



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

¿De verdad lo necesitas?

Añade autocontrol al carrito

Alumno/a: José Maderas Colmenero

Tutor/a: Prof. D. Manuel Miguel Ramos Álvarez

Dpto.: Psicología

Mayo, 2020

Índice

1. Introducción	4
2. Diagnóstico de necesidades	8
3. Programa de acciones de intervención	10
4. Monitorización del proceso	23
5. Análisis de resultados previstos	28
6. Conclusiones. Evaluabilidad del programa	30
6. Referencias	32
7. Anexos	36
7.1. Instrumentos de medida	36
7.2. Programa de intervención desarrollado	40

RESUMEN

La ansiedad, pérdida de control y baja autoestima en personas adictas a las compras ha sido investigado en los últimos años y se relaciona con la adicción a las nuevas tecnologías debido al auge de la modalidad de compra por Internet. Los objetivos son concienciar a jóvenes y padres sobre los factores a tener en cuenta, promocionando un buen uso de Internet y ofrecer un tratamiento fusionado (cognitivo-conductual-grupal) o de autoayuda mediante metodología experimental. El programa sigue tres fases: (1)fase conceptual: plantear el problema y justificar las necesidades diagnosticadas, (2)fase metodológica: decidir cómo se va a proceder con el diseño y el muestreo (3)fase empírica: recoger una muestra y aplicar los tratamientos. Tras analizar los resultados se valoran estos en términos de eficacia, efectividad y eficiencia y se establece una conclusión basada en la evaluabilidad del programa, aportando sus limitaciones y las posibles líneas de investigación.

Palabras clave: Experimento, Compra compulsiva, Prevención e Intervención.

ABSTRACT

Anxiety, loss of control and low self-esteem in people addicted to shopping has been investigated in recent years and is related to addiction to new technologies due to the rise of the Internet shopping modality. The objectives are to raise awareness among young people and parents about the factors to take into account, promoting good use of the Internet and offering a merged treatment (cognitive-behavioral-group) or self-help through experimental methodology. The program follows three phases: (1) conceptual phase: posing the problem and justifying the diagnosed needs, (2) methodological phase: deciding how to proceed with the design and sampling (3) empirical phase: collecting a sample and applying treatments. After analyzing the results, they are evaluated in terms of efficacy, effectiveness and efficiency and a conclusion based on the evaluability of the program, providing its limitations and possible lines of research.

Keywords: Experiment, Compulsive buying, Prevention and Intervention.

1. Introducción

En los últimos años hemos podido presenciar un importante auge de tecnologías de la información (TICs) que se definen como: conjunto de herramientas relacionadas con la transmisión, procesamiento y almacenamiento digitalizado de la información, como al conjunto de procesos y productos derivados de las nuevas herramientas (hardware y software). Los antiguos móviles se han convertido en potentes Smartphones que ya apenas se utilizan para enviar SMS o realizar llamadas, sino que han venido adquiriendo potentes funciones como las videollamadas o el acceso a Internet de forma instantánea. Este avance ha sido un caldo de cultivo esencial para el surgimiento de nuevas formas de comprar productos lo que ha propiciado a su vez un cambio en los hábitos de consumo, prueba de esto es lo que ha hecho los “dash buttons” de Amazon Farah et al. (2017). Cada vez es más frecuente realizar las compras a través de internet, ya que se garantiza en parte el anonimato, no tienes que transportar el producto puesto que te lo envían directamente a casa y tampoco hay que pagar en efectivo. Estas características junto a diversos factores de riesgo pueden propiciar problemas de múltiple causa que con el paso del tiempo pueden originar morbilidad y comorbilidad.

De hecho, existe un trastorno llamado “trastorno de compra compulsiva” que es muy cercano a la “adicción a las compras” y que también se conoce como el término “omniomanía” acuñado por Kraepelin (1915) y Bleuler (1924). Este trastorno no se incluye como una categoría diagnóstica del DSM-V pero entra dentro del trastorno no relacionado a sustancias y debe ser diagnosticado como un trastorno del control de los impulsos no identificado (CIE-10 F63,9) que cuenta con los siguientes criterios diagnósticos:

1. Presencia de impulsos excesivos y recurrentes por comprar, que producen importantes problemas personales y familiares.
2. Impulsividad y repetición de la conducta de compra, pese a las consecuencias negativas que trae esta conducta para la persona.
3. Necesidad urgente e irreprimible de comprar.
4. Intentos fracasados de controlar gastos.
5. La existencia de consecuencias negativas tangibles de comprar excesivamente, como agotamiento marcado, deterioro social o laboral, y problemas financieros o familiares.

Luque & cols (2007) relataron lo siguiente “La vinculación que existe entre este trastorno y hacer la compra a través del Smartphone o ordenador genera una adicción a estas tecnologías o también llamada “tecnodependencia” que se considera como el uso problemático que algunas personas realizan de las tecnologías de la información y comunicación y llamamos “tecnodependientes” a aquellas personas que presentan una dependencia psicológica hacia las TIC”

En el caso de las compras online parece existir una interacción entre la compra impulsiva-compulsiva y la tecnoadicción. El modelo CAC define la compra por impulso como: “una compra caracterizada por una alta activación afectiva y sin apenas consideración cognitiva” Quintanilla et al. (1998), este modelo permite hacer distinciones entre los aspectos personales que intervienen en la compra y permitir establecer tipologías de compras en función de las estructuras, lo que resulta útil a la hora de introducir el componente tecnológico en la compra

Raiteri (2016) llama a este nuevo tipo de compradores “Consumidores 2.0” y expone los rasgos que los diferencian de los consumidores clásicos:

