffiths, 2012; Martín-Fernández, Matalí, García-Sánchez, Pardo y Castellano-Tejedor, 2016; Schneider, Kingy Delfabbro, 2017; Torres-Rodríguez y Carbonell, 2017; Young, 2007).

A la par, se han incrementado los estudios en torno a instrumentos de evaluación y detección del Internet Gaming Disorder (IGD,



traducido al castellano como trastorno de juego en Internet) (King, Haagsma, Delfabbro, Gradisar y Griffiths, 2013; Pontes, Király, Demetrovics y Griffiths, 2014; Pontes y Griffiths, 2014), consideraciones respecto a su diagnóstico y criterios clínicos (King y 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 y Emberley, 2012; Wood, Gupta, Derevensky y Griffiths, 2004), sugerencias teóricas de tratamientos (Griffiths, Kuss y Pontes, 2017; King, Delfabbro y Griffiths, 2010; King, Delfabbro, Griffiths y Gradisar, 2012; Torres-Rodríguez et al., 2017; Young, 2009), estudios experimentales y cuasi-experimentales de tratamiento (Du, Jiang y Vance, 2010; Han, Kim, Lee y Renshaw, 2015; King et al., 2017; Lindenberg, Halasy y Schoenmaekers, 2017; Wölfling, Beutel, Dreier y 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 y Torres-Jiménez, 2017; Torres-Rodríguez y Carbonell, 2015; Voss et al., 2015).

De entre todas las áreas de investigación, los estudios de tratamiento continúan siendo de los más escasos, especialmente, aquellos que utilizan muestras de adolescentes (King, Delfabbro y Griffiths, 2013; King y Delfabbro, 2017). Por otro lado, la mayoría de los artículos presentan ciertas limitaciones (King et al., 2017) y se han llevado a cabo con población asiática (Du, Jiang y Vance, 2010; Kim, 2008; King et al., 2017) siendo escasos los estudios de tratamiento llevados a cabo en Estados Unidos y en países europeos (King et al., 2017; Thorens et al., 2014; Wölfling, Beutel, Dreier y Muller, 2014; Young, 2007, 2013).

Por ello, el objetivo general de este estudio es evaluar la efectividad de un programa especializado de psicoterapia para adolescentes con IGD (programa PIPATIC). "Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación". El estudio llevado a cabo se centra 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 (para consultar el protocolo del tratamiento, véase Torres-Rodríguez y Carbonell, 2017).

MÉTODO

Participantes

Participaron 58 adolescentes (de 12 a 18 años) con uso problemático de los videojuegos que solicitaron tratamiento en dos centros públicos de salud mental del área metropolitana de Barcelona. De estos participantes, 34 cumplieron los criterios de inclusión y 31 completaron el tratamiento y el seguimiento tres meses después. Las intervenciones se evaluaron en las fases pre, durante y post-tratamiento. Las familias de los participantes participaron en todas las evaluaciones comentadas con anterioridad. No se detectó una pérdida de datos significativa durante el proceso. 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



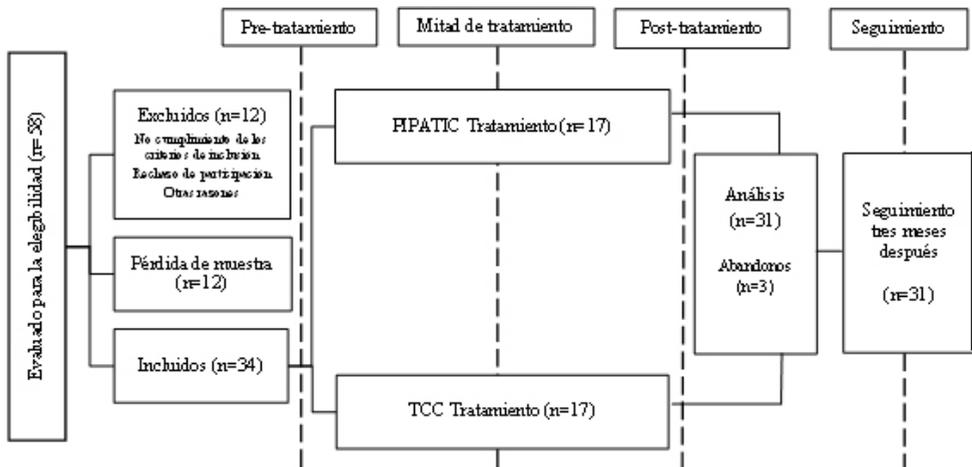
con voluntarios. Por ello, múltiples estudios de tratamiento para la adicción a internet y videojuegos han utilizado un muestreo por conveniencia (Beranuy et al., 2012; Jäger et al., 2012; King et al., 2017; Matalí-Costa et al., 2014; Pallesen, Lorvik, Bu y Molde, 2015; Sakuma et al., 2017; Su et al.,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

Los participantes fueron asignados a (i) grupo experimental “Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación” (PIPATIC) (Torres-Rodríguez, Griffiths y Carbonell, 2017) o (ii) grupo de control de Terapia Cognitivo Conductual estándar:

