

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Intervención con enfoque
integrador sobre un caso de
adicción a videojuegos en un
adolescente con antecedentes de
maltrato infantil**

Tamara Batuecas Planchuelo

Director/a: Virginia Martín Romera

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

ÍNDICE

1. RESUMEN	Pág.2
2. INTRODUCCIÓN	Pág.3
3. OBJETIVOS TFM	Pág.5
3.1 <i>General</i>	
3.2 <i>Específicos</i>	
4. MARCO TEÓRICO	Pág.6
4.1 <i>Adolescencia</i>	
4.2 <i>Adicción comportamental (videojuegos) en la adolescencia.</i>	
4.2.1 <i>Prevalencia</i>	
4.2.2 <i>Criterios trastorno Gaming Disorder</i>	
4.2.3 <i>Origen y mantenimiento de las adicciones comportamentales</i>	
4.2.4 <i>Factores de riesgo en adolescentes</i>	
4.2.5 <i>Adicción a videojuegos y maltrato infantil</i>	
4.2.6 <i>Adicción a videojuegos y regulación emocional</i>	
4.2.7 <i>Adicción a videojuegos, conductas impulsivas y autocontrol</i>	
4.2.8 <i>Adicción a videojuegos y autoestima</i>	
4.3 <i>Revisión de tratamientos para adicción a los videojuegos</i>	
5. ESTUDIO DE UN CASO DE ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS CON ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL	Pág.16
5.1 <i>Metodología</i>	
5.2 <i>Presentación</i>	
5.3 <i>Evaluación</i>	
5.4 <i>Objetivos de la intervención</i>	
5.5 <i>Intervención</i>	
5.5.1 <i>Cronograma y actividades</i>	
5.6 <i>Resultados</i>	
5.6.1 <i>En base a los cuestionarios</i>	
5.6.2 <i>En base a los objetivos</i>	
7. DISCUSIÓN	Pág.35
7.1 <i>Interpretación de los resultados cualitativos en base a los objetivos, fundamentada en el marco teórico</i>	
7.2 <i>Interpretación de los resultados de los cuestionarios y escalas</i>	
7.3 <i>Reflexiones y limitaciones</i>	
8. CONCLUSIONES	Pág.39
9. REFERENCIAS	Pág.40
10. ANEXOS	Pág.46
11. DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	Pág.52

1. RESUMEN

Este trabajo de fin de máster se basa en una intervención con enfoque integrador sobre adicción a videojuegos e historia pasada de maltrato infantil. Los principales objetivos que se pretende conseguir por un lado son: identificar las relaciones que existen entre adicción a videojuegos con: maltrato infantil, escasa regulación emocional, ausencia de autocontrol y baja autoestima. Por otro lado, realizar una intervención psicológica a un adolescente con adicción a videojuegos y antecedentes de maltrato infantil.

La intervención psicológica se realizó en 17 sesiones, con una duración de 50 minutos una vez por semana durante 5 meses. Dicha intervención se basó en un enfoque integrador, es decir, se utilizaron diversas técnicas de diferentes enfoques.

Los principales resultados que se han obtenido han sido: similitudes entre las características de un adolescente que ha tenido historia de maltrato infantil y los factores de riesgo para desarrollar adicción a videojuegos en la adolescencia, por lo que la baja autoestima, escasa regulación emocional y ausencia de autocontrol están relacionadas con la adicción a videojuegos. Posteriormente a la intervención psicológica, el paciente presentó una autoestima adaptativa, autocontrol sobre sí mismo y una regulación emocional adecuada.

Palabras Clave: Adicción a videojuegos, adolescentes, maltrato infantil, intervención.

Abstract

This master's work is based on an intervention with an integrative approach to video game addiction and past history of child abuse. The main objectives to be achieved on the one hand are to identify the relationships that exist between video game addiction with: child abuse, poor emotional regulation, lack of self-control and low self-esteem. On the other hand, perform a psychological intervention on a teenager with a video game addiction and a history of child abuse.

The psychological intervention was carried out in 17 sessions, with a duration of 50 minutes once a week for 5 months. This intervention was based on an integrative approach, that is, a variety of techniques from different approaches were used.

The main results obtained have been: similarities between the characteristics of an adolescent who has had a history of child abuse and the risk factors for developing video game addiction in adolescence, resulting in low self-esteem, Little emotional regulation and lack of self-control are related to video game addiction. After the psychological intervention, the patient had adaptive self-esteem, self-control and adequate emotional regulation.

Keywords: Video game addiction, adolescents, child abuse, intervention.

2. INTRODUCCIÓN

En la actualidad los adolescentes juegan en exceso a los videojuegos, teniendo como consecuencia la posibilidad de desarrollar una adicción comportamental (Rial, Golpe, Isorna, Braña y Gómez, 2018). La adicción a videojuegos se caracteriza por tener una conducta adictiva, afectando tanto a aspectos individuales como sociales (Andrade Bustamante y Moscoso Vanegas, 2019). Por esa razón, el proceso de la conducta adictiva es continuo, afectando tanto a factores sociales, personales, familiares, siendo estos últimos de gran importancia (Rojas y De Las Nieves, 2019).

Un adolescente puede llegar a desarrollar una adicción a videojuegos por dos posibles causas:

1. No se ha adaptado a su entorno, eligiendo el mundo virtual antes que enfrentarse al real, teniendo como consecuencia la probabilidad de desarrollar diversos trastornos (depresión, TAG, fobia social u hostilidad), aumentando el riesgo de dependencia a los videojuegos (Estévez, Bayón, De la Cruz y Fernández-Liria, 2009).

2. Experimentó en su infancia Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE), como pueden ser: separaciones traumáticas, haber sufrido maltratos físicos, psicológicos, rechazo de los compañeros, etc. Con lo que puede llegar a manifestar en su adolescencia una falta de afecto e insatisfacción personal, presentando un desequilibrio psicológico y emocional; Con lo cual, el adolescente intenta llenar esa carencia con los videojuegos (Echeburúa, Odriozola y Requesens, 2012; Del Castillo et al., 2008; Matalí et al., 2015; Odriozola, 2012).

Es importante resaltar que el tipo de conducta que un adolescente realiza, no es lo que caracteriza la adicción a los videojuegos, sino, la forma de relación que establece con dicha conducta (Carras y Kardefelt-Winther, 2018; Echeburúa y Corral, 2010); Es decir, se considerará que un adolescente está teniendo un uso adaptativo de los videojuegos cuando juega para disfrutar con esa actividad. Por el contrario, estará haciendo un uso desadaptativo cuando juega con el fin de aliviar su malestar o aislarse de los problemas externos, en este caso, se debería de plantear la posibilidad de que ese adolescente podría estar desarrollando una adicción a los videojuegos (Matalí, García, Martín, y Pardo, 2015).

Justificación del tema elegido

Se decidió realizar este trabajo de fin de máster sobre adicción a videojuegos porque se consideró un tema bastante preocupante, ya que actualmente hay una gran cantidad de adolescentes que juegan en exceso a los videojuegos, con el objetivo de evadirse de la realidad y/o aliviar su malestar, ya sea por problemas personales, familiares, sociales, económicos, etc.

También resultó interesante el tema del maltrato infantil por las graves consecuencias a nivel psicológico que supone dicho maltrato, por ejemplo, adquirir determinadas características personales, pudiendo repercutir en su etapa adolescente (desarrollar alguna psicopatología), siendo necesaria una atención psicológica para procurar disminuir o paliar dicha psicopatología.

Por lo tanto, esta intervención trata sobre un adolescente de 20 años con adicción a videojuegos (trastorno de juego) y con antecedentes de maltrato infantil. En su infancia sufrió por parte de sus padres maltrato tanto psicológico como físico. Actualmente juega en exceso a los videojuegos con el fin de aliviar su malestar generado por conflictos familiares, problemas sobre sí mismo, y problemas sociales.

Debido a lo mencionado anteriormente, los principales objetivos de esta intervención son: conseguir que acepte y comprenda el maltrato que sufrió en su infancia de manera adecuada, disminuir el tiempo de juego, conseguir que el paciente sea capaz de ver los videojuegos como una actividad de ocio y no como una actividad necesaria para sentirse bien, modificar su estilo de afrontamiento respecto a sus problemas familiares, personales, sociales, etc.; Como también, aportar al paciente determinadas técnicas para que pueda tener una vida adaptativa.

A la hora de elegir el enfoque de la terapia psicológica, se realizó una exhaustiva búsqueda de información sobre tratamientos para la adicción a los videojuegos y se reflexionó sobre qué tipo de enfoque utilizar. Con lo cual, se decidió utilizar un enfoque integrador para así poder tratar de forma equitativa las partes cognitivas, conductuales y emocionales del paciente.

La estructura de las sesiones se eligió en base a las revisiones realizadas, por lo que se decidió que la mejor manera de ejecutar las terapias de manera efectiva era que fueran: terapias individuales con una duración de 50 minutos, realizándolas una vez por semana durante 5 meses.

3. OBJETIVOS TFM

3.1 General

Diseñar e implementar una intervención para adolescentes con adicción a los videojuegos y antecedentes de maltrato infantil, basándose en un caso en particular.

3.2 Específicos:

Analizar documentación sobre adicciones comportamentales, en concreto, la adicción a los videojuegos en los adolescentes.

Examinar cuales son los posibles orígenes y mantenimientos de la adicción a los videojuegos en adolescentes.

Identificar los factores de riesgo (por ejemplo, el maltrato infantil) para el desarrollo de adicción a los videojuegos.

Relacionar las características fundamentales de un adolescente que ha experimentado maltrato infantil en la infancia con los factores de riesgo de adicción a videojuegos.

Revisar la posible relación entre adicción a videojuegos y escasa regulación emocional.

Explorar la posible relación entre adicción a videojuegos y ausencia de autocontrol.

Analizar la posible relación entre adicción a videojuegos y baja autoestima.

Revisar las intervenciones previas existentes sobre adicción a videojuegos en la adolescencia.

Proponer e implementar una intervención en un caso de adicción a videojuegos con historia pasada de maltrato infantil.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (2016), la adolescencia se considera una etapa evolutiva, producida después de la niñez y antes de la edad adulta, y que está comprendida entre los 12 y los 21 años. Durante este periodo el adolescente adquiere la capacidad de razonamiento abstracto, alcanza la madurez de su cuerpo y determina su propia identidad (Pereyra, 2017; Rivero y Fierro, 2005).

4.2 Adicción comportamental (videojuegos) en la adolescencia.

Los adolescentes no son conscientes de que usar de manera excesiva los videojuegos puede llegar a ser un tipo de adicción comportamental, pudiendo dar lugar a graves consecuencias en su vida cotidiana (Carbonell, Rodríguez y Fuster, 2016; López Conde, 2019).

Siendo una adicción comportamental cualquier conducta repetitiva que resulta satisfactoria en las primeras fases, dando lugar a una pérdida de control en el adolescente y padeciendo un deterioro grave en los diferentes ámbitos de su vida (personal, familiar, laboral o social) (Villadangos y Labrador, 2009).

Debido a la gravedad del uso problemático de los videojuegos en los adolescentes, la OMS (2018) incorporará el trastorno por uso de videojuegos o *Gaming Disorder* en la nueva edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), que entrará en vigor en 2022. En el borrador de la CIE-11, se mencionó que el uso excesivo de los videojuegos se identifica como un patrón de conducta de juego “continuo o recurrente”, asociado a 3 condiciones negativas provocadas por el uso desadaptativo de los videojuegos:

Tabla 1

Condiciones negativas del uso desadaptativo de los videojuegos

Conducta de jugar a videojuegos en ausencia de control.

Anteponer el juego frente a otros intereses y actividades cotidianas.

Mantenimiento de la conducta a pesar de tener conciencia de las consecuencias negativas.

Fuente: Carras y Kardefelt-Winther, (2018)

Existe evidencia de que el uso problemático de los videojuegos provoca consecuencias negativas en los adolescentes, relacionándose con depresión, síntomas de ansiedad, dependencia psicológica y baja autoestima (Carbonell, 2014; Gonzálvez, Espada y Tejeiro, 2017). Por lo que se necesitaría realizar un tratamiento que tenga por objetivo primordial desarrollar un autocontrol adecuado y conseguir una relación sana y adaptativa con el uso de los videojuegos (Matalí et al., 2015; Nielsen, van Rooij y Ferguson, 2017).

