

Programa de intervención para la adicción a las TIC en población de entre 25 y 54 años.

Intervention program for ICT addiction in the population between 25 and 54 years old.



Modalidad 4: Proyecto de emprendimiento

Grado de Psicología

Curso Académico 2019-2020

Alumno: Juan Carlos Mateos Rodríguez

Tutor: Federico Rafael Hervias Ortega

A todo el equipo docente de la UCA.

*A mis amigos y compañeros, que forman parte
de este círculo que se cierra.*

A mi tutor, sin él, este proyecto no habría visto nunca la luz.

Por sus ganas de trabajar, su dedicación y apoyo.

A mi familia y pareja por el cariño y apoyo recibido.

Índice

Resumen	2
Introducción	4
Drogas, adicciones y dependencia	4
El concepto de las TIC.....	6
Factores de riesgo en la adicción a las TIC	6
Señales de una posible adicción a las TIC.....	7
Datos de prevalencia.....	7
Consecuencias de la adicción a las TIC.....	8
Justificación del programa.....	9
Objetivos	9
Objetivos generales.....	9
Objetivos específicos	9
Justificación de los objetivos específicos	9
Diseño del programa	11
Descripción general del programa	11
Criterios de inclusión.....	11
Consideraciones generales.....	11
Técnicas de evaluación inicial.....	12
Técnicas de intervención	13
Desglose de sesiones	15
Recursos.....	27
Temporalización	28
Evaluación del tratamiento.....	28
Conclusiones	29
Referencias bibliográficas	30
Anexos.....	35

Resumen

La aparición de las nuevas tecnologías ha supuesto un hito histórico, el impacto es tal que es considerado el descubrimiento del siglo XX. Hoy en día son muchos para los que imaginar un mundo sin televisión, internet o teléfono móvil sería impensable. ¿Qué clase de mundo sería sin los beneficios que estos aparatos nos aportan? Sin duda, los beneficios son muchos, pero no debe pasar desapercibido que estos dispositivos también pueden generar un impacto negativo en la vida de los usuarios. En el presente trabajo se ofrece un programa de intervención destinado a afrontar la adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en personas de entre 25 y 54 años por medio de una serie de sesiones grupales enfocadas a la psicoeducación, la reestructuración de ideas irracionales o la modificación de los estilos de afrontamiento y de comunicación, por parte del paciente y de sus familiares y allegados.

A pesar de que la adicción a las TIC aún no es reconocida como una patología, es un problema que está latente en nuestra sociedad y la poca bibliografía que aborda el tema, sugiere que es un problema alarmante y al que no se le otorga la debida relevancia. Los programas de intervención para la población general y/o específica son una herramienta de gran valor para el tratamiento de este tipo de adicciones. Hoy en día la mayoría de los programas están focalizados en la prevención, y no en el tratamiento. Sin embargo, el programa propuesto, definitivamente contribuye a suplir esta carencia, paliar las consecuencias de esta adicción y asentar las bases de futuros tratamientos.

PALABRAS CLAVE: Adicción, Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), Nuevas Tecnologías, población adulta.

Abstract

The emergence of new technologies has been a historical milestone, the impact is such that it is considered the discovery of the twentieth century. Today there are many for whom imagining a world without television, internet or mobile phones would be unimaginable. What kind of world would it be without the benefits these devices bring to us? Without a doubt, the benefits are unmeasurable, but we should not ignore that these devices can also negatively impact users' lives. This project offers a psychological intervention program aiming to treat or at least mitigate the effects of the addiction to Information and Communication Technologies (ICT) in people between 35 and 54 years old. This program is based on a series of group sessions focused on psychoeducation, restructuring of irrational ideas and/or modification of coping styles and communication both by the patient and their relatives, among other psychological techniques.

Although ICT addiction is not yet recognized as a pathology, it represents a significant social and health burden, and the hardly any papers in the literature that focus on this issue suggest that it is a growing problem that should be addressed urgently. Psychological intervention programs towards general and/or specific populations represent a very valuable tool for the treatment of this type of addiction. Currently, most programs are focused on the prevention, but not the treatment of this problem. However, the proposed program definitely contributes to fill this gap in the literature, alleviate the consequences of this addiction and lay the foundations for future treatments.

KEY WORDS: addiction, to Information and Communication Technologies (ICT), emerging technologies, adult population.

Introducción

Drogas, adicciones y dependencia

En la historia del ser humano siempre ha habido hueco para las drogas y la adicción, ya sea al alcohol, al tabaco, a la cocaína o a la marihuana entre otras. Sin embargo, antes de profundizar en la adicción del siglo XXI, es necesario definir con precisión algunos términos.

El concepto de droga es, sin duda, demasiado amplio y ambiguo pues, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1969), se refiere a toda aquella sustancia que, una vez ingerida, produce una o más alteraciones en las funciones del organismo. Por tanto, esta definición no hace ningún tipo de distinción entre aquellas drogas que se usan por cuestiones médicas y las que se usan con fines recreativos.

Es por esto por lo que la definición propuesta por Martín del Moral y Lorenzo Fernández (2009) es más adecuada, ya que establece que el término “droga” se refiere a aquellas sustancias que pueden alterar o modificar las funciones psíquicas de un sujeto, que inducen a las personas a repetir la toma debido a que actúa como un refuerzo positivo, que la interrupción de la toma puede generar gran malestar y que su uso no se debe a motivos médicos.

Íntimamente relacionado con las drogas está la adicción, una situación en la que el sujeto tiene la necesidad imperiosa, que denominamos “*craving*”, de realizar una conducta con el objetivo de encontrar placer o alivio de una dolencia y que se mantiene pese a conocer los efectos negativos que produce a medio y largo plazo (Becoña Iglesias, Cortés Tomás, y Arias Horcajadas, 2011)

Cuando un sujeto se vuelve adicto a una sustancia o conducta, surge la dependencia. Según la OMS (2014), la dependencia se refiere a un conjunto de síntomas fisiológicos, cognitivos o conductuales que revelan la pérdida del control sobre la decisión de ingerir o no una sustancia. Por tanto, y en función de la sintomatología que se presente, se considera dependencia física si aparecen alteraciones físicas cuando se deja de ingerir la sustancia o realizar la conducta, y de dependencia psicológica si, en lugar de alteraciones físicas aparecen sentimientos de necesidad o de impulsividad (Becoña Iglesias et al., 2011)

Cuando un sujeto que presenta dependencia interrumpe la administración de la sustancia o la realización de una conducta, surge el síndrome de abstinencia. Esta patología engloba todos aquellos síntomas de carácter físico y psicológico que surgen en el sujeto dependiente de una sustancia o patrón conductual. El síndrome de abstinencia se correlaciona con el

mantenimiento de la adicción y también con la recaída, pues el sujeto vuelve a consumir la droga para evitar el malestar que produce su ausencia (Becoña Iglesias et al., 2011)

Por tanto, la adicción puede producirse a una sustancia como la cocaína o el cannabis, o bien a una conducta como al sexo o a comer. A estas últimas las denominamos adicciones comportamentales (Tabla 1).

Tabla 1.

Clasificación de adicciones comportamentales

Juego patológico

Adicciones vinculadas a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

Adicciones somáticas (adicción al sexo, a comer o al ejercicio físico)

Adicciones de conductas socialmente establecidas (dependencia emocional, compra compulsiva o dependencia a sectas)

Variantes compulsivas no adictivas (Dependencia al trabajo)

Nota. Fuente: Extraído de Ferre Navarrete, Sevilla Vicente, y Basurte Villamor, 2016

Las adicciones comportamentales, o adicciones sin sustancia, son todos aquellos patrones de conducta que no son perjudiciales salvo que se realicen de manera descontrolada y repetida. Al igual que las adicciones a sustancias, generan un malestar significativo en el sujeto a nivel laboral, familiar o social (Luque, 2010)

Dentro de estas adicciones comportamentales, encontramos las adicciones a las TIC. Este nuevo grupo de adicciones es difícil de delimitar debido a la rápida evolución que tienen, su amplitud y a la falta de consenso entre los investigadores. Pese a estas discrepancias, una de las definiciones que mayor aprobación tiene es la propuesta por Echeburúa (1999) en el que establece que esta adicción se caracteriza por el uso desmedido de los dispositivos tecnológicos y de internet.

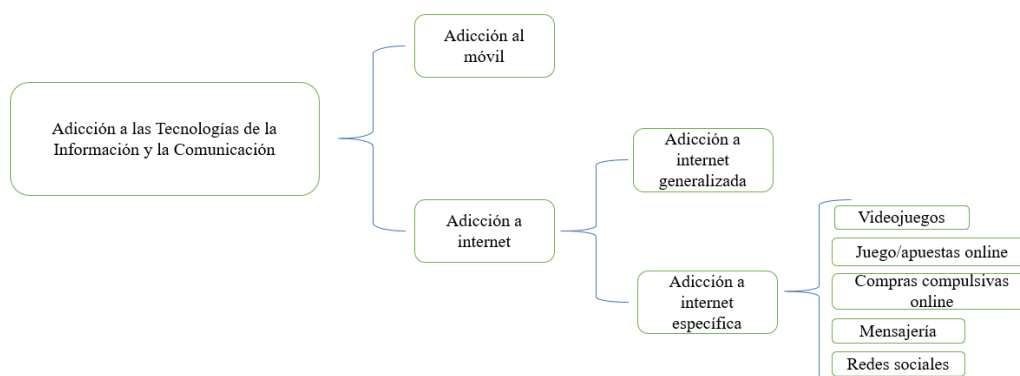


Figura 1. Adicciones a las Tecnologías de la Información y la Comunicación y adicciones relacionadas. Adaptado de Ferre Navarrete, Sevilla Vicente, y Basurte Villamor, 2016

El concepto de las TIC

Si por algo se caracteriza el siglo XXI es por la expansión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Este término inicialmente fue concebido para referirse a aquellas tecnologías aplicadas a la creación, almacenamiento y distribución de la información (Hawkrige, 1985). Conforme las TIC iban evolucionando y cobrando más importancia, la definición de las mismas cambiaba, por eso, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) agrupaba en este término a todos los dispositivos que capturasen y transmitiesen datos e información y que apoyaban el crecimiento económico (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 2002). Sin embargo, a estas definiciones hay que añadirles una característica fundamental e innegable, que estos dispositivos han sido una revolución en términos sociales y tecnológicos y afectan a todas las actividades humanas (Roblizo Colmenero y Cózar Gutiérrez, 2015).