- (1) Grupo experimental de intervención PIPATIC: refiere a una psicoterapia especializada para adolescentes con síntomas de IGD y trastornos comórbidos. Este programa comprende seis módulos te-

rapéuticos: psicoeducación, intervención estándar TCC en adicciones, interpersonal, intrapersonal, familiar y desarrollo de un nuevo estilo de vida. Así pues, se pretende abordar diferentes áreas de la vida y no solo comportamientos adictivos que presentan los adolescentes. La duración del programa es de seis meses (22 sesiones de alrededor de 45 minutos semanales). La intervención se nutre de un enfoque cognitivo-conductual, emplea técnicas y recursos transversales comunes en psicoterapia (Hofmann y Barlow, 2014; Kleinke, 1994; Laska, Gurman y Wampold, 2014). El diseño y contenido de PIPATIC ha sido descrito previamente en detalle por Torres-Rodríguez, Griffiths y Carbonell (2017) proporcionando los aspectos clínicos y metodológicos en profundidad. El grupo experimental recibió el tratamiento especializado PIPATIC.

Figura 1. Esquema sobre el reclutamiento y el proceso metodológico. Terapia Cognitivo Conductual estándar





(II) Grupo de control de Terapia Cognitivo Conductual estándar: El grupo de control también recibió atención psicológica ya que, el uso de la lista de espera se consideró un recurso poco ético de acuerdo con las siguientes consideraciones: (i) los participantes eran menores y se encontraban en una etapa de mayor vulnerabilidad; (ii) los participantes presentaron un alto nivel de sintomatología psicológica y angustia; y (iii) fue necesario atender las necesidades y demandas de la familia. Por esa razón, se decidió aplicar una intervención estándar de TCC para la adicción. Se utilizó uno de los enfoques de TCC más comúnmente adaptados para la adicción a los juegos (Greenfield, 1999; Griffiths y Meredith, 2009; Kaptis et al., 2016; King et al., 2010; King et al., 2017; Winkler, Dörsing, Rief, Shen y Glombiewski, 2013; Young, 2007, 2013). La intervención estándar de TCC se extrajo del segundo módulo de PIPATIC (ver Tabla 1) (Torres-Rodríguez, Griffiths y Carbonell, 2017) y se aplicó al grupo de control en 22 sesiones con un trabajo psicoterapéutico de adicción más amplio.

El nivel de participación de las familias en la intervención estándar de TCC fue el mismo que en el programa PIPATIC.

Material

El cuestionario sociodemográfico recogió información sobre: la edad, el sexo, estudios y la situación familiar.

Hábitos de juego e IGD

Los patrones de uso de los videojuegos fueron identificados mediante medidas auto-reportadas tanto por los participantes cómo

por sus familiares respecto a: a) *horas semanales dedicadas al videojuego*: los participantes indican las horas dedicadas a los videojuegos entre semana y el fin de semana (los períodos vacacionales fueron excluidos); b) *habilidad para dejar de jugar*: los participantes y sus familias reportaron la capacidad de dejar de jugar mediante una escala Likert simple (1-5), específicamente se les preguntó cuán difícil era dejar de jugar para realizar actividades más importantes, donde 1 “nunca tuvo dificultades para dejar de jugar” y 5 “siempre tenía problemas para dejar de jugar”; y c) *autoconciencia de la adicción*: se preguntó a los participantes y a sus familias cual era el nivel de adicción a los videojuegos utilizando una escala Likert simple (1-10), donde 10 era la puntuación máxima (es decir, totalmente adicto a los juegos).

CERM, CERl y CERV

Los patrones de uso de tecnología en general fueron identificados mediante cuestionarios específicamente validados: CERl (Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet) (Beranuy, Chamarro, Graner y Carbonell, 2009), CERM (Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil) (Beranuy, Chamarro, Graner y Carbonell, 2009) y CERV (Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los videojuegos) (Chamarro, Carbonell, Manresa, Muñoz, Ortega-González, López-Morrón y Batalla, 2014). Los cuestionarios CERl y CERM se componen de 10 ítems Likert mientras que el CERV se compone de 17 con cuatro posibles respuestas puntuadas del 1 al 4 (1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: bastantes veces, 4: Casi siempre). La puntuación resultante de los cuestionarios es la suma de todas las respuestas. La fiabilidad de los tres cuestionarios obtenida con la alpha de Cronbach's es de .77 para el CERl, .80 para el CERM y .91 para el CERV.



Internet Gaming Disorder Test (IGD-20 Test; Pontes et al., 2014): Para evaluar el IGD, se aplicó la versión española validada de 20 ítems del IGD (Fuster et al., 2016). La escala comprende seis dimensiones: saliencia (p.ej. “A menudo pierdo el sueño debido a largas sesiones de juego”), la modificación del estado de ánimo (p.ej. “Nunca juego para sentirme mejor”), tolerancia (p.ej. “He aumentado significativamente la cantidad de tiempo que juego durante el año), síntomas de abstinencia (p.ej. “cuando no estoy jugando me siento más irritable «), conflicto (p. ej. «he perdido interés en otros pasatiempos debido a mi juego») y recaída (p. ej. «Me gustaría reducir mi tiempo de juego pero es difícil de hacer»). Todos los ítems se responden usando una escala Likert simple (1–5, “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “algo de acuerdo”, “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”). Los puntajes mínimo y máximo son 20 y 100, respectivamente, y los que obtienen 71 o más se clasifican como que tienen IGD. La alpha de Cronbach para la prueba IDG-20 en este estudio fue de .87.