1. Dominio de un nuevo lenguaje, recalcando el uso de emoticonos, “nicks”, recortar palabras y uso de abreviaturas.
2. Viven hiperconectados, es decir, mantienen un contacto continuo a través de internet con sus amigos y están al tanto de las ofertas diarias.
3. En algunos casos no les importa su intimidad, ya que continuamente suben fotos y videos a las redes sociales o comparten el producto que acaban de comprar, lo que a su vez propicia una comunicación bidireccional a la hora de proporcionar feedback sobre el producto.
4. Son “multi-tasking” en el sentido de que realizan varias tareas a la vez a través de internet y otras tareas como comer, beber, realizar las tareas del hogar, etc.
5. Consumen los contenidos que quieren cuando les apetece.
6. Se encuentran en continua búsqueda del producto “viral”

Barboza (2012) hace una reflexión sobre cómo influyen las redes sociales en este formato de compras, concluyendo en dos principios:

1. Es un medio eficaz para compartir productos y expresar opiniones acerca de estos.
2. Las redes sociales son usadas por las marcas para publicitar sus productos y así hacerse de algún modo más transparentes.

El principal síntoma que muestran estas personas es la pérdida de autocontrol, definido este por la APA (1993) como: “práctica de represión de reacciones impulsivas de un comportamiento, deseo o emoción” y en cuanto a las causa de la pérdida de autocontrol existen varios factores psicológicos que predisponen a padecer este trastorno que son: neuroticismo, inmadurez, narcisismo, personalidad límite, la sensación de aburrimiento y falta de alicientes no consumistas (Otero-López y Villardefrancos, 2014).

También existen varios factores biológicos que son considerados factores de riesgo como el déficit en el funcionamiento de neurotransmisores dopaminérgicos, serotoninérgico y opioide que explicaría el mantenimiento y existencia de dicha conducta adictiva (Marcet, Valdepérez & Aragay, 2015). Antecedentes psicopatológicos presentes en las madres, formas de crianza disfuncionales que apoyan ciertas conductas consumistas o la presión de los amigos hacia este tipo de consumo también son considerados factores de riesgo (Otero-López y Villardefrancos, 2014).

Con el objetivo de averiguar la relación de este trastorno con la depresión, el materialismo y el uso abusivo de internet Mueller et al (2011) realizan una encuesta y un estudio correlacional en el que encuentran que las personas que padecen este trastorno presentan una correlación positiva con depresión, materialismo y uso abusivo de internet más que las personas que no padecen este trastorno.

En cuanto a la diferencia entre la dependencia a sustancias y la tecnodependencia, esta última implica comportamientos que todos hacemos y por lo tanto están socialmente aprobados y en ocasiones favorecidos, lo que dificulta la prevención y el tratamiento (Luque, 2007).

Programa de intervención en compra compulsiva y prevención de ciberadicciones en jóvenes.

En relación al materialismo Otero-López y Villardefranco (2011) han investigado si la baja autoestima tiene un papel mediador entre el vínculo materialismo-adicción a la compra, encontrando que “estas personas tienden a imitar a aquellas personas que tienen más dinero y/o posesiones lo que a su vez incide negativamente en la autopercepción de estas personas y creen que la adquisición de nuevos bienes es la solución para no sentirse peor”

Rodríguez, Saucedo, Hernández y Gutiérrez (2016) llegaron a la siguiente conclusión: “Muchos compradores compulsivos pueden padecer depresión y utilizan las compras para mejorar su autoestima y satisfacer necesidades emocionales llegando a perder el autocontrol, ya que estas conductas inicialmente resultan atractivas y poco a poco se realizan de manera compulsiva y que en consecuencia crean problemas personales, sociales y financieros”.

2. Diagnóstico de necesidades

Se han realizado varios estudios epidemiológicos para establecer la prevalencia de personas adictas a la compra. Uno de ellos se realizó en la provincia de Vizcaya en el año 2001 del mes de octubre a diciembre con una muestra de 341 personas, con edad media de 40 años, de los cuales el 40,8,7% eran hombres y el 51,3% eran mujeres. El estudio concluye que el 5,27% de la población de Vizcaya mayor de 18 años podría ser adicto a la compra (García, 2007).

En una revisión de la literatura realizada por Cantero y Bertolin (2015) y delimitando la población joven encontraron una prevalencia del 6-7% que indicaba que la población joven es la más propensa a desarrollar esta problemática, estando asociada a dificultades psicológicas, sociales, laborales y financieras.

Otro estudio realizado por Marcet, Valdepérez, Aragay y Soms (2015) que se centra en otros países encuentran una prevalencia de compra compulsiva del 7% en Alemania, 5,8% en EEUU y del 7,1% en España. Esta variabilidad se puede explicar por la diferencia demográfica, heterogeneidad en las muestras e instrumentos utilizados. Centrándonos en nuestro país, encuestas realizadas por el INE (2019) revelan que el 58% de la población de 16 a 74 años, frente a un 53,3% de 2018 han realizado operaciones de comercio electrónico en los últimos 12 meses y el 43,5% lo ha hecho en los tres últimos meses. El gasto medio por comprador sube a 264,7 euros (5,1 euros más que en el anterior año) y el gasto medio por compra es de 60,5 euros.

Existen otras diferencias relacionadas con el género. Se ha encontrado que este desorden afecta en mayor medida a mujeres que a hombres. Investigaciones realizadas por Dittmar et al (1998) han encontrado que “las mujeres son más impulsivas a la hora de comprar y que los hombres compren basándose en necesidades inmediatas y las mujeres basándose en necesidades a largo plazo”.