Factores de riesgo en la adicción a las TIC

Al igual que en las adicciones convencionales, en las comportamentales tampoco es correcto hablar de un único factor desencadenante de la adicción, sino que se tiene en cuenta la interacción de múltiples variables.

De todos los factores que pueden influir en el sujeto, los más estudiados han sido las variables de personalidad. Echeburúa (2012) pone de manifiesto que aquellos sujetos que presenten niveles altos de timidez e introversión tienen más predisposición a la adicción a las TIC pues estas sirven como un medio de socialización, disminuyendo la sensación de vulnerabilidad que sienten cuando interactúan cara a cara. Sin embargo, no solo la introversión es un factor a tener en cuenta. En un estudio sobre el impacto de la adicción al teléfono móvil (Olivencia, Pérez, Ramos, y López, 2016), se ha hallado que niveles altos de extroversión junto con baja estabilidad emocional y escaso autocontrol, hacen que el sujeto sea más vulnerable a esta adicción en concreto y a las TIC en general.

En términos de influencia social y del ambiente, no hay indicios de que haya factores específicos de la adicción a las TIC, sino que únicamente podemos hablar de perfiles o variables que hacen a las personas propensas a sus distintas variantes y la elección de un tipo u otro de adicción va a depender de la disponibilidad del ambiente (Echeburúa, 2012). Dentro

de este perfil general de vulnerabilidad a la adicción, cobra especial importancia el rechazo por parte del grupo de iguales, la privación económica y/o social, los conflictos familiares y/o bajo rendimiento laboral/escolar (Becoña Iglesias et al., 2011).

Señales de una posible adicción a las TIC

Algunas señales que indican que el sujeto presenta síntomas de adicción son las siguientes (Arias Rodríguez, Gallego Pañeda, Rodríguez Nistal, y del Pozo López, 2012; Echeburúa, 2012; Echeburúa y De Corral, 2010)

- Cuando al sujeto se le restringe del acceso a las TIC, aparece el síndrome de abstinencia.
- El sujeto se aísla y su mundo gira entorno a las TIC, lo que se traduce en un descenso de actividades sociales, aparición de problemas de salud física o disminución del rendimiento laboral y/o académico
- El sujeto se priva de horas de sueños para mantenerse en contacto con las nuevas tecnologías
- Al hacer uso de las TIC, el sujeto siente euforia y/o bienestar.
- El sujeto oculta el número de horas reales que emplea en ellas

Datos de prevalencia

En la actualidad, un estudio de mercado nos revela que en 2019 había un total de tres mil ochocientos millones de dispositivos inteligentes, dispositivos que pueden conectarse entre ellos y/o a internet, en todo el mundo. Del total, el 93.71% son teléfonos móviles (Newzoo, 2019), reflejando que son estos los más populares entre la población.

En España, esta predilección también se mantiene ya que en 2017 el 97.4% de los hogares disponían de, al menos, uno de estos dispositivos (Instituto Nacional de Estadística, 2018). En el desglose por edades de aquellos sujetos que han usado el teléfono móvil vemos que el porcentaje de la población de entre 16 y 24 años es muy similar al de aquellos que tienen entre 25 y 34 años o entre 35 y 44, por lo que no podemos señalar que haya una diferencia significativa entre ambos grupos (Tabla 2).

Tabla 2.*Porcentajes de la población que ha utilizado el teléfono móvil en los últimos 3 meses.*

	De 16 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años	De 65 a 74 años
Hombres	99,8%	98,5%	98,9%	96,5%	94,4%	86,6%
Mujeres	98,1%	99,1%	99,5%	98,6%	94,4%	84,1%
Total	99%	98,8%	99,2%	97,5%	94,4%	85,3%

Fuente: Extraído de Instituto Nacional de Estadística (INE), 2017

En otro estudio realizado por la empresa Deloitte (2017) se pone de manifiesto que del total encuestado, un 42% considera que usa en exceso el móvil. Dentro de este grupo, vemos que los sujetos de entre 18 y 24 años son los que más consideran que usan demasiado este dispositivo seguido de aquellos que se encuentran entre 25 y 34 y entre 35 y 44 años (Tabla 3)

Tabla 3.*Porcentajes por años del grupo que considera que usa en exceso el teléfono móvil*

De 18 a 24	De 25 a 34	De 35 a 44	De 45 a 54	De 55 a 64	De 65 a 75
62%	59%	50%	31%	29%	17%

Fuente: Adaptado de Deloitte, 2017

Consecuencias de la adicción a las TIC

Las consecuencias de esta adicción, desde un punto de vista biopsicosocial, son las siguientes (Arias Rodríguez, Gallego Pañeda, Rodríguez Nistal, y del Pozo López, 2012; Mora Mínguez, Dolengevich Segal, y Quintero, 2015):

A nivel fisiológico se observa que el sujeto puede presentar cefaleas, sedentarismo, alteraciones del sueño y de la alimentación, fatigas oculares, síndrome de túnel carpiano epilepsias, convulsiones y alteraciones del sistema inmunológico.

En cuanto a las consecuencias psicológicas es necesario destacar la inestabilidad emocional, ansiedad, agresividad ante la imposibilidad de acceder a las nuevas tecnologías, falta de desarrollo de habilidades de afrontamiento y depresión. Cabe señalar que, en cuanto a la depresión, no hay consenso acerca de si el origen de la depresión se debe a la adicción o es la depresión la que la causa.

Por último, pero no menos importante, esta adicción produce estragos sobre el área social de la persona, favoreciendo el aislamiento, aumentando los conflictos familiares y

escolares/laborales, pérdida de las actividades de la vida rutinaria y la adquisición de hábitos de vida desadaptativos.

Justificación del programa

Las razones que justifican la necesidad de diseñar y poner en marcha un programa de intervención que aborde la adicción a las TIC sobre la población escogida, son varias: En primer lugar, hoy en día la mayoría de los programas de intervención están destinados a la población infantil-adolescente (Rodríguez Torres y Carbonell, 2017; Sánchez Pardo, Benito Corchete, Serrano Badía, Aleixandre Benavent, y Bueno Cañigral, 2018; Solera, Gutiérrez, y Prieto, 2014). Por otro lado, existe una escasez de recursos y herramientas para la población general y, específicamente para los adultos, que presenta esta adicción.

Con este programa de intervención se busca dar respuesta a esta necesidad que, en la mayoría de las veces, pasa desapercibida o camuflada con otras problemáticas.

Objetivos

Objetivos generales

- Llevar a cabo un tratamiento para la adicción a las TIC que permita la reducción del tiempo de uso de estos dispositivos, así como un uso responsable.

Objetivos específicos

- Evaluar la adicción a las TIC
- Motivar a los sujetos para la toma de conciencia y resolución del problema
- Aumentar los conocimientos sobre las consecuencias físicas y psicológicas del uso abusivo de las TIC
- Enseñar a manejar el *craving*
- Desarrollar las habilidades sociales del sujeto
- Desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas
- Prevenir posibles recaídas

Justificación de los objetivos específicos

La intervención psicológica para las adicciones está basada en siete áreas:

- Evaluar la adicción de cara a conocer cual es el estado actual del sujeto, su nivel de afectación y confirmar o descartar la existencia de patologías comórbidas. Este primer objetivo es fundamental que sea realizado por dos motivos: por un lado, de cara a poder establecer un tratamiento acorde a las necesidades del paciente, pues

carece de sentido aplicar este programa de intervención en sujeto que no presentan una adicción a las TIC. Por otro lado, la información recabada servirá como línea base para confirmar que la intervención ha dado resultado.

- Motivar al sujeto para hacer frente a la problemática y asegurar la adherencia al tratamiento. Este aspecto es de vital importancia y estará presente a lo largo de toda la intervención con el objetivo de asegurar la permanencia del sujeto en el programa, así como a evitar la reaparición del estilo de vida anterior a la intervención (Becoña Iglesias et al., 2011; Gañán Díaz, Losada González, Navarro Leis, y Martín del Moral, 2009).
- Aumentar los conocimientos sobre las consecuencias físicas y psicológicas por medio de la psicoeducación, de forma que se ofrezca información acerca de diversos aspectos relacionados con la problemática, como, por ejemplo, qué es exactamente la adicción, cuales son las consecuencias de esta, el pronostico o cual debe ser el rol de las familias y allegados.
- Reaprendizaje de la conducta, referido tanto al control estimular de aquellas situaciones que se asocien al descontrol de la conducta, como a la posterior fase de limitación del tiempo de uso. De esta forma, se permite que el sujeto comience a utilizar estas nuevas tecnologías de una forma responsable y adaptativa (Mora Mínguez et al., 2015).
- Aprender a controlar el *craving* que lleva al uso de las TIC de forma impulsiva y sin control. Al ofrecer al sujeto herramientas con las que manejar este malestar se logra que el sujeto tenga menos tendencia a dejar el tratamiento y recaiga en la adicción como forma de aliviar el malestar (González Salazar, 2009).
- El entrenamiento en habilidades sociales también debe constituir un área sobre el que trabajar, en especial en aquellos sujetos que muestren niveles bajos de sociabilidad para perseguir un doble objetivo: por un lado favorecer la relación social más allá del uso de las TIC y aumentar las interacciones gratificantes (Gañán Díaz et al., 2009). Además, se entrenarán también en habilidades de afrontamiento adaptativos de cara a ofrecer a los sujetos nuevas formas de abordar futuras problemáticas, alejándolos de patrones conductuales disfuncionales y que se relacionen con la adicción, como pueden ser estrategias de evitación y/o escape.
- La prevención de recaídas es uno de los pilares básicos que se deberá trabajar para asegurar la eficacia del tratamiento a largo plazo puesto que estas situaciones son,

desde el punto de vista del adicto, como fenómenos que le sobrepasan y que escapan de su control (Castilla Carramiñana, 2016 ;Sánchez-Hervás, Tomás Gradolí y Marales Gallús, 2004). Cabe señalar que la recaída no debe considerarse como un suceso puntual sino más bien como un continuo que comienza con el cambio del estilo de vida adquirido durante la intervención y que acerca, cada vez más y paulatina e inadvertidamente, al sujeto a situaciones de riesgo para recaer en la conducta adictiva (Gañán Díaz et al., 2009).