4.2.1 Prevalencia de adicción a videojuegos en adolescentes

La prevalencia global de adicción a videojuegos en adolescentes es aproximadamente del 6%. En Europa la prevalencia es del 5-15,2% y entre 2,4-26,8% en países asiáticos. Otros autores indican unos datos globales en adolescentes de entre 1,7-10% (Fumero, Marrero, Voltes, y Penate, 2018; Martín-Fernández et al., 2017). En Cataluña, según el estudio JOITIC realizado en centros de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), obtuvieron que el 6,2% presentó un comportamiento problemático con los videojuegos (Muñoz-Miralles et al., 2014; Muñoz-Miralles et al., 2016; Simón Triviño, 2019).

Según datos del informe anual de la Asociación Española de Videojuegos (AEVI), en 2017 había 15,8 millones de videojugadores en España. Las personas que comprenden una edad entre los 15 y 24 años son quienes dedican más tiempo jugando a videojuegos (Simón Triviño, 2019).

4.2.2 Criterios Gaming Disorder

Tabla 2

Criterios para el trastorno de internet Gaming Disorder según la APA (2014)

-
1. Preocupación por los videojuegos.

 2. Síntomas de abstinencia cuando se le impide jugar expresando irritabilidad, ansiedad o tristeza.

 3. Necesidad de dedicarle más tiempo a los videojuegos (tolerancia).

 4. Intentos fallidos de controlar el tiempo jugando.

 5. Pérdida de interés en otras actividades académicas, laborales, lúdicas o sociales.

 6. Continúa jugando en exceso conociendo los problemas psicosociales que ocasiona.

 7. Miente a personas cercanas con respecto a la cantidad de tiempo de juego.

 8. Jugar a videojuegos con el fin de aliviar el malestar emocional o para aumentar el estado de ánimo.

 9. Dar más importancia a los videojuegos que ha determinadas obligaciones (estudios, trabajo).
-

Fuente: APA, (2014)

4.2.3 Origen y mantenimiento de las adicciones comportamentales

Krych, (1989) constituyó el *Modelo explicativo de la adicción a nuevas tecnologías*. Es un modelo establecido desde el enfoque cognitivo conductual basado en las creencias irracionales.

El adolescente vulnerable psicológicamente cuando juega las primeras veces *online*, le resultaría gratificante e intenso, generándole pensamientos automáticos de autoeficacia “esto sí que se me da bien, me valoran, me necesitan, etc”. A partir de aquí, se generan expectativas positivas respecto a los juegos *online* “me sentiré mejor si juego”. A raíz de ello, el adolescente pierde interés por actividades gratificantes anteriores, con lo que tiende a quitarle importancia a la obsesión que siente (mecanismo psicológico de negación o minimización). El mantenimiento de la conducta adictiva se produce por refuerzos y autoevaluaciones negativas “sólo soy bueno en esto, fracaso en los estudios, en el mundo real me tratan mal”. Conforme los efectos se vayan incrementando el adolescente con adicción, empezará a tomar conciencia e intentará controlar la conducta por sí mismo, pero habitualmente tienden a ser intentos fallidos.

En una primera instancia, las conductas adictivas están controladas por reforzadores positivos (bienestar y euforia), pero finalmente acaban siendo controladas por reforzadores negativos (alivio del malestar emocional: soledad, frustración, rabia, etc) (Echeburúa, 1999). Cabe destacar que este alivio será cada vez de menor intensidad y más corta duración. Aun así, el adolescente incrementará la frecuencia de conductas adictivas para combatir el estrés, provocando el desuso de estrategias de afrontamiento adecuadas. Por lo que el adolescente mostrará una tolerancia cada vez menor ante las emociones negativas y frustraciones de la vida cotidiana. (Cash, Rae, Steel y Winkler, 2012; Charro, Meneses y del Cerro, 2012; Krych, 1989).

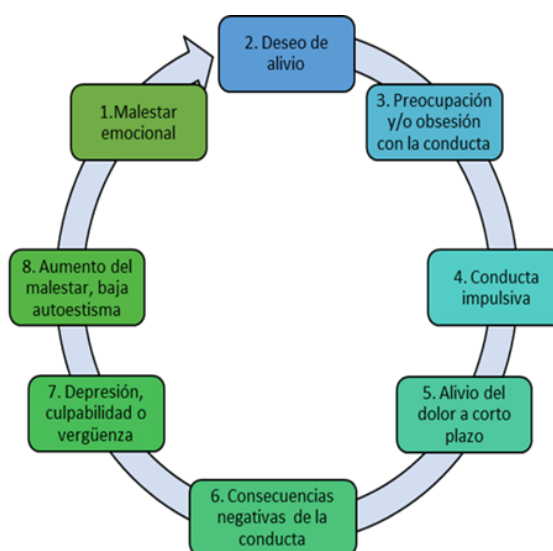


Figura 1 Mantenimiento de adicción comportamental (Matalí et al., 2015)

4.2.4 Factores de riesgo en adolescentes

Los factores de riesgo más predominantes serían:

-*Factores genéticos y neurobiológicos*: tienden a tener una descompensación en los circuitos de recompensa, toma de decisiones, motivación y control de la conducta; Asimismo tienden a buscar refuerzo a través del uso de los videojuegos (Matalí et al., 2015).

-*Factores psicológicos*: elevada impulsividad, baja tolerancia al malestar o a la frustración, desregulación emocional, falta de identidad, sensibilidad interpersonal, hipersensibilidad al rechazo, búsqueda exagerada de emociones fuertes, baja autoestima e indecisión, inmadurez, dificultades en el ámbito académico, pocas relaciones sociales debido a la ausencia de habilidades sociales, estilo de afrontamiento inadecuado de las dificultades, carencia de afecto, cohesión familiar débil, etc (Echeburúa et al., 2012; Matalí et al., 2015; Odriozola, 2012).

-*Factores familiares*: entornos familiares estrictos, desestructurados, con normas inexistentes o inconsistentes, impidiendo el establecimiento de un repertorio de conductas adaptativas, apoyo emocional y de un autocontrol adecuado en el adolescente. Dando lugar a un aislamiento social con el uso abusivo de los videojuegos, disminuyendo la posibilidad de acceder a actividades de ocio, provocando el riesgo de acabar desarrollando una adicción a los videojuegos (Echeburúa et al., 2012; Labrador y Villadangos, 2009; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi, y Lorea, 2006; Matalí et al., 2015).

4.2.5 Adicción a videojuegos y maltrato infantil

El maltrato (con independencia del tipo), produce consecuencias a largo plazo significativas, siendo más influyentes en el periodo de la infancia y adolescencia, debido a que este colectivo presenta más vulnerabilidad que las personas adultas (Bueno, 1997; De la infancia, 2008; González Martínez y Rodríguez Salamanca, 2019; Soriano Faura, 2009); Por consiguiente, un niño que ha sufrido maltrato infantil en su etapa adolescente, tiene más posibilidades de presentar alteraciones en diferentes áreas (conductual, emocional, social, académica y salud física) que aquellos adolescentes que no han sufrido maltrato infantil (Forero, Reyes, Díaz, y Rueda, 2010; Holt, Buckley y Whelan, 2008).

A causa del maltrato infantil, un adolescente puede desarrollar los siguientes trastornos psicológicos: trastornos del vínculo, trastornos de conducta, adicciones a sustancias químicas, adicciones comportamentales, trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad, trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, etc. (Boxer y Terranova, 2008; Fernández, 2014; Higgins y McCabe, 2003; Martin, Bergen, Richardson, Roeger y Allison, 2004; Sesar, Ivèiae-Beaieviae y Sesar, 2008).

En la siguiente Tabla 3, se presentan las similitudes entre las características de un adolescente que ha sufrido maltrato infantil y factores de riesgo a adicción a videojuegos.

Tabla 3

Similitudes entre las características de un adolescente que ha sufrido maltrato infantil y factores de riesgo a adicción a videojuegos en un adolescente.

Características posibles en un adolescente que ha sufrido maltrato en la infancia	Algunos de los factores de riesgo de adicción a videojuegos en adolescentes (mencionados anteriormente en el apartado 4.2.4)
Aislamiento social*	Aislamiento social*
Ausencia de autocontrol tanto conductual como emocional (conductas impulsivas)*	Ausencia de habilidades sociales*
Ausencia de habilidades sociales y asertividad*	Baja autoestima*
Agresividad	Baja tolerancia al malestar o la frustración
Baja autoestima*	Bajo rendimiento académico*
Bajo rendimiento académico*	Búsqueda exagerada de emociones fuertes
Conflictos familiares*	Carencia de afecto*
Consumo de alcohol y drogas	Cohesión familiar débil*
Desregulación emocional*	Carácter inhibido
Depresión y ansiedad	Desregulación emocional*
Desconfianza hacia otras personas	Estilo de afrontamiento inadecuado*
Escasas relaciones sociales*	Falta de identidad*
Estilo de afrontamiento desadaptativo*	Inseguridad*
Falta de identidad*	Pocas relaciones sociales*
Falta de afecto*	Sentimientos de inferioridad*
Ideas suicidas y/o intentos de suicidio	Trastornos de la alimentación y el sueño*
Inseguridad*	(Echeburúa et al., 2012; Labrador y Villadangos, 2009; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi, y Lorea, 2006; Matalí et al., 2015; Odriozola, 2012).
Sentimientos de inferioridad	
Sentimientos de culpa	
Trastornos de la alimentación y el sueño*	
(Bueno, 1997; Fernández, 2014; Forero et al., 2010; Logan, Leeb y Barker, 2009; Muela, Torres, y Balluerka, 2012; Supa, 2014)	

* Características similares de ambos trastornos. Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en la Tabla 3, las características de un adolescente con historia pasada de maltrato infantil son semejantes a los factores de riesgo a adicción a videojuegos en adolescentes. De tal manera, se deduce que si un adolescente ha sufrido maltrato infantil y presenta dichas características personales, tiene mayor probabilidad de desarrollar adicción a videojuegos que un adolescente que no haya sufrido maltrato infantil en la infancia y no presente dichas características personales (Echeburúa, 2010; Hermoza Leyton, 2018; Rojas y De Las Nieves, 2019).

4.2.6 Adicción a videojuegos y regulación emocional

Las emociones y su regulación son aspectos muy importantes para el funcionamiento adaptativo en una persona, la ausencia o mala regulación emocional en un adolescente se considera un factor de riesgo, pudiendo generar diversas respuestas psicopatológicas, tales como: problemas de conducta, adicciones comportamentales, sintomatología depresiva y ansiedad entre otras (Bender, Reinholdt-Dunne, Esbjørn, y Pons, 2012; Curry y Youngblade, 2006; Gutiérrez, Fernández, Gonzalvo, y Bilbao, 2014; Hsieh y Stright, 2012; Loughheed y Hollenstein, 2012); Por ello, detrás de una adicción a los videojuegos se podría identificar la desregulación emocional (Lopera, Jaramillo, Montaña, y Botina, 2015).

Autores como Hessler y Katz (2010), mencionan que las personas que tienen dificultades de regulación emocional en la infancia tienden a presentar en la adolescencia un mayor nivel de conductas de riesgo. A su vez, otros autores han encontrado evidencias de que la regulación emocional está asociada con la aparición de un uso compulsivo de los videojuegos y conductas impulsivas en adolescentes, utilizando los videojuegos como una manera de conseguir emociones positivas o aliviar el malestar clínicamente significativo (Gutiérrez et al., 2014; Haagsma, Caplan, Peters, y Pieterse, 2013; Shead, Callan, y Hodgins, 2008).

4.2.7 Adicción a videojuegos, conductas impulsivas y autocontrol

El autocontrol resulta muy importante en la fase de mantenimiento de la adicción a videojuegos, pues hace que el adolescente sea capaz de mantener una conducta de juego moderada. Por el contrario, su ausencia da lugar a un nivel de juego excesivo (Gutiérrez et al., 2014). Por ello, el autocontrol se asocia con la adicción a videojuegos de forma inversa, es decir, a medida que disminuye el autocontrol, aumenta la cantidad de conducta de juego, por lo tanto, si un adolescente presenta un autocontrol escaso la probabilidad de que aumente la conducta de juego es mayor que un adolescente que presente un autocontrol adaptativo (Gutiérrez et al., 2014).

Cabe destacar que una variable importante asociada a la adicción a videojuegos es la impulsividad, debido a que la impulsividad puede regular el desarrollo de la adicción a los videojuegos (Irles y Gomis, 2016).

