

ALAMOC



Mayo 2020
Ed. N°: 004
ISSN 2683-9423

COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO



Publicación semestral
de ALAMOC

Web:
www.alamoc-web.org





COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO.
Mayo 2020 | Ed: N°: 004 | ISSN 2683-9423

Director:
Ricardo Rodríguez Biglieri

Comité científico:
Luis O. Perez Flores (PSICOSEX)
Hector Fernández Alvarez (AIGLE)
Juan José Moles Alvarez (CIPPS)
Andrés Roussos (CONICET)
Junta Directiva de ALAMOC

Editor: FUNDACIÓN CATREC
Av. Cabildo 3073 3 "B" +5491147035269
catrecsecretaria@gmail.com

Comité Editorial:
Edgard Pacheco Luza
Julio Obst Camerini
Giselle Vetere
Oswaldo Rodrigues

Diseño gráfico: Luján Pagano

JUNTA DIRECTIVA (2014-2018)

Presidente:
Julio Obst Camerini (Argentina)
1er. Vicepresidente:
Luis Pérez Flores (Perú)
2do. Vicepresidente:
José Britos (Paraguay)
Secretario General:
Alejandro Hernandez (México)
Secretario Ejecutivo:
Martín Gomar (Argentina)
Tesorera:
Marina Galimberti (Argentina)
1er Vocal:
Oswaldo Rodrigues (Brasil)
2do Vocal:
Wilber Roberto Castellón (El Salvador)
3er Vocal:
Adriana Martinez (Uruguay)
Past-President:
Edgard Pacheco Luza (Perú)

COORDINADORES NACIONALES

Argentina: Ricardo Rodríguez Biglieri
Bolivia: Juvenal Aguilar Pacheco
Brasil: A designar
Chile: Bryan Oyarzún Quintanilla
Colombia: A designar
Costa Rica: A designar
Ecuador: Sergio Paz Wactson
El Salvador: María José Chavarría Bolaños
Guatemala: Beverly Denise Humes Guzmán
Honduras: Fátima Duarte Ortíz y Johan Leiva Yanes
México: Gerardo Salinas
Nicaragua: A designar
Panamá: Ricardo Turner
Paraguay: Licia Martínez Vazquez
Perú: Elsa Farfán Gonzáles
República Dominicana: Mayra Dietsch Rodriguez
Uruguay: Mariela Goldberg
Venezuela: Juan José Moles Alvarez



La revista Cognición y Comportamiento es un emprendimiento editorial de ALAMOC - Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual.

La revista publica preferentemente artículos de investigación, revisiones y artículos de naturaleza teórica tanto sobre ciencias cognitivas y conductuales básicas como sobre la aplicación de distintos enfoques de Terapias Cognitivas Conductuales y de la Modificación del Comportamiento para la conceptualización, evaluación, prevención y tratamiento de los diferentes cuadros psicopatológicos.

Además de los trabajos inéditos sujetos al reglamento, también publica artículos de profundización e información general sobre temas relacionados con las Terapias Cognitivas Conductuales destinados a profesionales con mayor o menor experiencia y alumnos avanzados de carreras relacionadas.

INDICE:

Algunas reflexiones sobre la Pandemia desatada por el COVID-19.....04

Tratamiento psicológico usado por los psicólogos de Santa Cruz de la Sierra para tratar los trastornos de ansiedad. Estudio exploratorio y descriptivo.....06

Dimensiones de la personalidad e intolerancia a la frustración16

Trastorno de Juego por Internet: Diagnóstico, evaluación y tratamiento cognitivo conductual.....26

REGLAMENTOS:

**Reglamento de publicaciones en [Español](#)
(Descargar)**

**Regulamento de Publicações em [Português](#)
(Descargar).**



HISTORIA DE ALAMOC

ALAMOC, es la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual, y se fundó el 19 de febrero de 1975 en Bogotá, Colombia.

Desde sus comienzos hasta el presente se ha convertido en la asociación de los profesionales de los países latinoamericanos interesados en las Ciencias del Comportamiento y las Terapias Cognitivas Conductuales, y es la representante de América Latina en los congresos mundiales de terapias conductuales y cognitivas (WCBCT).

Los países originalmente miembros de ALAMOC fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, estando abierta a otros países donde existan grupos de profesionales latinoamericanos que deseen pertenecer a la ella.

ALAMOC es una entidad sin fines de lucro que tiene como objeto el fomento, promoción, ejecución, difusión, investigación, evaluación, acreditación, análisis y reflexión del estudio científico y sus avances sobre el comportamiento y la cognición en sus diversos componentes desde una comprensión integral del desarrollo humano y su relación con el contexto hasta los procesos de cambio y recursos psicoterapéuticos.

ALAMOC se ha constituido en la institución que califica y avala no sólo a profesionales, sino también a las instituciones de elevado nivel académico para recomendarlas como Centros de Formación en los diferentes países Latinoamericanos.

El congreso mundial del año 2013, fue el 8° Congreso Mundial de Terapias Conductuales y Cognitivas, y fue organizado por ALAMOC en Lima, Perú.

CONGRESOS DE ALAMOC

Los Congresos Latinoamericanos de ALAMOC ya son tradicionales y en su historia se cuentan las siguientes ediciones:

I CLAMOC: Panamá (Panamá) - 1977.

II CLAMOC: Bogotá (Colombia) - 1979.

III CLAMOC: Santiago (Chile) - 1981.

IV CLAMOC: Lima (Perú) - 1984.

V CLAMOC: Caracas (Venezuela) - 1986.

VI CLAMOC: Montevideo (Uruguay) - 1989.

VII CLAMOC: Guayaquil (Ecuador) - 1991.

VIII CLAMOC: La Paz (Bolivia) - 1994.

IX CLAMOC: Viña del Mar (Chile) - 1996.

X CLAMOC: Caracas (Venezuela) - 1999.

XI CLAMOC: Lima (Perú) - 2001.

XII CLAMOC: Guayaquil (Ecuador) - 2003.

XIII CLAMOC: Montevideo (Uruguay) - 2005.

XIV CLAMOC: Sao Paulo (Brasil) - 2010.

XV CLAMOC: Buenos Aires (Argentina) - 2012.

XVI CLAMOC: Asunción (Paraguay) - 2014.

XVII CLAMOC: Panamá (Panamá) - 2016.

XVIII CLAMOC: Lima (Perú) - 2019



Comentario editorial

Algunas reflexiones sobre la Pandemia desatada por el COVID-19

La pandemia desatada por el COVID-19 ha generado innumerables repercusiones a nivel sanitario y, además, a nivel político, social y económico. El mundo entero se debate sobre las medidas adecuadas para atender a cada problemática, lo que representa una muestra del profundo impacto y el desafío que la situación representa para todos.

En este contexto, los profesionales de la salud tenemos el deber ineludible de redoblar nuestro compromiso con la comunidad. En una situación donde prima la incertidumbre, es normal que las personas presentemos una serie de emociones como temor, tristeza, enojo, ansiedad, desgano, etc. La situación de aislamiento debido a la cuarentena, además, añade un desafío extra que puede potenciar sensaciones de soledad, encierro y respuestas ambivalentes. Si bien estas respuestas no son patológicas per se y hasta son entendibles dado el contexto actual, debemos actuar brindando recursos a la población para la identificación temprana de conductas de riesgo, así como facilitando el acceso a aquellas intervenciones que han probado su eficacia en el abordaje de las distintas problemáticas que se pudieran presentar. Nuestra disciplina, en ese sentido, puede contribuir en el desarrollo de abordajes individuales, grupales, comunitarios, que contribuyan a la prevención de conductas de riesgo.

Tal enfoque requiere del trabajo mancomunado de todos los agentes de salud, atendiendo a problemáticas complejas que cruzan distintas variables. Cada persona, cada familia, cada



comunidad, atraviesa este desafío en el marco de diferentes contextos económicos, habitacionales, laborales, etc. Por lo tanto, los tips que describiremos a continuación son solo pautas generales, que debe ajustarse en base a las necesidades específicas y el contexto de cada persona. No pretenden, por ende, ser universales. No obstante, existe un consenso respecto de algunos consejos y recomendaciones que pueden ser de utilidad a la población general.

- Intente mantener una rutina diaria, respetando sus horarios de sueño, sacándose la ropa de dormir aunque no se aleje de su casa. Esto ayuda a darle sensación de estructura y organiza los ciclos del día.
- Manténgase bien alimentado e hidratado
- Intente mantener actividad física de manera regular, obviamente considerando sus indicaciones médicas y su situación particular.

- Sea comprensivo con Ud. mismo y con los demás. La cuarentena imprime un quiebre en nuestra rutina y es natural experimentar reacciones emocionales diversas (miedo, ira, tristeza, etc.).

- No se exija a Ud y a su familia intentando mantener un nivel desempeño elevado. La cuarentena es una exigencia en sí misma. Mantenga canales de diálogo donde todos puedan expresar sus emociones e intente tener presente la finalidad de la cuarentena, enfatizando el valor detrás del esfuerzo.

- Siempre que sea posible mantenga contacto con sus seres queridos que estén distantes, a través de redes sociales o medios digitales.

- Los niños también requieren de espacios de recreación y juego. Hable con ellos sobre la pandemia utilizando un lenguaje acorde con su edad.

- Manténgase informado pero evite la exposición constante a noticias sensacionalistas o de fuentes no oficiales.

- Medite sobre la posibilidad de aprender algo nuevo, si dispone de medios digitales puede acceder a una oferta muy variada de cursos online gratuitos.

- Si se siente desbordado, o su estado interfiere con su funcionamiento diario, no dude en consultar con un profesional de la salud.

Ricardo Rodríguez Biglieri

Fuentes Oficiales de Información y consulta

Organización Mundial de la Salud (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAIaIQobChMI3qWww4nS6QIVTJyzCh0BtgfcEAAYASAAEgKst_D_BwE

Organización Panamericana de la Salud (2020). Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19). https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/enfermedad-por-coronavirus-covid-19?gclid=EAIaIQobChMIuqT5YnS6QIVM4VaBR28awpFEAAYASAAEgLnSvD_BwE



Tratamiento psicológico usado por los psicólogos de Santa Cruz de la Sierra para tratar los trastornos de ansiedad. Estudio exploratorio y descriptivo. Psychological treatment of anxiety disorders employed by Santa Cruz de la Sierra psychologists. Explorative and descriptive approach.

Silvana Bazzoli

Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra.

Davide Doardi

Universidad Franz Tamayo.

Guillermo Rivera Arroyo

Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra.

Contacto: guillermorivera@upsa.edu.bo

Resumen:

Los trastornos de ansiedad son muy comunes y pueden presentarse en cualquier momento de la vida; un tratamiento inadecuado puede predisponer al desarrollo de comorbilidades. De aquí la relevancia y la urgencia de establecer si en nuestro medio se siguen los protocolos sugeridos a nivel internacional para una práctica médica basada en la evidencia. Esta investigación es de alcance descriptivo y su objetivo es la identificación de las técnicas terapéuticas utilizadas por los psicólogos colegiados en Santa Cruz de la Sierra para tratar los trastornos de ansiedad. Al efecto se elaboró una entrevista semi-estructurada, de la cual se obtuvo como resultado principal que los profesionales tienen conocimiento de las técnicas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, la American Psychological Association, Cochrane y la National Institute for Clinical Excellence, pero en su gran mayoría no aplican los protocolos recomendados internacionalmente. El trastorno de pánico (TP) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) encabezan la lista de las condiciones psicopatológicas, y las técnicas cognitivas conductuales son las más empleadas para el TP. Se recomienda alinear técnicas y protocolos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, recalando su importancia ya a nivel pregrado. reforzarla o deteriorarla.

Palabras clave: medicina basada en evidencia, Santa Cruz de la Sierra, trastornos de ansiedad .