Síntomas comórbidos

Se utilizó la versión en español del *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R; Derogatis, 1996) para evaluar el malestar psicológico y síntomas referentes a distintos trastornos (Derogatis, 2002). El SCL-90-R de 90 ítems es una escala de autoinforme ampliamente utilizada y correctamente validada que utiliza una escala Likert de 5 puntos (0 = “nada en absoluto” a 4 = “mucho o extremadamente”) con puntajes globales mínimos y máximos de 0 y 360. El SCL-90-R comprende nueve escalas de síntomas (somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica,

ideación paranoide y psicoticismo), así como tres índices globales (PST: Total de Síntomas Positivos, GSI: índice sintomático general, PSDI: Intensidad sintomática).

Habilidades intra e interpersonales

Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000): La EHS de 32 ítems se administró para evaluar las habilidades sociales de los participantes. Los ítems de la escala se evalúan utilizando una escala Likert de 4 puntos de autoinforme que pueden completar tanto adolescentes como adultos. Esta escala comprende seis subescalas: a) Defensa de los propios derechos como consumidor (EHS-I); b) Tomar iniciativas en relación con el sexo opuesto (EHS II); c) Expresión de opiniones, sentimientos o peticiones, (EHS III); d) Decir no o defender tus derechos frente a conocidos y amigos (EHS IV); e) Expresarse en situaciones sociales (EHS V); y f) Cortar una interacción (EHS VI). Este instrumento tiene una validez adecuada y una alta consistencia interna (con un alfa de Cronbach de 0,88). Las pautas de puntuación masculinas jóvenes descritas en el manual se utilizaron para el presente estudio (Gismero, 2000).

Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). El TMMS-24 es un instrumento de 24 ítems que utiliza una escala de Likert del 1 al 5 para evaluar la inteligencia emocional percibida. El TMMS-24 se usa ampliamente en adolescentes y adultos, y comprende tres subescalas: (i) atención a la emoción (autopercepción de los participantes sobre el grado en que prestan atención a sus propios estados de ánimo y emociones), (ii) claridad (autopercepción de los participantes sobre el grado en que entienden sus propias emociones) y (iii) reparación de la emoción (autopercepción de los



participantes sobre el grado en que pueden modificar sus propias emociones). El TMMS-24 español tiene características psicométricas similares a la versión original con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de .90, .90 y .86 para atención, claridad y reparación, respectivamente. Para el presente estudio se utilizan los puntos de referencia para hombres descritos en la versión española (Fernandez-Berrocal et al., 2004).

Relaciones familiares

Para evaluar diferentes parámetros familiares se utilizó la *Family Environment Scale* (FES; Moos y Moos, 1994): El FES de 90 ítems evalúa las características sociales y ambientales de las familias en diez subescalas con nueve ítems cada una en la versión española (Seisdedos, Victoria de la Cruz y Cordero, 1989). Los ítems de autoinforme se responden como “verdaderos” o “falsos” y pueden ser respondidos por adolescentes o adultos. Los puntajes directos mínimos y máximos son de 0 a 9 para las diez subescalas con puntajes totales que varían entre 0 a 100 siendo ≤ 50 el punto de corte refiriendo puntuaciones clínicas. La versión original mostró una validez adecuada y una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de .89).

Medidas del terapeuta

Clinical Global Impression Scale (CGI)

Para evaluar la severidad clínica y la evolución de los participantes se utilizó la escala de Busner y Targum (2007) en su versión en español. La severidad se evaluó utilizando la escala de gravedad de la enfermedad (CGI-SI) del 1 (“normal, no enfermo”) al 7 (“entre los pacientes más enfermos”). Para evaluar

los cambios de valoro la escala de mejoría global (CGI-GI) siendo 1 mucho mejor y 7 mucho peor.

Para evaluar la funcionalidad antes y después del tratamiento se administró la escala *Global Assessment of Functioning* (GAF) en su versión en español extraída del DSM-IV-TR (p.35, 2002). La escala evalúa la funcionalidad psicológica, social y ocupacional durante la presencia de un trastorno. Las puntuaciones oscilan entre 0 a 100, siendo 0 el peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo o incapacidad para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte y 100 el funcionamiento satisfactorio en una amplia gama de actividades.

Satisfacción con el tratamiento

Para evaluar la satisfacción con ambos tratamientos aplicados a la muestra se utilizó la *Working Alliance Theory of Change Inventory* (WATOCI) (Horvath y Greenberg, 1989), validada a la población española por Corbella y Botella (2004) que también evalúa aspectos cómo la alianza terapéutica y los objetivos de la terapia.

Análisis estadístico

Todos los análisis se realizaron con el software SPSS versión 24. Para analizar las variables dependientes para la condición del tratamiento, se usó la prueba U-Mann para comparar los resultados del tratamiento entre el grupo experimental y el grupo control. Para comparar los cambios en las medidas repetidas en los diferentes puntos de evaluación entre el grupo experimental y el grupo control, se utilizó una prueba de Friedman.