Estos datos revelan que estos problemas están presentes en nuestra sociedad y van en auge debido al incesante desarrollo de la tecnología, pero para poder operativizar los

problemas hay que hablar de necesidades y para ello podemos utilizar la taxonomía de necesidades realizada por Bradshaw (1972) en la que se distingue entre necesidades normativas, sentidas, expresadas y comparadas. La necesidad normativa aplicada a estos trastornos se corresponde al adecuado ejercicio de autocontrol, manejo de la ansiedad y emociones generadas por la ansiedad y la falta de autocontrol. La necesidad sentida de estas personas resulta escasa o con bajo insight debido a la perspectiva social que tiene el hecho de realizar compras por internet, es decir, estas personas no son conscientes realmente de que pueden tener este problema y puede quedar oculto hacia la sociedad por el carácter privado de la compra o a veces incluso por la tendencia a la negación. En cuanto a la necesidad expresada y en equivalencia con lo anterior, pocas personas son capaces de admitir que tienen este problema y de admitir que tienen la necesidad de entrenar o mejorar su capacidad de autocontrol y manejo de la ansiedad y las emociones. La necesidad comparada se puede considerar (en torno a la similitud de sus características) con las necesidades que tienen otras personas con tecnoadicción, ya sea a los videojuegos, redes sociales o Smartphone.

Del mismo modo que se plantean las necesidades deben plantearse los derechos de estas personas y con ello asegurar los principios éticos. Estos se cumplen mediante el código deontológico elaborado por el Colegio Oficial de Psicólogos de España y la protección de datos mediante la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Para garantizar que se cumple todo lo mencionado se designa a un psicólogo/a experto/a en manejo de datos para su tratamiento asegurando en todo momento la confidencialidad tanto a sus compañeros como al resto de participantes del programa.

Dicho esto se justifica la puesta en marcha de programas de intervención y especialmente en su modalidad de prevención debido al gran impacto sobre la población joven. Dicha prevención debe basarse en proporcionar información sobre las conductas y factores de riesgo, los principales síntomas y algunos casos que puedan servir de ejemplo para que este tipo de conductas se descatalogue como “socialmente bien visto” y se autoperciban las necesidades que deben ser intervenidas.

3. Programa de acciones de intervención

En el contexto de la compra compulsiva y la ciberadicción que esta genera se han propuesto varios programas de intervención y prevención. Destacan por su efectividad: la terapia cognitivo-conductual (exposición y prevención de respuesta), la terapia de autoayuda grupal junto a la autoayuda guiada por teléfono y terapia farmacológica en casos graves con comorbilidad. En cuanto a la prevención destaca por su efectividad los programas que ponen énfasis en el manejo del uso de ordenadores, móviles y otros dispositivos por parte de jóvenes y padres, es decir, proporcionar en el contexto educativo-formal información y formación a través de debates y en cuanto a la dimensión de impulsividad incluir tareas que fomenten la potenciación del autocontrol y tareas que ayuden a gestionar la toma de decisiones.

A continuación se explica en detalle cada programa, especificando su modelo teórico, diseño utilizado y técnicas de análisis de datos (en el caso de que se utilicen).

El modelo CAC (Quintanilla et al.) en su vertiente aplicada y funcional hace una distinción exhaustiva entre los tipos de conducta de compra que se dan en el mercado de consumo, distinguiendo entre alta activación cognitiva/baja activación cognitiva y alta activación afectiva/ baja activación afectiva establecemos cuatro subtipos de consumidor:

1. Compra de baja implicación
2. Compra cognitiva
3. Compra por impulso
 - (1) Compra reactiva compensatoria
 - (2) Compra estacional compensatoria
 - (3) Compra reactiva o estimular
 - (4) Compra impulsiva hedónica
 - (5) Compra impulsiva social
4. Compra integradora/compra conflictiva
 - (1) Compra integradora pura
 - (2) Compra hedónico conflictiva
 - (3) Compra social conflictiva

El programa de tratamiento para adicciones psicológicas elaborado por Echeburúa (1999) es aplicable para la adicción al juego, sexo, comida, compras, trabajo e internet y consta de los siguientes elementos:

1. Control de estímulos vinculados a la adicción
2. Exposición prolongada a los elementos que suscitan ansia por la conducta adictiva.
3. Estrategias de solución de problemas
4. Creación de un nuevo estilo de vida
5. Prevención de recaídas

La terapia cognitivo-conductual o TCC se ha utilizado sobre todo en casos clínicos y un ejemplo de esto es el propuesto por Peña et al (2005). Se utiliza TCC con seguimiento de un mes y tres meses. Se recoge información acerca de “M” (la destinataria de la intervención) sobre los antecedentes socio-demográficos, análisis detallado del problema, antecedentes externos, respuestas motoras, fisiológicas y emocionales, además de las consecuencias a corto/largo plazo y la historia del problema. También se le pasa a “M” una serie de pruebas de evaluación. Se justifica la aplicación de técnicas de control de estímulos, exposición programada a situaciones de riesgo, técnicas de solución de problemas, creación de un nuevo estilo de vida y prevención de recaídas por la similitud que existe con las adicciones a sustancias. El uso de la reestructuración cognitiva se justifica por las creencias irracionales que pueden tener este tipo de consumidores. El tratamiento se realizó en 23 sesiones repartidas entre evaluación y técnicas de intervención, al finalizar el tratamiento se aplica una evaluación post-test que también se aplica un mes y tres meses después con el objetivo de establecer un seguimiento. Los resultados del post-test y el seguimiento muestran una reducción significativa de las respuestas asociadas al trastorno y la adquisición por parte de “M” de una habilidad para realizar compras desde un criterio racional.