Abstract:

Anxiety disorders are most common and can occur any time in life; mistreatment or lack of treatment can result in the development of comorbidities. In light thereof, it is imperative to establish whether or not local practitioners put into action protocols endorsed by those international agencies that are responsible for setting the standards of evidence based mental health practices. The aim of this descriptive investigation is to identify the therapeutic practices abode by psychologists registered in Santa Cruz de la Sierra, during the treatment of anxiety disorders. To this purpose, the author drafted a semi structures interview, whose main result was that the practitioners do know the guidelines set by the World Health Organisation, the American Psychological Association, Cochrane and the National Institute for Clinical Excellence, but they do not execute them. Panic disorder and Generalised Anxiety Disorder are the most common psychopathological conditions and the Cognitive Behavioural Technique is the most used for the Panic Disorder. We recommend aligning the adopted therapeutic techniques with the corresponding protocols for the treatment of the anxiety disorders. We also recommend stressing the importance of this alignment since the beginning of undergraduate studies

Key words: anxiety disorders, evidence -based medicine, Santa Cruz de la Sierra



Introducción

Los trastornos de ansiedad son frecuentes a nivel mundial, siendo los trastornos psiquiátricos más comunes (Remes et al, 2016). Sin embargo, no están bien diagnosticados ni bien tratados. Así lo constata un estudio internacional (Alonso et al, 2018) que muestra que solo una de cada 10 personas con trastornos de ansiedad recibe el tratamiento adecuado.

Las personas con trastorno de ansiedad que reciben tratamiento inadecuado o ningún tratamiento están más expuestas a desarrollar comorbilidades (Alonso et al, 2018) De aquí la necesidad de caracterizar cuales son las técnicas psicológicas utilizadas en nuestro medio, para luego compararlas con las prácticas recomendadas a nivel internacional.

Se calcula que en 2015 el número total estimado de personas con trastornos de ansiedad en el mundo era de 264 millones, con un aumento de 14.9% en la última década. De todos ellos, el 21% - 57.22 millones de personas - residía en las Américas (Organización Mundial de la Salud, 2017). Hay que tomar en consideración que el número de personas con trastornos mentales comunes esta aumentando a nivel mundial, en especial en los países de menores ingresos, debido a que la población está aumentando y a que más personas están llegando a la edad en que la depresión y la ansiedad ocurren con mayor frecuencia (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En cuanto a carga, en la Región de las Américas, los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante, después de los trastornos depresivos (Organización Panamericana de la Salud, 2018), alcanzando el 2.1% y 4.9% del total de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y de años perdidos por discapacidad (APD) (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

En Bolivia los trastornos de ansiedad son la quinta causa de años perdidos por discapacidad (Jaen-Varas

et al, 2014) pero escasamente reciben atención por las dificultades de acceso al sistema de salud, estimándose que solo una de cada 3 personas recibe servicios cuando experimenta un problema de salud (Jaen-Varas et al, 2014)

En lo que respecta al tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad, la psicoterapia que más estudios y resultados ha mostrado es la terapia cognitivo conductual (Otte, 2011), siendo la evidencia de alta calidad, tal es el caso de un meta análisis de ensayos aleatorizados controlados contra placebo que comprobó la eficacia de la terapia cognitivo conductual para tratar los trastornos de ansiedad en adultos (Hofmann & Jasper, 2008).

Históricamente, el psicoanálisis ha sido el abordaje más comúnmente usado por la psicología clínica latinoamericana (Fernández-Álvarez, 2017), aunque en las últimas décadas otros modelos son cada vez más aceptados y practicados. En Bolivia el psicoanálisis continua siendo predominante en la práctica de la psicología clínica (Ríos Fuentes, 2017), probablemente porque se carece de profesionales entrenados en modelos con soporte empírico que formen a las futuras generaciones de psicólogos (Schulmeyer, 2015)

Para identificar las técnicas con soporte empírico recomendadas por la psicología basada en la evidencia, se revisó la Guía de Intervención mhGAP de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2016), las guías para el manejo de la ansiedad de la National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) de Reino Unido, el listado de tratamientos con robusto soporte empírico para ansiedad de la Sociedad de Psicología Clínica División 12 de la Asociación Americana de Psicología, las publicaciones de la Colaboración Cochrane.

Se resume a continuación una comparación entre las técnicas terapéuticas sugeridas por las instituciones arriba mencionadas



Tabla 1

Comparación de los tratamientos aconsejados por OMS, APA, Cochrane, NICE de los trastornos de ansiedad

	OMS	APA	Cochrane	NICE
Trastorno de Pánico	Sin recomendaciones	Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno de Pánico	Sin recomendaciones	Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno de Pánico
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Sin recomendaciones	Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno de Ansiedad Generalizada	Terapia Cognitivo Conductual	Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno de Ansiedad Generalizada
Trastorno de Fobia Específica	Sin recomendaciones	Terapia de Exposición	Sin recomendaciones	Sin recomendaciones
Trastorno de Ansiedad Social	Sin recomendaciones	Terapia Cognitivo Conductual Integrada	Sin recomendaciones	Terapia Cognitivo Conductual basada en el modelo de Clark y Wells y Terapia Cognitivo Conductual basada en el modelo de Heimberg
Trastornos de Estrés Postraumático	Terapia Cognitivo Conductual enfocada en el Trauma y EMDR	Terapia de Exposición Prolongada, Terapia Breve Centrada en Soluciones, Terapia de Búsqueda de seguridad para el Trastorno de Estrés Postraumático con Trastorno por uso de Sustancias y EMDR	Terapia Cognitivo Conductual	Terapia Cognitivo Conductual enfocada en el Trauma y EMDR

Método e instrumentos

Universo. Conformado por los psicólogos afiliados al Colegio de Psicólogos de Santa Cruz de la Sierra (U=376) en el año 2015.

Población. Los psicólogos afiliados al colegio de psicólogos que se reconocen como psicólogos clínicos (N= 79).

Muestra. Psicólogos afiliados al Colegio en 2015, del área clínica, trabajando con Trastornos de Ansiedad, que aceptaron responder a la entrevista

(n=22). Criterio no probabilístico.

Instrumentos. Entrevista semi-estructurada. (Anexo 1)

Resultados

El 94% de los entrevistados indicó tener estudios de Postgrado. Los estudios de Postgrado mayoritarios de la muestra son el Diplomado y la Maestría, ambos con alrededor el 36 %. Ningún entrevistado declaró haber conseguido Doctorado.



Tabla 2

Grado Académico de los entrevistados

Grado Académico	N.	%
Licenciatura	2	9.0
Diplomado	8	36.4
Especialidad	4	18.2
Maestría	8	36.4
Doctorado	0	0.0
Total	22	100.0

Algo más del 60% de los entrevistados cuenta con entre 5 y 15 años de práctica

Tabla 3

Tiempo de práctica clínica

Tiempo	Número	%
[0 5)	3	14
[5 10)	9	40
[10 15)	5	23
[15 20)	3	14
[20 25)	2	9
Total	22	100

El 45% de los entrevistados indicó que los Pacientes con Trastornos de Ansiedad representan entre 60% y 80% del total de los pacientes atendidos en el último año

Tabla 4

Pacientes con trastorno de ansiedad tratados en el último año

Rango	Número	%
[0 20)	5	23
[20 40)	3	14
[40 60)	4	18
[60 80)	10	45
Total	22	100

Todos los entrevistados conocían la terapia de relajación aplicada y también hay un porcentaje muy elevado de terapeutas que conocen las terapias cognitivo conductuales para el trastorno de pánico y de ansiedad generalizada. Un porcentaje mucho menor conoce la Terapia Cognitivo Conductual basada en el Modelo de Clark y Wells y la Terapia Cognitivo Conductual basada en el Modelo de Heimberg.



Tabla 5
Conocimiento de las Técnicas por parte de los 22 entrevistados

Nombre de la técnica	Respuestas afirmativas	%
Terapia de relajación aplicada	22	100
Terapia cognitivo conductual para tratar el trastorno de pánico	19	86
Terapia de exposición	19	86
Terapia cognitivo conductual para tratar el trastorno de ansiedad generalizada	18	82
Terapia individual cognitiva conductual basada en el trauma	15	62
Terapia de exposición prolongada	14	64
Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)	14	64
Técnica de Búsqueda de Seguridad para el Trastorno de Estrés Postraumático con Trastorno por Uso de Sustancias	14	64
Terapia cognitiva conductual integrada	13	59
Terapia breve centrada en soluciones	12	55
Terapia Cognitivo Conductual basada en el Modelo de Clark y Wells	1	4.5
Terapia Cognitivo Conductual basada en el Modelo de Heimberg	1	4.5



Tabla 6.
Comparación de las Técnicas Aplicadas por los entrevistados con las Recomendadas por las Instituciones Internacionales, para tratar los Trastornos de Ansiedad

	Aplicadas	Recomendadas
Trastornos de Pánico	Técnicas Cognitivas Conductuales	Técnicas Cognitivas Conductuales (protocolo específico)
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Técnicas Cognitivas Conductuales y Técnica de Relajación	Técnicas Cognitivas Conductuales (protocolo específico) y Técnica de Relajación Aplicada
Trastorno de Fobia Específica	Terapia de Exposición	Terapia de Exposición
Trastorno de Ansiedad Social	Terapia de Grupo, Terapia de Exposición y Terapia Familiar	Terapia Cognitiva Conductual Integrada, Terapia Cognitiva Conductual basado en el Modelo de Clark y Wells y Terapia Cognitiva Conductual basada en el Modelo de Heimberg
Trastornos de Estrés Postraumático	Terapia de Exposición, Técnica de Relajación y Terapia Psicoanalítica	Terapia de Exposición Prolongada, Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma, Técnica de EMDR, Terapia Breve Centrada en Soluciones y Técnica de Búsqueda de Seguridad para Trastorno de Estrés Postraumático con Trastorno por uso de sustancias

Se puede observar que solo la terapia aplicada para tratar el Trastorno de Fobia Específica es la misma que recomiendan los organismos internacionales para la aplicación del dicho trastorno. Las terapias aplicadas para el Trastorno de Pánico y para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, por los entrevistados, contienen el mismo modelo que las recomendadas por las instituciones internacionales. Sin embargo, se notan discrepancias sobre todo con respecto a los protocolos de aplicación de las mencionadas técnicas terapéuticas. Por ejemplo, todos los entrevistados señalaron que la duración de la terapia conductual para el tratamiento del trastorno de pánico es ajustada al paciente, aun cuando el protocolo internacional recomienda entre 12 y 16 sesiones. De manera similar, en cuanto a las técnicas recomendadas para el TAG, a saber la reestructuración cognitiva, los protocolos internacionales recomiendan, además del programa de relajación, la inclusión de “tiempos de preocupación”, planeación de actividades placenteras y ejercicios de exposición, que no son mencionados por los entrevistados.

CONCLUSIONES

Como objetivo general se pretendió identificar las técnicas psicoterapéuticas que son utilizadas actualmente por los psicólogos en el sistema público y privado de salud en Santa Cruz de la Sierra para tratar los Trastornos de Ansiedad, y como objetivos específicos se quiso comparar estas técnicas con las técnicas recomendadas por OMS, APA, Cochrane y NICE, para tratar los Trastornos de Ansiedad.



Se pudo apreciar que la gran parte de los entrevistados conoce la mayoría de las técnicas recomendadas para los Trastornos de Ansiedad anteriormente mencionados. Sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, surge una gran preocupación por la falta de seguimiento, de la mayoría de los psicólogos entrevistados, de las técnicas recomendadas internacionalmente, para tratar los Trastornos de Ansiedad estudiados en el presente trabajo.

El Trastorno de Pánico, mostró ser el Trastorno más frecuentemente atendido entre los psicólogos entrevistados, Los segundos más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Estrés Postraumático, En tercer lugar de frecuencia se encuentra el Trastorno de Ansiedad Social, finalmente está el Trastorno de Fobia Específica.

En cuanto a las Técnicas usadas para tratar los Trastornos de Ansiedad, se aprecia que las Técnicas Cognitivas Conductuales para tratar a los pacientes con Trastorno de Pánico, son las más usadas. El modelo de dichas Técnicas concuerda con la Técnica recomendada por las Instituciones para tratar el Trastorno de Pánico, la cual es la Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno de Pánico. Sin embargo, esta Técnica tiene un protocolo, de procedimiento bien específico, mientras que el procedimiento aplicado por los clínicos entrevistados es de tipo genérico.

Las Técnicas más usadas para tratar a pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, son la Terapia Cognitiva Conductual y la Técnica de Relajación. La segunda Técnica recomendada es la Relajación Aplicada; en ambos casos se notó que los entrevistados siguen un protocolo de seguimiento en el tratamiento diferente del aconsejado internacionalmente.