4.2.8 Adicción a videojuegos y autoestima

La baja autoestima es un factor de riesgo para desarrollar adicción a los videojuegos (Griffiths y Nuyens, 2017; Romero de Armas, 2018). Ya que, a raíz de diversos estudios, se ha comprobado que adolescentes con una baja autoestima invierten más tiempo jugando a videojuegos que aquellos adolescentes que tienen una autoestima normalizada. Esto es debido a que los adolescentes que tienen baja autoestima perciben los videojuegos como un modo de

afrontamiento, intentando incrementar su autoestima. Así pues, se concluye que hay relación entre la autoestima y el uso de los videojuegos en adolescentes (Martí, 1994; Olayvar y Teresa, 2019).

4.3 Revisión de tratamientos para adicción a los videojuegos

Se presenta en la siguiente Tabla 4.

Tabla 4

Resumen de las intervenciones anteriores para el tratamiento de adicción a videojuegos

<u>Autores</u>	<u>Programa de intervención</u>	<u>Edad y nº de sesiones</u>	<u>Duración y tipos de sesiones</u>	<u>Resultados y conclusiones</u>
(Hong et al., 2020)	Intervención psicológica para trastorno de juego y depresión en adolescentes, basada en el ejercicio físico combinado con la terapia cognitivo-conductual. Se realizaron dos grupos, uno hizo intervención basada en terapia cognitivo conductual más ejercicio físico y el otro grupo solo hizo terapia cognitivo-conductual.	13-18 años. 1º grupo ocho sesiones de terapia cognitiva conductual y seis sesiones de intervención con ejercicio. 2º grupo ocho sesiones de terapia cognitivo conductual y seis sesiones de asesoramiento de apoyo.	90 minutos una vez por semana.	En ambos grupos se redujeron las conductas de juego, pero en el grupo que se realizó terapia cognitivo conductual más ejercicio físico, tuvo un efecto más importante que en el grupo de solo terapia cognitivo-conductual, es decir, se mejoró el riesgo del uso de los juegos y se disminuyó el estado de ánimo depresivo.

(Caycho Solís, 2019)	Estudio de caso sobre un adolescente que tiene conductas excesivas de juegos de red. El programa que se realizó se basó en una intervención cognitivo-conductual con reestructuración cognitiva, técnicas de control estimular, relajación y desarrollo de conductas prosociales.	15 años. 13 sesiones.	Sesiones de 50 minutos, dos veces por semana.	Los principales resultados fueron: disminución significativa de la conducta de juego excesivo, control adaptativo de la ansiedad y realización de actividades gratificantes.
(Olayvar y Teresa, 2019)	Estudio explicativo de corte longitudinal. Se realizó terapia psicológica basada en el enfoque cognitivo-conductual para tratar a adolescentes con conductas adictivas a los juegos de internet, con el objetivo de disminuir estas conductas.	Entre 13 y 17 años. 10 sesiones.	Una o dos veces por semana con una duración de 50 minutos cada una.	Disminución de las horas de juego, mejoría en el estado de ánimo y en el manejo del control de impulsos en cada uno de los adolescentes.
Torres (2017)	Diseño de un programa de tratamiento humanista con adicción a los videojuegos en línea. El objetivo principal de este programa (PIPATIC) es conseguir que los adolescentes disminuyan sus síntomas de adicción a los videojuegos y mejorar su bienestar. Este diseño interviene en las siguientes áreas: psicoeducativo, intervención estándar en adicciones conductuales, intrapersonal, interpersonal, familiar y creación de un nuevo estilo de vida.	Entre 12 y 18 años. 22 sesiones.	Una vez por semana con una duración de 45 minutos.	Se obtuvieron cambios terapéuticos, es decir, se redujeron significativamente las conductas de juego en los adolescentes (dedican menos horas a los videojuegos) y se mejoró el estado de ánimo.

Monzonís (2017)	Propuesta de intervención cognitivo conductual en adolescentes de ESO y bachillerato que presenten una conducta de juego excesiva. El objetivo principal es disminuir el número de horas de juego.	Entre 14 y 17 años. 12 sesiones.	Una vez por semana con una hora de duración.	Resultados favorables, los adolescentes incrementaron el conocimiento sobre el abuso y la adicción a los videojuegos. Redujeron las horas de uso de los videojuegos e incrementaron las conductas alternativas o incompatibles al juego.
Marco y Chóliz, (2014)	Propuesta de intervención basada en el enfoque cognitivo-conductual para tratar la adicción a videojuegos.	21 años. 13 sesiones.	Una vez a la semana con una duración de una hora.	Los resultados muestran una disminución significativa del tiempo de uso del ordenador y de juego, así como una mejoría del funcionamiento personal y social del paciente.
Marco y Chóliz, (2013)	Tratamiento para un adolescente con adicción a videojuegos e internet. Terapia basada en el enfoque cognitivo-conductual. El objetivo básico es que el paciente adquiriera control sobre el ordenador, internet y videojuegos.	22 años. 19 sesiones.	Una vez a la semana con una duración de 50 minutos.	Los resultados muestran una reducción significativa del tiempo dedicado al juego y a internet, así como del grado de pérdida de control. También se reduce el malestar subjetivo y una mejoría en el funcionamiento personal.

Fuente: elaboración propia

5. ESTUDIO DE UN CASO DE ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS CON ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL

5.1 Metodología

Este trabajo consiste en una intervención.

El diseño es de una sola persona (N = 1), siendo la forma de tratamiento mediante un abordaje individual.

Después de realizar revisiones sobre anteriores tratamientos de adicción a videojuegos, se concluyó que, realizar sesiones de terapias individuales con una duración de cincuenta minutos, una vez por semana, entre 10 y 20 sesiones, es efectivo en adolescentes. Por lo tanto, la intervención seguirá dicho procedimiento. Al principio de la sesión se le aportará al paciente el consentimiento informado.

En la intervención psicológica se utilizarán varias técnicas de diferentes enfoques, por ejemplo: relajación, reestructuración cognitiva, línea de la vida, imaginación, etc. Es importante resaltar que la actitud terapéutica será activa y directiva.

5.2 Presentación del caso

Tabla 5

Datos sociodemográficos del adolescente

<i>Inicial</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>		<i>Motivo de consulta</i>
R	Hombre	20 años	Explícito	Problemas con los videojuegos, ya que cada vez se siente con menos capacidad de control y le está repercutiendo en su vida cotidiana, reconoce que no sabe gestionar problemas cotidianos si no es a través de los videojuegos, <u>“Mi principal problema es la adicción a los videojuegos, el querer jugar y jugar hasta que me siento satisfecho conmigo mismo”</u>).
			Implícito	Debido al maltrato infantil tiene una baja autoestima, estilo de afrontamiento a los problemas evitativo y poco autocontrol).

Fuente: elaboración propia

5.3 Evaluación

Se realizó la evaluación del paciente con el objetivo de averiguar los problemas explícitos e implícitos, identificar qué objetivos quería conseguir el paciente y por último, programar la trayectoria de la intervención. Antes de la evaluación fue necesario crear un vínculo de confianza entre el terapeuta y el paciente.

Para la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: entrevista clínica no estructurada, cuestionario multimodal de vida, escala de autoestima de Rosenberg, Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV) de Beranuy., escala de adicción al juego para adolescentes, escala de autocontrol de Rosenbaum y el cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA).

1. Entrevista clínica no estructurada:

A través de ella se recogieron diferentes datos relevantes del paciente.

2. Cuestionario multimodal de historia de vida (anexos):

El objetivo de este cuestionario era obtener más datos de forma objetiva, ya que sólo con la entrevista clínica se habrían podido dejar sin analizar algunos aspectos y problemas de la personalidad del paciente.

Dicho cuestionario analiza siete aspectos de la personalidad, es decir, se basa en la perspectiva del B.A.S.I.C.I.D., [Conducta (B), Afectos (A), Sensaciones (S), Imaginación (I), Cogniciones (C), Interpersonal (I), Medicamentos o sustancias (D)] (Lazarus y Aldekoa, 2000).

3. Escala de Autoestima de Rosenberg (Vázquez-Morejón Jiménez, Jiménez García-Bóveda, y Vázquez Morejón, 2004) (anexos):

Esta escala es de las más utilizadas para medir de forma global la autoestima en adolescentes. Está compuesta por 10 ítems de tipo Likert, los contenidos de cada ítem se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a (Reina, Oliva y Parra 2010). Esta escala ha sido adaptada al español, siendo validada en población adolescente (Atienza, Moreno, y Balaguer, 2000 y Reina, Oliva y Parra, 2010).

Tabla 6

Criterios de corrección

Puntuación	Interpretación
Menos de 15	Autoestima baja
Entre 15 y 25	Autoestima normal
Entre 25 y 30	Autoestima alta

Fuente: Atienza, Moreno, y Balaguer, (2000) y Reina, Oliva y Parra, (2010).

4. Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV) (Chamarro Luser et al., 2014) (anexos)

Este cuestionario determina y valora el uso problemático de los videojuegos en adolescentes. Este cuestionario está compuesto por 17 ítems de tipo Likert (Chamarro Luser et al., 2014).

Tabla 7

Criterios de corrección CERV

Puntuación	Interpretación
Entre 17 y 25 puntos	No hay problemas con el uso de los videojuegos
Entre 26 y 38 puntos	Problemas potenciales con el uso de videojuegos
Entre 39 y 68 puntos	Problemas severos con el uso de videojuegos

Fuente: Chamarro Lusar et al., (2014)

5. Game Addiction Scale for Adolescents (GASA) escala de adicción al juego para adolescentes (anexos)

Esta escala evalúa y detecta de forma concreta si un adolescente tiene adicción a videojuegos. Está compuesta de 10 Ítems dicotómicos (Irlés, Gomis, Campos y González, 2018).

Tabla 8

Criterios de corrección GASA

Puntuación	Interpretación
Menos de 12	No hay adicción a videojuegos
12	Presenta algunos síntomas de adicción a videojuegos, pero no se considera adicción
Más de 12	Adicción a videojuegos

Fuente: Irlés, Gomis, Campos y González, (2018)

6. Escala de autocontrol de Rosenbaum (1980)(anexos)

Esta escala tiene como objetivo identificar y evaluar las habilidades que ha adquirido o aprendido un adolescente para conseguir controlar sus emociones o pensamientos no deseados y que afectan a la realización de sus conductas. Formado por 36 ítems de tipo Likert (Rosenbaum, 1980).

Tabla 9

Criterios de corrección escala de autocontrol

Puntuación	Interpretación de autocontrol
Entre 11 y 16 puntos	Muy por debajo del promedio
Entre 17 y 22 puntos	Algo por debajo del promedio
Entre 23 y 29 puntos	Dentro del promedio
Entre 30 y 35 puntos	Algo por encima del promedio
Entre 36 y 41 puntos	Muy por encima del promedio

Fuente: Rosenbaum, (1980)

7. Cuestionario de regulación emocional (ERO-CA) (Gross, J., y John, O, 2003) (anexos).

Este cuestionario tiene como objetivo identificar el nivel de regulación emocional que tienen niños y adolescentes, basándose en dos categorías: la reevaluación cognitiva y la supresión expresiva. El cuestionario está compuesto por 10 ítems de tipo Likert, divididos en dos subescalas asociadas a la regulación emocional: reevaluación cognitiva (6 ítems) y supresión (4 ítems).

Tabla 10

Crterios de corrección ERQ-CA

	Puntuación	Interpretación
Reevaluación cognitiva	0-7	Poca tendencia
	7-21	Algo de tendencia
	21-42	Bastante tendencia
Supresión expresiva	0-7	Poca tendencia
	7-16	Algo de tendencia
	16-32	Bastante tendencia

Fuente: (Gross, J., y John, O, (2003)

Diagnóstico

Trastorno de Juego. R cumple todos los criterios diagnósticos del DSM 5 (2014), expuestos en el marco teórico, apartado 4.2.1.

5.4 Objetivos de la intervención

A partir de la evaluación de R y en base a sus necesidades, los objetivos propuestos para la posterior intervención son:

Cognitivos

1. Identificar características personales y comprender sus orígenes.
2. Modificar pensamientos desadaptativos sobre sí mismo y sobre su familia.
3. Identificar y discutir las creencias irracionales y los pensamientos distorsionados sobre los videojuegos.
4. Identificar ventajas e inconvenientes de jugar en exceso a los videojuegos.
5. Diferenciar uso adaptativo y desadaptativo de los videojuegos.
6. Aumentar las expectativas de autoeficacia en relación con el impulso de jugar.

Emocionales/fisiológicos:

1. Incrementar la motivación de cambio al paciente.
2. Identificar emociones asociadas a diferentes partes del cuerpo y capacidad de autocontrol sobre ellas.