Diseño del programa

Descripción general del programa

El presente programa de intervención está diseñado para realizarse como sesiones terapéuticas grupales de 3 horas de duración. Las sesiones se dividirán en dos partes de 75 minutos cada una con un descanso de 30 minutos. Al final de cada sesión, se concederán 15 minutos para resolver las dudas que puedan surgir, así como para plantear las posibles tareas a realizar antes de la siguiente sesión.

La población objetiva de este programa de intervención está basada en hombres y mujeres de entre 25 y 54 años. Este programa de intervención grupal está pensado para trabajar con un máximo de 10 personas por grupo.

Criterios de inclusión

Podrán participar en el presente programa de intervención aquellos sujetos que tengan entre 25 y 54 años y cumplan con los siguientes criterios:

- Hagan un uso aproximado de las TIC durante más de 60 horas a lo largo de la semana y durante al menos 8 semanas. Para esto, se recurrirá a la información que aporte el sujeto bajo tratamiento y sus allegados.
- Mientan y/o oculten el total de horas que usan las TIC.
- Antepongan el uso de las TIC a las realización de otro tipo de actividades.
- El uso de las TIC ha generado otro tipo de patologías físicas o psicológicas.
- Puntuaciones de riesgo en cualquier área de MultiCage-TIC (Pedrero-Pérez et al., 2018).

Consideraciones generales

El terapeuta debe indicar cual es el objetivo de cada sesión justo antes de empezar.

Es posible que haya sujetos que no estén dispuestos a cooperar y/o no cumplan con las tareas y autorregistros que se les pidan realizar en casa. En estos casos, el o la terapeuta deberá hablar en privado con el sujeto y tratar de hacerle ver la importancia de cumplir con el tratamiento. Si, pese a haber hablado con él o ella en privado su conducta no cambia, es necesario que se reflexione acerca de si es el momento de participar en una terapia como esta y si fuera más conveniente llevarla a cabo de manera individual o más adelante.

Por otro lado, es necesario que el terapeuta refuerce positivamente aquellas conductas que supongan un acercamiento en la consecución de los objetivos del programa.

Por último, no debe olvidarse que todas las actividades están destinadas a cumplir con los objetivos propuestos anteriormente (Anexo 1)

Técnicas de evaluación inicial

Para la realización de esta primera evaluación inicial, tal y como se detalla en la primera sesión, se hará uso de algunos instrumentos de evaluación psicológica que son necesarios abordar. A continuación, se detalla en qué consisten, como se realizan, así como la fiabilidad y validez de cada uno de ellos:

El primero de los instrumentos de los que se hace uso es el MultiCage-TIC (Pedrero-Pérez et al., 2018) formado por 5 escalas que abarcan el uso de internet, móvil, videojuegos, mensajería instantánea y redes sociales (anexo 2). Este instrumento es una versión adaptada del MultiCage CAD-4, diseñado para cribar conductas compulsivas que se realizan o no bajo los efectos de las drogas. Este instrumento contiene 4 preguntas por cada escala que se deben evaluar de forma dicotómica (SI o NO) y que evalúan:

1. Una estimación del exceso de uso
2. Una estimación de otros significativos
3. La dificultad para no realizar dicha conducta
4. La dificultad para interrumpir voluntariamente la conducta

Tras la administración del cuestionario, se obtiene una puntuación en función del tipo de uso que hace el sujeto de las TIC, de esta forma se obtiene:

- El sujeto no hace un uso de riesgo ni problemático cuando, en una misma categoría, se responde afirmativamente a uno o ningún ítem.
- El sujeto hace un uso de riesgo si, en una misma categoría, responde afirmativamente a dos ítems.

- El sujeto hace un uso problemático si, en una misma categoría, responde afirmativamente a tres o cuatro ítems.

El MultiCage-TIC presenta una consistencia interna positiva, menos en el caso de la escala de móvil, donde la consistencia interna sigue siendo buena, pero menor que en el resto ($>.70$). En cuanto a su validez, no hay estudios disponibles sobre esta versión, pero sí para su predecesor, el cual demuestra que la interpretación es correcta (Rodríguez Monje et al., 2018).

Además de MultiCage-TIC, se administrará el instrumento *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45) (Davison et al., 1997,) un autoinforme de síntomas psicopatológicos. Este instrumento es una evolución de su predecesor, el SCL-90, pues permite evaluar las mismas escalas con menos ítems. Además, busca evitar el solapamiento y las correlaciones que existen entre las escalas del SCL-90 (Sandín, Valiente, Chorot, Santed, y Lostao, 2008).

El SA-45 está formado por 45 preguntas que se agrupan en 9 escalas psicopatológicas (depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, psicoticismo, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica e ideación paranoide) (anexo 3) y se responde por medio de una escala Likert que oscila entre nada en absoluto (0) y mucho o extremadamente (4).

Este instrumento ha sido ampliamente estudiado y adaptado para diversas poblaciones, además de servir como referente en la comprobación de la validez de otros instrumentos (Alvarado, Sandín, Valdez-Medina, González-Arratia, y Rivera, 2012; Durao, Ungaretti, Genise, y Etchezahar, 2019; Ramos, Romero, y Blanco, 2013). La consistencia interna del SA-45 es buena, presentando un alfa de Cronbach igual o mayor a $.80$ en su totalidad salvo en la escala de psicoticismo donde es $.70$. Por último, en lo que respecta a la validez, el SA-45 presenta una buena validez convergente y discriminante (Sandín et al., 2008)

Técnicas de intervención

A lo largo de la intervención se hará uso de una serie de técnicas psicológicas destinadas a trabajar las áreas anteriormente señaladas y los objetivos específicos del programa. A continuación, se detalla cual es la justificación y utilidad de cada una de esas técnicas:

- La psicoeducación es un medio mediante el cual se ofrece información acerca de la patología o problemática que presente el sujeto a la vez que trate de producir una modificación en la conducta o actitud del sujeto de forma que se produzca una

mejor adaptación a la enfermedad y al proceso de intervención (Colom, 2011). Además, esta técnica también está destinada a la familia y conocidos, pues a menudo desconocen la patología o problemática en profundidad, no saben cómo pueden abordarla y se preocupan constantemente por el sujeto. Todo esto actúa como fuente de malestar y puede influir en el tratamiento. Con la psicoeducación también se pretende reducir la preocupación y ansiedad de los allegados del paciente y mejorar la relación y confianza paciente-familia (Marcos Sierra y Garrido Fernández, 2009). Esta técnica ha sido ampliamente estudiada en una gran variedad de patologías como esquizofrenia, depresión o estrés del cuidador (Bonoso García y del pino casado, 2018; Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017; Zapata Ospina, Rangel Martínez-Villalba, y García Valencia, 2015).

- El control y programación de las actividades es un aspecto fundamental que se debe trabajar en pos de reducir el tiempo de uso de las TIC. Para ello, se hará uso de una serie de aplicaciones que permitan controlar el total de horas que se usan los dispositivos al cabo de la semana, y si fuese necesario, restringir su uso. Por otra parte, al reducir el tiempo de uso de estos dispositivos y permitir que el sujeto haga otras actividades gratificantes, aumentamos las fuentes de refuerzo que son ajenas a la adicción (González Salazar, 2009).
- Las técnicas de distracción, como su nombre indica, buscan distraer al sujeto de un pensamiento, sentimiento o conductas determinados. En este caso, están destinadas a favorecer el control del *craving*, pues lo que se busca es que el sujeto deje de focalizarse en el malestar que siente, y se concentre en otro tipo de estimulación (González Salazar, 2009; Martínez González y Verdejo García, 2011).
- El debate de las ideas irracionales y la sustitución de estas por otras ajustadas a la realidad también forma parte del proceso con el que se trabaja el control del *craving*. Esta técnica busca disminuir el malestar de este fenómeno pero de un modo distinto a las técnicas de distracción, pues en lugar de modificar el foco atencional del sujeto, abordan el *craving* desde esa modificación de las creencias del sujeto (Martínez González y Verdejo García, 2011).
- La relajación diferencial, una modificación de la relajación progresiva, se utiliza de manera complementaria a las técnicas anteriormente expuestas para el control del *craving* y como método de relajación ante situaciones estresantes. Se ha

optado por la relajación diferencial por ser una técnica cuya aplicación puede realizarse en distintos ambientes y no requieren de una postura determinada como la originaria relajación progresiva (Díaz, Villalobos, y Ruíz, 2012; González Salazar, 2009).

- El desarrollo de habilidades de afrontamiento está destinada a trabajar la capacidad del sujeto para resolver problemas. El objetivo de esta técnica no es otro que el de reducir la posibilidad de una futura recaída (Puerto Barrena y Barrena González, 2014).
- El desarrollo de las habilidades sociales y de comunicación también están destinadas a trabajar la prevención en recaídas. Con esta técnica se busca entrenar la comunicación verbal y no verbal así como los distintos estilos comunicativos de forma que, a la vez que se trabaja la prevención de recaídas, se mejoren las relaciones sociales y fomentar la aparición de otros reforzadores no relacionados con la adicción (Puerto Barrena y Barrena González, 2014).

Desglose de sesiones

Primera sesión.

Esta primera sesión, de manera excepcional se llevará a cabo individualmente. El objetivo de esto no es otro que el poder realizar una evaluación inicial a cada uno de los miembros de la intervención.

Al principio de la sesión, se procederá a recoger datos básicos acerca de cada uno de los sujetos, tales como nombre completo, sexo, edad, estado civil, nivel de estudios... Posteriormente, se indagará acerca de cuál es el motivo de consulta y si vienen por propia iniciativa o no. Tras esto, se le explicará en qué consiste el programa de intervención y cuál es el objetivo de esta primera sesión.