En otro estudio piloto realizado por Müller et al (2012) se pretende comparar la TCC grupal con la AAG (autoayuda guiada). Para ello se asigna aleatoriamente una muestra de n=56 pacientes a las tres condiciones 1. TCC grupal (n=22) 2. AAG (n=20) 3. Lista de espera (n=14) definiéndose el diseño como un ensayo controlado aleatorizado para arrojar datos preliminares. La hipótesis de partida era que la TCC grupal cara a cara sería superior a la AAG y que ambos tratamientos serían más eficaces que la lista de espera. Ambos tratamientos

tuvieron una duración de 10 semanas con un seguimiento posterior de 6 meses. La forma en que los autores reclutaron a los participantes fue a través de cartas a terapeutas y psicólogos locales que trataran a esta muestra de pacientes. La TCC se basaba en el manual de psicoterapia estructurada propuesta por Mitchell (2010) y la AAG se basaba en el manual de TCC grupal propuesto por el mismo autor y que los participantes asignados a este grupo debían leer, por último los participantes asignados a la lista de espera sólo tenían que esperar 10 semanas tras las cuales se les pasaba el post-test y se les ofrecía la TCC grupal pero sin seguimiento. En cuanto a la evaluación se usó el SCID-I con medidas pre, post y tras el seguimiento de 6 meses. Para analizar las medidas pre-post se usa ANOVA y chi-cuadrado, la mejora del tratamiento mediante test t pareados para los grupos por separado, los tamaños del efecto mediante la d de cohen, el índice de cambio fiable y comparaciones en base a niveles de significación corregidos por Bonferroni. Los resultados del estudio piloto confirmaron la hipótesis de partida.

En cuanto a la prevención de las conductas típicas de la compra compulsiva en los jóvenes Mayorgas (2009) propone un programa dirigido a padres e hijos en el contexto familiar y escolar. Este programa está basado en la teoría cognitiva social (Bandura, 1986) y el modelo educativo construccionista-interactivo fundamentado por Ausubel (1983) y Vygotsky (1926). Esta base hace que el programa tenga una metodología dinámica y participativa, fomentando el papel activo del alumno y que este pueda expresar sus dudas, inquietudes y experiencias. La contribución de Vygotsky consiste en concebir el aprendizaje como una construcción social en la que la reestructuración del conocimiento del alumno solo es posible mediante el debate y en definitiva la comunicación. Los temas que se tratan en las charlas tanto a padres e hijos son: reconocer las ventajas de internet además de reconocer los riesgos que suponen, adquirir las conductas adecuadas para evitar un mal uso de internet y los dispositivos y ofrecer información sobre los factores de riesgo y de protección (autoestima, ocio y tiempo libre, asertividad, locus de control, habilidades sociales y solución de problemas). Mediante evaluaciones objetivas con medidas pre-post y grupos experimentales y grupos control se observa una reducción en el uso de dispositivos y en el riesgo de dependencia además de mayor conocimiento sobre su uso tanto en jóvenes como en padres.

El método de **Añade autocontrol al carrito** consiste en un ensayo controlado en el que se asigna a los participantes aleatoriamente a las siguientes condiciones: terapia cognitivo-conductual, terapia cognitivo conductual y terapia grupal, autoayuda por teléfono y grupo control. Tras esto se realiza un post-test y un seguimiento de 3 y 6 meses con programas de prevención de recaídas. La variable dependiente consiste en las variables de autocontrol, autoestima y ansiedad y la independiente a los tratamientos. La hipótesis nula es que el grupo TCC y terapia grupal no mejorará más en las variables de autocontrol, ansiedad y autoestima que la TCC sola y que está a su vez no sería mejor que la autoayuda por teléfono y que ninguna sería más eficaz que los participantes del grupo control. La hipótesis alternativa es que el tratamiento combinado será más eficaz e implica una mejora en las variables de autocontrol, autoestima y ansiedad que los tratamientos no combinados o la condición control. Se emplea un diseño entre sujetos en el que cada grupo de sujetos reciba una condición experimental siguiendo una metodología cuantitativa que se compone de: test, escalas y cuestionarios para recoger datos sociodemográficos, comprobar los criterios de inclusión y evaluar las variables de interés. El uso de debates para ofrecer información y formación sobre los distintos factores de protección-riesgo. Metodología experimental para elaborar el diseño en las condiciones de tratamiento: técnicas cognitivo-conductuales, terapia grupal y terapia de autoayuda por teléfono.

La población diana son jóvenes de 3º, 4º, 1º BACH y 2º BACH de los I.E.S. Jabalcuz, El valle y Virgen del Carmen y padres/madres de las AMPA de los centros anteriores y el IPEP. Para el experimento se recoge una muestra de participantes en la que se impone una serie de criterios de selección:

Criterios de inclusión: tener más de 16 años, de cualquier sexo, tener posesión de Smartphone o algún otro dispositivo y que se usa con fines consumistas, saber leer y escribir en castellano.

Criterios de exclusión: adicciones a otras sustancias, hablante de otra lengua que no sea castellano y presencia de depresión.

El objetivo general de este programa es implementar un programa de prevención en jóvenes y evaluar los efectos de una intervención sobre estas conductas para que las personas que son adictas a las compras puedan eficazmente ejercer el autocontrol y puedan mejorar su autoestima sin la necesidad de comprar algún producto.

Programa de intervención en compra compulsiva y prevención de ciberadicciones en jóvenes.

Para ello se proponen una serie de **objetivos más específicos**

- Conocer de primera mano que es el materialismo y ofrecer otra perspectiva más adaptativa.
- Mostrar a los jóvenes cuáles son los factores de riesgo y de protección en relación a las adicciones y otorgarles información sobre las adicciones más comunes.
- Aumentar el autocontrol y evitar eficazmente realizar una compra.
- Aumentar la autoestima con medios que no sean realizar compras.
- Aprender a controlar la ansiedad que genera el no poder comprar un producto que acaba de salir al mercado.