3. Reducir la ansiedad y los niveles de activación de manera generalizada.
4. Incrementar autoestima y seguridad, basándose en promover el autocontrol.
5. Aumentar la tolerancia a la frustración y a los sentimientos negativos.
6. Modificar el estado de ánimo y controlando el exceso de determinadas emociones (irritabilidad, agresividad).
7. Sustituir la regulación emocional basada en supresión emocional por reevaluación cognitiva, con el fin de obtener una regulación emocional adaptativa.

Conductuales:

1. Modificar estilo de afrontamiento inadecuado, resolver las dificultades de una manera más adaptativa, sustituyendo la evitación de sus experiencias y recuerdos por la aceptación (haciendo mucho hincapié en el maltrato infantil sufrido).
2. Reducir las conductas impulsivas e incontroladas para jugar a videojuegos.
3. Implementar un uso adaptativo de los videojuegos.
4. Crear nuevos hábitos de vida, ajustando el ciclo de sueño/vigilia y horarios nuevos de comida saludable.
5. Incrementar ejercicio físico.
6. Modificar habilidades de solución de problemas y afrontamiento de conflictos, tanto interpersonales como en situaciones de riesgo (manejo de niveles elevados de ansiedad) sin necesidad de recurrir a los videojuegos.
7. Modificar asertividad y habilidades sociales.
8. Fomentar las actividades gratificantes alternativas que se han abandonado por la adicción y realización de otras actividades nuevas.

5.5 Intervención

5.5.1 Cronograma y actividades

El cronograma constituido en esta intervención se presenta en la siguiente Tabla 11

Tabla 11

Cronograma

Sesión	Objetivos	Actividades	Tarea para el próximo día
1	<p>Recoger información. Formar alianza terapéutica. Identificar motivo de consulta</p>	<ol style="list-style-type: none"> Primera recogida de información a través de Entrevista Clínica no estructurada. Presentación del plan de trabajo: Se informa al paciente en qué consistirán las sesiones, su duración, y con qué frecuencia se realizarán, también se le entrega el consentimiento informado. 	<p>Rellenar cuestionarios específicos (dependiendo las características y necesidades del paciente).</p>
2	<p>Completar recogida de información. Identificar conflicto real. Realizar la técnica de la línea de la vida, para indagar más sobre el paciente, sobre todo en su historia pasada de maltrato infantil y conseguir que sea capaz de hacer una reflexión sobre sí mismo, con el fin de autoconocerse, comprenderse y ser consciente de que necesidades tiene. Exponerle a los recuerdos del maltrato infantil con ayuda de la técnica mencionada.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Técnica de la línea de la vida. Una vez elaborada la línea de vida, el paciente profundiza sobre lo que ha dibujado y a partir de diferentes preguntas realiza un análisis reflexivo sobre ella, con el fin de conocerse y comprenderse mejor, siendo capaz de unir su pasado con su presente de una manera constructiva. 	<p>Reflexionar sobre la línea de su vida, reflexionando qué sensaciones tiene, y que situaciones son las que le generan pensamientos o sensaciones negativas.</p>
3	<p>Técnica de aceptación y compromiso en base a los problemas o dificultades que</p>	<ol style="list-style-type: none"> Conversar sobre la tarea que ha realizado en casa. Aceptación psicológica de experiencias pasadas desadaptativas (maltrato infantil), es decir, conseguir que el 	<p>Reflexionar sobre la sesión de hoy y poner en práctica las dos fases de aceptación y compromiso.</p>

aparecen en la línea de la vida (maltrato infantil), con el fin de que el paciente consiga sustituir la evitación de sus experiencias pasadas por la aceptación de ellas.

Enlazar motivo de consulta explícito con el conflicto implícito, identificar relación entre ambos.

4

Continuación con la técnica de aceptación y compromiso (trabajando el maltrato infantil)

paciente acepte sus sensaciones y pensamientos problemáticos. Se realiza en seis fases, en esta sesión se introduce las características más relevantes de esta técnica y se pone en práctica las dos primeras partes.

3. Fase 1 (*Desesperanza Creativa*, el principal objetivo es conseguir romper los patrones de evitación que el paciente lleva tiempo aplicando para solucionar el problema, ya que debido a esa evitación el problema se mantenía).
4. Fase 2 (*El control es el problema y no la solución*, se intenta hacer consciente al paciente que sus intentos de control son el propio problema. Este objetivo se consigue a partir del moldeamiento, obteniendo que el paciente deje activamente de hacer lo que hacía anteriormente).

1. Explicación del modelo del maltrato infantil y sus consecuencias
2. Examinar cuáles son sus características personales, como las ha adquirido, qué ventajas y desventajas tienen.
3. Fase 3 (*Construyendo la Aceptación*, se trata de cambiar el lenguaje (interpretaciones de sus experiencias) y su relación con las emociones y recuerdos del paciente, con el fin de sustituir la evitación, por la aceptación psicológica).
4. Fase 4 (*establecimiento del yo como contexto y no como contenido*; se trata de indicar de forma verbal la formación del yo como persona, como foco desde el que actuar y diferenciarlo de los recuerdos, emociones y pensamientos).
5. Fase 5 (*Valorando*, se analizan los valores del paciente, sus características personales desde las que actúa y también los aspectos verbales sobre los que se reafirman esos valores y, a partir de ello, se escoge y valora una trayectoria propia).
6. Fase 6 (*Estar dispuesto y el compromiso*; el fin es comprometer al paciente al cambio de su conducta y pensamientos, a través de la valoración de sus propias

Reflexionar sobre sus características personales y plantearse si quiere modificarlas.

Reflexionar sobre la sesión y poner en práctica la aceptación y compromiso con todas las partes, apuntar sensaciones, pensamientos que aparezcan en ese momento.

Escribir ventajas e inconvenientes de cambiar conductas problemáticas para el paciente.
Crear una lista sobre qué objetivos quiere conseguir con la terapia psicológica.

conclusiones y decisiones, es decir, que está dispuesto a cambiar y así iniciar dichos cambios por sí mismo).

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 5 | Terminar con la recogida de información.
Incrementar la motivación para el cambio y definir objetivos terapéuticos.
Explicar las características más relevantes de los videojuegos y el modelo de adicciones comportamentales.
Explicar los autorregistros y su utilidad. | 7. Revisar con el paciente la lista de objetivos que realizó en casa y establecer la lista definitiva de objetivos específicos.
8. Psicoeducación: explicación de las características de los videojuegos, los efectos psicológicos y fisiológicos en los jugadores y la adicción a los videojuegos.
9. Explicación del origen de la adicción a los videojuegos y los posibles mantenimientos.
10. Se explica que los autorregistros sirven para identificar todos los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, con el fin de modificar los aspectos que sean negativos y/o desadaptativos, provocando malestar en su vida cotidiana. | Recapacitar sobre el modelo explicado e intentar adaptar el modelo a sí mismo.
Reflexionar cuales son las ventajas y desventajas de seguir jugando a los videojuegos en exceso e identificar consecuencias a medio y largo plazo de la adicción a videojuegos.
Completar autorregistros de las situaciones en las que pierde el control con el juego durante la semana (situación, pensamiento, emoción, conducta, consecuencia). |
| 6 | Explicación de la teoría del ABC de Ellis.
Análisis funcional.
Compromiso de reducir el tiempo de juego. | 1. Ver con el paciente la tarea que se le indico hacer para casa.
2. Explicación teoría ABC de Ellis: cuando una situación compleja ocurre, el paciente tiende a desestabilizarse, no por el hecho en sí, sino, por lo que piensa sobre la situación, es decir, primero ocurre la situación(A) después los pensamientos(B) y después la conducta (C).
3. Realizar ejemplos de análisis funcional con situaciones concretas del paciente.
4. Contrato conductual para reducir poco a poco el tiempo de jugar a videojuegos. | Identificar tres situaciones que le generen ansiedad, indicando pensamientos, conductas y consecuencias.
Continuar realizando autorregistros.
Reducir el tiempo de juego, 10 minutos menos cada día durante una semana. |
| 7 | Incorporar la emoción en el ABC que se había explicado en la anterior sesión.
Identificar emociones. | 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana.
2. Repaso del ABC y se explica que después del pensamiento y antes de la conducta aparece en el paciente la emoción.
3. Identificar en qué partes de su cuerpo siente sus emociones en | Reflexiona cómo era tu vida antes de jugar a los videojuegos, qué actividades haces o cómo afrontas tus problemas. Cómo te sientes cuando piensas en tu pasado y tu presente e identificar en qué partes del cuerpo sientes esos sentimientos. |

<p>Explicación del ciclo sueño/vigilia, importancia de hábitos de vida saludables Solución de problemas emocionales específicos a través de la explicación de diferentes técnicas.</p>	<p>situaciones de estrés.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Controlar las emociones negativas con la utilización de diferentes técnicas, como por ejemplo autoinstrucciones, tiempo fuera, parada de pensamiento etc. 5. Explicar y establecer hábitos saludables (realizar un horario con las horas de comida y con las horas de comer). 	<p>Una vez identificada una emoción desagradable intentar controlarla a partir de las técnicas explicadas. Reducir el tiempo de juego, 20 minutos menos cada día durante una semana Continuar realizando autorregistros. Aplicar horario de hábitos saludables realizado en sesión.</p>
<p>8 Valoración de los cambios realizados y cambios pendientes a realizar. Elaborar un horario realista que permita al paciente manejar su tiempo y que facilite la sensación de control.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana 2. Se establece un tiempo máximo diario para jugar a videojuegos (máximo 2 horas de juego) y se usa la demora forzada, teniéndose que esperar 5 minutos cada vez que tenga ganas de jugar. 	<p>Continuar realizando autorregistros. Reducir el tiempo de juego, 30 minutos menos cada día durante una semana. Identificar situaciones en las que el tiempo de juego se aumenta y qué sensaciones tiene. Reflexionar sobre actividades que podrían ser gratificantes.</p>
<p>9 Revisar los autorregistros. Explicar y practicar dos técnicas de relajación con el objetivo de que el paciente sea capaz de controlar y reducir su nivel de activación fisiológica (ansiedad) modificando sus conductas. Implementar nuevas actividades, sustituyendo tiempo de jugar a videojuegos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana 2. Comentar los autorregistros y actividades gratificantes. 3. Técnica de respiración (facilitar que el paciente aprenda a controlar de forma voluntaria su respiración, consiguiendo automatizarla para reducir su activación en situaciones de estrés 4. Técnica de imaginación el principal objetivo es que el paciente se relaje mediante la visualización mental de situaciones, emociones y sensaciones (descripciones de escenas personales relajantes). 	<p>Repetir todos los días la relajación con imaginación cuando se encuentre en una situación de estrés. Identificar tres pensamientos recurrentes antes de jugar a los videojuegos, después de jugar, haya ganado o perdido. Continuar realizando autorregistros. Reducir el tiempo de juego, 40 minutos menos cada día durante una semana, durante esos 40 minutos implementar las actividades gratificantes e iniciar ejercicio físico moderado (ejemplo 20 minutos andar).</p>
<p>10 Ideas irracionales y distorsiones cognitivas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana. 	<p>Leer lecturas sobre las ideas irracionales y distorsiones cognitivas e identificar tres ideas</p>

		2. Explicación de las ideas irracionales y distorsiones cognitivas	irracionales y tres distorsiones cognitivas de los autorregistros realizados en semanas anteriores. Reducir el tiempo de juego, 50 minutos menos cada día durante una semana. Continuar realizando autorregistros.
11	Reestructurar ideas irracionales identificadas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana 2. Revisar con el paciente las ideas irracionales y distorsiones cognitivas que ha identificado. 3. Realizar la técnica de reestructuración cognitiva de cada una de esas ideas irracionales identificadas. 	<p>Leer artículo sobre la reestructuración cognitiva y los pasos a seguir.</p> <p>Identificar tres ideas irracionales e intentar reestructurar dichas ideas, siguiendo los pasos correspondientes.</p> <p>Reducir el tiempo de juego, 50 minutos menos cada día.</p> <p>Continuar realizando autorregistros.</p>
12	Continuación de reestructuración cognitiva con cambio de papeles.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana. 2. Revisar la tarea del paciente, poniéndola en práctica a través de un cambio de papeles. La psicóloga interpreta el papel del paciente exponiendo en alto ideas irracionales relacionadas con los videojuegos y el paciente, que hace el papel de psicóloga, tiene que reestructurar esas ideas irracionales. 	<p>Reducir el tiempo de juego, 1 hora menos cada día durante una semana.</p> <p>Continuar realizando autorregistros.</p>
13	Explicación de la exposición in vivo con prevención de respuesta Iniciar la formación de la jerarquía.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana. 2. Explicación de la técnica. 3. Identificar conductas desadaptativas que realiza el paciente cuando puede jugar a los videojuegos y conductas de frustración cuando no puede jugar. 4. También identificar las situaciones que anteceden a esas conductas. 	<p>Reducir el tiempo de juego, 1 hora y 10 minutos menos cada día durante una semana.</p> <p>Continuar realizando autorregistros.</p> <p>Terminar de hacer la jerarquía.</p>