La Técnica más usada entre los psicólogos entrevistados para tratar el Trastorno de Fobia Específica es la Terapia de Exposición, la cual es la misma Técnica la que se recomienda para tratar a los pacientes con Trastorno de Fobia Específica.

Las Técnicas más usadas por los entrevistados para tratar el Trastorno de Ansiedad Social son la Terapia de

Grupo, la Terapia de Exposición y la Terapia Familiar. Sin embargo, las técnicas recomendadas para a pacientes con Trastorno de Fobia Social son la Terapia Cognitiva Conductual Integrada, la Terapia Cognitiva Conductual basada en el Modelo de Clark y Wells y la Terapia Cognitiva Conductual basada en el Modelo de Heimberg.

La Técnica más usada por los entrevistados para tratar el Trastorno de Estrés Postraumático es la Terapia de Exposición. Sin embargo, aunque la Técnica recomendada internacionalmente es la Terapia de Exposición Prolongada, una variación específica de la general, para ser aplicada en este tipo de trastorno. Por otro lado, las siguientes técnicas más usadas por la muestra entrevistada son la Técnica de Relajación y la Terapia Psicoanalítica. En contraste, las otras técnicas recomendadas por los organismos internacionales para tratar a los pacientes con trastorno de estrés postraumático son la terapia cognitiva conductual enfocada en el trauma, la cual ninguno de los entrevistados mencionó usarla y la técnica de EMDR, la Terapia Breve Centrada en Soluciones es también recomendada, pero ninguno de los entrevistados indicó usarla, así mismo la técnica de búsqueda de seguridad para el trastorno de estrés postraumático con trastorno por uso de sustancias una variedad recomendada cuando existe comorbilidad con adicciones, pero ninguno de los entrevistados la mencionó.

Por último, se puede apreciar que la gran parte de los entrevistados conoce la mayoría de las técnicas recomendadas para los Trastornos de Ansiedad anteriormente mencionados.

Una encuesta realizada a psicólogos bolivianos encontró que la mayoría obtenían sus conocimientos de la lectura de libros, y que los más interesados en mantenerse actualizados se mostraban inclinados a la psicología basada en la evidencia (Schulmeyer & Piotrowski 2017) Consideramos importante que las universidades y las organizaciones profesionales se preocupen por fomentar el entrenamiento en técnicas avaladas por la evidencia.

Por otro lado, se recomienda, para futuros trabajos en este tema, hacer un estudio cualitativo que explore con mayor profundidad sobre las prácticas de los psicólogos clínicos de nuestra ciudad.

Referencias bibliográficas

- Alonso, Jordi, Zhaorui Liu, Sara Evans-Lacko, Ekaterina Sadikova, Nancy Sampson, Somnath Chatterji, Jibril Abdulmalik et al. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and anxiety*, 35(3), 195-208.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Fernández-Álvarez, H. (2017). Psicoterapia en un mundo emergente. El paisaje de América Latina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(3), 255-260.
- Jaen-Varas, D., Ribeiro, W. S., Whitfield, J., & Mari, J. J. (2014). Mental health and psychiatric care in Bolivia: what do we know?. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 18.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS.
- Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(4), 413.
- Remes, O., Brayne, C., Van Der Linde, R., &



Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and behavior*, 6(7), e00497.

Ríos Fuentes, M. (2017). Hacia el medio siglo de la psicología en Bolivia. *Revista Ciencia y Cultura*, 21(39), 235-237.

Schulmeyer, M. K. (2015). La psicología en Bolivia: formación y situación laboral. *INFORMACION PSICOLOGICA*, (109), 3-18.

Schulmeyer, M. K., & Piotrowski, C. (2017). Assessment practices of psychologists in the mental health system in Bolivia. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 24(2), 109-115.

World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP)-version 2.0. World Health Organization.

ANEXO A: Entrevista

1. Grado académico

- Licenciatura
- Diplomado ¿En qué tema?
- Maestría ¿En qué tema?
- Doctorado ¿En qué tema?
- Especialidad ¿En qué tema?
- Otro

2. Escuela psicológica predominante en su estudio de pregrado

- Sistémica
- Conductual
- Cognitiva-conductual
- Psicoanalítica
- Existencialismo
- Humanismo
- Psicodinámico
- Ecléctica
- Otro



3. Principal lugar de trabajo

- a) Instituciones académicas
- b) Sector privado
- c) Sector público
- d) ONG
- e) Otro

4. Principal actividad laboral

- a) Investigación
- b) Enseñanza
- c) Terapia
- d) Otro

5. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo la psicología clínica?

- a) 0-5 años
- b) 5-10 años
- c) 10-15 años
- d) 15-20 años
- e) 20-25 años
- f) Más de 30 años

6. ¿Ha atendido pacientes con trastornos de ansiedad en su consulta?

- a) Si
- b) No

7. ¿Podría decirme cuántos ve, por ejemplo, en un año? ¿Qué porcentaje de la cantidad de pacientes que atiende, representa ese número?

8. ¿Ha atendido algún paciente con trastorno de pánico en su consulta?

- a) Si
- b) No

9. ¿Podría decirme cuántos ve, por ejemplo, en un año? ¿Qué porcentaje de la cantidad de pacientes que atiende, representa ese número?

10. ¿Qué técnicas usa para tratar el trastorno de pánico? De una breve descripción de las mismas

11. ¿Ha atendido pacientes con trastorno de ansiedad generalizada en su consulta?

- a) Si
- b) No

12. ¿Podría decirme cuántos ve, por ejemplo, en un año? ¿Qué porcentaje de la cantidad de pacientes que atiende, representa ese número?

13. ¿Qué técnicas usa para tratar el trastorno de ansiedad generalizada? De una breve descripción de las mismas

14. ¿Ha atendido pacientes con algún trastorno de fobia específica en su consulta?

- a) Si
- b) No

15. ¿Podría decirme cuántos ve, por ejemplo, en un año? ¿Qué porcentaje de la cantidad de pacientes que atiende, representa ese número?

16. ¿Qué técnicas usa para tratar el trastorno de fobia específica? De una breve descripción de las mismas

17. ¿Ha atendido pacientes con algún trastorno de fobia social en su consulta?

- a) Si
- b) No

18. ¿Podría decirme cuántos ve, por ejemplo, en un año? ¿Qué porcentaje de la cantidad de pacientes que atiende, representa ese número?

19. ¿Qué técnicas usa para tratar el trastorno de fobia social? De una breve descripción de las mismas

20. ¿Ha atendido pacientes con algún trastorno estrés postraumático en su consulta?

- a) Si
- b) No



21. ¿Podría decirme cuántos ve, por ejemplo, en un año? ¿Qué porcentaje de la cantidad de pacientes que atiende, representa ese número?

22. ¿Qué técnicas usa para tratar el trastorno de estrés postraumático? De una breve descripción de las mismas

23. Ha escuchado alguna vez de:

	SI	NO
Terapia Cognitivo Conductual para tratar el trastorno de pánico		
Terapia de relajación aplicada		
Terapia Psicoanalítica para tratar el trastorno de pánico		
Terapia cognitivo conductual para tratar el trastorno de ansiedad generalizada		
Terapia de exposición		
Terapia cognitiva conductual integrada		
Terapia de exposición prolongada		
Terapia Breve centrada en soluciones		
Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)		
Terapia individual cognitiva conductual basada en el trauma		
Entrenamiento de inoculación de Estrés (SIT)		
Técnica de Búsqueda de Seguridad para el Trastorno de Estrés Postraumático con Trastorno por uso de sustancias		
Terapia Cognitivo Conductual basada en el Modelo de Clark y Wells		
Terapia Cognitivo Conductual basada en el Modelo de Heimberg		

24 Si escuchó de ellas y las aplica, indicar si obtuvo su respectiva formación durante el estudio pre gradual de carrera o la obtuvo posterior a ella.



Dimensiones de la personalidad e intolerancia a la frustración

Personality dimensions and intolerance to frustration

Leonardo Alba

Lucas Gerardo Giaquinto

Alba Elisabeth Mustaca

Universidad Abierta Interamericana.

Contacto: albamustaca@gmail.com

Resumen:

Eysenck desarrolló un modelo psicobiológico de la personalidad estableciendo la existencia de tres dimensiones generales: Neuroticismo (N), Extraversión (E) y Psicoticismo (P). Puntajes altos en N muestran rasgos elevados de ansiedad y emotividad, entre otros. Se asocia con una actividad elevada del sistema nervioso central que incluye la amígdala, la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal media. Por otra parte, la frustración se define como un estado del organismo que se desencadena ante la devaluación o inaccesibilidad inesperada o sorpresiva de un incentivo. Sus efectos incluyen ansiedad y dolor psicológico y a nivel neural se activan las mismas zonas cerebrales que en N. Se hipotetiza que un alto neuroticismo estará asociado a una alta Intolerancia a la frustración. Se utilizó una muestra de adultos argentinos (n=300). Se les administró la Escala de Personalidad de Eysenck (EPQ- RA, versión Argentina por Squillace et al., 2013), y la Escala de Intolerancia a la Frustración (EIF, versión argentina por Medrano & cols., 2018). Los resultados principales mostraron que el factor N obtuvo correlaciones significativas directas con EIF y un modelo de regresión lineal indicó que N puede explicar un 46.9 % de la varianza total de la EIF.

Palabras clave: personalidad, frustración, transdiagnóstico

Abstract:

Eysenck developed a psychobiological model of personality establishing the existence of three general dimensions: Neuroticism (N), Extraversion (E) and Psychoticism (P). High scores in N show high traits of anxiety and emotionality, among others. It is associated with an elevated activity of the central nervous system that includes the amygdala, anterior cingulate cortex and middle prefrontal cortex. On the other hand, frustration is defined as a state of the organism that is triggered by the unexpected or unexpected devaluation or inaccessibility of an incentive. Its effects include anxiety and psychological pain and at the neural level the same brain areas are activated as in N. It is hypothesized that a high neuroticism will be associated with a high intolerance to frustration. A sample of adults (n = 300) was used. They were administered the Eysenck Personality Scale (EPQ-RA, Argentine version by Squillace et al., 2013), and the Frustration Intolerance Scale (EIF, Argentine version by Medrano & cols., 2018). The main results showed that the N factor obtained significant direct correlations with EIF and a linear regression model indicated that N can explain 46.9 % of the total variance of the EIF.

Key words: personality, frustration, transdiagnosis



Una de las teorías más influyentes en el estudio de la personalidad es la de Eysenck (1916-1997). Fue el primero que utilizó el análisis factorial para medirla, lo que le permitió realizar investigaciones para desarrollar su teoría psicobiológica de la personalidad. La define como “una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente” (Eysenck & Eysenck, 1985, p.9). Propone un modelo jerárquico con diferentes niveles de creciente generalidad: 1) respuestas específicas: conductas observables que pueden ser o no características del individuo; 2) respuestas habituales: conductas más frecuentes bajo contextos similares; 3) rasgos: respuestas más habituales y generales que las anteriores; y 4) tipos o dimensiones: es el nivel más general, pretende ser explicativo y causal. Eysenck consideró que las diferencias individuales en estas dimensiones modulaban los procesos de aprendizaje y están causadas por factores genéticos y ambientales (Eysenck, 1952, 1967, 1990). Halló la existencia de tres dimensiones: Neuroticismo (N), Extraversión (E) y Psicoticismo (P). Las personas con puntajes altos en N tienen rasgos de ansiedad, irracionalidad, timidez, tristeza, sentimientos de culpa; reaccionan de forma emocionalmente exagerada y tienen dificultad para volver a un estado normal después de la activación emocional (Costa & McCrae, 1992; Goldberg, 1993). La base neurobiológica de N es el sistema límbico, conformado por el hipocampo, septum medial, cíngulo, hipotálamo y amígdala. El nivel de actividad de este sistema determinará el grado de emotividad de las personas. Algunos estudios mostraron la existencia de correlaciones positivas elevadas entre N y las señales de castigo o ansiedad. Puntajes altos de E están asociados a una mayor sociabilidad, asertividad, espontaneidad, impulsividad, búsqueda de sensaciones y dominancia. Fisiológicamente tienen potenciales excitatorios débiles e inhibición reactiva fuerte y a nivel cerebral actividad alta en la amígdala y en el núcleo accumbens. Altas puntuaciones en P se asocian al egocentrismo, impulsividad, agresividad, baja empatía, indiferencia al peligro, alta creatividad y pensamiento divergente.