JORNADAS DE PREVENCIÓN

En estas jornadas se realiza una primera sesión que consiste en una charla en la que se discute sobre adicciones a las nuevas tecnologías, el terapeuta encargado plantea cuáles son las distintas modalidades de este tipo de adicciones, cuáles son los factores de riesgo y protección y plantea un caso en el que se muestran estos factores y qué trastornos pueden presentarse junto a esta problemática: depresión, ansiedad, trastornos del sueño o de autoestima. Al finalizar se resuelven las dudas que pudieran surgir y se les entrega un póster que se utiliza como soporte en un proyector en la charla (incluido en el anexo 1). En una segunda sesión se reparte una serie de cuestionarios totalmente anónimos, aunque si se pide dejar un número de teléfono para participar en un experimento. En la tercera y última sesión se realiza una charla sobre consumo y materialismo a la que pueden acudir tanto alumnos como padres y madres de estos. En esta charla se dedica un espacio de tiempo a crear un debate, en el que se plantean preguntas para fomentar la participación. A los padres y madres que asisten a la charla se les entrega el póster, en el que figura una dirección web y en la que podrán acceder al experimento. La charla también se ofrece en el IPEP de Jaén y se pide a las AMPA de los centros que hagan circular la información sobre el programa.

GRUPO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON TERAPIA GRUPAL

Este grupo recibe terapia cognitivo conductual individual al comenzar la semana, en concreto recibe técnicas de relajación muscular progresiva, exposición en vivo junto a prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas y

entrenamiento en autoinstrucciones. En las terapias grupales se realizan algunas de las técnicas cognitivo-conductuales pero en formato de grupo durante la semana. Las sesiones que reciben estos participantes son las siguientes:

1. Se da una explicación del problema utilizando el análisis funcional de la conducta, es decir, aquellas situaciones que disparan el uso abusivo de internet: hábitos diarios generados por la adicción, aplicaciones favoritas o hábitos de sueño. También se detectan, clasifican y discuten los sesgos cognitivos o pensamientos distorsionados relacionados con el problema. Con el objetivo de controlar los estímulos se explica en qué consiste la exposición en vivo con prevención de respuesta y se elabora una jerarquía inicial que consta del elemento de mayor ansiedad y de menor ansiedad. Como tareas para casa se pide la elaboración completa de la jerarquía y un autorregistro de situación/pensamiento/deseo de realizar una compra/¿la realiza?/tiempo empleado/ansiedad generada del 1-10/observaciones. En la sesión de grupo se forman parejas al azar mediante pares de números y a las personas que les toque el mismo número se les da 5 minutos a cada persona para conocer a la otra persona, después cada persona deberá presentar a la persona que ha tenido que conocer.
2. Al comenzar la sesión se revisan las tareas y se discuten los pensamientos distorsionados y sesgos cognitivos para generar alternativas más adaptativas. Con la jerarquía definitiva se comienza con el entrenamiento en autoinstrucciones para la exposición y se realiza una primera aproximación a las técnicas de relajación y respiración. Como tarea para casa se pide completar los autorregistros añadiendo la casilla: pensamiento alternativo, se recomienda realizar la exposición al menos 5 veces por semana hasta que la ansiedad generada sea inferior a 4 y que practique las técnicas de relajación y respiración. En sesión de grupo los participantes comentan como les ha ido la autoexposición y la relajación muscular progresiva. Se hace un debate sobre los sesgos cognitivos y se hace un ejercicio en el que una persona debe mostrar alguno de estos sesgos y la siguiente a la que le toque debe ofrecer una versión más adaptativa y así hasta que le vuelva a tocar a otra persona.
3. Se comienza con la revisión de tareas y se discuten las dificultades que hayan surgido así como el refuerzo por la correcta realización de las tareas. Se sigue discutiendo los

pensamientos y sesgos y se genera un listado de ideas desadaptativas y pensamientos alternativos. También se genera un listado de actividades gratificantes con las que llenar el tiempo libre que se ocupaba con conductas adictivas. Se entrenan las habilidades de relajación y respiración y se hace una introducción a técnicas de parada del pensamiento y distracción para aquellos momentos en los que se sienta tentación. Como tarea para casa se completa el autorregistro, se pide entrenar las habilidades de relajación y respiración, la exposición con control de estímulos y completar el listado de actividades gratificantes y realizar las que se han acordado en la sesión. En sesión de grupo se realiza un ejercicio de relajación muscular progresiva y se comentan las dificultades que han surgido.

4. Revisar tareas y reforzar, se discuten los pensamientos disfuncionales y alternativos y se entrena la autoreestructuración. Se comienza con las técnicas de solución de problemas, en concreto las dos primeras fases y por último se entrenan las técnicas de respiración y relajación. Para casa se pide seguir con los autorregistros, la autoreestructuración y el control de estímulos, practicar las actividades gratificantes las técnicas de relajación respiración e identificar y registrar las situaciones problemáticas para definir y formular cada problema. En sesión de grupo se hace un debate sobre situaciones problemáticas y cada participante aporta su punto de vista.
5. Revisar las tareas y reforzar. Se corrigen si fuera necesario las situaciones problemáticas y se sigue con las fases restantes: se elige un problema elegido por el cliente que sirva de modelo para resolverlo siguiendo las 5 fases. Para casa se pide completar los autorregistros, aumentar la atenuación del control de estímulos, realizar las tareas gratificantes, solucionar un problema diario siguiendo los 5 pasos y practicar relajación y respiración. En sesión de grupo se hace de nuevo un debate sobre situaciones problemáticas y además una dramatización en la que algunos participantes deben adoptar el rol de producto novedoso, otros el rol de dispositivo tecnológico, otros el de compradores y los restantes de público.
6. Revisar tareas y reforzar. Solucionar un problema identificado por el sujeto y revisar la autoreestructuración. Para casa se sigue con los autorregistros, se aumenta la atenuación del control de estímulos intentado exponerse a los últimos ítems, se siguen practicando las tareas gratificantes e identificando problemas diarios para

solucionarlos siguiendo los 5 pasos. En sesión grupal, en una fase inicial se hace un debate en el que cada participante debe expresar su progreso personal animando a los demás y a sí mismo por sus logros. Para finalizar la sesión se hace un ejercicio de relajación muscular progresiva.