Aspectos éticos

Los comités de ética de los principales centros participantes en este estudio (Hospital de Mataró y CSMIJ Joan Obiols Badalona) y de la Universitat Ramon Llull aprobaron el estudio. Los participantes y sus tutores legales accedieron a la firma del consentimiento informado pertinente. Toda la información presentada en este estudio ha sido anonimizada. Los procedimientos utilizados en el presente estudio han sido llevados a cabo de acuerdo a la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos de la muestra de los 31 participantes se reflejan en la tabla I. La edad media del grupo experimental fue de 15,19 años y la del grupo control de 14,73 años. Todos los participantes eran españoles y todos menos dos eran estudiantes en el momento del tratamiento. Las características psicológicas de la muestra se han descrito en profundidad en Torres-Rodríguez, Griffiths, Carbonell y Oberst (2018). Los tipos de videojuegos en línea más populares en la muestra

Tabla I. Datos sociodemográficos

	n (%)
Género (masculino)	31 (100%)
Edad (media \pm desviación estándar)	14.97 \pm 1.741
Edad (12 – 18 años)	
12 años	2 (6.5%)
13 años	4 (12.9%)
14 años	8 (25.8%)
15 años	7 (22.6%)
16 años	2 (6.5%)
17 años	5 (16.1%)
18 años	3 (9.7%)
Nacionalidad	
Española	30 (96.8%)
Otra	1 (3.2%)
Situación Familiar	
Con los progenitores	4 (12.9%)
Con progenitores y hermano/s	11 (35.5%)
Custodia compartida	16 (51.6%)
Situación académica y laboral	
Estudiando	29 (93.5%)
Desempleados	2 (6.5%)
Eventos vitales	
Acoso escolar	12 (38.7%)
Enfermedad en el participante o en la familia	7 (22.6%)
Enfermedad mental en la familia	7 (22.6%)
Divorcio/Separación de los progenitores	16 (51.6%)
Abusos de sustancias en la familia	5 (16.1%)
Violencia doméstica/negligencia/abuso psicológico	9 (29%)
Muerte de un familiar	5 (16.1%)
Problemas económicos	8 (25.8%)

fueron: juegos de rol en línea multijugador masivo (MMORPG; 51.6%), juegos de rol (RPG; 32.3%), juegos de arena de batalla en línea (MOBA; 64.5%), juegos de disparos (64.5%), juegos deportivos (35.5%) y otros (2.3%).

Comparación de grupo experimental y control

Con respecto a las evaluaciones de resultados en ambos grupos, se examinaron los cambios relacionados con las diferentes intervenciones con referencia a las puntuaciones previas y posteriores a la prueba en las variables dependientes enumeradas anteriormente. Antes de examinar la eficacia de cada

intervención, las medidas en pre-tratamiento se compararon en ambos grupos y no se detectaron diferencias significativas, indicando una clínica sintomática similar (ver Tablas 2, 3 y 4). Las características relacionadas con IGD se informan en la Tabla 2. Tanto los pacientes como sus familias informaron percepciones similares. Sin embargo, en las puntuaciones post-tratamiento destacan diferencias significativas entre ambos grupos. Concretamente, el grupo PIPATIC (en comparación con el grupo de control) dedicó menos horas a los juegos y tuvo puntajes más bajos en relación al uso de los videojuegos, el aplazamiento de la actividad, el nivel de adicción, el uso de in-

Tabla 2. Medias y desviación estándar de variables dependientes relacionadas con el uso de los videojuegos y el IGD en distintas fases del proceso: pre y post-tratamiento

	Pre-test				Post-test			
	Mean Rank (SD)		U	p*	Mean Rank (SD)		U	p*
	GE	GC			GE	GC		
Horas totales Paciente	51.40 (19.21)	43.36 (15.51)	98	.40	11.15 (7.07)	31.80 (15.63)	20.5	.00
Horas totales Familia	48.87 (17.45)	50.06 (19.34)	119	.98	14.84 (9.16)	32.83 (17.93)	37.5	.001
Aplazamiento paciente	4.19 (0.65)	4.07 (1.03)	255	.96	1.81 (0.75)	3.27 (0.79)	162	.00
Aplazamiento familia	4.44 (0.62)	4.60 (0.63)	237.5	.40	2.19 (0.91)	3.67 (0.97)	168	.00
Adicción paciente	7.75 (1)	8.27 (1.16)	91.5	.23	3.13 (1.4)	6.47 (1.88)	22	.00
Adicción familia	8.88 (0.88)	9 (1)	109.5	.66	3.69 (1.81)	7.33 (1.79)	21	.00
CERI	24.19 (3.56)	26.60 (5.7)	82.5	.13	16.75 (4.18)	22.73 (5.12)	42	.001
CERM	15.13 (6.3)	16.47 (6.25)	99.5	.41	13.69 (3.55)	15.20 (4.88)	96	.330
CERV	51.88 (7.76)	52.33 (6.17)	-0.18	.96	25.19 (4.99)	38.20 (9.9)	25.5	.00
IGD-20	79.75 (5.77)	76.13 (5.37)	81.5	.12	32.19 (7.51)	51.93 (16.9)	42	.001

Nota 1. Mann-Whitney U test – (p<0.05; p<0.01)

Nota 2. Los valores en negrita denotan puntuaciones significativas p<.025 (obtenidas mediante la corrección de Bonferroni con el objetivo de incrementar la validez de los resultados). GE: grupo experimental; GC: grupo de control; CERI: Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet; CERM: Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil; CERV: Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los videojuegos; IGD: Trastorno de juegos de Internet.



ternet relacionado (CERM) y los síntomas de adicción a videojuegos (CERV e IGD-20).