14	Exposición in vivo con prevención de respuesta (exponer al paciente de manera repetida y continuada a estímulos (pensamientos, emociones, sensaciones, o situaciones contextuales) sin poder realizar la conducta) con el objetivo de reducir la ansiedad ante esas situaciones, aumentar el control y progresivamente aumentar la percepción de autoeficacia en el paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Enumerar cada conducta del 1 al 10 en base al control que tenga de esa conducta y la ansiedad que le genera. 6. Formación de algunos ítems de la jerarquía. 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana. 2. Exposición in vivo con prevención de respuesta: el paciente debe exponerse ante el videojuego sin poder jugar por el tiempo que se considere necesario. 3. Para facilitar la tarea se usa el entrenamiento en autoinstrucciones generadas por el propio paciente con implicación emocional. Para poder abandonar la exposición es necesario que la ansiedad sea menor de 4. 4. Practicamos algunos ítems de la jerarquía. 	<p>Reducir el tiempo de juego, 1 hora 20 minutos menos cada día durante una semana.</p> <p>Continuar realizando autorregistros.</p> <p>Debe repetir la exposición unas 5 veces diarias.</p>
15	Continuar con la Exposición con prevención de respuesta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana. 2. Continuamos realizando la exposición con los siguientes ítems. 	<p>Continuar con autorregistros y disminuir 1 hora y 30 minutos el tiempo de juego cada día durante una semana</p> <p>Seguir realizando autorregistros.</p> <p>Practicar exposición con prevención de respuesta</p>
16	Entrenamiento en solución de problemas que puedan suponer un riesgo para recaer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana. 2. Entrenamiento en solución de problemas, aplicando y practicando cada una de las fases correspondientes. 	<p>Reducir el tiempo de juego, 1 hora y 40 minutos menos cada día durante una semana.</p> <p>Continuar realizando autorregistros.</p> <p>Practicar el entrenamiento en solución de problemas</p>
17	Prevención de recaídas: el objetivo es enseñar a la persona a jugar a los videojuegos de forma controlada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana. 2. Explicar la diferencia entre recaída y caída 3. Prevención de recaídas: identificación de situaciones de alto riesgo: reflexionar dos situaciones con el paciente en la 	<p>Analizar los autorregistros realizados en las anteriores sesiones e identificar 4 situaciones de su vida cotidiana en donde no podría tener control sobre el uso de los videojuegos.</p>

		sesión.	Reducir el tiempo de juego, 1 hora y 50 minutos menos cada día durante una semana. Reflexionar en qué tipo de situaciones podría tener recaídas.
18	Continuación prevención de recaídas Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana. 2. Control de los conflictos interpersonales a través del entrenamiento en asertividad y habilidades sociales. 3. Respuestas de enfrentamiento a situaciones problema 	Reducir el tiempo de juego, 2 horas menos cada día durante una semana. Practicar asertividad con las personas cercanas. Realizar autorregistros de situaciones conflictivas y reflexionar e identificar pensamientos y conductas que puede hacer el paciente para enfrentarse a esas situaciones sin la necesidad de perder el control con el juego y evadirse de la realidad.
19	Continuación prevención de recaídas Incrementar el estilo de vida del paciente adaptativo con el objetivo de promover el apoyo social en el paciente. Hacer consciente al paciente que cuando tenga o vaya a tener una recaída tiene personas cercanas en las que se puede apoyar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento positivo al reducir el tiempo de juego durante la semana. 2. Entrenamiento en solución de problemas interpersonales y forma adaptativa de expresión de sentimientos positivos/negativos de modo asertivo. 3. Practicar el punto anterior con cambio de papeles, interpretando el psicólogo a una persona cercana del paciente, una persona desconocida, persona familiar. 	Reducir el tiempo de juego, 1 hora y 40 minutos menos cada día durante una semana. Poner en práctica lo aprendido en la sesión. Rellenar cuestionarios
20	Cierre de la terapia Explicación de la fase de seguimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resumir lo aprendido en terapia e indagar si el paciente tiene dudas o algún problema nuevo. 2. Dar mucho feedback y reforzamiento positivo de las mejoras del paciente. 3. Explicar al paciente que de aquí en adelante nos veremos una vez al mes para realizar un seguimiento con él. 	

Fuente: elaboración propia

Este cronograma se aplicó al caso único de R. Únicamente se realizó 17 sesiones debido a escasez de tiempo. Las sesiones fueron todos los viernes de cada semana, durante 5 meses, en horario de 16:00 a 16:50.

Tabla 12

Temporalización R

Fecha	Número de las sesiones realizadas a R																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Día	25	01	08	15	22	29	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14
Mes	10	11	11	11	11	11	12	12	12	12	01	01	01	01	01	02	02
Año	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020

Fuente: elaboración propia

5.6 Resultados

5.6.1 En base a los cuestionarios

1. Entrevista clínica:

Aspectos familiares:

R mencionó que creció en un hogar poco familiar, ambiente amenazante y temido, nunca hubo una unión estable y fuerte entre su familia y él. El tipo de disciplina que recibió se basó en castigos muy aversivos *“Mi padre me castigaba a base de golpes, gritos y castigos en la habitación, mi madre no hacía nada al respecto”*. *“No podía confiar en mis padres, únicamente confiaba en mi hermana, me sentía poco querido y respetado”*. R indicó que su madre también fue víctima de maltrato físico y psicológico por parte de su padre. *“Había muchas veces que mi padre le mandaba a mi madre, que hiciera alguna tarea en casa, si mi madre decía que no mi padre la insultaba o le daba algún golpe”, “nunca llegue a comprender porque aguanto tantos años con ese hombre, sabiendo lo que nos estaba haciendo”*.

Su familia está formada por su madre, padre y hermana de 26 años. R describió la relación con sus familiares desde la infancia hasta el momento actual:

Hermana: *“relación muy buena, además de ser el único apoyo familiar que tengo”*. *“Actualmente sigo teniendo esa buena relación con ella, pero desde que comencé a aumentar las horas a los videojuegos, siento que discuto más con ella, es como si estuviera irascible con ella casi siempre”*

Padre: *“personalidad muy fuerte, agresiva y poco empática. La actitud que tiene hacia mí no es muy buena, no tenemos muy buena comunicación, además, cuando se enfada no tiende a razonamientos y se le va de las manos”*. *“Actualmente no tengo ninguna relación ni comunicación con él.*

Madre: *“tenía y tiene una personalidad muy pasiva, hace siempre lo que quiere mi padre, carece de personalidad propia cuando se encuentra mi padre presente. Su actitud hacia mí es más buena que con mi padre, pero no es del toda buena”*. *“Actualmente tengo una relación con ella regular, a veces es más empática conmigo y otras veces me trata con poco respeto”*

El maltrato infantil que sufrió R duro desde los diez años hasta los dieciocho, debido a que su madre decidió poner fin al maltrato divorciándose de su marido. Actualmente R vive con su madre y hermana.

Aspectos sociales y personales:

En su infancia R intentó ser una persona sociable (*“Al no tener el cariño de mis padres me intentaba acercar a los niños del colegio para hacer amigos y no sentirme tan solo”*), pero recibió muchos rechazos por parte de los compañeros del colegio, debido a su imagen corporal (*“en esa época me hacen bullying por estar gordo, me insultaban, se reían de mí, hasta que finalmente decidí utilizar la agresividad para defenderme y comencé a consumir marihuana”*). *“Cuando cumplí los 12 años mi hermana vino a hablar conmigo y me dijo que la agresividad a corto plazo podía hacerme sentir bien pero que a largo plazo iban a ser muchos problemas, me dijo una frase que me marcó muchísimo: no quiero que te conviertas en una persona como papá”*. *“Cuando pasé al instituto comencé a ser más amable con los compañeros, conseguí hacer amigos, pero el maltrato que recibía de mi padre cada vez que llegaba a casa me desbordo tantísimo que desde ese momento comencé a centrar mi ira, frustración y tristeza hacia los videojuegos”*. *“No me sentía querido, valorado, apoyado”*).

Cuando tenía 17 años, tuvo ideas suicidas, *“Yo quería desaparecer de este mundo, no podía más, quería dejar de sufrir, me llegué a plantear matarme de verdad, pero cuando lo pensé muy profundamente, me di cuenta de que mi hermana no se merecía eso, ella era la única persona que merecía la pena luchar y por ello decidí seguir adelante, pero me refugié aún más en los videojuegos”*.

Las primeras veces que R jugó a los videojuegos lo hacía por intentar entretenerse y divertirse, pero tiempo después se convirtió en la única manera de alivio del malestar que le provocó el maltrato que sufría por parte de su padre. R no fue consciente del problema hasta los 18 años, en esa etapa empezó a sentir que jugar a los videojuegos era un problema, *“Cuando mi padre se fue de casa para mí fue un alivio y en ese momento me di cuenta de que estaba teniendo un problema serio con los videojuegos, dejaba de lado las tareas cotidianas, ya no quedaba con amigos, discutía mucho con mi hermana, no tenía relación con el exterior y sentía frustración al perder”*. La única solución que R aplicó para intentar solucionar el problema fue desinstalar el juego, mencionó que fue de utilidad durante un tiempo, pero cuando volvió a instalarlo sus ganas de jugar habían aumentado muchísimo, su descontrol era mayor. El uso excesivo de los videojuegos en R aumenta cuando discute con su familia, se intenta evadir de los problemas jugando, y también cuando pierde, se incita más a seguir jugando para mejorar.

A modo de resumen tiene mucha dificultad para tener relaciones sociales, pero al final lo consigue. Le cuesta mucho confiar en la gente, piensa que la van a hacer daño, o que se avergonzaran de él cuándo la conozcan más. Se siente más a gusto cuando está solo. Cuando está enfadado o triste no pide ayuda a los demás, únicamente se encierra en su habitación y se invade de la realidad jugando a videojuegos. Tiende a una alta inhibición emocional y afectiva tanto hacia sus figuras inestables de apego (padres) como a otras personas (amigos, compañeros etc.). Se siente intranquilo consigo misma e inseguro.

2. Cuestionario multimodal de historia de vida:

Componentes básicos

-*Conducta*: R se caracteriza por tener poca asertividad (cuando se comunica con su familia o personas cercanas), problemas de alimentación (muchos fines de semana pasa jugando sin parar y únicamente ingiere bebidas energéticas, y entre semana tiene algunos ataques de voracidad), fumar (tabaco actualmente), problemas de sueño (en muchas ocasiones no puede dormir porque está pensando en el juego, o debido a diferentes cambios de horarios, no puede conciliar el sueño), alejarse, estallidos de ira, falta de resolución de problemas, descontrol emocional, reacciones impulsivas (cuando discute con sus familiares, se altera desmesuradamente con mucha facilidad, se encierra en su habitación dando un portazo, rompe a llorar desconsoladamente, intenta evadirse de todo ese malestar jugando a videojuegos).

-*Afecto (A)*: R tiende a tener con mucha frecuencia los siguientes sentimientos enfado, temeroso, triste, deprimido, inquieto, solitario. Los principales miedos que tiene R son: quedarse solo, perder a su hermana, tiene miedo a los cambios, a no cumplir sus objetivos y a lo desconocido. Las circunstancias en donde es más propenso a controlar sus sentimientos son cuando está feliz y contento porque haya ocurrido algún acontecimiento que le haya pasado, *“En esa situación todo se ve más fácil”*. Cuando siente calma y relajación es jugando a videojuegos *“me siento en paz y relajado”*, cuando tiene a su hermana cerca y están bien

-*Sensación (S)*: La mayoría de las sensaciones que experimenta R son: ojos llorosos, jaquecas, dolor abdominal, problemas de estómago, náuseas, palpitaciones, dolor de muñecas y dedos, tensión, inquietud. Cuando se expone a situaciones donde hay conflictos o desacuerdos siente sensación de irritabilidad y tristeza en la espalda y tripa. Cuando llora desconsoladamente durante más de 5 minutos, siente náuseas y finalmente acaba vomitando, esto es debido a que el malestar en R se establece sobre todo en la zona abdominal. Las sensaciones agradables más predominantes para R serían: *“cuando las cosas salen bien, obtener reconocimiento, expreso lo que siento”*. Y las desagradables: *“discutir con alguien, sentir fracaso, cuando no te sientes valorado”*.