7. Revisar tareas y reforzar. Se explica el fenómeno de las recaídas y se discute si ha surgido alguna, se explican las estrategias de prevención. Se establece un hábito de conductas alternativas reforzantes. Se entrenan de nuevo las técnicas de solución de problemas y conflictos interpersonales y si es necesario un entrenamiento en asertividad. Para casa se pide retomar los autorregistros, se lleva a cabo la exposición de todos los ítems y se sigue practicando las actividades gratificantes, por último se siguen identificando las situaciones problemáticas para resolverlas siguiendo los 5 pasos y se sigue entrenando la respiración/relajación. En sesión de grupo se comentan entre los participantes las recaídas que han surgido, como se han sentido y si han utilizado las técnicas que han ido aprendiendo durante el proceso terapéutico. En el caso de ausencia de recaídas se discute con el grupo este fenómeno y que se debería hacer en estos casos.
8. Revisión de tareas y refuerzo. Para prevenir recaídas se conceptualiza esta como un proceso de extinción de conductas, utilizando alguna metáfora o analogía si fuera necesario y entrenamiento en solución de problemas identificados por el cliente. Se programan futuros seguimientos. Para casa se le pide que no deje de completar los autorregistros, que se exponga al último estímulo de la jerarquía y practique la solución de problemas y la relajación/respiración. En la última sesión grupal se felicita a todos los participantes por su constancia, se hace un breve resumen de lo tratado y se anima a seguir practicando lo aprendido.
- 9.

GRUPO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Este grupo realiza las mismas sesiones cognitivo-conductuales que el anterior pero no recibe la modalidad de terapia grupal, es decir, la terapia se realiza individualmente.

GRUPO AUTOAYUDA TELEFÓNICA

Este grupo se utiliza para comprobar el efecto del Smartphone y hacer una distinción entre el formato presencial y el formato de llamada. A estos participantes se les dio el manual de autoayuda de Garcés (1999) y se les ofrecía ocho sesiones de 20 minutos por teléfono para comprobar el progreso, resolver alguna duda o dificultad. A continuación se detallan las sesiones:

1. En esta primera sesión se hace una reunión presencial para repartir el manual de autoayuda, se explica que capítulos se deben leer y se rellenan los cuestionarios en los que se debe especificar el número de teléfono y el horario más adecuado para realizar la llamada.
2. En esta sesión el terapeuta realiza la primera llamada, el cliente debe haber leído los tres primeros capítulos y haber realizado el cuestionario de autoevaluación del consumidor. Se le pregunta por el resultado obtenido y también se le pregunta sobre en cuál patrón básico de consumidor cree que se encuentra. Se le recuerda que lea los capítulos cuarto y quinto para la próxima sesión.
3. En la segunda llamada el terapeuta resuelve las dudas que pudieran surgir y le hace una serie de preguntas al cliente: ¿cuál cree que es la influencia social en el consumo?, ¿cuales pueden ser los factores personales o situacionales que influyen en el consumo?. Estas preguntas se hacen con el objetivo de dialogar con el cliente y no se juzgan sus respuestas, se hacen con el objetivo de llevar a la práctica la lectura y que resulte de mayor provecho. Para la siguiente sesión se le recuerda que debe leer los capítulos sexto y séptimo y además que identifique sus hábitos de consumo.
4. En la tercera llamada se discuten las distintas alternativas terapéuticas que existen, los hábitos de consumo que ha identificado el cliente para proponer otros hábitos de consumo alternativos y más adaptativos. También se comenta con el cliente cuales son los errores más frecuentes que surgen al intentar mejorar esos hábitos. Como tarea se le recuerda la lectura de los capítulos octavo y noveno, además de hacer una lista de las ideas fundamentales frente a los prejuicios e ideas fijas de los consumidores y una breve reflexión de cómo podemos modificar nuestras ideas.
5. En la cuarta llamada se debate la lista elaborada por el cliente y su reflexión. Se hace una introducción a las técnicas de autorregistro debatiendo cuál debería ser la

estructura utilizada y qué elementos deberían registrarse. Para la próxima sesión se le recuerda la lectura de los capítulos décimo, undécimo y duodécimo y además se le pide que elija un anuncio que le resulte llamativo, el que quiera y que identifique en él los elementos del capítulo décimo.

6. En la quinta llamada se le pregunta qué anuncio ha elegido y cuáles son los elementos que ha identificado para comentarlos brevemente, también se reflexiona sobre el culto a la imagen y se le pide que para la próxima sesión elija de nuevo un anuncio que tenga que ver con esta temática además de pedirle que haga una reflexión sobre cuál sería el comportamiento más adaptativo y que decisiones habría que tomar cuando acude a un gran centro comercial.
7. En la última llamada se debate el anuncio elegido por el cliente y cómo afecta la apariencia física al consumo y también se comenta la reflexión hecha por el cliente sobre el comportamiento más adaptativo y las decisiones que debe tomar al acudir a un gran centro comercial. Por último citamos al cliente para realizar una sesión presencial, con el objetivo de administrarle unos cuestionarios y le felicitamos por su compromiso con el tratamiento.
8. La sesión 8 se reserva para aquellos clientes que no hayan podido asistir a alguna de las llamadas o por si ocurre algún fallo técnico que imposibilite la llamada y sea necesaria una semana extra.