A nivel neural está relacionado con un exceso de dopamina y una disminución de serotonina (Schmidt & cols., 2010). Estas tres dimensiones son independientes entre sí, y combinadas mostraron ser predictoras de distintas patologías. Por ejemplo, puntajes altos en N (alta inestabilidad emocional) y en introversión predice trastornos de ansiedad, obsesiones y depresión, y con alta extroversión y alto P conducta antisocial, entre otras (Lahey, 2009, Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2005; Saulsman & Page, 2004).

Por otra parte, la frustración se define como un estado del organismo que se desencadena ante la devaluación, omisión o inaccesibilidad inesperada de un reforzador positivo (Amsel, 1962, 1992). Fue estudiada ampliamente con el uso de modelos animales y humanos desde 1927. Provoca de modo inmediato respuestas incondicionadas análogas a la aplicación de estímulos aversivos o su anticipación: escape y evitación, ansiedad, estrés, dolor psicológico y en ocasiones expresiones de agresividad, entre otras. A nivel neural, se activan zonas de la amígdala, corteza prefrontal y las relacionadas con el dolor sensorial. A una mayor discrepancia entre lo que se espera y lo que realmente sucede, mayor será la intensidad de la respuesta. Éstas son transitorias y su intensidad y duración dependen de variables genéticas, epigenéticas, individuales, situacionales y de aprendizaje (Gray, 1958, 1992; Mustaca, 2013, 2018; Pellegrini, Muzio, Mustaca & Papini, 2004; Cuenya, Kamenetzky & Mustaca, 2014; Annicchiarico & Cuenya, 2018, Papini, Galatzer-Levy & Papini, 2014; Cuenya, Fosachecha, & Mustaca, 2013). Los estudios con humanos confirmaron los hallazgos encontrados en otras especies (ver Kamenetzky & cols., 2009 y Mustaca, 2018).

Paralelamente al estudio experimental de la frustración, Ellis como psicoterapeuta, fundó la terapia racional emotiva conductual (TREC). Las intervenciones que propone están fundadas en la identificación de creencias irracionales para eliminar sus efectos sobre la conducta. Distingue dos categorías fundamentales de creencias disfuncionales: la intolerancia a la frustración (EI) y al malestar, y la baja autoestima (Ellis, 1979, 1980), considerándolas las principales causas de las neurosis.



Una de las claves de la salud emocional para Ellis es practicar la tolerancia a la frustración y aceptar que las cosas no siempre saldrán como a uno le gustaría, autoaceptación y que los humanos somos falibles (Obst Camerini, 2019). De acuerdo con las investigaciones sobre la frustración, las creencias irracionales podrían aumentar la discrepancia entre lo que se espera y lo obtenido provocando mayor intensidad y duración de la respuesta de frustración. En ese sentido, las ideas de Ellis coinciden con las investigaciones básicas sobre frustración.

Con los principios de Ellis, Harrington (2005 a, b), elaboró la Escala de Intolerancia a la Frustración (EIF) que permitió evaluar una serie de creencias irracionales que promueven una mayor intolerancia a la frustración. Determinó cuatro factores de IF: intolerancia emocional, a la incomodidad, al alcance de logros y exigencia de derechos. La escala correlacionó con autoestima y autocontrol y diferenció entre sujetos de poblaciones generales y clínicas (Harrington, 2005a, 2005b). Los sujetos con alta IF tienden a evitar los eventos que anticipan que podrían ser frustrantes y esto los lleva a un aumento de la frustración y del estrés. Ozer, Demir & Harrington (2012) y Ellis & Knaus (1977) obtuvieron correlaciones positivas entre IF y procrastinación; Chih-Hung ko y cols.(2008) entre la EIF y la adicción a Internet; Harrington (2005b), y Medrano, Franco y Mustaca (2018) con la autoestima, Ibañez, Franco y Mustaca (2018) con la regulación emocional en adolescentes, Medrano, Franco, Flores-Kantera y Mustaca (2019) con la agresividad y la regulación emocional en adultos, y Wilde (2012) halló que la tolerancia a la frustración explica el 23% de la varianza en el éxito académico. La alta IF está asociada además a una gran variedad de patologías como la depresión, ansiedad y hostilidad (Jibeen, 2013, Filippello et al, 2014), y el control de los impulsos en el trastorno límite de la personalidad y las adicciones (Harrington, 2015).

Estos datos muestran que N y la frustración tienen puntos en común, tanto a nivel conductual como fisiológico y neural. Además, el enfoque trasdiagnóstico (Fernández Alvarez, 2019; Sandín, Chorot, & Valiente,

2012) considera al neuroticismo y a la intolerancia a la frustración como factores asociados a numerosas patologías psiquiátricas.

Existen pocos trabajos que relacionen la personalidad con la intolerancia a la frustración. Abdel Fattah (2017) evaluó las relaciones entre la EIF, locus de control, autoestima y la dimensión Introversión utilizando cuestionarios desarrollados y validados por él en 135 estudiantes universitarios. Halló correlaciones negativas entre IF y autoestima y positivas entre IF e introversión, y ninguna entre IF y locus de control. Un análisis de regresión lineal múltiple mostró que introversión y autoestima predijo un 33% en la varianza de IF. Hadlington & Scase (2018) evaluaron las reacciones ante fallas en la tecnología y sus relaciones con las diferencias individuales medidas por el Inventario de la personalidad de 5 factores (John & Srivastava, 1999) uno de los cuales es N. Hallaron correlaciones directas entre las reacciones desadaptativas ante la frustración por las fallas de Internet (enojo, angustia y miedo a perder la información) y el factor N.

Se realizaron otras investigaciones considerando a la frustración como un rasgo del temperamento. Rothbart y Bates (2006) definen al temperamento como las diferencias individuales en la reactividad y autorregulación que tienen base constitucional y que se manifiestan en el dominio de la emoción, la actividad y la atención. Estudiaron el temperamento en niños y adolescentes mediante observaciones, pruebas psicológicas, estudios fisiológicos y neurales e informes de los padres. Detectaron un factor de afectividad negativa, que incluye el miedo, la ira-frustración y el malestar social. Un estudio reveló que los niños de 2 años que mostraban un puntaje alto en ese factor (evitación consistente o angustia ante personas o a procedimientos o situaciones desconocidas) mantuvieron esas tendencias hasta los 7 años de edad, y estaban asociados con un mayor tono del sistema simpático. Por otra parte, Oldehinkel et al. (2004) y Putnam, Ellis & Rothbart (2001) mostraron evidencia que puntuaciones altas en las reacciones a la frustración en niños y adolescentes son precursores del desarrollo de un alto neuroticismo



en la adultez. Jeronimus et al.(2006) y Ormel et al. (2013) consideraron a las altas reacciones a la frustración en la adolescencia como un factor asociado al desarrollo de una fuerte vulnerabilidad a distintas patologías. Jeronimus, Riese, Oldehinkel y Ormel (2016) realizaron un estudio longitudinal prospectivo considerando a la frustración como un rasgo temperamental que sería precursor de un alto neuroticismo en la etapa adulta. Evaluaron adolescentes en dos etapas: a los 16 y 19 años. Los rasgos de frustración fueron evaluados por los padres. A los 16 y 19 años se les evaluó la salud mental y se realizaron entrevistas estructuradas para evaluar eventos estresantes durante dos años. Los resultados principales identificaron tres vías que subyacen a la asociación prospectiva de rasgos altos en frustración a los 16 años con la psicopatología total a los 19 años: generación de estrés, un efecto de arrastre de la frustración sobre la psicopatología futura a través de la psicopatología concurrente, más causas comunes pasadas y un factor independiente de vulnerabilidad directa del efecto de la frustración. Los autores sugieren que un temperamento con respuesta alta a la frustración y las tendencias de internalización y externalización asociadas forman un ciclo “vicioso” entre los adolescentes y el contexto, que puede dar lugar a una predicción de trastornos psicopatológicos y una tendencia al desarrollo del afecto negativo en la adultez. Una crítica al trabajo es que el concepto de temperamento parece solaparse con personalidad (Castro & Mustaca, (2017), por lo cual el rasgo de frustración podría ser similar a N.

No se hallaron trabajos que relacionen las dimensiones de la personalidad evaluada con el EPQ y la frustración medida con la EIF. La siguiente investigación pretende llenar este vacío en el estudio de estos dos constructos. Se hipotetiza que se hallará una alta correlación directa entre la dimensión N y la intolerancia a la frustración.

Método

Participantes

Se utilizó una muestra por conveniencia de 310 adultos, excluyéndose 10 por ser personas en tratamiento psiquiátrico, por cuestionarios incompletos

y por bajos puntajes en la dimensión sinceridad del EPQ. La muestra entonces quedó conformada por 300 personas de entre 18 a 71 años (Promedio= 32, DS= 12), 68% mujeres y 32% varones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (62%) y del Gran Buenos Aires (38%), Argentina. En cuanto al nivel educativo, 131 (43,7%) tenían un terciario o universitario, 73 (24,3%) terciario, 90 (30,35%), secundario, y 5 (1,6%), primario. Cada categoría incluye cursos completos e incompletos.

Instrumentos

-Cuestionario de Personalidad (EPQ-RA, Eysenck & Eysenck, 2001, Validación Argentina por Squillace et al., 2013). Inventario autoadministrable que evalúa 4 dimensiones: P, N, E y Sinceridad (S), esta última mide la confiabilidad de las respuestas de los entrevistados. Posee 42 ítems que se responden de manera dicotómica: Si - No. La confiabilidad de las dimensiones del instrumento, medido con el coeficiente de Cronbach, fueron: $\alpha = 0,84$ para N, $\alpha = 0,77$ para E, $\alpha = 0,71$ para E, $\alpha = 0,66$ para P y $\alpha = 0,83$ para Sinceridad. La confiabilidad de la presente muestra fue para N, $\alpha = 0,77$, para E, $\alpha = 0,60$, para P y para S, $\alpha = 0,72$.

-Escala de Intolerancia a la Frustración (EIF validada en Argentina por Medrano et al., 2018). Instrumento autoadministrable propuesto por Harrington (2005), elaborado en consonancia con el modelo de Ellis. Mide 4 factores y Frustración Total: F1: Intolerancia a la Incomodidad (INCO), hace referencia a creencias de que la vida debería ser cómoda, libre de problemas y fácil (ej. “No soporto hacer tareas que me parecen demasiado difíciles”); F2, Demanda de Derechos (DE) se refiere a las creencias de que los deseos de uno deben ser cumplidos, y que los otros deben complacerlos y no frustrarlo (ej. “No soporto que otra persona actúe en contra de mis deseos”), F 3, Intolerancia Emocional (EMO) se refiere al bajo nivel de tolerancia al malestar emocional o a la angustia (ej. “No tolero sentir que me estoy volviendo loco”), y F4, Intolerancia al Alcance de Logro (LO), se refiere a sentimientos de decepción frente al incumplimiento de una tarea o a un rendimiento óptimo (ej. “No tolero bajar mis estándares, aun cuando



sé que sería más útil hacerlo"). La frustración total (FT) representa la suma de los 4 factores. Consta de 17 reactivos que se contestan con una escala Likert con 5 dimensiones que van desde la 1 (nada característico de mí) a 5 (completamente característico de mí). Los puntajes más altos representan una mayor intolerancia a la frustración. La consistencia interna del instrumento medido con el coeficiente de Cronbach fue: $\alpha = 0,61$ para INCO, $\alpha = 0,76$ para DE, $\alpha = 0,78$ para EMO, $\alpha = 0,55$ para LO y $\alpha = 0,84$ para FT. La presente muestra presentó un $\alpha = 0,70$ para INCO, utilizando la $\alpha = 0,82$ para DE, $\alpha = 0,83$ para EMO, $\alpha = 0,73$ para LO, y $\alpha = 0,90$ para FT.

-Cuestionario sociodemográfico. Se indagó sobre la edad, el género, la ciudad de residencia, nivel educativo alcanzado y si estaba actualmente en tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Procedimiento

Los cuestionarios se administraron de manera on-line (n= 185 casos) y presencial en Universidades, vía pública, centros comerciales, etc. (n= 115 casos). No se hallaron diferencias significativas según la forma de administración de los protocolos utilizando la prueba U de Mann Whitney ($p > .05$). A los participantes se les informó en qué consistirá la investigación, que era de carácter voluntario y anónima. Se les presentaron los cuestionarios después de dar su consentimiento.