Respecto a la sintomatología comórbida, se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a la ansiedad, el psicoticismo y síntomas en general. Ambos presentaron una reducción de los puntajes relacionados con los síntomas comórbidos en relación al inicio del tratamiento. Sin embargo, el grupo PIPATIC (CE) presentó puntuaciones más bajas en general denotando una mejora más acusada respecto a lo comórbido.

Los hallazgos en relación a las habilidades intrapersonales e interpersonales se presentan en la Tabla 4. Con respecto a las

habilidades intrapersonales evaluadas con la prueba TMMS para inteligencia emocional, se encontraron diferencias grupales significativas en las tres escalas de inteligencia emocional. Con respecto a las habilidades interpersonales o sociales, también se encontraron diferencias significativas en la evaluación posterior al tratamiento.

Finalmente, en relación con las medidas de los terapeutas, no se encontraron diferencias significativas en CGI ($U = 120$; $p > .05$) y GAF ($U = 93$, $p > .05$) entre ambos grupos al inicio del estudio. En el post-tratamiento, se encontraron diferencias significativas entre los grupos para CGI ($U = 18.5$; $p < .001$) y GAF ($U = 10$; $p < .001$) con el grupo PI-

Tabla 3. Medias y desviaciones estándar del SCL-90-R's en el pre- y post- tratamiento

Escalas del SCL-90-R	Pre-test				Post-test				
	Mean Rank (SD)		U	p	Mean Rank (SD)				
	GE	GC			GE	GC	U	p	r
Somatización	1.05 (1.11)	0.49 (0.48)	83	.14	0.20 (0.26)	0.35 (0.36)	80	.1	
Obsesivo-compulsivo	1.44 (0.65)	1.19 (0.69)	90	.23	0.55 (0.23)	0.86 (0.54)	85	.16	
Sensibilidad Interpersonal	1.46 (0.89)	1.10 (1.05)	85.5	.17	0.32 (0.33)	0.77 (0.79)	83	.13	
Depresión	1.44 (0.91)	1.02 (0.96)	78	.09	0.35 (0.31)	0.57 (0.47)	89.5	.22	
Ansiedad	0.9 (0.65)	0.75 (0.62)	102.5	.48	0.22 (0.28)	0.42 (0.29)	69.5	.043	
Hostilidad	1.38 (1.07)	1.28 (1.05)	110.5	.7	0.43 (0.53)	0.9 (0.76)	76.5	.082	
Ansiedad Fóbica	0.86 (0.76)	0.47 (0.77)	69.5	.04	0.06 (0.11)	0.26 (0.35)	76	.054	
Ideación paranoide	1.28 (0.97)	0.877 (0.67)	86.5	.18	0.26 (0.33)	0.58 (0.54)	72.5	.055	
Psicoticismo	0.8 (0.64)	0.53 (0.69)	74.5	.071	0.1 (0.11)	0.28 (0.21)	56	.009	
Índice Sintomático general	1.19 (0.57)	0.84 (0.67)	61	.02	0.28 (0.18)	0.55 (0.39)	61.5	.021	
Total de Síntomas Positivos	49.3 (16.1)	37.08 (18.7)	72.5	.06	18.68 (8.7)	29.1 (18.6)	82	.13	
Intensidad sintomática	2.15 (0.62)	1.83 (0.608)	84	.15	1.31 (0.25)	1.73 (0.49)	45.5	.003	

Nota 1. Se utilizó Mann-Whitney U test ($p < 0.05$; $p < 0.01$). Nota 2. Los valores en negrita denotan puntuaciones significativas $p < .025$ (obtenidas mediante la corrección de Bonferroni con el objetivo de incrementar la validez de los resultados). GE: grupo experimental; GC: grupo de control; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R.

Tabla 4. Medias y desviaciones estándar del TMMS y el EHS en pre y post-tratamiento