-*Imaginación (I)*: Sus recuerdos de pequeño son escasos y bastante dolorosos. Las imágenes que se imaginan son: perdiendo el control, fracasando, estando indefenso. Las imágenes que tiene son: imágenes desagradables de la infancia, imagen corporal negativa, imágenes de soledad. Para R una imagen mental agradable sería: *“Siendo querido, reconocido y admirado por mis logros”*. Y desagradable: *“Ser una persona fracasada, no querida, que no ha cumplido sus objetivos y que nadie le tiene admiración ni respeto”*. R considera que ningún lugar es seguro. Una imagen muy persistente y molesta que interfiere en el funcionamiento cotidiano de R es *“Cuando estoy haciendo cualquier cosa y me desconcentro pensando en las*

ganas que tengo de jugar”. “A veces sueño con el videojuego, cuando me ocurre, en cuanto me levanto necesito jugar.

-*Cognición (C)*: R se describe como una persona sensible, perseverante, ambicioso, confiable, sin valor, inútil, estúpido, honesto, incompetente, dificultades de concentración. El pensamiento más predominante en R es: “Para sentirme válido como persona debo cumplir todo aquello que me propongo”. Las principales preocupaciones de R que afectan a su estado de ánimo y de conducta son: “Perder el control absoluto en los videojuegos, no ser el mejor en todo lo que hago, fracasar en los estudios etc.”

-*Interpersonal (I)*: Como se ha mencionado anteriormente en el colegio, R, soportó burlas y en su ámbito familiar sufrió maltrato. Tiene pocos amigos, pero menciona que tiende a mantener de manera muy estables esas amistades, debido a que se comunican muy a menudo por un juego online. Le cuesta hacer nuevas amistades, le preocupa mucho lo que pensarán los demás de él. Se aleja de la interacción social, únicamente se comunica socialmente a través de los videojuegos. Le gustaría tener más seguridad en sí mismo y poder confiar más en la gente. Cuando está con sus amigos jugando de forma online se siente bien. Actualmente no tiene relación de pareja.

-*Drogas/biología (D)*: Actualmente fuma tabaco, no le preocupa su salud física, no mantiene una dieta equilibrada ni tampoco realiza ejercicio. Hace un año dejó de consumir marihuana.

3. Restantes cuestionarios y escalas

Tabla 13

Resultados evaluación pre y post de cuestionarios y escalas

Cuestionarios	Puntuaciones	
	<u>Evaluación pre</u>	Evaluación post
Escala de Autoestima de Rosenberg	8	17
Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV)	58	25
Escala de adicción al juego para adolescentes (GASA)	14	11
Escala de autocontrol de Rosenbaum	15	26
Cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA).	RE: 7 SE: 18	RE: 22 SE: 7

Fuente: elaboración propia

5.6.2 En base a los objetivos

En base a los objetivos propuestos en el apartado 4.4, y a la intervención psicológica realizada con R, se resumen los siguientes resultados en la Tabla 14.

Tabla 14

Resultados objetivos

<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas utilizadas</i>	<i>Resultados</i>
Cognitivos	Reestructuración cognitiva Psicoeducación	Se reestructuraron con éxito los siguientes pensamientos: -Cuanto más juegue mejor seré. -Si gano soy el mejor, si pierdo soy un fracasado. - Cuanto más gane más subiré en el ranking y querrá decir que soy ‘lo más’. -Voy a suspender. -Cuando quiero conocer a un compañero de clase, pienso que no le caeré bien. -Nunca encontraré una actividad que me guste y sea más saludable que los videojuegos. Gracias a la psicoeducación R comprendió las ventajas e inconvenientes de jugar en exceso a los videojuegos, identificó la diferencia entre un uso adaptativo y desadaptativo de los videojuegos. R comenzó a tener autocontrol sobre sus conductas, ayudándole a aumentar sus expectativas de autoeficacia en relación con el impulso de jugar.
Conductuales	Control de estímulos Autorregistros Exposición in vivo con prevención de respuesta Exposición en imaginación Establecimiento de horarios Psicoeducación Reestructuración cognitiva Aceptación y compromiso Cambio de papeles Entrenamiento en solución de problemas, asertividad y habilidades sociales	Se implementó un uso adaptativo de los videojuegos consiguiendo que R redujera las conductas impulsivas e incontroladas. Se establecieron nuevos hábitos de vida ajustando ciclo de sueño/vigilia y nuevos horarios de comida saludable, a través de establecimiento de horarios, también comenzó a practicar ejercicio físico moderado cada día. R comenzó a poner en práctica la asertividad y habilidades sociales tanto en su contexto familiar como social. R empezó a realizar actividades gratificantes alternativas a los videojuegos.
Emocionales	Línea de la vida Aceptación y compromiso Relajación Exposición in vivo con prevención de respuesta Exposición en imaginación Establecimiento de horarios Cambio de papeles	R ha aprendido a identificar sus emociones y a tener capacidad de autocontrol sobre ellas. R consiguió reducir la ansiedad y los niveles de activación general, utilizando diferentes técnicas. Se aumentó en R la tolerancia a la frustración y miedo al fracaso. Se modificó el estado de ánimo de R. R consiguió adquirir un autocontrol sobre sí mismo incrementando su seguridad y a su vez aumentando su autoestima. También adquirió estrategias de afrontamiento adecuadas para reorganizar la vida diaria y hacer frente a las dificultades de una forma más adaptativa, inhibiendo la evitación y promoviendo la aceptación.

Fuente: elaboración propia

7. DISCUSIÓN

7.1 Interpretación de los resultados cualitativos en base a los objetivos, fundamentada en el marco teórico

A partir de la literatura científica, diversas investigaciones y la evaluación e intervención del paciente (R) se extraen las siguientes conclusiones:

R tuvo una infancia bastante complicada, ya que sufrió maltrato infantil por parte de sus padres, ese mal funcionamiento familiar dio lugar a que R, adquiriera unas características personales en la infancia, manteniéndose en su etapa adolescente. Como mencionó Echeburúa et al. (2012), criarse en un ambiente familiar desestructurado, sin normas estables, imposibilitan el aprendizaje de un conjunto de conductas adaptativas, autocontrol y aporte de apoyo emocional adecuado en él adolescente, incrementando la posibilidad de que adquiera una psicopatología; En el caso de R, la psicopatología fue trastorno de juego, debido a que R utilizó los videojuegos de manera continuada provocando el desarrollo de la adicción; Con el objetivo de aliviar su malestar e evadirse de la realidad.

Matalí et al. (2015) confirmó que los adolescentes que habían adquirido determinadas características personales podrían tener más probabilidades de desarrollar una adicción a videojuegos. En el caso de R, debido al maltrato que sufrió en la infancia desarrolló ciertas características personales (baja autoestima, pocas relaciones sociales, elevada impulsividad, baja tolerancia al malestar, regulación emocional desadaptativa, estilo de afrontamiento inadecuado de las dificultades, falta de afecto, cohesión familiar débil, etc), actuando como factores de riesgo para desarrollar adicción a los videojuegos.

Lopera et al. (2015) mencionó que cuando un adolescente tiene adicción a los videojuegos, detrás de dicha adicción se podrían identificar varios aspectos desadaptativos, como, por ejemplo, la desregulación emocional. Gutiérrez et al., (2014) afirmó que la desregulación emocional está asociada con la aparición de un uso excesivo de los videojuegos y conductas impulsivas, debido a que los adolescentes utilizan los videojuegos como una manera de conseguir emociones positivas o aliviar su malestar; En base al caso de R, efectivamente detrás de la adicción comportamental de jugar a videojuegos se encontró que tenía muchas dificultades en la regulación emocional. R jugaba en exceso a los videojuegos con la expectativa de aliviar el malestar clínicamente significativo que tenía. Cabe destacar que, en R, influyó la forma desadaptativa de afrontamiento de dificultades.

Gutiérrez et al. (2014) mencionó que el autocontrol se asocia con la adicción a videojuegos de forma inversa, es decir, a medida que disminuye el autocontrol, aumenta la cantidad de conducta de juego; R, antes de la intervención psicológica, presentó un nivel de autocontrol muy escaso y un nivel de impulsividad muy alto. Conforme R adquirió control sobre sus conductas, comenzó a disminuir su impulsividad y la conducta de juego.

7.2 Interpretación de los resultados de los cuestionarios y escalas

(Las siguientes interpretaciones se han basado en los criterios de corrección de cada cuestionario y escala, expuestos anteriormente en el apartado 5.3).

Tabla 15

Interpretación resultados cuestionarios y escalas

Cuestionarios	Puntuaciones		Interpretaciones	
	<u>Evaluación pre</u>	Evaluación post	<u>Evaluación pre</u>	<u>Evaluación post</u>
Escala de Autoestima de Rosenberg.	8	17	Autoestima bastante baja.	Autoestima normal.
Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV).	58	25	Problemas severos con los videojuegos.	No tiene problemas con los videojuegos.
Escala de adicción al juego para adolescentes (GASA).	14	11	Adicción a videojuegos.	No presenta adicción a videojuegos.
Escala de autocontrol de Rosenbaum.	15	26	Autocontrol muy escaso.	Autocontrol moderado.
Cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA).	RE: 7 SE: 18	RE: 22 SE: 7	Estilo de regulación emocional basado principalmente en la supresión emocional (afrontamiento dirigido a la emoción).	Estilo de regulación emocional basado con mayor tendencia a la reevaluación cognitiva, disminución considerable de la supresión emocional.

Fuente: elaboración propia

En base a la tabla anterior, se concluye que R *al inicio de las sesiones* presentó una autoestima bastante baja, autocontrol de sí mismo muy escaso y una tendencia a utilizar un estilo de regulación emocional basado principalmente en la supresión emocional (afrontamiento dirigido a la emoción). Respecto a los videojuegos, mostró problemas severos con el uso de videojuegos y una elevada ansiedad cuando no podía jugar por razones que no controlaba (síntomas de abstinencia).

El videojuego se volvió en una actividad prioritaria en su vida, dedicándole mucho tiempo y dejando de lado otras obligaciones o hobbies. Basándose en el contexto, presentó muchos problemas familiares y sociales.

Al final de las sesiones R presentó una autoestima normal, a su vez, mejoró considerablemente su autocontrol, siendo capaz de manejar sus impulsos en ciertas conductas que antes no se veía capacitado.

También aprendió a regular sus emociones utilizando la reevaluación cognitiva, disminuyendo la supresión emocional y sustituyendo su estilo de afrontamiento desadaptativo por uno adaptativo. Sobre los problemas familiares y sociales, comenzó a poner en práctica la asertividad y habilidades sociales.

Con respecto a los videojuegos, R ya no tiene problemas severos con los videojuegos, pero al haber dado una puntuación relativamente alta en las pruebas sobre videojuegos, podría haber riesgo de que empeorara, por ello es importante el seguimiento. R, ya no siente ansiedad elevada cuando no puede jugar a los videojuegos, sino, una ansiedad moderada, debido a que ha aprendido a autocontrolarse y ser capaz de disminuir la ansiedad por sí mismo. El videojuego se ha convertido en una actividad de ocio en su vida, y no en una prioridad. La frecuencia de jugar a videojuegos a la semana ha disminuido considerablemente.

7.3 Reflexiones y limitaciones

Después de la aplicación de la intervención, se reflexionó sobre el diseño de la intervención, considerándose adecuado, debido a que se han conseguido los objetivos propuestos y la mejora del paciente.

Tabla 16

Reflexiones sobre la presente intervención y anteriores intervenciones

	Intervenciones anteriores	Intervención de este trabajo
Similitudes y diferencias	<p>Intervenciones dirigidas a adolescentes con adicción a videojuegos.</p> <p>Utilización de técnicas únicamente del enfoque cognitivo conductual o humanista pero no mezcladas.</p> <p>La media de la duración de las sesiones es entre 50 minutos-1 hora.</p> <p>Las sesiones se realizaban una o dos veces por semana.</p> <p>Media de las sesiones entre 10-19.</p> <p>Los objetivos mayoritariamente se basan en adicción a videojuegos.</p>	<p>Intervención dirigida a un adolescente con adicción a videojuegos y antecedentes de maltrato infantil.</p> <p>Utilización de técnicas cognitivos conductuales, pero incorporando técnicas de otros enfoques.</p> <p>Duración de las sesiones 50 minutos.</p> <p>Sesiones una vez a la semana.</p> <p>Número de sesiones 20 sesiones.</p> <p>Los objetivos se basaron en adicción a videojuegos, pero teniendo en cuenta la historia pasada del paciente.</p>

Fuente: elaboración propia

Como *limitaciones* se destaca el hecho de haber sido un diseño de caso único, teniendo el principal inconveniente de no tener un control experimental, existiendo el problema para atribuir los cambios observables en el paciente a los efectos del tratamiento. En base a la descripción del estado del paciente, se pueden dar explicaciones alternativas, ya que influye la experiencia de cada psicólogo y su criterio personal.