Análisis de resultados

Los datos se procesaron por el paquete estadístico SPSS, versión 22. La variable edad en su recodificación quedó distribuida en 2 rangos utilizando como parámetro la mediana de la muestra (28); el grupo 1 incluyó a los participantes de entre 18 a 28 años y en el grupo 2, a los entre 29 a 71. Se estableció como criterio de significación un $\alpha = p < 0,05$. El tamaño del efecto se evaluó con la fórmula $r = X / \text{raíz cuadrada de } N$.

Resultados

La prueba Kolmogorov-Smirnov mostró que los valores obtenidos en ambos cuestionarios no alcanzaron los criterios de normalidad ($p > .05$) por lo cual para evaluar la significación de los resultados se utilizaron pruebas no

paramétricas.

En la Tabla I se presenta los valores de la muestra total obtenidos en los dos cuestionarios

Tabla 1.

Descripción de las variables.

Estadísticos Descriptivos				
Variables	Mínimo	Máximo	Media	Desvío Típico
Psicoticismo	0	10	3,33	2,11697
Extroversión	0	10	6,43	2,61293
Neuroticismo	0	12	5,45	3,45746
Derechos	6	30	15,76	5,82642
Emocional	5	25	12,32	5,37892
Logro	3	15	7,32	3,27498
Incomodidad	3	15	6,16	2,78652
IF Total	17	85	41,05	14,11115

Nota: Prueba utilizada: Rho de Spearman

Al comparar los valores promedio del EPQ con los percentiles de la muestra de Squillace et al.(2013) se comprueba que están dentro de límites normales o más bajos: Psicoticismo, P = 50, Extroversión, P = 55, y Neuroticismo, P=32, y Sinceridad P=20. Respecto de la EIF, todos los factores comparados con la muestra de Medrano et al.(2018) presentaron percentiles menores al P=50: para INCO, P=40, para DE, P=25; para EMO, P=30; para LO, P=40 y para FT, P=30.

La Tabla II muestra las correlaciones significativas halladas entre Intolerancia a la frustración y las dimensiones de la personalidad. Como puede observarse Extraversión presenta una correlación inversa y débil con Intolerancia a la Incomodidad (Rho = $-.12$, $p < .046$), y Psicoticismo, una correlación directa débil con Derechos (Rho = $.35$, $p < .000$). En cambio, Neuroticismo presenta correlaciones directas y moderadas aunque muy significativas con todos los factores de intolerancia a la frustración



($p < .0001$). Se aplicó un modelo de regresión lineal considerando a N, E y P como variables independientes e Intolerancia la frustración total como variable dependiente. Se obtuvo un $R = .46$, y un R cuadrado = $.211$ para todas las dimensiones. La Tabla III muestra un análisis de regresión lineal para evaluar qué dimensión aporta más a la FT. El Anova arrojó un $F(3) = 26,53$, $p < .0001$, el análisis de coeficientes mostró en N un $\beta = .469$, $T = 8,64$ ($p > .0001$). Este modelo sugiere que intolerancia a la frustración total queda explicada por N en un 46.9%.

Tabla 2.

Correlaciones significativas entre las dimensiones de la Personalidad la EIF

	Extroversión	p<
Incomodidad	-0,12	0,046
	Neuroticismo	p<
Derechos	0,4	0
Logro	0,35	0
Emocional	0,4	0
Incomodidad	0,36	0
IF Total	0,45	0
	Psicoticismo	p<
Derechos	0,13	0,021

Nota. Variable dependiente: IF Total

En función del sexo las mujeres presentaron un mayor N que los varones ($Z = -3,16$, $p < .002$, $r = .02$). En función de la edad se obtuvieron diferencias significativas en Psicoticismo ($Z = -2,12$, $p < 0,03$, $r = 0,12$), Neuroticismo ($Z = -2,93$, $p < 0,003$, $r = .17$) y Derechos ($Z = 2,42$, $p < 0,02$, $r = .14$) a favor de del grupo de 29 a 72 años. Respecto de las relaciones entre nivel educativo y las variables analizadas, sólo se halló una correlación inversa muy débil en P (Rho = $-0,166$, $p < .004$). Las personas de nivel más bajo presentaron un Psicoticismo mayor.

Tabla III

Análisis de regresión lineal

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		
	B	Error típico	Beta	t	Sig
(Constante)	29,903	2,683		11,145	0
Neuroticismo	1,914	0,222	0,469	8,636	0
Psicoticismo	-0,088	0,352	-0,013	-0,251	0,802
Extroversión	0,157	0,287	0,029	0,547	0,585



Conclusiones

El N y la IF fueron foco de atención de muchos investigadores porque están presentes en muchas patologías. Ambos constructos activan procesos fisiológicos y neurales similares por lo que sugiere que pueden estar asociados, aunque existe pocos trabajos que los evalúen en conjunto.

La investigación que presentamos muestra por primera vez las relaciones entre N y la intolerancia a la frustración evaluadas con el EPQ y con la EIF respectivamente. Se halló una correlación directa significativa entre ambas variables y un análisis de regresión lineal indica que N alcanza como para predecir el 46,9% de la varianza de IF. Este resultado apoya la hipótesis planteada. Además, se hallaron correlaciones significativas positivas y negativas bajas entre el factor Derecho de la EIF y psicoticismo y entre intolerancia a la incomodidad de la EIF y extroversión respectivamente. Esta última asociación es relativamente similar a lo hallado por Abdel Fattah (2017) quien utilizó otros instrumentos. También se halló que los niveles educativos tiene una correlación directa y baja en P y que las mujeres puntúan más en N que los varones, aunque el tamaño del efecto de las dos relaciones fueron muy bajas. El mayor puntaje de N en mujeres replica lo hallado en en numerosas investigaciones (e.g., Squillace et al., 2013).

Relacionado con esta investigación, en los últimos años la perspectiva transdiagnóstico recibe un importante interés por parte de la psicopatología y la terapia cognitivo-conductual (TCC. Sandín, Chorot & Valiente 2012). Este enfoque considera que tanto la IF como el N junto con la rumiación, el perfeccionismo, la regulación emocional, la intolerancia a la incertidumbre, la baja autoestima y las tendencias a las emociones negativas están presentes en numerosos trastornos psicopatológicos, en especial en los desórdenes de la ansiedad, depresión y trastorno límite de la personalidad, y que todos ellos tienen una fuerte base biológica que las llevan a considerarlas temas centrales en la TCC (Barlow, Allen & Choate, 2004; Ellis, 1995; Fairburn,

Cooper, & Shafran (2003) y Linehan 1993). Barlow et al. (2011) con estas evidencias criticaron los tratamientos demasiado específicos y propusieron hacer intervenciones cognitivas comportamentales con este paradigma que lo denominaron TCC transdiagnóstico (TCC-T). García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales y Sandín (2016) realizaron uno de los primeros metaanálisis sobre la eficacia de este enfoque. Su análisis mostró resultados satisfactorios para los trastornos de la ansiedad y depresión en niños, adolescentes y adultos, aunque no presentaron diferencias significativas con las intervenciones tradicionales de TCC. Con una misma línea conceptual, el Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU (NIMH), propuso como uso netamente experimental desarrollar investigaciones en psicología básica y en neuropsicología sobre 5 procesos, porque que están alterados en mucho trastornos. Ellas son: 1) sistemas de valencia negativa: son procesos asociados a emociones negativas con síntomas como el miedo, la ansiedad, la pérdida y la frustración; relacionadas con la vulnerabilidad (neuroticismo); 2) sistemas de valencia positiva: capacidad de las personas para responder a refuerzos positivos, y la predisposición positiva a realizar tareas, mayor motivación, etc.; 3) sistemas cognitivos como percepción, control esforzado y memoria de trabajo, siendo procesos básicos que están en la base de un buen funcionamiento cognitivo desde una óptica centrada en la salud mental; 4) procesamiento social: centrado en todos aquellos procesos que implican razonamiento social, empatía, vinculación con los otros, etc. y 5) autorregulación: mecanismos implicados en el control de impulsos, sobre todo desde una óptica centrada en la autorregulación emocional. Los procesos de valencia negativa son los más implicados en N y en frustración, comprobando que, teniendo en cuenta que tanto las conductas como sus bases psiconeurofisiológicas son similares, podrían tratarse con herramientas similares. Si se tiene en cuenta este esquema, las futuras investigaciones deberían concentrarse en estudiar

las interrelaciones entre las 5 líneas propuestas por le NIMH para obtener diagnósticos más específicos que se basen en la causas psicobiológicas y sociales de la conducta

Referencias bibliográficas

- Abdel Fattah, M.E. (2017). Frustration Intolerance and Its Relationship to Personality Traits among Sample of Najran University Students "Predictive Study". *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 7(2): 49-54. DOI: 10.5923/j.ijpbs.20170702.01
- Amsel, A. (1962). Frustrative nonreward in partial reinforcement and discrimination learning: Some recent history and theoretical extension. *Psychological Review*, 69,306–328.
- Amsel, A. (1992). Frustration theory: An analysis of dispositional learning and memory. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Annicchiarico, I.; Cuenya, L.(2018). Two profiles in the recovery of reward devaluation in rats: Latent class growth análisis. *Neuroscience Letters*; 684; 104-108 URI: <http://hdl.handle.net/11336/86591>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., ... Ehrenreich-May, J. (2011). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York, NY, US: Oxford University Press
- Butterfield, E.C. (1962). Locus of control, test anxiety, reactions to frustration, and achievement attitudes. *Journal of Personality*, 32(3), 355-370.
- Castro, L., & Mustaca, A. (2017). Temperamento en niños de 3 a 7 años con y sin tratamiento psicológico. *Revista ConCiencia EPG*, 2(1), 59-78. <https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.2-1.5>

- Chih-Hung Ko, M.D., Yu-yu yen, M.D., Cheng-Fang Yen, M.D., Chung-Sheng Chen, M.D & Shing-Yaw Wang, M.D. (2008). The Association between Internet Addiction and Belief of Frustration Intolerance: The Gender Difference. *Cyberpsychology & Behavior*, 11, 3,60- 72.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992a). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653–665.
- Cuenya L, Sabariego M, Donaire R, Fernández-Teruel A, Tobeña, A, Gómez, M.J, et al.(2012). The effect of partial reinforcement on instrumental successive negative contrast in inbred Roman high- (RHA-I) and low- (RLA-I) avoidance rats. *Physiology and Behavior*, 105,1112–1116.
- Cuenya, L., Fosachecha, S. & Mustaca, A.E. (2013). Diferencias individuales en las respuestas de frustración. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 5, 3-14.
- Cuenya, L., Kamenetzky, G., & Mustaca, A.E. (2014). Early experience and incentive relativity in adulthood. *International Journal of Comparative psychology*, 27(3), 474-487.
- Ellis, A. (1979). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. Part I. *Rational Living*, 14, 3–8.
- Ellis, A. (1980). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. Part II. *Rational Living*, 15, 25–30.
- Ellis, A., & Knaus, W. J. (1977) Overcoming procrastination: or how to think and act rationally in spite of life's inevitable hassles. Bloomington, En: univer. of indiana Press.
- Eysenck, H. J. (1952). The scientific study of personality. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1967). The Biological Basis of Personality. Springfield, MA: C. C, Thomas.
- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245-261.