	Pre-test				Post-test			
	Mean Rank (SD)		U	p	Mean Rank (SD)		U	p
	EG	CG			EG	CG		
Inteligencia emocional								
Atención a los sentimientos	19.6 (7.48)	17.2 (6.77)	99	.406	24.5 (7.59)	19.13 (6.99)	70.5	.05
Claridad de los sentimientos	22.3 (5.16)	21.06 (6.91)	95.5	.329	26.44 (8.38)	20.33 (3.43)	61.5	.02
Humor reparador	21.31 (6.23)	21.66 (3.53)	116	.874	28.8 (8.47)	23.2 (5.28)	69.5	.045
Habilidades sociales								
EHS I	23.3 (26.01)	37.7 (24.65)	93	.284	57.4 (27.69)	42.26 (38.52)	93	.28
EHS II	26.5 (23.2)	38.6 (31.7)	93.5	.292	56.06 (26.34)	26 (27.34)	50.5	.006
EHS III	49.6 (26.9)	52.4 (37.2)	114	.811	75.75 (22.38)	60.13 (34.52)	91.5	.255
EHS IV	51.8 (31.85)	54.8 (36.17)	113.5	.796	78.93 (22.32)	34.73 (33.83)	100	.426
EHS V	33.63 (22.04)	33.47 (31.88)	109.5	.676	63.68 (29.72)	34.4 (29.23)	53.5	.008
EHS VI	29.31 (32.5)	33.3 (26.5)	103	.496	56.87 (34.19)	39.66 (31.59)	79.5	.105
EHS GLOBAL	28.81 (28.5)	35.8 (28.9)	99	.405	68.5 (30.74)	41 (37.02)	69	.042

Nota 1. Mann-Whitney U test ($p < 0.05$; $p < 0.01$). Nota 2. Los valores en negrita denotan puntuaciones significativas $p < .025$ (obtenidas mediante la corrección de Bonferroni con el objetivo de incrementar la validez de los resultados). GE: grupo experimental; GC: grupo de control; EHS I: Defensa de los propios derechos como consumidor; EHS II: Tomar iniciativas en relación con el sexo opuesto; EHS III: Expresión de opiniones, sentimientos o peticiones; EHS IV: Decir no o defender tus derechos frente a conocidos y amigos; EHS V: Expresarse en situaciones sociales; EHS VI: Cortar una interacción; EHS: Escala de Habilidades Sociales.

PATIC demostrando mejores puntuaciones que el grupo control. Las variables WATOCI se analizaron solo en la evaluación posterior al tratamiento porque es una escala que debe aplicarse una vez que se ha completado el tratamiento. Los resultados demostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las siguientes escalas de WATOCI (ver Tabla 5): tareas, vínculo, objetivos, teoría del cambio y puntaje total. En todas estas medidas, el grupo PIPATIC obtuvo mejores puntuaciones que el grupo control en las escalas. La única subescala donde no hubo diferencias significativas fue el vínculo entre el terapeuta y el paciente (es decir, los pacientes en ambos grupos se vincularon igualmente bien con sus terapeutas).

Efectos del proceso de tratamiento de IGD

Como se muestra en la Tabla 6, todos los participantes, tanto en el grupo experimental como en el de control, mostraron una disminución con el tiempo en todas las medidas relacionadas con los juegos y la adicción. Este efecto fue significativo y mantuvo la estabilidad en la evaluación de seguimiento. El grupo de control también presenta cambios significativos en el aplazamiento, adicción subjetiva del paciente, adicción subjetiva familiar e IGD-20. El análisis se llevó a cabo examinando los síntomas comórbidos más la contribución de las intervenciones con respecto al funcionamiento conductual y emocional desde la perspectiva de los pacientes y sus familiares (ver Tabla 7).



Tabla 5. Medias y desviación estándar derivadas del análisis del WATOCI respecto el grupo experimental y control en el pre y post-tratamiento

	Post-test			
	Mean Rank (SD)			
	GE	GC	U	p
Tareas	25.68 (2.44)	19.26 (1.98)	10	.00
Vínculo	25.5 (3.32)	25.13 (2.58)	104.5	.545
Metas	25.06 (2.08)	19.6 (3.202)	21.5	.00
Teoría del Cambio	32 (3.521)	26.4 (3.64)	32.5	.00
Total	108.25 (10.47)	90.4 (7.079)	28.5	.00

Nota 1. Mann-Whitney U test ($p < 0.05$; $p < 0.01$);

Nota 2. Los valores en negrita denotan puntuaciones significativas $p < .025$ (obtenidas mediante la corrección de Bonferroni con el objetivo de incrementar la validez de los resultados). La prueba de Friedman para medidas repetidas se utilizó para la comparación entre la evaluación previa, media y posterior al tratamiento. GE: grupo experimental; GC: grupo de control.

Tabla 6. Medianas de variables relacionadas con el uso de los videojuegos y el IGD según el tratamiento

	GE						GC					
	T1	T2	T3	T4	p	r	T1	T2	T3	T4	p	r
Horas de juego a la semana (P)	51.4	19.03	11.15	11.4	.000	.879	44.63	32.5	29.22	34.13	.013	
Horas de juego a la semana (F)	48.87	20.25	14.84	11.75	.000	.879	52.63	36.09	31.86	46.59	.032	
Aplazamiento (P)	4.19	2.5	1.81	1.81	.000	.900	4.07	3.27	3.27	3.13	.030	
Aplazamiento (F)	4.44	2.44	2.19	2.25	.000	.891	3.4	2.47	2.17	1.97	.002	.644
Adicción subjetiva (P)	7.75	5.06	3.13	2.44	.000	.886	8.27	7.07	6.47	6.07	.001	.670
Adicción subjetiva (F)	8.88	6.06	3.69	2.94	.000	.883	9	7.53	7.33	6.73	.000	.679
IGD-20	79.75	46.31	32.19	30.69	.000	.879	76.13	62.6	51.93	56.4	.000	.879

Nota 1. Se aplicó el test de Friedman para medidas repetidas comparando entre pre, a mitad, post-tratamiento y seguimiento tres meses después de la finalización de las intervenciones. P: Participante; F: Familia.