Otra limitación muy importante es la carencia en el idioma de inglés, ya que debido a ella no se ha podido revisar de manera exhaustiva información relevante para este trabajo de fin de máster. También se consideran como limitaciones la falta de un observador o evaluador independiente y, escasos estudios científicos e información sobre adicción de videojuegos en adolescentes relacionados con maltrato infantil.

Por último, el diseño de intervención se basó en 20 sesiones, en el caso del paciente “R”, únicamente se pudieron realizar 17 sesiones debido a la escasez de tiempo, se considera este aspecto como una limitación, ya que se han tenido que juntar varias sesiones y no se ha podido desarrollar todas las explicaciones y técnicas como se tenía estructurado.

Las *mejoras* que se proponen serían, realizar este mismo diseño de intervención pero aplicándose a diferentes adolescentes con adicción a videojuegos y antecedentes de maltrato infantil, para así tener un mejor control experimental y mayor fiabilidad en los resultados.

Por último, hay que mencionar que para *intervenciones futuras* se considera importante incluir los efectos positivos de las nuevas tecnologías, en concreto la de los videojuegos, debido a que en este trabajo, únicamente se ha mencionado la parte perjudicial del uso de los mismos, pero también se considera que un uso adecuado de ellos, podría aportar muchos beneficios a los adolescentes.

8. CONCLUSIONES

Como se hizo alusión al principio de este trabajo, los adolescentes juegan con mucha frecuencia a los videojuegos y no son conscientes de las consecuencias que tiene su uso excesivo. Cuando finalmente se dan cuenta del problema de la adicción a videojuegos intentan afrontarlo, pero sus intentos acaban siendo fallidos debido a un afrontamiento del problema inadecuado.

Este afrontamiento inadecuado puede ser por diferentes causas, como, por ejemplo, haber experimentado en su infancia acontecimientos vitales estresantes (maltrato infantil), como es el caso del paciente de la intervención de este trabajo. En su caso, debido a ese acontecimiento vital estresante, adquirió en su infancia unas características personales desadaptativas, provocando un desequilibrio psicológico y emocional en su etapa adolescente, intentando afrontar dicho desequilibrio jugando a videojuegos, debido a que era una manera de aliviar su malestar e incomprensión que tenía hacia sí mismo, hacia los demás y sobre todo, hacia su familia.

Por lo mencionado anteriormente, se consideró muy relevante realizar una intervención psicológica a dicho paciente, interviniendo tanto la problemática del maltrato infantil como adicción a los videojuegos.

Los principales objetivos eran relacionar las características de un adolescente que había sufrido maltrato infantil con los factores de riesgo para la adicción de videojuegos, con el fin de poder realizar una intervención que pudiera tratar tanto el maltrato infantil (con el objetivo que el adolescente aceptara las experiencias tan perjudiciales que tuvo en su infancia), como la adicción a videojuegos (conseguir que el adolescente disminuyera el tiempo de juego y que pudiera realizar una vida adaptativa).

Después de realizar la intervención se comprobó que efectivamente, la adicción a los videojuegos estaba relacionada con las características de un adolescente que había sufrido maltrato infantil (escasa regulación emocional, baja autoestima y ausencia de autocontrol).

A la hora de elegir el enfoque de la terapia psicológica, se tomó la decisión de basarla en un enfoque integrador, debido a que, si se hubiera realizado desde un enfoque cognitivo-conductual, quizá, no se hubiera podido profundizar más a fondo en la parte emocional y debido al caso tan concreto del paciente, se consideró que era muy necesario intervenir desde una parte más emocional.

9. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish edition of the desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5®* American Psychiatric Pub.
- Andrade Bustamante, A.P., Moscosos Vanehas, J.J, Bojorque Iñiguez, V.M., y Morocho Malla, M.L. (2019). *Prevalencia y factores asociados de la adicción a los videojuegos en adolescentes de la unidad educativa particular la Asunción. Cuenca, 2018.*
- Andrés, C., Xavier, C., María, M.J, Raquel, M., Raquel, O., Rosa, L.M., y Pere, T. (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*(4).
- Asociación Española de Videojuegos (AEVI). Anuario de la industria del videojuego 2017 [Internet]. Disponible en: <http://www.aevi.org.es/documentacion/el-anuario-del-videojuego/>.
- Atienza, F.L., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). An análisis of the dimensionality of the Rosenberg selfesteem scale in a sample of valencian adolescents. *Universitas Tarraconensis, 22*, 1-2.
- Bender, P.K., Reinholdt-Dunne, M.L., Esbjorn, B.H., y Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences, 53*(3), 284-288.
- Boxer, P., y Terranova, A. M. (2008). Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child Abuse y Neglect, 32*(6), 637-647.
- Bueno, A. (1997). El maltrato psicológico/emocional como expresión de violencia hacia la infancia. *Cuaderno de Trabajo Social, 5*(1), 83-96.
- Carras, M.C., y Kardefelt-Winther, D. (2018). When addiction symptoms and life problems diverge: A latent class analysis of problematic gaming in a representative multinational sample of european adolescents. *European Child y Adolescent Psychiatry, 27*(4), 513-525.
- Carbonell, X. (2014). La adicción a los videojuegos en el DSM-5. *Adicciones, 26*(2), 91-95.
- Carbonell, X., Rodríguez, A.T., y Fuster, H. (2016). El potencial adictivo de los videojuegos. En E. Echeburúa (Ed.), *Abuso de Internet: ¿antesala para la adicción al juego de azar online?* Madrid, España: Síntesis.
- Cash, H., Rae, C.D., Steel, A.H., y Winkler, A. (2012). Internet addiction: A brief summary of research and practice. *Current Psychiatry Reviews, 8*(4), 292-298.
- Caycho Solís, J.G. (2019). *Intervención cognitivo conductual para el uso excesivo de juego en red en un adolescente (trabajo académico)*. Universidad Nacional Federico Villarreal, San Miguel, Perú.
- Charro Baena, B., Meneses Falcón, C., y Cerro Marín, P.D. (2012). Motivos para el consumo de drogas legales y su relación con la salud en los adolescentes madrileños. *Revista Española de Drogodependencias, 37*(3), 257-268).

- Charro Lusar, A., Carbonell, X., Manresa, J.M., Muñoz-Miralles, R., Ortega-González, R., López-Morrón, M.R., Batalla-Martínez, C., Torán-Montserrat, P. (2014). El cuestionario de experiencias relacionadas con los videojuegos (CERV): Un instrumento para detectar el uso problemático de videojuegos en adolescentes españoles. *Adicciones*, 26(4), 303-313.
- Curry, L.A., Y Youngblade, L.M. (2006). Negative affect risk perception, and adolescent risk behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(5), 468-485.
- De la Infancia, O. (2008). Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. *Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*.
- Del Castillo, J.G., Del Carmen, T.M., Nieto, M., Lledó, A., Sánchez, S., Martín-Aragón, M., y Sitges, E. (2008). Uso y abuso de internet en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 20(2), 131-142.
- Echeburúa, E. (1999). Cambio de concepto. *Revista Española*, 24(1), 329-331.
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Echeburúa Odriozola, E., y Requesens, A. (2012). *Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes, Guía Para Educadores*. Madrid, España: Pirámides.
- Estévez, L., Bayón, C., De la Cruz, J., y Liria, A.F. (2009). Uso y abuso de internet en adolescentes. *Papeles del psicólogo*, 39(2), 120-126.
- Fernández, V. (2014). *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados* (tesis de grado). Universidad De Murcia, España, 6-7.
- Flores, R., Del Carmen, M., Olivia, A.D, y Parra, Á.J (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society y Education*, 2(1), 55-59.
- Forero, L., Reyes, A., Díaz, A., y Rueda, M. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*, 13(2), 103-115.
- Fumero, A., Marrero, R.J., Voltes, D., y Penate, W. (2018). Personal and social factors involved in internet addiction among adolescents: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 86(1), 387-400.
- González Martínez, N., y Rodríguez Salamanca, P. (2019). *El impacto del maltrato infantil intrafamiliar en el desarrollo del niño* (tesis). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Gonzálvez, M.T., Espada, J.P., y Tejeiro, R. (2017). Problem video game playing is related to emotional distress in adolescents. *Adicciones*, 29(3), 180-185.
- Gullone, E., y Taffe, J. (2012). The emotion regulation questionnaire for children and adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24(2), 409.
- Gutiérrez, A.E., Fernández, D.H., Gonzalvo, I.S., y Bilbao, P.J. (2014). El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26(4), 282-290.
- Griffiths, M.D., y Nuyens, F. (2017). An overview of structural characteristics in problematic video game playing. *Current Addiction Reports*, 4(3), 272-283.

- Gross, J., y John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Haagsma, M.C., Caplan, S.E., Peters, O., y Pieterse, M.E. (2013). A cognitive-behavioral model of problematic online gaming in adolescents aged 12-22 years. *Computers in Human Behavior*, 29(1), 202-209.
- Hermoza Leyton, I.P. (2018). *Disfunción familiar asociado a trastorno por juegos en internet en adolescentes(tesis)*. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Higgins, D.J., y McCabe, M.P. (2003). Maltreatment and family dysfunction in childhood and the subsequent adjustment of children and adults. *Journal of Family Violence*, 18(2), 107-120.
- Hessler, D.M., y Katz, L.F. (2010). Brief report: Associations between emotional competence and adolescent risky behavior. *Journal of Adolescence*, 33(1), 241-246.
- Holt, S., Buckley, H., y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse y Neglect*, 32(8), 797-810.
- Hong, J. S., Kim, S.M., Kang, K.D., Han, D.H., Kim, J. S., Hwang, H., y Lee, Y.S. (2020). Effect of physical exercise intervention on mood and frontal alpha asymmetry in internet gaming disorder. *Mental Health and Physical Activity* 18(1).
- Hsieh, M., y Stright, A.D. (2012). Adolescent's emotion regulation strategies, self-concept, and internalizing problems. *The Journal of Early Adolescence*, 32(6), 876-901.
- Irlles, D.L., y Gomis, R.M. (2016). Impulsiveness and video game addiction. *Salud y Drogas*, 16(1), 33-40.
- Krych, R. (1989). Abnormal consumer behavior: A modelo of addictive behaviors. *North American advances*, 16(1), 745-748.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J., y Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 253-269.
- Lazarus, A.A. (2009). *El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Logan, J.E., Leeb, R.T., y Barker, L.E. (2009). Resultados mentales y conductuales específicos de género entre jóvenes de séptimo grado de alto riesgo con abuso físico. *Public Health Reports*, 124 (2), 234-245.
- Lopera Jaramillo, Á, Jaramillo, C., Montañó Pardo, W., y Botina Narváez, S. (2015). *Prevención y tratamiento de las adicciones desde lo psicosocial*. Medellín, Colombia: Funlam.
- López Conde, D. (2019). *Level up. adolescentes, videojuegos y retos para la prevención en la era digital(tesis)*. Universidad de Santiago de Compostela, A Coruña, España.
- Lougheed, J.P., y Hollenstein, T. (2012). A limited repertoire of emotion regulation strategies is associated with internalizing problems in adolescence. *Social Development*, 21(4), 704-721.