Otro de los aspectos que el o la terapeuta deberá indagar es acerca de cuál es el motivo por el que el sujeto quiere inscribirse en este programa y cuáles son sus objetivos.

Además, para recabar más información relevante, se administrarán los siguientes instrumentos de evaluación:

- MultiCage-TIC (Pedrero-Pérez et al., 2018), que permite conocer si el sujeto hace un uso problemático, de riesgo o no problemático de alguna TIC.

- *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45) (Davison et al., 1997), una versión modificada del SCL-90, que permite conocer la presencia o no de síntomas psicopatológicos.

Segunda sesión.

Esta segunda sesión tiene dos objetivos: por una parte, trabajar la cohesión grupal y la adherencia al tratamiento y por otro trabajar la psicoeducación con respecto a la adicción. Por ello, la primera parte de la sesión se destinará a que los miembros del programa se presenten y conozcan entre ellos así los motivos que los han llevado a este programa.

Posteriormente, se permitirá un descanso de 30 minutos durante los cuales el terapeuta podrá interactuar con el resto de los participantes, pero prestando especial atención a las conductas que puedan ser relevantes en un futuro (signos de *craving*, uso del teléfono móvil u otro dispositivo...).

Tras esta pausa, los 75 minutos restantes de la sesión se dedicarán a un primer acercamiento hacia la adicción a las TIC y cuáles son los signos de que se padecen. Con esto, se busca concienciar al sujeto acerca de la problemática que padece e ir asentando las bases de las futuras sesiones.

Tercera sesión.

La tercera sesión está destinada a dar una visión más ajustada sobre los objetivos del tratamiento a los sujetos, así como instruirlos en el uso de técnicas de autorregistro para poder establecer una línea base de la que partir.

Al inicio de la sesión, se destinarán 15 minutos para realizar un pequeño resumen de la anterior sesión y resolver las incertidumbres que hubieran surgido.

Posteriormente, se debatirá con los participantes cuales creen que son los objetivos de este programa y se contrastarán con los objetivos reales. También se aprovechará para comenzar a desmentir falsas creencias que puedan tener acerca del uso de las nuevas tecnologías.

Tras esto, se comenzarán a establecer las normas que se deberán cumplir a lo largo del programa. Estas normas están destinadas a asegurar que el programa se desarrolla con normalidad y a evitar la aparición de conductas que afecten a los objetivos de este. Por este motivo, el terapeuta establecerá una serie de normas “básicas” y, adicionalmente, podrá

acordar con el resto de los integrantes otras que aseguren el correcto desarrollo del programa. Dichas normas básicas son las siguientes:

- Se deberá ser puntual con los inicios de las sesiones de cara a asegurar el correcto desarrollo de estas.
- No está permitido el uso de dispositivos TIC durante la sesión ni en los descansos
- Es fundamental respetar los turnos de palabra, así como la diversidad de opiniones que puedan surgir durante los diálogos.
- La realización de las “tareas para casa” así como de los autorregistros es fundamental para alcanzar los objetivos propuestos por el programa.

Pasados estos primeros 75 minutos, se dará un descanso de 30 minutos. En caso de que el terapeuta observe que algún sujeto incumple algunas de las normas establecidas, deberá intervenir y explicarle que es necesario que se sigan las normas establecidas para poder alcanzar los objetivos del tratamiento.

Tras este descanso, se comenzará a instruir a los sujetos en las técnicas de autorregistro. Para ello, se puede usar un modelo de ejemplo (Anexo 4) y se les especificará que no se busca un autorregistro perfecto sino uno realista pues el objetivo es tener información realista acerca del uso de los distintos dispositivos. Además, para facilitar esta labor, se hará uso de diversas aplicaciones que permiten monitorizar el uso del teléfono móvil y del ordenador, indicando el número de horas al día, que aplicación se usa e incluso permitiendo restringir su uso como, por ejemplo, ActivityWatch para el seguimiento del uso del ordenador (Erik Bjäreholt, 2019) y Quantum: Tiempo de uso (Peak Pocket Studios, 2019) para dispositivos móviles y *tablets*. Por otro lado, se les indicará que, conforme el tiempo de uso de estos dispositivos se vaya reduciendo, tendrán más tiempo “libre” o con el que no sabrán que hacer. Por este motivo, se les instará a que realicen otras actividades que les resulten gratificantes.

Para terminar, se destinarán los últimos 15 minutos a resolver dudas y a instarles a que comiencen a trabajar en el autorregistro del tiempo de uso.

Cuarta sesión.

Esta sesión está destinada a trabajar la motivación de los integrantes del grupo de intervención. Para ello, durante la sesión, el terapeuta trabajará la automotivación y explorará los valores subyacentes a la motivación para el cambio de cada uno de los sujetos.

Al comienzo de la sesión, se destinarán 15 minutos al revisado de los autorregistros y a resolver las posibles preguntas que puedan surgir.

Tras esto se dedicará la totalidad de la sesión a trabajar con los pacientes el autodescubrimiento de los valores y motivos subyacentes a la motivación para el cambio, así como a explorar las posibles resistencias y puntos fuertes de cada uno de los participantes. También se fomentará la expresividad emocional. Para llevar a cabo todo esto, el terapeuta comenzará por realizar una matriz de análisis emocional (anexo 5), una tabla en la que se recogerán el componente cognitivo, emotivo, conductual y fisiológicos de cada paciente en cuanto a como se perciben a sí mismos. Esto permitirá conocer si existen o no distorsiones en el sujeto. Los componentes de la matriz son:

- El componente cognitivo va a revelar información relacionada con el autoconcepto, la cual aportará información para las futuras sesiones de análisis de ideas irracionales.
- El componente afectivo se obtiene de responder a la pregunta “¿Cómo me siento?” Está relacionado con la autoestima y a partir de aquí se deberán trabajar la aceptación de los logros, asumir la responsabilidad y aceptar la frustración y los posibles errores. Es importante que el o la terapeuta preste especial atención a este componente puesto que todos estos aspectos pueden tener un impacto significativo en el transcurso del programa. Al explorar este aspecto de los sujetos, es posible que surjan dificultades a la hora de expresar las emociones, por lo que si esto ocurriese el terapeuta deberá adoptar un papel más activo, recalando que no existen críticas ni juicios sobre los sentimientos de los otros, pero que es importante reconocer y expresar dichos sentimientos de cara a hacerles frente.
- El componente conductual se obtiene de responder a la pregunta “¿Cómo actúo?” y está referido a la autoeficacia. Este aspecto de la matriz aporta información acerca de como la persona considera sus acciones y puede ser útil en futuras sesiones cuando se lleve a cabo las sesiones de análisis de ideas irracionales.
- El componente fisiológico se revela al responder a la pregunta “¿Cómo me siento?” y se refiere al nivel de activación del organismo. No se debe confundir con el aspecto emocional, pese a que se obtiene de responder a la misma pregunta, ya que uno se

centra en las emociones y otro en la sensaciones fisiológicas. Este aspecto será útil en futuras sesiones cuando el sujeto deba poner en marcha las estrategias de relajación aprendidas.

Al finaliza el análisis de la matriz, el terapeuta tendrá información suficiente en cuanto a puntos fuertes y a las posibles resistencias que pueden surgir de cada uno de los sujetos. Es importante que el terapeuta tenga en cuenta estas resistencias en futuras sesiones y que alabe los puntos fuertes que se hayan podido descubrir a lo largo de la sesión.

Antes de finalizar la sesión, se dedicarán los últimos 15 minutos a resolver los problemas que puedan surgir, a instar a los pacientes a que continúen realizando los autorregistros y a recalcar la importancia de continuar con el seguimiento del tiempo de uso de las TIC.

Quinta sesión.

El objetivo en esta sesión es aportar conocimientos acerca de la problemática por medio de la psicoeducación. Si bien es cierto que en anteriores sesiones se han definido los conceptos básicos relacionados con la adicción, es durante esta sesión cuando verdaderamente se instruye a los pacientes y sus familiares acerca de las consecuencias de la adicción. La importancia de que durante esta sesión estén presentes los familiares no es otra que la de concienciarlos también a ellos sobre todo el espectro de consecuencias positivas y negativas que tiene esta adicción e informarles sobre la misma.

Antes de comenzar la sesión, se destinarán los primeros 15 minutos a responder dudas de la sesión anterior y a comprobar los autorregistros de los participantes.

Tras esto, se comenzará a trabajar, por medio de la psicoeducación, los contenidos relacionados con el uso de las TIC, cómo distinguir el uso desadaptativo del adaptativo y cuáles son los beneficios de su buen uso y cuáles son las desventajas y consecuencias del uso inadecuado, abarcando desde problemas físicos como daños oculares, problemas musculares o sedentarismo, pasando por las consecuencias psicológica como problemas en la higiene del sueño, patologías alimenticias o cambios en el estado anímico, y sin olvidar las consecuencias sociales como el aislamiento o conflictos familiares. Para ello, el o la terapeuta realizará una exposición en la que aborde estos detalles. De manera complementaria, se visionará el documental *Adictos a las Pantallas* (Moreira y Flaux, 2018).

Tras estos primeros 75 minutos se darán 30 minutos de descanso.

Al terminar este descanso, los 75 minutos restantes, se destinarán a resolver todas las cuestiones que surjan y se detallarán los posibles síntomas que puedan aparecer durante la privación y/o disminución del tiempo de uso de las nuevas tecnologías, así como las formas de trabajar con ellos. Además, se reiterará, tanto a los sujetos como a sus familiares, la importancia de realizar actividades gratificantes distintas al uso de las TIC para favorecer la reducción del tiempo de uso de estas.

Para finalizar, se destinarán los últimos 15 minutos a resolver aquellas cuestiones que se planteen.

Sexta sesión.

El objetivo de esta sesión es trabajar el manejo del *craving* mediante estrategias cognitivo-conductuales. Para esta tarea se destinan varias sesiones para asegurarnos que todos los sujetos disponen de las herramientas necesarias para hacer frente al *craving* y que son capaces de aplicarlas correctamente.