- Eysenck, H. J. & Eysenck, M. (1985). *Personality and Individual Differences*, N.Y.: Plenum Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fernández Alvarez, H. (2019). Perturbaciones emocionales y disfunciones de la personalidad. *Cognición y Comportamiento*, 2, 35-45.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M. & Sandín B. (2016). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 147-175, 2016. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811
- Gartstein, M.A., Rothbart, M.K. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behaviour questionnaire. *Infant Behaviour and Development*, 26(1),64-86.
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.
- Hadlington, L. & Scase, M.O. (2018). End-user frustrations and failures in digital technology: exploring the role of Fear of Missing Out, Internet addiction and personality. *Heliyon*, 4, 11, <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00872>
- Harrington, N. (2005a). Dimensions of frustration intolerance and their relationship to self-control problems. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23,1-20.
- Harrington, N. (2005b). The Frustration Discomfort Scale: Development and Psychometric Properties. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 374-387.
- Ibañez Begoña, M., Franco, P. & Mustaca, A.E. (2018). Intolerancia a la Frustración y Regulación Emocional en adolescentes. *ConCiencia EPG*, 3(2), 12-33. doi:10.32654/CONCIENCIAEPG.3-2.2
- John, O.P. & Srivastava, S. (1999) The Big Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. In: Pervin, L.A. and John, O.P. Eds., *Handbook of Personality: Theory and Research*, Vol. 2, Guilford Press, New York, 102-138.
- Justel, N., Pautassi, R. & Mustaca, A. (2014). Proactive interference of open field on consummatory successive negative contrast. *Learning & Behaviour*, 42,58-68.
- Kamenetzky, G. V., Cuenya, L., Elgier, A. M., López Seal, F., Fosacheca, S., Martín, L. & Mustaca, A. E. (2009). Respuestas de frustración en humanos. *Terapia Psicológica*, 27, 2, 191-201.
- Lahey, B. B. (2009). Public Health Significance of Neuroticism. *American Psychologist*, 64, No. 4, 241-256. DOI: 10.1037/a0015309
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.
- Medrano, L.A., Franco, P. & Mustaca, A.E. (2018). Adaptación argentina de la Escala de Intolerancia a la Frustración. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 26, 2, 2018, 303-321.
- Medrano, L.A., Franco, P., Flores-Kantera, P.E. & Mustaca, A.E. (2019). Intolerancia a la frustración y estrategias cognitivas de regulación emocional en la predicción de la agresividad. *Revista Suma Psicológica*, 26(1) (2019), 19-27. <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2019.v26.n1.3>
- Mustaca, A. (2013). “Siento un dolor en el alma”: ¿metáfora o realidad? *Revista Argentina de Ciencias del comportamiento*. 5, 2, 47-60.
- Mustaca, A. E. (2018). Frustración y conductas sociales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(1), 65-81.
- Obst Camerini, J. (2019). Tres Conceptos Nucleares De Albert Ellis. *Cognición y Comportamiento*,

- 3, 42-44.
- Ozer, B., Demir, A. & Harrington, N. (2012). Psychometric Properties of Discomfort scale frustration in a Turkish sample. *Psychological Reports: Measures & Statistics*, 111, 1, 117-128.
- Papini, S., Galatzer-Levy, I. R., & Papini, M. R. (2014). Identifying profiles of recovery from reward devaluation in rats. *Behavioural Brain Research*, 275, 212-218.
- Pellegrini, S., Muzio, R., Mustaca, A. & Papini, M. (2004). Successive negative contrast after partial reinforcement in the consummatory behavior in rats. *Learning and Motivation*, 35, 303-321.
- Rothbart, M. & Bates, J. (2006). Temperament. En: N. Eisenberg, *Handbook of child psychology*, Vol 3 (págs. 99-166). New York: Wiley.
- Sabariego, M., Gómez, M.J., Morón, I., Torres, C., Fernández-Teruel, A., Tobeña, A., et al. (2011). Differential gene expression between inbred Roman high- (RHA-I) and low- (RLA-I) avoidance rats. *Neuroscience Letter*, 504,265-270.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 3, 185-203.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055-1085.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M.E., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G.D., & Pedrón, V. (2010) Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11,02, 1-21. <https://doi.org/10.33670/18181023.v11i02.63>
- Torres, A. M. & Julio Alfonso Piña, J. A. (2010). Asociación entre variables psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. *Terapia psicológica*, 28, 1, 45-53.

- Wilde, J. (2012). The Relationship between Frustration Intolerance and Academic Achievement in College Indiana University East. *International Journal of Higher Education*, 1, 2, doi:10.5430/ijhe.v1n2p1

Agradecimientos.

Esta investigación forma parte del proyecto financiado por la UAI: “Intolerancia a la frustración y efectos de relatos sobre exclusión social” (2018-2020). Fue aprobado por la comisión de ética de la misma universidad. Se agradece la colaboración de Paul Franco en la interpretación de los resultados.



Trastorno de Juego por Internet: Diagnóstico, evaluación y tratamiento cognitivo conductual.

Internet Gaming Disorder. Diagnostic, Evaluation and Cognitive Behavior Therapy

Martín Gomar.

Fundación para el desarrollo de Abordajes Científicos en Salud Mental. Buenos Aires, Argentina.

Contacto: martingomar@hotmail.com

Resumen:

La Asociación Psicológica Americana incluyó en la última edición del manual diagnóstico y estadístico DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) el trastorno de juego por internet en el apartado de condiciones que requieren más estudio. De manera similar la CIE incluyó en su 11 revisión la adicción a videojuegos. Con la masificación de los Smartphone cada vez más personas utilizan videojuegos y en la clínica se observa que en algunos casos su uso inadecuado genera malestar clínicamente significativo. El artículo se propone revisar los criterios diagnósticos, datos epidemiológicos, factores de riesgo, herramientas de evaluación e intervenciones terapéuticas frente al mencionado trastorno. Se concluye que si bien aún no hay un consenso generalizado sobre los criterios diagnósticos ni se han publicado reconocidos manuales de tratamiento, las publicaciones sobre esta problemática en los últimos años han crecido de manera exponencial, y los abordajes cognitivo-conductuales presentan los resultados más prometedores.

Palabras clave: Trastorno - juego por internet - adicción a videojuegos - terapia cognitivo conductual.

Abstract:

The last APA edition of the DSM-5 includes the Internet Gaming Disorder (IGD) in Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention. Same way, the videogames addiction is included in the ICD-11 version of the World Health Organization. A massive access to the Smartphone makes everyday more people be using videogames. We can see in some cases that a non appropriate use of videogames takes a clinical significant discomfort. The present article tries to review the diagnostic criteria, risk factors, evaluation resources and therapeutic interventions applicable to this disorder. Even there is still not a diagnostic criteria agreement nor a known published treatment handbook, last year articles on this matter increased a lot and the cognitive behavioral therapeutic resources showed the most promising results

Key words: gambling disorder Internet videogames addiction cognitive behavior therapy



Introducción

Se calcula que en el mundo aproximadamente 2.5 billones de personas han usado al menos esporádicamente videojuegos (VJ) y han gastado en ellos 152,1 billones de dólares en el año 2019 (Newzoo, 2019). La mayoría lo hace desde dispositivos móviles, principalmente smartphones, pero también desde consolas de juegos, tablets o computadoras personales. Los juegos más populares son conocidos por sus iniciales en inglés MMORPG, que en español puede traducirse como juego de rol, en línea, multijugador y masivo.

Suelen ser multiplataforma: se pueden jugar desde cualquiera de los dispositivos nombrados. En muchos casos son de acceso gratuito, lo que facilita el acceso inicial del usuario. El tiempo requerido de atención no se limita a los momentos en que son jugados, sino que los usuarios también destinan gran cantidad de horas a observar cómo los juegan otros a través del seguimiento de los esports o deportes electrónicos-competencias de VJ que reparten millones dólares y son transmitidos en vivo a millones de personas - o tutoriales a través de plataformas sociales como youtube, donde algunos de los canales de gamers o jugadores de VJ llegan a tener más de cien millones de suscriptores (PewDiePie, s/f).

La masividad de los VJ está cambiando los hábitos de ocio, en particular de los adolescentes y adultos jóvenes, aunque también de niños. En la mayoría de los casos se hace un uso recreativo, no tan distinto de aquel que busca distenderse yendo al cine, mirando una serie en Netflix o leyendo una novela. Incluso algunos lo utilizan como medio para socializar, ya que juegan en grupo, se comunican e interactúan para alcanzar objetivos comunes en los juegos.

Sin embargo, el desarrollo masivo de los VJ y sus repercusiones en las frecuentes consultas clínicas relacionadas dieron lugar a un nuevo tipo de preocupación: las personas que juegan demasiado (Fam, 2018; King et al., 2020).

Por lo dicho, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre las

principales categorías diagnósticas que permiten ponderar las características de esta problemática, incluyendo factores de riesgo y prevalencia, efectos adversos asociados y por sobre todo los tratamientos terapéuticos que han demostrado tener eficacia en su abordaje.

Criterios Diagnósticos

En 2013 la American Psychiatric Association marcó un hito al incluir en su quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico-DSM-5- en el apartado de condiciones que necesitan más estudio el Trastorno de juego por internet, caracterizado como el uso persistente y recurrente de internet para participar en juegos, a menudo con otros jugadores, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo tal y como lo indican 5 o más de los siguientes criterios durante un período de 12 meses: (1) Preocupación por los juegos de Internet (2) Aparecen síntomas de abstinencia al quitarle los juegos de internet (Estos síntomas describen típicamente como irritabilidad, ansiedad o tristeza) (3) Tolerancia (la necesidad de dedicar cada vez más tiempo a participar en juegos por internet) (4) Intentos infructuosos de controlar la participación en juegos por internet (5) Pérdida del interés por aficiones y entretenimientos previos como resultado de, y con la excepción de los juegos por internet (6) Se continúa con el uso excesivo de los juegos por internet a pesar de saber los problemas psicosociales asociados (7) Ha engañado a miembros de su familia, terapeutas u otras personas en relación a la cantidad de tiempo que juega por internet (8) Uso de juegos por internet para evadirse o aliviar un afecto negativo (ej, sentimientos de indefensión, culpa, ansiedad) (9) Ha puesto en peligro o perdido una relación significativa, trabajo u oportunidad educativa o laboral debido a su participación en juegos por internet.

Reconociendo esta misma preocupación la Organización Mundial de la Salud (2019) en la última revisión de su clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) ha incluido el trastorno por



uso de videojuegos, que define como un patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente (“Juegos digitales” o “videojuegos”), que puede ser en línea (es decir, por internet), o fuera de línea, y se manifiesta por: 1. deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto); 2. incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y 3. continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas. El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

A pesar de estas valiosas iniciativas, es importante destacar que en momentos en que los sistemas diagnósticos categoriales están recibiendo diversas críticas (Hayes, 2019; Hayes & Hofmann, 2018; Keegan, 2018) las publicaciones sobre uso problemático de VJ no utilizan aún un criterio diagnóstico unificado.

Efectos adversos asociados

El uso problemático de VJ puede generar consecuencias negativas para la salud y el desempeño social, pudiendo afectar el trabajo, la educación, las relaciones familiares, amistades, y generar baja autoestima y soledad (Sublette & Mullan, 2012; Toker & Baturay, 2016). Hay una relación negativa entre logros académicos y TJI. Messias et al. (Messias et al., 2011) encontraron riesgo aumentado de tristeza, ideación suicida y planificación suicida en gamers que jugaban más de 5 horas por día. También se encontró una disminución en la duración y alteraciones en los patrones de sueño (King et al., 2014); asociaciones entre TJI y alteraciones en

la salud física y consecuencias médicas, tales como enuresis, encopresis, dolores de muñeca, cuello, hombro y obesidad (A. M. Weinstein, 2010).

TJI y adicciones: similitudes y diferencias

Muchos de los trabajos realizados sobre TJI se han nutrido de investigaciones y conceptualizaciones provenientes del campo de las adicciones, incluyendo el juego patológico y el abuso de sustancias. El concepto de adicción ha sido definido de muchas maneras, pero la falta de control parece ser un aspecto central a muchos modelos teóricos. Walker (1989) definió adicción como:

“un patrón de comportamiento persistente caracterizado por el deseo o necesidad de continuar una actividad que escapa al control voluntario; una tendencia a aumentar la frecuencia o monto de la actividad a lo largo del tiempo; una dependencia psicológica de los efectos placenteros de la actividad; y, un efecto perjudicial para el individuo.” (p179).

Si bien el TJI no conlleva uso de sustancias psicoactivas ni incluye en su definición gastos económicos perjudiciales (a diferencia del juego patológico), las características de pérdida de control, tolerancia y efectos nocivos permiten incluirlo dentro de las adicciones comportamentales, compartiendo características con otros síndromes como el juego patológico.