- Marco, C., y Chóliz, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a internet y videojuegos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(3), 125-141.
- Marco, C., y Chóliz, M. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online: Fundamentos de propuesta de tratamiento y estudio de caso. *Anales de Psicología*, 30(1), 46-55.
- Martí, J.A.E. (1994). Videojuegos, personalidad y conducta. *Psicothema*, 6(2), 181-190.
- Martin, G., Bergen, H.A., Richardson, A.S., Roeger, L., y Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse y Neglect*, 28(5), 491-503.
- Martín-Fernández, M., Matalí, J.L., García-Sánchez, S., Pardo, M., Lleras, M., y Castellano-Tejedor, C. (2017). Adolescents with internet gaming disorder (IGD): Profiles and treatment response. *Adicciones*, 29(2), 125-133.
- Matalí, J.L., García, S., Martín, M., y Pardo, M. (2015). *Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes*. Barcelona, España: Faros.
- Monzonís, I.H. (2017). *Propuesta de un programa de intervención escolar en el abuso de videojuegos de rol online(tesis)*. Universidad de Valencia, España.
- Muela, A., Torres, B., y Balluerka, N. (2012). Estilo de apego y psicopatología en adolescentes víctimas de maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 35(4), 451-469.
- Muñoz-Miralles, R., Ortega-González, R., Batalla-Martínez, C., López-Morón, M.R., Manresa, J.M., y Torán-Montserrat, P. (2014). Acceso y uso de nuevas tecnologías entre los jóvenes de educación secundaria, implicaciones en salud. estudio JOITIC. *Atención Primaria*, 46(2), 77-88.
- Muñoz-Miralles, R., Ortega-González, R., López-Morón, M.R., Batalla-Martínez, C., Manresa, J.M., Montellà-Jordana, N., Torán-Monserrat, P. (2016). The problematic use of information and communication technologies (ICT) in adolescents by the cross sectional JOITIC study. *BMC Pediatrics*, 16(1), 140.
- Navarro, J., Vara, M.D., Cebolla, A., y Baños, R.M (2018). Validación psicométrica del cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA), en población adolescente española. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 9-15.
- Nielsen, R.K., Van Rooij, A.J., y Ferguson, C.J. (2017). Video game addiction: The push to pathologize video games. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(5), 378.
- Odrizola, E.E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 435-447.
- Olayvar, R., y Teresa, M. (2019). *Terapia cognitivo conductual para la atención psicológica de adolescentes que presentan conductas adictivas relacionadas al trastorno por juego en internet (tesis)*. Universidad de Panamá, Transístmica, Panamá.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Borrador Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Recuperado de:
<https://icd.who.int/dev11/f/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F499894965>
- Pereyra, M. (2017). Salud y desarrollo emocional. *Enfoques*, 1(2), 52-57.
- Rial, A., Golpe, S., Isorna, M., Braña, T., y Gómez, P. (2018). Minors and problematic internet use: Evidence for better prevention. *Computers in Human Behavior*, 87(1), 140-145.
- Rivero, J.C., y Fierro, M.C.G. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Revista de Pediatría Integral*, 9(1), 20-24.
- Romero de Armas, L. (2018). *Adicción a las redes sociales en los adolescentes(tesis)*. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Rojas, A., y De Las Nieves, A. (2019). *Problemas con el juego y educación en familia(tesis)*. Universidad de la laguna, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.
- Rosenbaum, M. (1980). Cuestionario de autocontrol. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1(1), 19-39.
- Sesar, K., Ivèiæ-beæireviæ I., y Sesar, D. (2008). Multi-type maltreatment in childhood and psychological adjustment in adolescence: Questionnaire study among adolescents in western herzegovina canton. *Croat Med J*, 49(1), 243-256.
- Shead, N.W., Callan, M.J., y Hodgins, D.C. (2008). Probability discounting among gamblers: Differences across problem gambling severity and affect-regulation expectancies. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 536-541..
- Simón Triviño, E. (2019). *Programa D# SCONECT@ intervención enfermera para la prevención de la adicción a las TIC e internet en alumnos de educación secundaria(tesis)*. Universidad de Investigación y Desarrollo, Santander, Colombia.
- Soriano Faura, F.J. (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 11(41), 121-144.
- Supa, J.E.J. (2014). Análisis psicosocial del maltrato Infantil. *Avances en Psicología*, 22(2), 179-191.
- Torres-Rodríguez, A., y Carbonell, X. (2015). Adicción a los videojuegos en línea: Tratamiento mediante el programa PIPATIC. *Revista de Psicología*, 33(2), 67-75.
- Torres, A.R. (2017). Actualización y propuesta de Tratamiento de la Adicción a los Videojuegos en línea: el programa PIPATIC. *Revista de psicoterapia*, 28(107), 317-336.
- Valentino, K., Cicchetti, D., Toth, S.L., y Rogosch, F.A. (2006). Mother-child play and emerging social behaviors among infants from maltreating families. *Developmental Psychology*, 42(3), 474.
- Vázquez-Morejón, R.J., García-Bóveda, R.J, y Vázquez Morejón, A.J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes De Psicología*, 22(2), 247-255.
- Villadangos, S.M., y Labrador, F.J. (2009). Menores y nuevas tecnologías (NT): ¿Uso o abuso? *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 75-83.

WHO. World Health Organization(2016). Child-Maltreatment. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

10. ANEXOS

Autoregistro

Días	Fecha y hora Tiempo de uso (desde/hasta)	Situación (Lugar, compañía, qué hacías, pensabas y sentías antes)	Conducta ¿A qué juego jugaste?	Consecuencias (Cómo te sentiste después, qué pasó)

Escala de autoestima de Rosenberg:

INSTRUCCIONES: Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida. Los números indican lo siguiente: 1 = Muy en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3 = De acuerdo; 4 = Muy de acuerdo.

1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	1	2	3	4
7. En general me siento satisfecho/a conmigo mismo/a	1	2	3	4
8. Me gustari a tener más respeto por mí mismo/a	1	2	3	4
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

No incluyo el cuestionario multimodal de historia de vida debido a que es demasiado largo.

Referencia: Lazarus, A. A. (2009). *El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

ESCALA DE AUTOCONTROL DE ROSENBAUM

Edad: _____

Sexo: _____

Nombre: _____

INSTRUCCIONES

Indique cuán característico o descriptivo de usted son las siguientes afirmaciones, para tal efecto utilice el siguiente código:

(+3) *Me caracteriza y me describe muchísimo*

(+2) *Me caracteriza y me describe*

(+1) *Me caracteriza y describe ligeramente*

(-1) *No me caracteriza ni describe casi nunca*

(-2) *Disto mucho de caracterizarme y describirme*

(-3) *Nunca podría caracterizarme ni me describirme*

AFIMACIÓN	1	2	3	4	5	6
Cuando realizo una tarea tediosa, trato de pensar en sus partes menos aburridas y en las consecuencias que obtendré al finalizarlas.						
Cuando llevo a cabo una actividad que me produce ansiedad, intento vencer ese estado mientras la realizo.						
A menudo, si cambio mi manera de pensar sobre ciertas cosas, soy capaz de cambiar mis sentimientos sobre ellas.						
Me es difícil manejar mis sentimientos de nerviosismo y tensión sin recibir ayuda externa.						
Cuando me siento deprimido trato de pensar en cosas agradables.						
No puedo evitar pensar en los errores que he cometido en el pasado.						
Cuando me enfrento a un problema difícil, trato, de manera sistemática, encontrar una solución.						
Trabajo y cumplo mis obligaciones más rápidamente cuando alguien me presiona.						
Cuando me enfrento a una situación difícil, prefiero posponer tomar una decisión en ese momento.						
Cuando tengo dificultades para concentrarme en algo, busco la manera más adecuada para concentrarme más.						
Cuando planifico un trabajo, dejo de lado las cosas que no son relevantes.						
Cuando intento librarme de un mal hábito, primero intento detectar los factores que lo mantienen y los que no me permiten superarlo.						
Cuando me invade un pensamiento desagradable, intento pensar en algo agradable a fin de evitarlo.						
Si fumara dos paquetes de cigarrillos al día, probablemente necesitaría ayuda externa para dejar de fumar.						
Cuando estoy de mal humor, intento hacer cosas para mejorar mi estado de ánimo.						

Cuestionario CERV

A continuación encontrarás algunas afirmaciones sobre tu uso de los videojuegos. Lee atentamente cada frase e indica la frecuencia. Señala la respuesta que más se aproxime a tu realidad.

	Nunca/ Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Hasta qué punto te sientes inquieto por temas relacionados con los videojuegos?	a	b	c	d
2. ¿Cuando te aburres, usas los videojuegos como una forma de distracción?	a	b	c	d
3. ¿Con qué frecuencia abandonas lo que estas haciendo para estar más tiempo jugando a videojuegos?	a	b	c	d
4. ¿Te han criticado tus amigos o familiares por invertir demasiado tiempo y dinero en los videojuegos o te han dicho que tienes un problema, aunque creas que no es cierto ?	a	b	c	d
5. ¿Has tenido el riesgo de perder una relación importante, un trabajo o una oportunidad académica por el uso de los videojuegos?	a	b	c	d
6. ¿Piensas que tu rendimiento académico se ha visto afectado negativamente por el uso de los videojuegos ?	a	b	c	d
7. ¿Mientes a tus familiares o amigos con respecto a la frecuencia y duración del tiempo que inviertes en los videojuegos?	a	b	c	d
8. ¿Cuando tienes problemas, usar los videojuegos te ayuda a evadirte ?	a	b	c	d
9. ¿Con qué frecuencia bloqueas los pensamientos molestos sobre tu vida y los sustituyes por pensamientos agradables de los videojuegos ?	a	b	c	d
10. ¿Piensas que la vida sin videojuegos es aburrida, vacía y triste?	a	b	c	d
11. ¿Te enfadas o te irritas, cuando alguien te molesta mientras juegas con algún videojuego?	a	b	c	d
12. ¿Sufres alteraciones de sueño debido a aspectos relacionados con los videojuegos?	a	b	c	d
13. ¿Cuando no juegas con videojuegos te sientes agitado o preocupado?	a	b	c	d
14. ¿Sientes la necesidad de invertir cada vez más tiempo en los videojuegos para sentirte satisfecho?	a	b	c	d
15. ¿Quitais importancia al tiempo que has estado jugando con videojuegos?	a	b	c	d
16. ¿Dejas de salir con tus amigos para pasar más tiempo jugando con videojuegos?	a	b	c	d
17. ¿Cuando utilizas los videojuegos, te pasa el tiempo sin darte cuenta?	a	b	c	d

○ **Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal & Gross, 2013; versión original de Gross y John, 2003).**

INSTRUCCIONES:

A continuación nos gustaría que contestase a unas preguntas sobre su vida emocional, en concreto, sobre cómo controla sus emociones. Estamos interesados en dos aspectos. El primero es su experiencia emocional o lo que siente internamente. El segundo es su expresión emocional o cómo muestra sus emociones a través de las palabras, los gestos y los comportamientos. Aunque algunas de las cuestiones pueden parecer similares a otras, éstas difieren de forma importante. Por favor, utiliza la siguiente escala de respuesta para cada ítem.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Cuando quiero incrementar mis emociones positivas (p.ej. alegría, diversión), cambio el tema sobre el que estoy pensando.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Guardo mis emociones para mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Cuando quiero reducir mis emociones negativas (p.ej. tristeza, enfado), cambio el tema sobre el que estoy pensando.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Controlo mis emociones no expresándolas.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación en la que me encuentro.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Cuando quiero reducir mis emociones negativa, cambio mi manera de pensar sobre la situación.	1	2	3	4	5	6	7

Game Addiction Scale for Adolescents (GASA) escala de adicción al juego para adolescentes.

SOBRE LOS VIDEOJUEGOS, en los últimos 6 meses: Si

¿Has jugado los llamados videojuegos por lo menos una vez?

NO. () Si marcaste "No", no contestes las demás preguntas y devuelve la encuesta.

SÍ: () Sólo si marcaste "Sí", responde las siguientes preguntas, escribiendo una

"X":

FORMA DE JUEGO

1. ¿Cuándo tienes deseos de jugar, sientes que es superior a tu voluntad y que no puedes postergarlo ir a jugar?

NO: SÍ:

2. ¿Has llegado al más alto nivel de algún juego?

NO: SÍ: ¿de qué juego?

3. ¿Si dejas de jugar un tiempo te sientes tranquilo?

NO: SÍ:

4. ¿En una semana, ¿cuántas veces en promedio vas a jugar?

5. ¿Cuándo deseas ir a jugar, lo puedes dejar para otro momento?

NO: SÍ:

6. ¿Te han llamado la atención o has tenido problemas en tus estudios o en tu hogar por haber ido a jugar?

NO: SÍ:

7. ¿Cuándo tienes tiempo y dinero, prefieres ir a jugar antes que otras actividades?

NO: SÍ:

8. ¿Cuándo juegas te liberas, te olvidas de todo, te desestresas o tranquilizas?

NO: SÍ:

9. Si has marcado "Sí" en alguna de las anteriores preguntas, ¿hace cuánto tiempo sientes eso? 24 (meses).