Los primeros 15 minutos de la sesión se destinará a recoger los autorregistros de la semana anterior, así como a resolver todas las dudas que planteasen los participantes. Tras esto, se comenzará a trabajar en las estrategias cognitivo-conductuales.

La primera de las técnicas que se aprenderá a manejar es la técnica de distracción. En primer lugar, se instruirá a los pacientes en para que conozcan en qué consiste esta técnica y el porqué de su funcionamiento. Una vez realizado esto, se les enseñará cómo utilizarla. Para ello, el terapeuta realizará una demostración en la sala de la siguiente manera:

“Esta técnica consiste en buscar una manera de cambiar el foco atención de aquellos pensamientos y sensaciones relacionados con la conducta que estamos trabajando hacia otro que disminuyan los deseos de llevarlas a cabo. Esto se puede conseguir de varias formas: ya sea alejándonos del lugar, por ejemplo, salir del cuarto donde esté el ordenador; o centrando nuestra atención en los elementos que haya a nuestro alrededor, comenzando por aquellos elementos que se aprecian a simple vista para luego ahondar en los detalles, por ejemplo, en la sala hay 10 mesas y sillas, la pared de la habitación es de color blanco y tiene dos ventanas a través de las que se ve el jardín...”; también podemos iniciar una conversación con un familiar/amigo o hacer alguna actividad que nos guste. Todas estas técnicas las podemos combinar entre sí si por separado no fuesen suficientes para reducir el malestar”.

Tras explicar cómo se realiza esto, se permitirá un descanso de 30 minutos para luego dedicar el resto de la sesión a que todos los miembros del grupo practiquen esta técnica y la expongan delante del resto de compañeros.

Para finalizar la sesión, se responderán las preguntas que puedan haber y se pedirá que pongan en práctica esta técnica antes de la siguiente sesión.

Séptima sesión.

Durante esta sesión se continuará trabajando el *craving* que manifiesten los sujetos por medio de técnicas cognitivo-conductuales.

Los primeros 15 minutos de la sesión se destinarán a resolver los problemas que hayan podido surgir desde la anterior sesión y a recoger los datos de los autorregistros.

Tras esto, se comenzará a trabajar en el debate de las ideas irracionales. En primer lugar, es necesario que el o la terapeuta defina qué es una idea irracional y ofrezca algunos ejemplos que permitan comprender mejor este concepto. Posteriormente, se procede a examinar aquellas necesidades o imperativos que se autoimponen ante determinados sucesos externos y que generan un malestar significativo. Una vez identificada una de estas ideas, se procede a debatirla con el grupo, proponiendo, si fuese necesario, tareas para casa que permitan valorar estas ideas de forma realista.

Para finalizar la sesión, se procederá a resolver todas las dudas que se planteen y se pedirá a todos los sujetos que completen el autorregistro proporcionado (Anexo 6) acerca de las ideas irracionales que hayan podido surgir para continuar en la siguiente sesión trabajando.

Octava sesión.

En esta sesión se continuará trabajando las ideas irracionales y el *craving*.

Los primeros 15 minutos de la sesión están destinados a dar respuestas a los interrogantes y problemas que hubiesen surgido y a recoger los datos de los autorregistros.

Tras esto, se procederá a discutir las ideas irracionales que hayan surgido y a sustituirlas por otras más realistas. Para ello, el terapeuta deberá llevar a cabo un proceso de diálogo y debate con los participantes. Es importante que el terapeuta se apoye en 3 pilares básicos:

1. La evidencia. Es un aspecto fundamental a la hora de rebatir un pensamiento. Si preguntamos “¿Qué pruebas tenemos de...? O ¿es un hecho probado?”

rápidamente se podrá llegar a la conclusión de que muchas de estas ideas irracionales son completamente falsas.

2. La gravedad o el impacto. En muchas situaciones, el pensamiento o idea irracional irá dirigida hacia las consecuencias de realizar o no una conducta. Sin embargo, cuando se hacen preguntas como “¿Qué pasaría si eso ocurriera? O ¿Cuánto verdaderamente me afectaría si ocurriese?” a menudo se concluye que realmente no tendría un impacto significativo o que, de tenerlo, este será mínimo.
3. El beneficio o la utilidad. Cuando se exploran cuáles son los efectos de pensar de una determinada forma o cuales son las implicaciones de un pensamiento determinado, a menudo se llega a la conclusión de que verdaderamente esa forma de pensar no es beneficiosa, sino todo lo contrario, es el problema o al menos parte de él.

Es importante que el o la terapeuta no caiga en el error de considerar “absurdo” o menospreciar un pensamiento y trate de realizar un argumento o un debate apresurado, sin comprobar que verdaderamente el sujeto ha aceptado la alternativa que se le propone. De lo contrario, dicha idea irracional seguirá presente en el individuo y será fuente de malestar.

Para finalizar esta sesión, se pedirá a los sujetos que continúen registrando este tipo de ideas, y que esta vez sean ellos mismos lo que comiencen a asignar creencias más ajustadas a la realidad.

Novena sesión.

El objetivo de esta sesión es desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas con el objetivo de que la adicción deje de ser un medio de escape y/o evitación.

La sesión comenzará dedicando 15 minutos a resolver todas aquellas dudas y problemas que hubiesen surgido y a recoger los autorregistros de tiempo de uso de los dispositivos. Tras esto, se dedicarán otros 30 minutos a hacer un seguimiento a las ideas irracionales que se hayan ido registrando desde la última sesión.

Una vez realizado esto, los siguientes 25 minutos se dedicará a explicar a los miembros en que consiste la orientación hacia el problema y como las emociones se ven involucradas.

Pasados esos 25 minutos se dejarán 30 minutos de descanso

En la segunda etapa de la sesión, se procederá a abordar los estilos de solución de problemas. Se comenzará explicando cuáles son los distintos tipos y se pedirá que piensen y reflexionen acerca de cuál es el estilo que ellos consideran que tienen.

A continuación, el o la terapeuta se dedicará a trabajar la correcta orientación del problema. Para ello, se hará hincapié en que antes de tratar de dar solución a un problema, se debe tener una actitud proactiva y positiva hacia el problema, con creencias positivas de autoeficacia y teniendo en consideración los puntos fuertes de cada uno de los sujetos. Además, se trabajará como se debe definir un problema. Para ello, se pedirá a los participantes que comenten una situación vivida en la que se hallasen ante una problemática sin estar seguros de cómo actuar y, a partir de ella, se trabajaran estos aspectos.

Los últimos 15 minutos de la sesión se destinan a resolver todas las preguntas que surjan y a pedir a los sujetos que anoten situaciones en las que hayan tenido que afrontar y cómo fue su orientación hacia ellas.

Décima sesión.

El objetivo de esta sesión es continuar con el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Los primeros 15 minutos se dedicarán a resolver las preguntas que se planteen, así como a resolver alguna creencia irracional y a recoger los autorregistros de la semana.

Tras esto, la primera parte de la sesión se dedicará a la generación de soluciones alternativas. Para ello, se seleccionarán algunos de los problemas que hayan recopilado los asistentes y se utilizarán estos como ejemplos. Una vez generadas estas posibles soluciones, se trabajará la toma de decisiones. Aquí se especificará si la solución propuesta es realista o no, los costes y beneficios, las consecuencias a corto y largo plazo y el impacto que tendrá en nosotros y en los demás. Una vez hecho esto, se deberá decidir si la solución elegida es capaz de resolver el problema, si es necesario combinar varias soluciones o si se necesita seguir explorando el problema y otras posibles soluciones. Para ello, se facilitará el uso de una tabla que permita recoger todos estos aspectos con facilidad (Anexo 7). Una vez recogidos dichos datos, se especificará que estas soluciones deben llevarse a cabo y comprobar si verdaderamente resuelven el problema o no. En caso de que no se haya resuelto, se vuelve a definir el problema y a buscar nuevas soluciones alternativas.

A continuación, se expone una situación hipotética y como se debería llevar a cabo la sesión:

“...Bien, entonces hemos acordado que el problema es que tienes una reunión muy importante mañana y que deberías prepararla. Sin embargo, tienes varias tareas más y te sientes desbordado. Pensemos algunas soluciones:

- *Dedicar todo el día a jugar con el móvil, ver redes sociales o cualquier otra cosa que me distraiga del malestar y mañana ya se verá que ocurre.*
- *Pedir ayuda a un compañero para preparar la reunión*
- *Pasar toda la noche trabajando y preparando la reunión, sin importar el tiempo que pase despierto ni si mañana estaré demasiado cansado o no*
- *Comenzar a trabajar ahora mismo en estas tareas y evitar utilizar dispositivos que me distraigan para ser lo más productivo posible.*

Ahora que tenemos distintas posibilidades, vamos a tratar de evaluar si son o no verdaderamente soluciones. Para ello, vamos a rellenar la tabla de valoración y podremos decidir qué solución o soluciones debemos llevar a cabo”.

Tras esto, se permitirá 30 minutos de descanso.

La segunda parte de la sesión se destina a continuar trabajando esto con las situaciones que cada uno haya ido recogiendo y se pondrán en común para asegurar que todos los sujetos han asimilado estas técnicas.

Por último, se emplearán los 15 minutos finales a resolver dudas y se pedirá a los sujetos que registren situaciones problemáticas que les ocurran y las soluciones alternativas, así como su valoración y puesta en práctica.

Undécima sesión.

Esta sesión tiene dos objetivos, en primer lugar, se trabajará el desarrollo de habilidades sociales y, posteriormente, el entrenamiento en relajación con el que se continuará trabajando el manejo del *craving*.

Al igual que en las sesiones anteriores, se destinarán los primeros 15 minutos a resolver los interrogantes y a recoger los autorregistros. Posteriormente, se dedicarán otros 15 minutos a revisar las situaciones problemáticas que hayan recopilado desde la sesión anterior y a debatir las soluciones alternativas, así como la eficacia de estas.