Tabla 7. Medianas respecto a la Inteligencia Emocional y las Habilidades sociales respecto los tratamientos.

	GE					GC			
	T1	T3	T4	p	r	T1	T3	T4	p
Inteligencia emocional									
Atención a los sentimientos	19.68	24.5	27.68	.002	.533	17.2	19.13	20.8	.026
Claridad en los sentimientos	22.37	26.44	31.31	.001	.355	21.06	20.33	20.6	.748
Reparación de los sentimientos	21.31	28.81	30.62	.013	.660	21.66	23.27	23	.516
Habilidades Sociales									
Escala Global	28.81	68.5	75.75	.000	.852	35.8	41.6	35.2	.250

Nota 1. Se utilizó el test de Friedman de medidas repetidas para la comparación entre pre, post-tratamiento y tres meses después del tratamiento.

Con referencia a las habilidades intrapersonales, se observaron diferencias significativas entre ambos grupos (ver Tabla 7). Los participantes en el grupo experimental mostraron una mejora en cuanto a la inteligencia emocional y las habilidades sociales. Finalmente, en relación con las medidas de los terapeutas, se encontraron cambios significativos durante el período de evaluación. El grupo PIPATIC (MT1 = 5; MT3 = 1.88; MT4 = 1.25; X2 = 45.92; p < 0.001) y el grupo de control (MT1 = 5; MT3 = 3.87; MT4 = 3.47; X2 = 28.73; p < 0.001) ambos demostraron una reducción significativa de la gravedad de la enfermedad mental (CGI-SI) de los participantes. En relación con la actividad global (GAF), ambos grupos experimentaron una mejora: grupo PIPATIC (MT1 = 47.38; MT3 = 82.81; MT4 = 86.69; X2 = 45.07; p < 0.001) y grupo control (MT1 = 42.87; MT3 = 62.8; MT4 = 63.13; X2 = 36.41; p < 0.001).

DISCUSIÓN

El presente trabajo evaluó los efectos del programa PIPATIC en una serie de variables clave y las comparó con los efectos de un grupo de control estándar de TCC. Las variables se evaluaron en el pre-tratamiento, a la mitad del tratamiento, inmediatamente después del tratamiento y en un seguimiento a los tres meses. Los participantes, sus familiares y sus terapeutas completaron las medidas en un esfuerzo por triangular los hallazgos. Más específicamente, el estudio evaluó los efectos y cambios con respecto a los síntomas de IGD, síntomas psicopatológicos y comórbidos, inteligencia emocional, habilidades sociales, alianza terapéutica y percepciones de cambio, comparando la TCC estándar con el programa PIPATIC recientemente desarrollado.



Los principales hallazgos se pueden resumir de la siguiente manera: (i) ambos grupos experimentaron una reducción significativa de los síntomas con respecto a IGD, pero aquellos individuos en el grupo PIPATIC demostraron cambios estadísticamente más significativos que el grupo TCC; (ii) el grupo PIPATIC demostró reducciones significativas en los síntomas comórbidos; y (iii) los cambios logrados con el programa PIPATIC y con la TCC estándar demostraron estabilidad continua tres meses después del final del tratamiento respectivo.

Las diferencias entre ambas intervenciones pueden resumirse en los siguientes aspectos: (i) los resultados posteriores al tratamiento demostraron diferencias significativas entre los dos grupos en el número de horas de juego semanales, síntomas de IGD, trastornos de comorbilidad, inteligencia emocional y habilidades sociales (con los pacientes del programa PIPATIC mostrando mejores puntuaciones en estos aspectos que los que siguieron TCC estándar); (ii) aparte del vínculo entre el paciente y el terapeuta, aquellos sometidos al tratamiento PIPATIC encontraron que el tratamiento era más satisfactorio, (iii) se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las medidas completadas por los terapeutas en el post-tratamiento fase (escalas CGI y GAF); y (iv) el programa PIPATIC obtuvo una mayor reducción que la TCC en los síntomas del IGD y en el incremento de habilidades intra e interpersonales.

Los hallazgos del presente estudio corroboran la importancia de extender el trabajo psicoterapéutico a los trastornos comórbidos, además de abordar el propio IGD. Investigaciones previas han encontrado consistentemente una asociación entre altos niveles de angustia y adicciones en línea (Mentzoni et al.,

2011; Yan, Li y Sui, 2014), y altas tasas de trastornos psiquiátricos comórbidos (Andreasen et al., 2016; Bozkurt, Coskun, Ayaydin, Adak y Zoroglu, 2013; Ferguson et al., 2011; Müller, Beutel, Egloff y Wölfling, 2014). Los resultados de la participación de la familia concuerdan con la idea de que los programas de intervención para adolescentes deben incluir a los padres activamente en la terapia (Liu et al., 2015; Young, 2009). Esto es especialmente relevante dado que el conflicto familiar y las malas relaciones familiares coexisten en la IGD adolescente (Bonnaire y Phan, 2017). En este estudio, como en otros (Winkler et al., 2013), un enfoque de TCC fue eficaz en el tratamiento de los síntomas de IGD (aunque mejoraron más cuando los individuos fueron asignados al programa PIPATIC).