Los instrumentos de evaluación utilizados son:

- Escala de compra compulsiva (Edwards, 1993) consta de 13 ítems con respuesta tipo Likert que se organizan en cinco factores: tendencia al gasto, compulsión/impulso de gastar, sentimientos acerca de la compra y el gasto, gasto disfuncional y culpa post-compra. Esta escala permite discriminar entre los compradores compulsivos autoidentificados y los compradores normales. El tiempo de administración es de 10 minutos y la propia autora informa de un $\alpha=.91$ lo que indica una confiabilidad casi excelente.
- Cuestionario de experiencias relacionadas con internet (CERI) (Fargues et al., 2009): compuesto por 10 ítems con formato Likert que miden los conflictos relacionados con el uso de internet en dos factores, el primero de ellos: conflictos interpersonales con un

alfa=.74 y consta de 6 ítems, el segundo de ellos: conflictos interpersonales con un alfa=.75 consta de 4 ítems. El tiempo de administración es de 5 minutos.

- Cuestionario de experiencias relacionadas con el móvil (CERM) (Fargues et al., 2009): compuesto por 10 ítems con formato Likert que miden los conflictos relacionados con el uso del Smartphone en dos factores, el primero de ellos: conflictos: con un alfa=.81 cuenta con 5 ítems y el segundo de ellos: uso comunicacional y emocional con un alfa=.75 cuenta con otros 5 ítems. El tiempo de administración es de 5 minutos.
- Cuestionario de uso problemático de nuevas tecnologías (UPNT) (Labrador et al., 2013): tiene 41 ítems que se reparten en en siete factores: uso del móvil, uso de videojuegos, uso de televisión, uso de internet, mentir sobre el uso, relajarse con el uso e intento fallido de dejar su uso. El tiempo de administración es de 20-25 minutos y cuenta con pautas para rellenar el cuestionario. Sus propiedades psicométricas son analizadas por Labrador et al. (2013) encontrando un alfa=.70 en las subescalas y escala total.
- Test de adicción a internet de Young (Young, 1996): compuesto por 20 preguntas tipo Likert. Los rangos de puntuación total son de 20 a 100, según la corrección propuesta por Widyanto y McMurrin (2004): una puntuación entre 20 y 39 puntos son usuarios que no presentan adicción, los que puntúan entre 40 y 69 entran dentro de la categoría adicción moderada y los que puntúan más de 70 tienen problemas significativos en la vida debido al uso de Internet y su uso adictivo, es decir, una adicción grave. El tiempo de administración es de 10 minutos y existe una versión traducida al Español del cuestionario desarrollada por Oliva et al. (2012) con un alfa=.94 lo que indica un grado muy aceptable de confiabilidad.
- BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996): instrumento de autoinforme de 21 ítems para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada ítem la persona tiene que elegir entre 4 alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad reflejando su estado durante las últimas dos semanas. Los ítems puntúan de 0 a 3 y al sumarlos se obtiene una puntuación que oscila de 0 a 63. El tiempo de administración es de 20-25 minutos. Existen diversos estudios psicométricos que avalan la fiabilidad y validez de este cuestionario en

diversas muestras de pacientes psiquiátricos, con trastornos depresivos, adolescentes, drogodependientes, ancianos, etc. y una adaptación española con un $\alpha=.87$ realizada por Sanz, Navarro y Vázquez (2003).

- STAI (Spielberger et al., 1999): Consta de dos formas dedicadas a la evaluación del estado y el rasgo de ansiedad. En la forma estado, el paciente manifiesta cómo se siente en el momento actual, mientras que en la forma rasgo, contesta sobre su disposición a responder con ansiedad ante situaciones que son percibidas como una amenaza. Está compuesto por 40 ítems, 20 para evaluar el rasgo, y otros 20 para evaluar el estado. Dichos ítems están formulados en términos positivos y negativos, para evitar de este modo, la aquiescencia. El sistema de respuesta es tipo Likert de 4 puntos según la intensidad, donde 0= casi nunca/nada, 1= algo/a veces, 2=bastante/a menudo, 3= mucho/casi siempre. El tiempo de administración es de 10 minutos para ambas formas. Las propiedades psicométricas de este cuestionario son analizadas por Fonseca-Pedrero (2012) encontrando un $\alpha=.93$ en universitarios españoles.
- Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) se mide la opinión emocional de sí mismo con 10 ítems tipo Likert que puntúa de 1 a 4 donde 1=muy de acuerdo, 2=de acuerdo 3=en desacuerdo, 4=muy en desacuerdo. La puntuación final puede estar entre 10 y 40 donde el máximo es mejor autoestima. El tiempo de aplicación es de 5-10 minutos. El $\alpha=.73$ en adultos de León Ricardi, C. A., & García Méndez, M. (2016). y un $\alpha=.79$ en estudiantes universitarios Cárdenas et al. (2015)
- Brief self-control scale (Tangney, Baumeister y Boone, 2004): compuesta por 13 ítems con formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones que van desde 1 (en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). La confiabilidad evaluada por los autores es de $\alpha=.82$. Los autores reportaron que las personas con puntuaciones mas elevadas en la escala BSCS presentan mejor ajuste psicológico, mejores habilidades interpersonales y menos problemas de comportamiento.