Una vez hecho esto, los 40 minutos restantes de la primera parte de la sesión se destinan a trabajar las habilidades sociales. Para ello, se comenzará explicando cuáles son los tipos de estilos de comunicación y cuáles son los elementos verbales y no verbales que se dan durante la comunicación. Una vez explicado esto, el terapeuta pondrá un marcha un ejercicio de *Role-playing* donde se ejemplifique estos distintos estilos de comunicación. Este ejercicio consistirá en exponer diversas situaciones en las que una persona actúe de manera asertiva, agresiva y pasiva.

Tras esto, se dará un descanso de 30 minutos.

Tras esta pausa, los siguientes 40 minutos de la sesión se destinarán a identificar cuáles son las consecuencias de uno y otro estilo de comunicación y se pedirá a los sujetos que lleven a cabo un *role-play* en el que uno de ellos tendrá un estilo de comunicación asertiva y otro agresiva para asegurar que se han asimilado los conceptos.

Los próximos 30 minutos se destinarán a trabajar la relajación diferenciada, con el objetivo de que aprenda a tensar y destensar músculos de los brazos y la mano pues son los que están involucrados principalmente con la adicción a las TIC. Para ello, se explicará, primero, en que consiste la relajación y cuáles son los efectos positivos de esta técnica. Tras esto, se comenzará a hacer ejercicios de tensión y relajación de los músculos relacionados con el uso de las TIC, entre los que se encuentran los grupos musculares de las extremidades superiores, la espalda y el cuello.

Para finalizar, se dará respuesta a los problemas que puedan tener y se pedirá que, hasta la siguiente sesión, practiquen la relajación diariamente y que anoten situaciones en las que hayan utilizado los distintos estilos de respuestas y el impacto que tuvo.

Duodécima sesión.

Durante esta sesión se continuarán trabajando las habilidades sociales y la relajación.

Los primeros 15 minutos de la sesión están destinados a recoger los autorregistros del tiempo de uso de los dispositivos y a solucionar los posibles problemas que hubiesen podido surgir.

Después, se destinarán 55 minutos a repasar las situaciones que hayan recogido desde la sesión anterior y a continuar trabajando los estilos de respuestas mediante *role-play*.

Al terminar estos 55 minutos, se permitirá un descanso de 30 minutos.

Tras el descanso, se seguirán realizando ejercicios de relajación de los grupos musculares relacionados con la adicción, al igual que se realizó en la sesión anterior.

Por último, se destinarán 15 minutos a resolver dudas y se pedirá que continúen practicando estos ejercicios todos los días hasta la siguiente sesión.

Decimotercera sesión.

El objetivo de esta sesión es realizar un ejercicio de observación de la mejoría alcanzada por los integrantes del grupo con el fin de aumentar la motivación, hacerlos conscientes de su propio progreso y animarlos para que continúen usando las técnicas aprendidas. Además, también se comenzará a trabajar la prevención de las recaídas de cara a afrontar las últimas sesiones.

Al comienzo de la sesión, se dedicarán 15 minutos a resolver los posibles problemas que surjan y a recoger los autorregistros de los dispositivos desde la última sesión.

A continuación, se dedicará la primera parte de la sesión a repasar todos los contenidos que se han abordado durante todo el programa, comenzado por la psicoeducación y pasando por las ideas irracionales para llegar a la relajación y los estilos de comunicación. Para acabar esta primera parte, se pedirá a los sujetos que hagan una pequeña reflexión de como creen que han ido evolucionando.

Tras esto, se permitirá un descanso de 30 minutos.

Tras el descanso, se comenzará a trabajar la prevención de recaídas. Para ello, se explicará en que consiste una recaída y cuál es la diferencia entre caída y recaída. Además, se hará hincapié en que la recaída es parte del proceso y en que no debe ser visto como algo humillante o negativo, así como se describirán las emociones que están asociadas a una recaída. Por último, se explicará la importancia de seguir cumpliendo y controlando el tiempo total de uso.

Para finalizar, los últimos 15 minutos se destinarán a resolver las inquietudes que se planteen durante la sesión. Además, se especificará que ya no es necesario que continúen realizando los autorregistros del tiempo de uso de las TIC.

Decimocuarta sesión.

El objetivo de esta sesión es continuar trabajando la prevención de recaídas y la autoobservación de la mejoría, así como pasar la evaluación del programa.

Antes de comenzar la sesión, el o la terapeuta deberá realizar un reporte global del tiempo de uso de las TIC de cada uno de los sujetos y de su evolución a lo largo del tratamiento, indicando el tiempo de uso general y específico de cada uno de los dispositivos (Anexo 8).

Los primeros 15 minutos de la sesión se destinarán a resolver dudas.

Tras esto, se repartirán los informes personales en los que se recoge la evolución del tiempo de uso de cada sujeto y se procederá a comentar cómo ha ido disminuyendo, así como las sensaciones que han tenido a lo largo del tratamiento. Tras esto, se continuará trabajando la prevención de recaídas. En esta ocasión se plantearán situaciones hipotéticas en las que los sujetos pueden verse involucrados y en los que el aumento del tiempo de uso de las TIC es un riesgo real, además de debatir cuáles pueden ser las posibles opciones de afrontamiento ante esta problemática.

Tras esto, se destinarán 30 minutos de descanso.

La última parte de la sesión está destinada a la realización de la evaluación del tratamiento por parte de los participantes. Al terminar la evaluación, se indicarán cuándo serán las sesiones de seguimiento y se les instará a continuar aplicando las técnicas aprendidas, así como a mantener la mejoría obtenida en su vida diaria.

Sesiones de seguimiento.

Estas sesiones de seguimiento se realizarán de la siguiente manera:

- 1 sesión al mes de terminar el tratamiento.
- 1 sesión a los 6 meses de terminar el tratamiento.
- 1 sesión a los 12 meses de terminar el tratamiento.

Estas sesiones están destinadas a realizar un seguimiento de los sujetos y comprobar que no ha surgido ningún imprevisto. Por otra parte, también buscaremos facilitar ese distanciamiento paulatino del terapeuta.

Este tipo de sesiones de seguimiento se busca que sean lo más dinámicas posibles, dando libertad al terapeuta para que las plantee de la forma que considere más conveniente en función de los componentes del grupo y de las circunstancias de estos.

Recursos

Durante el programa de intervención, será necesario disponer de los siguientes recursos:

- Humanos: Un profesional de la psicología para llevar a cabo el programa.
- Materiales: Será necesario disponer de sillas y mesas para cada uno de los asistentes y puntualmente, sillas adicionales para los familiares que acudan a las sesiones indicadas. Además, será necesario disponer de material fungible, un proyector y un ordenador con conexión a internet.
- Económicos: el presupuesto del programa queda recogido en Anexo 9.

Temporalización

El presente programa de intervención está destinado a desarrollarse a lo largo de 14 semanas, a razón de una sesión cada semana. El cronograma se desarrolla en Anexo 10.

Evaluación del tratamiento

Evaluación de resultados

Está destinada a comprobar que los objetivos del programa se han alcanzado satisfactoriamente. Para ello, se utilizará un diseño pre-test y post-test donde se utilizarán como medidas los datos recogidos de los autorregistros acerca del tiempo de uso de las TIC como forma de comprobar la disminución del tiempo de uso. De esta forma, se utilizarán las medidas recogidas durante las primeras semanas de tratamiento, la última semana y los informes que se recaben durante las sesiones de seguimiento.

Para complementar estos datos, también se tendrán en cuenta los resultados obtenidos en el MultiCage-TIC al comienzo de la intervención, al final y en las sesiones de seguimiento. Por último, también se utilizarán los datos obtenidos al comienzo de la intervención, al final y en las sesiones de seguimiento del SA-45.

Evaluación de contenidos

Está destinada a verificar la satisfacción de los participantes en el programa en cuanto a la labor del terapeuta, su utilidad, los contenidos trabajados y los recursos de los que se disponen. Además, el o la terapeuta deberá realizar un seguimiento para asegurarse de que en cada sesión se hayan trabajado satisfactoriamente los objetivos planteados, como fueron implementadas y las debilidades que hubiesen podido surgir a lo largo de la sesión. De esta forma, se busca disponer de un sistema por el cual se puedan realizar mejoras a corto y largo plazo en el tratamiento.

Para que el terapeuta realice dicho seguimiento, dispondrá de una hoja (anexo 11) donde deberá anotar cuáles son los objetivos que se buscan trabajar en dicha sesión y si se han

cumplido o no. En caso de que no se hayan alcanzado, deberá especificar el motivo para tratar de darle solución en futuras sesiones.

Por último, los pacientes deberán cumplimentar una encuesta de satisfacción *ad hoc* sobre el programa, y en la que podrán realizar sugerencias de mejoras (anexo 12).

Conclusiones

La expansión de las nuevas tecnologías a lo largo de nuestro día a día es un hecho que no puede negarse y las repercusiones que tiene sobre nosotros como individuos y sobre nuestra sociedad son cada vez más notorios. En la actualidad, esa expansión se traduce en el “internet de las cosas” o 5G, tecnología mediante la cual se busca que todos los objetos de la vida cotidiana dispongan de algún tipo de inteligencia y estén conectados entre sí (Salazar y Silvestre, 2016). Las repercusiones que tendrá esta nueva tecnología sobre nosotros es algo que no podemos conocer a ciencia cierta, pero, si observamos la tendencia en el pasado, se aprecia que muy probablemente surgirán nuevos problemas relacionados con ellas, sobre todo en términos de dependencia y adicción.

Es cierto que están comenzando a aparecer programas de prevención y tratamiento, pero estos están enfocados a una población más joven y a la que consideran “más vulnerable”, olvidando que esa vulnerabilidad puede surgir de un proceso de aprendizaje vicario en el que imitan las conductas que sus padres, madres, tutores, hermanos mayores o allegados realizan. Con este programa se logra alcanzar un doble objetivo, por un lado, dar solución a la adicción a las TIC en la población adulta, pero al mismo tiempo se lleva a cabo una labor de prevención en los menores que puedan estar a su alrededor, pues evitamos que puedan imitar estas conductas desadaptativas que puedan observar en el domicilio.