CONCLUSIONES

El programa PIPATIC obtuvo efectos positivos significativos con respecto al tratamiento del IGD y sus trastornos / síntomas comórbidos y mejoras significativas de las habilidades intra e interpersonales y las relaciones familiares. Sin embargo, también debe tenerse en cuenta que la TCC estándar también demostró efectos positivos en el tratamiento de la IGD, pero las reducciones con respecto a la mayoría de los trastornos comórbidos y las mejoras en otras áreas del funcionamiento de la vida no fueron tan importantes. Cambiar el enfoque del tratamiento y aplicar el enfoque integrador del tratamiento PIPATIC (incluyendo además de la adicción, los síntomas comórbidos, las habilidades intrapersonales e interpersonales y la terapia familiar) parece generar mayores mejoras para facilitar el cambio de comportamiento adolescente que la terapia centrada en el IGD en sí mismo.



REFERENCIAS

- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzone, E. y 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/10.1037/adb0000160>
- Beranuy, M., Carbonell, X. y 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. y 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/10.1016/j.chb.2009.03.001>
- Bonnaire, C. y 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>
- Bozkurt, H., Coskun, M., Ayaydin, H., Adak, I. y 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>
- Busner, J. y Targum, S. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(7), 28–37.
- 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.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Barcelona: Editorial Visión Libros.
- 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. y 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>
- Ferguson, C., Coulson, M. y 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>
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N. y 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>
- Fuster, H., Carbonell, X., Pontes, H. M. y 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>
- Gismero, E. (2000). *EHS Escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA.
- Greenfield, D. N. (1999). Psychological characteristics of compulsive internet use: A preliminary analysis. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 403–412. <https://doi.org/10.1089/cpb.1999.2.403>
- 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. y 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>
- Han, D., Kim, S. M., Lee, Y. S. y Renshaw, P. F. (2015). The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line gameplay 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. y 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.
- Hofmann, S. G. y 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. y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233.
- 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>
- Kaptsis, D., King, D. L., Delfabbro, P. H. y 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>
- Kim, J. U. (2008). The effect of a R/T group counselling 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., Delfabbro, P. y 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. L. y 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. y 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. y 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., Billieux, J. y Potenza, M. N. (2020). Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00016*
- 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>
- Király, O., Griffiths, M. D. y 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>
- Kleinke, C. L. (1994). *Common principles of psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Pub Co.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Wu, K. y Yen, C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(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. y 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>
- Kuss, D. J. y 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., van Rooij, A., Shorter, G. W., Griffiths, M. D. y 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>
- Laska, K. M., Gurman, A. S. y 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>
- Lindenberg, K., Halasy, K. y 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>
- Liu, Q. X., Fang, X. Y., Yan, N., Zhou, Z. K., Yuan, X. J., Lan, J. y 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>
- Martín-Fernández, M., Matalí, J. L., García-Sánchez, S., Pardo, M. y Castellano-Tejedor, C. (2016). Adolescentes con Trastorno por juego en Internet (IGD): Perfiles y respuesta al tratamiento. *Adicciones*, 20(2), 125–133.
- Matalí-Costa, J., Serrano-Troncoso, E., Pardo, M., Villar, F. y 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>
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K. J. M., Hetland, J. y 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>
- Müller, K. W., Beutel, M. E., Egloff, B. y 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>
- Pallesen, S., Lorvik, I. M., Bu, E. H. y 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>
- Petry, N. M., Rehbein, F., Gentile, D. A., Lemmens, J. S., Rumpf, H. J., Möble, 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. y 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. y 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>
- Rehbein, F., Psych, G., Kleimann, M., Mediasci, G. y 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>



- 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>
- Schneider, L. A., King, D. L. y 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>
- 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>
- Su, W., Fang, X., Miller, J. K. 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(9), 497–503. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0167>
- Tejeiro, R. A., Gómez-Vallecillo, J. L., Pelegrina, M., Wallace, A. y 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>
- 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-Rodríguez, A. y Carbonell, X. (2017). Update and proposal of treatment for Internet Gaming Disorder: PIPATIC Program. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 317–336.
- Torres-Rodríguez, A. y 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. y Carbonell, X. (2017). The treatment of internet gaming disorder: A brief overview of the PIPATIC program. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16, 1000-1015. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11469-017-9825-0>
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., Carbonell, X., Fariols-Hernando, N. y Torres-Jimenez, E. (2017). Internet Gaming Disorder Treatment: A Case Study Evaluation of Four Different Types of Adolescent Problematic Gamers.
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., Carbonell, X., & Oberst, U. (2018). Internet gaming disorder in adolescence: Psychological characteristics of a clinical sample. *Journal of behavioral addictions*, 7(3), 707-718.
- Voss, A., Cash, H., Hurdiss, S., Bishop, F., Klam, W. P. y 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. 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>
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M. y 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*, 425924. <https://doi.org/10.1155/2014/425924>
- Wood, R., Gupta, R., Derevensky, J. y 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 WHO.
- Yan, W., Li, Y. 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>
- 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. (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. (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>