Prevalencia

Las tasas de prevalencia del TJI varían ampliamente entre estudios llevados a cabo en distintos países (Feng et al., 2017), en un rango que va desde una estimación del 0,6% en un estudio llevado a cabo en Noruega (Mentzoni et al., 2011) hasta el extremo de un 50% de un estudio realizado en Corea (Hur, 2006). Estas diferencias podrían deberse a la diversidad de instrumentos diagnósticos, poblaciones estudiadas y criterios diagnósticos utilizados para demarcar el uso problemático de VJ. Las tasas de prevalencia son mayores en países de Asia del este, y varones en edades que van de los 12 a los 20 años. En una

reciente revisión (Paulus et al., 2018) se obtuvo una prevalencia media de 2.0%.

Etiología

La etiología del IGD es compleja y no está del todo clara. Existen factores internos y externos relacionados al desarrollo y mantenimiento del trastorno. No queda claro si los síntomas psiquiátricos predisponen o son consecuencia del IGD, debido a la escasez de estudios longitudinales (Griffiths et al., 2014).

Entre los factores internos se hallaron afectadas las funciones ejecutivas. Deficiencias en la auto regulación, control inhibitorio y habilidades para la toma de decisiones. Desregulación en el humor y sistema de recompensas, comportamientos evitativos (escapismo, y un afrontamiento deficiente de las emociones negativas), baja autoestima y baja percepción de autoeficacia.

(Dong et al., 2015; Han et al., 2017; A. Weinstein & Lejoyeux, 2015)

Se encontró una asociación entre TJI y humor depresivo y negativo, estrés, ansiedad y preferencia por recompensas inmediatas (Bioulac et al., 2008; Dong et al., 2015; Yoo et al., 2004) Kwon ((Kwon, 2012) hipotetizó que el TJI, como el abuso de drogas, podría servir como una estrategia autodestructiva para escapar de los problemas de la vida real.

Autoestima y autoeficacia. Baja autoestima se halló como un disparador del comportamiento de juego patológico (King & Delfabbro, 2014). Los jugadores se sienten atraídos por los juegos debido a que estimulan experiencias de poder y autonomía, Asimismo, los jugadores patológicos tienden a sobrevalorar las recompensas, actividades e identidades de sus personajes en los juegos. Esto estimula una sobre preocupación en el juego y una pérdida del interés y atractivo por las actividades de la vida real. Los personajes pueden generar sentimientos de poder y fuerza, facilitando el escape de los problemas cotidianos.

Otros factores de riesgo personales incluyen baja autoestima, aislamiento social, disminución de relaciones interpersonales y pocos o ningún amigo en la vida real (Lo et al., 2005; Porter et al., 2010), escasez de otros intereses o actividades recreativas (Müller et al., 2015)5: (Rehbein et al., 2015), bajos logros académicos, mayor ausentismo escolar, menor compromiso con la escuela, y desempleo (Frölich et al., 2016).

Se halló que el uso problemático de VJ podría estar relacionado con tres factores motivacionales: regulación emocional contra la disforia, escape de los problemas de la vida real y desarrollo de relaciones con otros gamers (Hilgard et al., 2013).

Varios factores externos fueron asociados al desarrollo y mantenimiento del TJI. Se incluyen factores familiares, sociales y relacionados con los juegos.

Entre los factores de riesgo familiares se encontró una asociación entre TJI y relaciones pobres con padres y pares (Beranuy et al., 2013). Escaso control parental y modelos negativos por parte de los padres predijeron tanto abuso de sustancias como TJI (Smith et al., 2015): (Yen et al., 2007). Se encontró un aumento del tiempo de pantalla en adolescentes con padres con opresivos, hostiles, familia monoparental y hogares quebrados (Kwon et al., 2011)

En cuanto a los factores sociales, los aspectos vinculados al juego en equipo parecen ser un factor motivacional importante en IGD. Los jugadores pueden interactuar en la vida real y en entornos virtuales. La comunicación e interacción social es un ingrediente esencial de muchos juegos. Especialmente los MMORPG. Haagsma y colaboradores (Haagsma et al., 2013). reportaron que la interacción social en línea puede fortalecer sentimientos de pertenencia y auto regulación, y reducir sentimientos negativos como soledad y aburrimiento. Jóvenes tímidos y aislados pueden encontrar un modo seguro y reforzante de interactuar con pares en el mundo virtual. El personaje puede tener una apariencia deseable. EN



particular, los MMORPG crean y proveen un entorno social construido exclusivamente en el juego y solo disponible en la pantalla.

El entorno virtual permite al jugador interactuar con personas con intereses similares. Esto podría reforzar el comportamiento de juego. Las relaciones virtuales se vuelven progresivamente más importantes para el jugador, y el ranking virtual y estatus satisfacen en línea las necesidades sociales insatisfechas en el mundo real. Incluso la comunidad de jugadores, el equipo o clan puede ejercer una presión social para que el jugador permanezca más tiempo en línea (Beranuy et al., 2013).

Otros factores de riesgo externo son los relacionados con las características de los VJ. Los juegos de rol en línea poseen un potencial adictivo superior al de los juegos fuera de línea debido al refuerzo social inherente que contienen. En particular, MMORPG incluyen características adictivas que promueven mayor apego al juego; por ejemplo, un diseño que nunca se termina, la posibilidad de adquirir poder, gloria y características atractivas como armamentos especiales.

Otra característica común en gran cantidad de juegos es que son de acceso gratuito o "free to play". Esto permite que más personas comiencen a utilizarlos, pero cuando desean progresar en el juego por lo general deben adquirir mejoras bajo la forma de compras internas a la aplicación.

Tener acceso permanente a internet y equipos de juegos incrementa las tasas de TJI: tener una play station, televisión o acceso a internet en el cuarto es un factor de riesgo para adicción al juego (Frölich et al., 2016; Gentile, 2009).

Tratamiento

Mientras los investigadores continúan debatiendo los criterios diagnósticos del TJI; tales como los síntomas de tolerancia y aislamiento, los abordajes testeados generalmente han sido adaptados de los tratamientos de adicciones. King y colaboradores (2017) realizaron un metaanálisis en el que

concluyeron que si bien aún no se cuenta con un manual de tratamiento publicado, la terapia cognitivo conductual es el abordaje con mayor base de apoyo empírico por sobre otras intervenciones. Muchos de estos enfoques se centran en las distorsiones vinculadas a la actividad de juego y la falta de control sobre los comportamientos de búsqueda de recompensa (Dong & Potenza, 2014). De acuerdo a esto, dos componentes cruciales del tratamiento efectivo para IGD son estrategias destinadas a (i) modificar las creencias mal adaptativas sobre el comportamiento de juego y (ii) ayudar a reducir el aislamiento y los estados emocionales displacenteros cuando no se está jugando. El objetivo último del tratamiento es reducir o eliminar el comportamiento de juego que interfiere con el autocuidado, las relaciones y las responsabilidades de la vida diaria.

Uno de los obstáculos más comunes para el cambio se relaciona con el nivel de motivación y compromiso por parte del paciente (generalmente adolescentes, que en ocasiones niegan que jugar sea un problema y se oponen a asistir a tratamiento). Por ese motivo se cree que una sólida alianza terapéutica y el uso de técnicas de entrevista motivacional podría incrementar el compromiso del cliente. No obstante, en algunos casos, medidas prácticas como la colaboración de la familia en remover el equipo de juego (o desconectar el acceso a internet) y acompañar al cliente a terapia podría ser necesario. Por lo general los adolescentes con TJI no asisten a terapia si no son acompañados por un adulto.

Otra de las barreras para el cambio suele estar dada por características de la vivienda. Los jugadores problemáticos suelen tener personalizadas sus habitaciones para favorecer el juego, incluyendo tener todo tipo de dispositivos electrónicos, cortinas black out para generar mayor oscuridad, y todo el amoblamiento orientado hacia las pantallas. En ese sentido, la modificación del amoblamiento y accesibilidad de los dispositivos puede ser de mucha ayuda (King et al., 2012)

Al igual que el resto de los tratamientos cognitivo-



conductuales, el abordaje psicoeducativo es de suma importancia en las etapas iniciales. Uno de los temas principales es la normalización del uso de VJ. Muchos jóvenes suelen negar el IGD argumentando que utilizar VJ es normal, y que la mayoría lo hace, lo cual es cierto, particularmente en las regiones más urbanizadas. Por ejemplo en Australia, se reportó que el 68% de la población utiliza VJ y el 98 % de los hogares con niños tienen dispositivos que permiten usar VJ (Brand & Todhunter, 2016). "¿Por qué mis amigos pueden jugar y soy yo quien tiene un problema?" suelen plantear algunos jóvenes. ES importante destacar que el problema no está en el VJ, sino en el uso excesivo y el malestar clínicamente significativo que ello conlleva. Eventualmente, el objetivo del tratamiento no sería abandonar completamente la utilización de VJ, sino tener un control que permita un uso moderado y no afecte el resto de las áreas del paciente.

. Cuando comienzan a modificarse los hábitos de juego, es frecuente que los clientes sientan ansiedad, frustración, aburrimiento o tristeza. Incluso es frecuente que experimenten un craving o ansia por jugar (Dong et al., 2017) que puede manifestarse a través de fuertes enojos e irritabilidad. Aquí se hace énfasis en que el uso más intenso y frecuente de VJ, lejos de generar saciedad, produce mayor ansia y deseo de continuar usándolo.

Una experiencia común que relatan los clientes cuando comienza a limitarse el uso de VJ es El miedo a perderse algo importante mientras no juegan -fear of missing out- (Przybylski et al., 2013). Esto conlleva la creencia de que otros jugadores ganaran ranking y recompensas, superando el prestigio o habilidades adquiridos por el cliente en el VJ. Incluye también el temor a perder su lugar en la comunidad de jugadores.

En este contexto, el simple hecho de reducir el tiempo de juego suele mostrarse como una medida insuficiente. Por eso se recomiendan estrategias para aliviar el aburrimiento y hallar otras actividades y ocupaciones placenteras. EN particular rutinas

estructuradas de actividades que ayuden al desarrollo de habilidades nuevas (ej, socializar cara a cara). Asimismo, el ejercicio físico se ha sugerido como una estrategia de activación conductual que beneficia la salud y reduce los efectos del uso de internet (Kim et al., 2006).

Otra técnica que suele ser útil con clientes ambivalentes es el automonitoreo de la utilización de VJ (King et al., 2010). Esto permite tener una clara noción de la cantidad de tiempo que se utiliza cada VJ, más allá de la creencia subjetiva del cliente o su familia. Para ello actualmente existen aplicaciones de control parental que permiten medir el uso de cada aplicación y dispositivo electrónico, e incluso limitarlo con solo apretar una tecla del celular, sin necesidad de forcejear físicamente (ej, Qustodio).

King & Delfabbro (2018) recomiendan la planificación de actividades. Esta técnica conductual consiste en identificar horarios del día "de alto riesgo" en los cuales usualmente se utilizan VJ, y planificar una actividad alternativa. El objetivo es que el paciente encuentre refuerzos alternativos a los provistos por los VJ. Deben ser actividades específicas, prácticas y simples (que el cliente pueda realizarlas o tener logros sin dificultad).

Utilizar VJ es una de las actividades más placenteras y reforzantes en relación al poco esfuerzo que se requiere. Los VJ están diseñados para reforzar de alguna manera al usuario cada vez que juega. El manejo de contingencias puede ser una herramienta conductual que facilite que el paciente sea "recompensado" (ej, utilizando dinero o privilegios) por no jugar. Incluye control de estímulos (ej, limitar el tiempo de juego) y la administración de reforzadores alternativos a cambio de abstenerse de jugar o hacerlo de una manera controlada. Si bien se trata de una técnica simple, ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de comportamientos adictivos, mejorando la habilidad del cliente de abstenerse y comprometerse con otros componentes de la terapia (Prendergast et al., 2006).



Otra técnica recomendada por King & Defabro (2018) es la exposición y prevención de respuesta. Consiste en exponer al cliente a situaciones o estímulos relacionados con VJ, generando de esta manera el ansia por jugar, pero sin que el cliente utilice los VJ para aliviar el ansia (prevención de respuesta). El objetivo es proveer experiencias en las que el cliente aprenda que el ansia por jugar tiende a desvanecerse y puede ser controlada sin llegar a jugar.

La regla de oro de la exposición es que el cliente no debe evitar ni escapar de la situación, ni utilizar los VJ mientras experimenta el ansia de jugar. Y La ansiedad debe reducirse aproximadamente un 50% antes de que el cliente abandone la situación de exposición.