Sin embargo, no se deben olvidar las dificultades metodológicas que han surgido a lo largo del diseño del presente programa. En primer lugar, la bibliografía que existe en cuanto a la población elegida es escasa, lo que sugiere que es necesario que se realicen futuras investigaciones con el fin de arrojar luz sobre esta problemática. A esto hay que sumarle la falta de reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias en lo referente a considerar la adicción a las TIC como un problema comportamental, así como la falta de consenso entre los autores por establecer cuáles son los aspectos englobados dentro de dicha adicción. Además, y como consecuencia de esto último, no existe una guía de intervención contrastada ni con validez empírica que establezca la dirección que deben tomar los futuros estudios en aras de solucionar esta problemática. Pese a estas dificultades, el presente programa de

intervención ofrece una forma de abordar la problemática, ofreciendo a los participantes y a sus allegados herramientas suficientes para hacer frente a la adicción.

Por último, se anima a que la investigación en las consecuencias del uso de las nuevas tecnologías aumente, especialmente en la población no infantil o adolescente. Además, es imperioso que las instituciones de salud reconozcan este problema y propongan planes de investigación e intervención; de lo contrario estamos abocados a perder mucho más de lo que la tecnología nos ha otorgado.

Referencias bibliográficas

- Alvarado, B. G., Sandín, B., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N., y Rivera, S. (2012). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales de Psicología*, 28(2), 426-433. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.148851>
- Arias Rodríguez, O., Gallego Pañeda, V., Rodríguez Nistal, M. J., y del Pozo López, M. Á. (2012). Adicción a las nuevas tecnologías. *Psicología de las adicciones*, 1, 2-6.
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., y Arias Horcajadas, F. (2011). *Manual de adicciones para Psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Bonoso García, R. M. y del pino casado, R. (2018). Intervenciones no farmacológicas para reducir la depresión, sobrecarga y ansiedad en personas cuidadoras de mayores con demencia: un metaanálisis. *Metas de Enfermería*, 21. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.21.1003081191>
- Castilla Carramiñana, P. (2016). La Prevención De Recaídas En Drogodependencias, Desde El Modelo De Marlatt. Aportaciones Desde El Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 77(2016), 109-133. <https://doi.org/10.12960/TSH.2016.0006.TRABAJO>
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147S-165S. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60200-6](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60200-6)
- Cuevas-Cancino, J. J. y Moreno-Pérez, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Davison, M. K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E. y Kane, R.

- (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.
- Deloitte. (2017). *Global Mobile Consumer Survey Spain*. Recuperado de <https://www2.deloitte.com/es/es/pages/technology-media-and-telecommunications/articles/consumo-movil-espana.html>
- Díaz, M. I., Villalobos, A. y Ruíz, M. Á. (2012). La desensibilización sistemática y técnicas de relajación. En M. Á. Ruiz Fernández, M. I. Díaz García, y A. Villalobos (Eds.), *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductual* (pp. 237-274). Desclée de Brouwer.
- Durao, M., Ungaretti, J., Genise, G. y Etchezahar, E. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Síntomas Globales Online (ESGO). *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 95. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i1.1812>
- Echeburúa, E. (1999). Modalidades de las adicciones psicológicas. En E. Echeburúa (Ed.), *¿Adicciones...sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet...* (1.^a ed., pp. 64-73). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, 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.
- 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. <https://doi.org/10.20882/adicciones.196>
- Ferre Navarrete, F., Sevilla Vicente, J. y Basurte Villamor, I. (2016). Adicciones Comportamentales y Patología Dual. *Protocolos de intervención en Patología dual*, 1-24.
- Gañán Díaz, C., Losada González, E., Navarro Leis, M. y Martín del Moral, M. (2009). Enfoques psicologicos de las drogodependencias. Abordajes terapéuticos. En *Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología y legislación* (pp. 89-105). Madrid: Panamericana.
- González Salazar, I. D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del

craving. *RET: revista de toxicomanías*, 57, 12-17. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3627227%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627227yorden=291347yinfo=link>

Hawkridge, D. (1985). *Informática y educación : las nuevas tecnologías de la información en la práctica educativa*. (Kapelusz, Ed.). BUenos Aires.

Instituto Nacional de Estadística. (2018). *España en Cifras 2018*. Madrid. Recuperado de https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2019/3/

Luque, L. E. (2010). Dependencia psicológica hacia las tecnologías de la información y la comunicación. En M. Barrón (Ed.), *Adicciones. Nuevos paraísos artificiales* (pp. 115-128). Córdoba: Brujas.

Marcos Sierra, J. y Garrido Fernández, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27, 339-362.

Martín del Moral, M., Lorenzo Fernández, P., Leza, J. C. y Ladero, J. M. (2009). *Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología y legislación* (2.^a ed.). Madrid: Panamericana. <https://doi.org/9788498351767>

Martínez González, J. M. y Verdejo García, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1), 45-52. <https://doi.org/10.20882/adicciones.166>

Mora Mínguez, F., Dolengevich Segal, H. y Quintero, J. (2015). Protocolo de tratamiento de las adicciones sin sustancias psicoactivas. *Medicine- Programa de formación médica continuada acreditado*, 11(86), 5157-5160. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.006>

Moreira, P. y Flaux, A. (2018). *Adictos a las Pantallas*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=QCTytGEFmBw>

Olivencia, M. A., Pérez, M. N., Ramos, M. B. y López, F. (2016). Personalidad y su relación con el uso versus abuso del teléfono móvil. *Acción Psicológica*, 13(1), 109-118. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/17427/16174>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1969). *WHO Expert Committee on Drug*

Dependence [meeting held in Geneva from 1 to 7 October 1968]. Genova. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40710/WHO_TRS_407.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2002). Reviewing the ICT sector definition: issues for discussion. *OCDE Publishing*, 17 April, 35.

Recuperado de

http://www.oecd.org/document/23/0,3343,en_2649_34449_33987543_1_1_1_1,00.html

Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., Pedrero-Aguilar, J., Morales-Alonso, S. y Puerta-García, C. (2018). Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): uso problemático de Internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC. *Adicciones*, 30(1), 19-32.

Puerto Barrena, F. J. y Barrena González, J. (2014). La psicología de la salud y la terapia ocupacional, pilares de la intervención en personas con conductas adictivas. *Trances. Revista de Transmisión del conocimiento educativo y de la salud*, 6(6), 373-406.

Ramos, M. A. H., Romero, A. V. y Blanco, M. del C. S. (2013). Estudio de la relación existente entre resiliencia y síntomas psicósomáticos en la población diagnosticada con enfermedad mental vs individuos mentalmente sanos. *Revista Enfermería CyL*, 5(2), 12-16. Recuperado de

<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/103>

Roblizo Colmenero, M. J. y Cózar Gutiérrez, R. (2015). Usos y competencias en TIC en los futuros maestros de educación infantil y primaria: hacia una alfabetización tecnológica real para docentes. *Píxel-Bit, Revista de Medios y Educación*, (47), 23-39.

<https://doi.org/10.12795/pixelbit.2015.i47.02>

Rodríguez Monje, M. T., Pedrero Pérez, E. J., Rodríguez Alonso, E., Fernández Girón, M., Mateo Madurga, A., Cañedo-Argüelles, C. A., ... Sanz Cuesta, T. (2018). MultiCage CAD-4: Psychometric characteristics for the screening of addictive behaviors. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 35(1), 41-46.

Rodríguez Torres, A. y Carbonell, X. (2017). Actualización y propuesta de Tratamiento de la Adicción a los Videojuegos en línea: el programa PIPATIC. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 317-336. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.159>

- Salazar, J. y Silvestre, S. (2016). Internet de las cosas. *Techpedia. České vysoké učení technické v Praze Fakulta elektrotechnická*.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V. y Marales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159-166.
[https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(04\)70159-2](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(04)70159-2)
- Sánchez Pardo, L., Benito Corchete, R., Serrano Badía, A., Alexandre Benavent, R. y Bueno Cañigral, F.-J. (2018). *Programa de prevención del uso problemático de internet y de las redes sociales «clickeando»*. Valencia.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psycothema*, 20(2), 290-296.
- Solera, E., Gutiérrez, S. y Prieto, F. (2014). Programa de prevención en la adicción a la tecnología en menores. En *XV congreso virtual de psiquiatria.com*.
- Zapata Ospina, J. P., Rangel Martínez-Villalba, A. M. y García Valencia, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 44(3), 143-149.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.03.005>

Anexo 1. Relación actividades objetivos

Sesión	Evaluación inicial	Motivación y adherencia al tratamiento	Conocimientos relacionados con la adicción.	Manejo del <i>craving</i>	Desarrollo de habilidades de habilidades sociales	Desarrollo de habilidades de afrontamiento	Prevenir recaídas	Evaluación del tratamiento
1	Entrevista. MultiCage-TIC SA-45							Registro del tiempo de uso
2		Presentación de los participantes y motivos de asistencia al programa.	Primer acercamiento hacia conceptos relacionados con la adicción y las TIC.					Registro del tiempo de uso.
3		Ajuste de los objetivos del programa a los objetivos de los sujetos. Establecimiento de normas del tratamiento. Autodescubrimiento de valores y motivos de cambio.	Desmentir falsas creencias acerca de las TIC.					Registro del tiempo de uso
4		Exploración de posibles resistencias.						Registro del tiempo de uso
5			Información acerca de las TIC en general, consecuencias de su uso excesivo... Resolución de dudas.					Registro del tiempo de uso

6	Instruir en el uso de la técnica de distracción. Debate de ideas irracionales. Debate de ideas irracionales.	Registro del tiempo de uso
7		Registro del tiempo de uso
8		Registro del tiempo de uso
9		Registro del tiempo de uso
10		Registro del tiempo de uso
11	Entrenamiento en técnicas de relajación diferencial.	Registro del tiempo de uso
	Desarrollo de habilidades de afrontamiento. Desarrollo de habilidades de afrontamiento.	
12	Entrenamiento en técnicas de relajación diferencial.	Registro del tiempo de uso
	Desarrollo de habilidades sociales. Desarrollo de habilidades sociales.	
13	Observación de la mejoría.	Registro del tiempo de uso
14	MultiCage-TIC SA-45 Observación de la mejoría por medio del conjunto de tiempo de uso.	Registro del tiempo de uso Evaluación de los tratamientos.
		Prevenición de recaídas. Prevenición de recaídas por medio de anticipación de situaciones de riesgo.

Anexo 2. Cuestionario MULTICAGE-TIC (Pedrero-Pérez et al., 2018)*MULTICAGE-TIC*

	Si	No
1. ¿Dedica más tiempo del que cree que debería a estar conectado a internet con objetivos distintos a los de su trabajo		
2. ¿Se han quejado sus familiares de las horas que dedica a internet?		
3. ¿Le cuesta trabajo permanecer alejado de internet varios días seguidos?		
4. ¿Tiene problemas para controlar el impulso de conectarse a internet o ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a estar conectado?		
5. ¿Utiliza el teléfono móvil más a menudo o por más tiempo del que debiera?		
6. ¿Le han comentado en alguna ocasión, sus familiares o amigos, que utiliza mucho el móvil para hablar o enviar mensajes?		
7. Si algún día no tiene su móvil para hablar o enviar mensajes, ¿se siente incómodo o como si le faltara algo muy importante?		
8. ¿Ha intentado reducir el uso de su móvil sin conseguirlo de forma satisfactoria?		
9. ¿Dedica más tiempo del que cree que debería a jugar a la videoconsola o el ordenador o el móvil?		
10. ¿Se queja su familia de que pasa demasiado tiempo jugando con la videoconsola o juegos de ordenador o de móvil?		
11. ¿Le cuesta trabajo estar varios días sin usar su videoconsola o sus juegos de ordenador o el móvil?		
12. ¿Ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a jugar con su videoconsola o su ordenador o su móvil?		
13. ¿Dedica más tiempo del que cree que debería a chatear con sus contactos por WhatsApp (u otro programa similar) a través del móvil?		
14. ¿Le han dicho sus familiares o amigos que pasa demasiado tiempo chateando a través del WhatsApp (u otro programa similar)?		
15. ¿Le cuesta trabajo pasar tiempo sin consultar el WhatsApp (u otro programa similar) para comprobar si hay nuevos mensajes?		
16. ¿Ha intentado alguna vez sin éxito reducir el tiempo que dedica al WhatsApp (u otro programa similar)?		
17. ¿Dedica más tiempo del que cree que debería a participar en redes sociales, como Facebook, Twitter, Instagram o similares?		
18. ¿Le han dicho sus familiares o amigos que pasa demasiado tiempo consultando y comunicándose a través del Facebook (o Twitter, o Instagram o similares)?		
19. ¿Le cuesta trabajo pasar tiempo sin consultar el Facebook (o Twitter, o Instagram o similares) para comprobar si hay nueva información?		
20. ¿Ha intentado alguna vez sin éxito reducir el tiempo que dedica al Facebook (o Twitter, o Instagram o similares)?		

Fuente. Extraído de Pedrero-Pérez et al., 2018

Anexo 3. Cuestionario SA-45 (Sandín et al., 2008)

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. **Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días, rodeando con un círculo el número que corresponda.**

	0	1	2	3	4
	Nada en absoluto	Un poco presente	Modera- damente	Bastante	Mucho o extrema- damente
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abierto o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se pueda fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. arrebatos de colera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. LA impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4

16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incomodo/a cuando la gente le mira o le habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4

36. sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado...)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

Fuente: Extraído de Sandín et al., 2008.

Anexo 4. Ejemplo de autorregistro

Semana __

Día	Dispositivo	Tiempo de uso	Tipo de uso → Tiempo
Lunes	Ordenador	4 horas 35 minutos	Motivos laborales → 1 hora 35 minutos Ocio → 3 horas
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Anexo 5. Matriz de análisis emocional

Matriz de análisis			
Componente cognitivo	Componente emocional	Componente Conductual	Componente fisiológico
¿Cómo me veo? ¿Qué opino con respecto a...?	¿Cómo me siento?	¿Cómo actúo?	¿Cómo me siento?
Si no consigo reducir el tiempo que paso delante del ordenador, será una decepción para todos.	Desesperado, triste, estresado...	Busco distraerme utilizando el teléfono móvil o el ordenador.	Palpitaciones, sudor, temblores, tensión en los músculos...

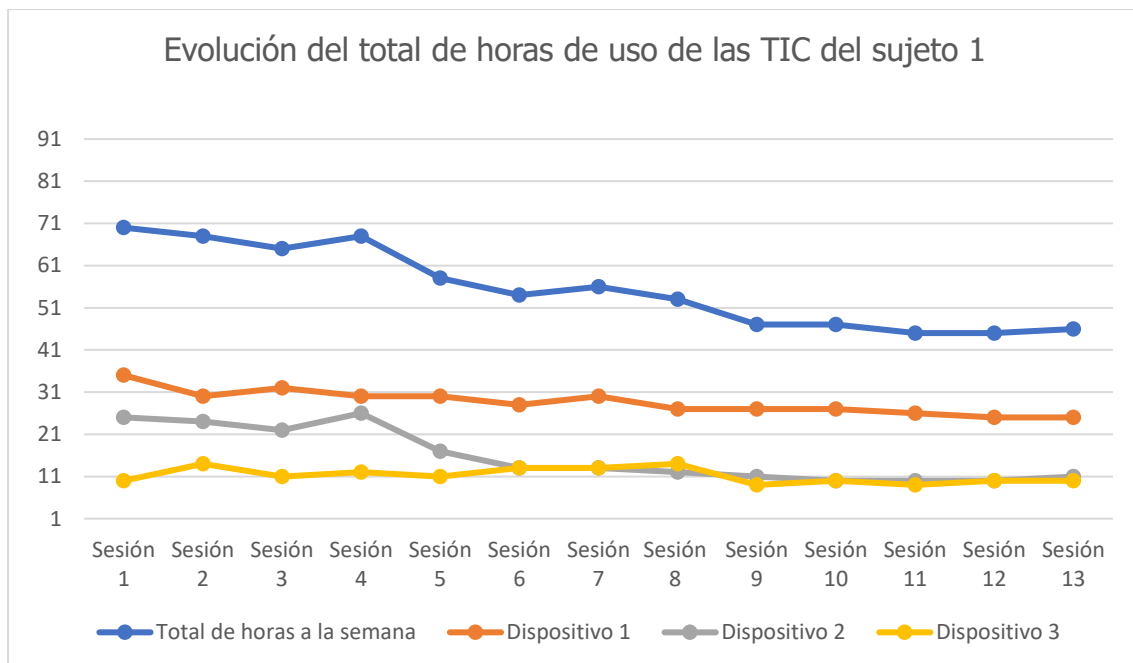
Anexo 6. Autorregistro de ideas irracionales

Idea	Contexto	Reinterpretación
Es más fácil distraerme con el ordenador de las situaciones difíciles y que me causan malestar, que hacerles frente.	Esta idea se me ocurrió un día que estaba muy estresado en el trabajo y no sabía cómo afrontar esa ansiedad	El camino fácil, a menudo es el menos indicado y el que más malestar va a generar a largo plazo. Los problemas hay que abordarlos para darle solución, de lo contrario solo empeoran con el tiempo.

Anexo 7. Ejemplo de sesión sobre toma de decisiones y solución de problemas

Problema	Solución	Realista	Costes	Beneficios	Consecuencias corto plazo	Consecuencias largo plazo
No tengo tiempo de preparar la reunión de mañana y cumplir con el resto de las tareas	Dedicar todo el día a jugar con el móvil, ver redes sociales o cualquier otra cosa que me distraiga del malestar y mañana ya se verá que ocurre.	No realista		Dejaré de sentirme estresado porque estaré distraído.	Me sentiré bien porque estaré distraído y no pensaré en el problema.	Es posible que me despidan del trabajo por no haber cumplido con mis obligaciones.
	Pedir ayuda a un compañero para preparar la reunión	Realista		Tendré ayuda para preparar la reunión y muy probablemente me dé tiempo a ello.	Podré cumplir con mis obligaciones	Mantendré mi puesto de trabajo
	Pasar toda la noche trabajando y preparando la reunión, sin importar el tiempo que pase despierto ni si mañana estaré demasiado cansado o no.	Poco realista	Estar despierto toda la noche y no podré descansar	Podré cumplir con mis obligaciones	Cumpliré con mis obligaciones, pero estaré muy cansado al día siguiente	Es posible que la reunión no salga bien porque estaré cansado.

Anexo 8. Informe sobre la evolución del tiempo de uso de cada uno de los sujetos



Anexo 9. Presupuesto del programa

Recursos humanos	Precio/unidad	Unidades	Total.
Profesional de la psicología	1300 €/mes	4 meses	5200€
Recursos materiales			
Paquete de 500 folios	4€	1	4€
Paquete de 10 bolígrafos	8€	2	16€
Tóner	9€	1	9€
Impresora	50€	1	50€
Proyector	65€	1	65€
Ordenador	500€	1	500€
Total			5844€

Cabe señalar que este presupuesto es algo completamente orientativo y que puede variar según la casuística de cada una de las situaciones en las que se lleve a cabo.

Anexo 11. Registro de evaluación de la sesión

N.º de sesión ____

Objetivo a realizar	¿Se ha realizado dicho objetivo?			Motivo
	Si	No	Parcialmente	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. ¿Crees que hay algún aspecto que no se ha tratado en el programa y que hubiese sido conveniente abordarlo? Si la respuesta es afirmativa, por favor indica cual y el motivo por el que consideras importante abordarlo.

6. Puntúa los siguientes aspectos del programa de intervención del 1 al 10 (1- totalmente insatisfactorio y 10- totalmente satisfactorio)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Organización de las sesiones										
Adecuación de los materiales a las actividades										
Aportación del terapeuta										
Tareas para casa										
Objetivos abordados										
Clima durante las sesiones										

7. A continuación dispone de un espacio en blanco para realizar las observaciones que considere oportunas.