Los mismos autores sugieren la utilización de estrategias cognitivas que apuntan a trabajar con las creencias y percepciones de los pacientes acerca del uso de VJ. Incluyen la utilización del cuestionamiento socrático, registro diario de pensamientos, experimentos conductuales, reestructuración cognitiva y estrategias de prevención de recaídas.

Abordaje familiar con adolescentes.

Muchos adultos con TJI pasan gran cantidad de tiempo solos, con mínimo contacto social. En contraste, en adolescentes el TJI tiende a manifestarse en el hogar familiar, con frecuencia dando lugar a conflictos entre el joven y los padres en relación al uso de VJ y su impacto. Algunos padres pueden tener creencias o actitudes negativas sobre los VJ (ej, “son una total pérdida de tiempo”) e intentar ejercer la autoridad retirando los dispositivos de juego. Esto puede resultar en una escalada de conflicto que deteriora seriamente la relación.

Investigaciones han reportado que la influencia familiar, incluyendo la calidad de la relación padres-hijos o la restricción parental o monitoreo del uso de dispositivos, puede funcionar como un factor protector, o por el contrario favorecer el uso problemático de VJ (Schneider et al., 2017).

Un tratamiento de IGD que se enfoque exclusivamente en el adolescente “como el problema” podría pasar por alto la importante influencia que los

padres pueden tener en el desarrollo y mantenimiento de la la problemática (ej, rechazo parental, estilo de comunicación agresiva, falta de reglas o límites al comportamiento de juego). Por esta razón, la participación activa de los padres o familiares en el tratamiento puede ayudar a modificar interacciones disfuncionales y generar una influencia positiva que ayude al adolescente a recuperarse.

Conclusiones

La masificación de los videojuegos en línea está modificando los hábitos de muchos adolescentes y adultos jóvenes. La gran mayoría de ellos hace un uso recreativo de los mismos, pero hay un cuerpo de investigación creciente relacionado con los síntomas y deterioro que genera su uso problemático. La inclusión del diagnóstico de Trastorno por uso de videojuegos en línea en el DSM-5 supuso un hito para el desarrollo de tratamientos con apoyo empírico. No obstante, no existe aún un consenso generalizado sobre su uso y especificidad, teniendo en cuenta que existen diversas problemáticas vinculadas al uso inadecuado de la tecnología (ej, internet, redes sociales). De la misma manera, las investigaciones suelen utilizar distintos instrumentos diagnósticos. Todo esto podría explicar la varianza en las tasas de prevalencia halladas. A pesar de estas limitaciones en los últimos años la literatura sobre tratamientos para TJI ha crecido significativamente. Si bien aún no se han publicado manuales de tratamiento, numerosas investigaciones muestran resultados prometedores de la terapia cognitivo conductual. En el futuro sería deseable que se desarrolle un mayor consenso sobre los criterios diagnósticos e instrumentos de evaluación, y en lo relativo a los tratamientos que se investiguen los factores mediadores y moderadores del cambio y se publiquen manuales que favorezcan la diseminación de los tratamientos eficaces.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

(DSM-5®). American Psychiatric Pub. <https://play.google.com/store/books/details?id=JivBAAAQBAJ>

Beranuy, M., Carbonell, X., & Griffiths, M. D. (2013). A Qualitative Analysis of Online Gaming Addicts in Treatment. *International journal of mental health and addiction*, 11(2), 149–161. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9405-2>

Bioulac, S., Arfi, L., & Bouvard, M. P. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry* (Vol. 23, Número 2, pp. 134–141). <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.11.002>

Brand, J. E., & Todhunter, S. (2016). Digital Australia Report 2016. <https://research.bond.edu.au/en/publications/digital-australia-report-2016>

Dong, G., Lin, X., & Potenza, M. N. (2015). Decreased functional connectivity in an executive control network is related to impaired executive function in Internet gaming disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 57, 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2014.10.012>

Dong, G., & Potenza, M. N. (2014). A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.005>

Dong, G., Wang, L., Du, X., & Potenza, M. N. (2017). Gaming Increases Craving to Gaming-Related Stimuli in Individuals With Internet Gaming Disorder. *Biological Psychiatry. Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 2(5), 404–412. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.01.002>

Fam, J. Y. (2018). Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades. *Scandinavian journal of psychology*, 59(5), 524–531. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sjop.12459>

Feng, W., Ramo, D. E., Chan, S. R., & Bourgeois, J. A. (2017). Internet gaming disorder:

Trends in prevalence 1998-2016. *Addictive Behaviors*, 75, 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.06.010>

Frölich, J., Lehmkuhl, G., Orawa, H., Bromba, M., Wolf, K., & Görtz-Dorten, A. (2016). Computer game misuse and addiction of adolescents in a clinically referred study sample. *Computers in human behavior*, 55, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.08.043>

Gentile, D. (2009). Pathological Video-Game Use Among Youth Ages 8 to 18. *En Psychological Science* (Vol. 20, Número 5, pp. 594–602). <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02340.x>

Griffiths, M., King, D., & Demetrovics, Z. (2014). DSM-5 internet gaming disorder needs a unified approach to assessment. *Neuropsychiatry*, 4(1), 1–4. http://real.mtak.hu/16976/1/Griffiths_King_Demetrovics_2014_Neuropsychiatry_IGD_Editorial%202014.pdf

Haagsma, M. C., Caplan, S. E., Peters, O., & 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. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563212002415>

Han, D. H., Kim, S. M., Bae, S., Renshaw, P. F., & Anderson, J. S. (2017). Brain connectivity and psychiatric comorbidity in adolescents with Internet gaming disorder. *Addiction Biology*, 22(3), 802–812. <https://doi.org/10.1111/adb.12347>

Hayes, S. C. (2019). A liberated mind: How to pivot toward what matters. *Avery*.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. New Harbinger Publications. <https://play.google.com/store/books/details?id=J0tHDgAAQBAJ>

Hilgard, J., Engelhardt, C. R., & Bartholow, B. D. (2013). Individual differences in motives, preferences, and pathology in video games: the gaming attitudes, motives, and experiences scales (GAMES). *Frontiers in Psychology*, 4, 608. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00608>





- doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00608
- Hur, M. H. (2006). Demographic, habitual, and socioeconomic determinants of Internet addiction disorder: an empirical study of Korean teenagers. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 9(5), 514–525. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.514>
- Keegan, E. (2018). ¿Por qué se desarrollan y persisten los trastornos mentales? La perspectiva cognitivo-conductual. Vertex (Buenos Aires, Argentina). XXIX. 213-218.
- Kim, K., Ryu, E., Chon, M.-Y., Yeun, E.-J., Choi, S.-Y., Seo, J.-S., & Nam, B.-W. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.02.005>
- King, D. L., Chamberlain, S. R., Carragher, N., Billieux, J., Stein, D., Mueller, K., Potenza, M. N., Rumpf, H. J., Saunders, J., Starcevic, V., Demetrovics, Z., Brand, M., Lee, H. K., Spada, M., Lindenberg, K., Wu, A. M. S., Lemenager, T., Pallesen, S., Achab, S., ... Delfabbro, P. H. (2020). Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. *Clinical Psychology Review*, 77, 101831. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101831>
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2014). Internet gaming disorder treatment: a review of definitions of diagnosis and treatment outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 942–955. <https://doi.org/10.1002/jclp.22097>
- King, D. L., Delfabbro, P. H., & Griffiths, M. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for problematic video game players: Conceptual considerations and practice issues. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation (JCR)*, 3(3). http://www.academia.edu/download/1970556/JCR_VG_CBT_2010.pdf
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D., & Gradisar, M. (2012). Cognitive-behavioral approaches to outpatient treatment of internet addiction in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 68(11), 1185–1195. <https://doi.org/10.1002/jclp.21918>
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Zwaans, T., & Kaptsis, D. (2014). Sleep Interference Effects of Pathological Electronic Media Use during Adolescence. *International journal of mental health and addiction*, 12(1), 21–35. <https://doi.org/10.1007/s11469-013-9461-2>
- Kwon, J.-H. (2012). Toward the Prevention of Adolescent Internet Addiction. En *Internet Addiction* (pp. 223–243). <https://doi.org/10.1002/9781118013991.ch13>
- Kwon, J.-H., Chung, C.-S., & Lee, J. (2011). The effects of escape from self and interpersonal relationship on the pathological use of Internet games. *Community Mental Health Journal*, 47(1), 113–121. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9236-1>
- Lo, S.-K., Wang, C.-C., & Fang, W. (2005). Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 8(1), 15–20. <https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.15>
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K. J. M., Hetland, J., & Pallesen, S. (2011). Problematic Video Game Use: Estimated Prevalence and Associations with Mental and Physical Health. En *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* (Vol. 14, Número 10, pp. 591–596). <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0260>
- Messias, E., Castro, J., Saini, A., Usman, M., & Peeples, D. (2011). Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 41(3), 307–315. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00030.x>
- Müller, K. W., Janikian, M., Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. E., Tzavara, C., Richardson, C., & Tsitsika, A. (2015). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological



- correlates. En *European Child & Adolescent Psychiatry* (Vol. 24, Número 5, pp. 565–574). <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0611-2>
- Newzoo. (2019). Global Games Market Report 2019.. Recuperado el 5 de abril de 2020, de <https://newzoo.com/insights/trend-reports/newzoo-global-games-market-report-2019-light-version/>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., von Gontard, A., & Popow, C. (2018). Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 60(7), 645–659. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13754>
- PewDiePie. (s/f). Youtube. Recuperado el 5 de abril de 2020, de https://www.youtube.com/channel/UC-IHJZR3Gqxm24_Vd_AJ5Yw
- Porter, G., Starcevic, V., Berle, D., & Fenech, P. (2010). Recognizing problem video game use. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 120–128. <https://doi.org/10.3109/00048670903279812>
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. En *Addiction* (Vol. 101, Número 11, pp. 1546–1560). <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01581.x>
- Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in human behavior*, 29(4), 1841–1848. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014>
- Rehbein, F., Kliem, S., Baier, D., Möble, T., & Petry, N. M. (2015). Prevalence of internet gaming disorder in German adolescents: Diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. *Addiction*, 110(5), 842–851. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.12849>
- Schneider, L. A., King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2017). Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 321–333. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.035>
- Smith, L. J., Gradisar, M., & King, D. L. (2015). Parental influences on adolescent video game play: a study of accessibility, rules, limit setting, monitoring, and cybersafety. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18(5), 273–279. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0611>
- Sublette, V. A., & Mullan, B. (2012). Consequences of Play: A Systematic Review of the Effects of Online Gaming. *International journal of mental health and addiction*, 10(1), 3–23. <https://doi.org/10.1007/s11469-010-9304-3>
- Toker, S., & Baturay, M. H. (2016). Antecedents and consequences of game addiction. *Computers in human behavior*, 55, 668–679. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.10.002>
- Weinstein, A., & Lejoyeux, M. (2015). New developments on the neurobiological and pharmaco-genetic mechanisms underlying internet and videogame addiction. En *The American Journal on Addictions* (Vol. 24, Número 2, pp. 117–125). <https://doi.org/10.1111/ajad.12110>
- Weinstein, A. M. (2010). Computer and Video Game Addiction—A Comparison between Game Users and Non-Game Users. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 268–276. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491879>
- World Health Organization. (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades.. Recuperado el 5 de abril de 2020, de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>
- Yen, J.-Y., Ko, C.-H., Yen, C.-F., Wu, H.-Y., & Yang, M.-J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 41(1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.02.002>
- Yoo, H. J., Cho, S. C., Ha, J., Yune, S. K., Kim, S. J., Hwang, J., Chung, A., Sung, Y. H., & Lyoo, I. K. (2004). Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(5), 487–494. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01290.x>

BIBLIOTECA UNITREC

La Biblioteca Virtual **UNITREC** ofrece acceso libre y gratuito a los miembros de **ALAMOC**. También ofrece el acceso a todas las personas interesadas que se hayan afiliado individualmente o colectivamente a esta biblioteca.

Inicialmente los textos se han seleccionado en base a su importancia en el campo de la psicología y las psicoterapias, especialmente dentro de los paradigmas: cognitivo, comportamental y sistémico, sin descartar otras propuestas basadas en la evidencia y otras experiencias exitosas.

AFILIACIÓN:
www.unitrec.org



Web:
www.alamoc-web.org