SEMANA	GRUPO CC GRUPAL	GRUPO CC	GRUPO AUTOAYUDA
SEMANA 1	<u>Sesión 1:</u> introducción a la exposición <u>Sesión de grupo:</u> presentación	<u>Sesión 1:</u> introducción a la exposición	<u>Sesión 1:</u> quedada presencial
SEMANA 2	<u>Sesión 2:</u> sesgos cognitivos <u>Sesión de grupo:</u> ejercicio de sesgos	<u>Sesión 2:</u> sesgos cognitivos	<u>Sesión 2:</u> llamada 1
SEMANA 3	<u>Sesión 3:</u> la lista <u>Sesión de grupo:</u> relajación en grupo	<u>Sesión 3:</u> la lista	<u>Sesión 3:</u> llamada 2
SEMANA 4	<u>Sesión 4:</u> solución de problemas <u>Sesión de grupo:</u> resolver problemas	<u>Sesión 4:</u> solución de problemas	<u>Sesión 4:</u> llamada 3
SEMANA 5	<u>Sesión 5:</u> solución de problemas <u>Sesión de grupo:</u> dramatización	<u>Sesión 5:</u> solución de problemas	<u>Sesión 5:</u> llamada 4
SEMANA 6	<u>Sesión 6:</u> revisión del progreso <u>Sesión de grupo:</u> debate sobre el progreso	<u>Sesión 6:</u> revisión del progreso	<u>Sesión 6:</u> llamada 5
SEMANA 7	<u>Sesión 7:</u> recaídas <u>Sesión de grupo:</u> compartir recaídas	<u>Sesión 7:</u> recaídas	<u>Sesión 7:</u> llamada 6
SEMANA 8	<u>Sesión 8:</u> recaídas <u>Sesión de grupo:</u> el hasta pronto	<u>Sesión 8:</u> recaídas	<u>Sesión 8:</u> sesión extra

Tabla 1: Cronograma de acciones de intervención

4. Monitorización del proceso

Para llevar a cabo la monitorización del proceso se divide el proceso en tres fases:

Fase conceptual: en ella se plantea el problema y las preguntas de investigación y se hace una búsqueda y revisión bibliográfica para comprobar los antecedentes sobre el tema y se hace el diagnóstico de necesidades y se plantean el objetivo general del programa así como las posibles hipótesis de investigación. Esta fase tiene una duración de dos meses (Enero y Febrero de 2021)

Fase metodológica: en esta fase se especifica la población diana en base a estudios epidemiológicos, se establece cual va a ser el diseño del programa aunando las variables implicadas y se establecen definitivamente los objetivos del programa y por último se eligen como instrumento de registro y análisis el programa informático IBM SPSS STATISTICS. Esta fase transcurre en el mes de Marzo de 2021.

Fase empírica: en esta fase se pone en marcha las jornadas de prevención en jóvenes y padres, en el mes de Abril se realiza la petición para realizarlas y se realiza una jornada por semana en cada uno de los tres institutos seleccionados, cada jornada tiene cuatro sesiones y dos de ellas se dedican a completar cuestionarios y hacer un proceso de cribado, en concreto en la primera sesión se rellena el *CERI-CERM* y el *BDI-II*, en la segunda el *UPNT*. Cuando terminan se recoge una muestra de sujetos, que incluye tanto a jóvenes como a padres y madres de estos reclutados mediante las *AMPA* y el espacio web creado para tal propósito. Se utiliza muestreo no probabilístico por conveniencia y una calculadora muestral para conocer el tamaño óptimo de la muestra. Cuando se tiene la muestra se procede con un cribado con las medidas recogidas anteriormente y formamos la muestra final a la que administramos un cuestionario de variables sociodemográficas de interés (Anexo 2). En la primera sesión de pre-evaluación se reparte la *Escala de compra compulsiva* y el *Test de adicción a internet de Young*. En una segunda sesión el *STAI-R* y en la última sesión se completan el *BSCS* y la *Escala de autoestima de Rosenberg*. Se procede a repartir el *consentimiento informado* (Anexo 3) y *compromiso de asistencia*, garantizando la protección de datos. Se implementa el tratamiento siguiendo el diseño y durante el mismo se completan pruebas de ansiedad: *STAI-E*. Cuando finaliza el tratamiento se

les anima a los participantes por su cumplimiento en el tratamiento, se les cita para la post-evaluación que procede en el mismo orden que en la pre-evaluación y con el mismo número de sesiones, además de repartir una *Encuesta de satisfacción del tratamiento* (Anexo 4) y se interpretan los resultados mediante análisis estadístico. Por último se realiza un seguimiento de tres y seis meses con administración de cuestionarios y prevención de recaídas y si los resultados son favorables se plantea el tratamiento al grupo control.

ELEMENTO	COSTE UNITARIO	COSTE TOTAL
Psicólogo terapia cognitivo-conductual (2 meses)	1000€	2000€
Psicólogo terapia grupal (2 meses)	1000€	2000€
Psicólogo para las llamadas (2 meses)	1000€	2000€
Psicólogo para tratar los datos (1 mes)	1000€	1000€
Evaluación externa	--	--
Materiales	<i>Específico a cada ítem</i>	248,82€
Fotocopias	100€	100€
Instrumentos de evaluación	<i>Específico a cada ítem</i>	114,82€
<i>UPNT</i> <i>CERI-CERM</i> <i>Escala de compra compulsiva</i> <i>Test de adicción a Internet de Young</i> <i>BSCS</i>	Gratuito	
<i>BDI-II</i>	92,04 €	
<i>STAI</i>	21,78€	
<i>EAR</i>	35€	
TOTAL		7348,82€

Tabla 2: Resumen de costes

Fecha	Fase conceptual	Fase metodológica	Fase empírica
ENERO 2021	-Planteamiento del problema y pregunta de investigación -Búsqueda y revisión bibliográfica		
FEBRERO 2021	-Diagnóstico de necesidades -Planteamiento de objetivos e hipótesis		
MARZO 2021		-Plantear la población diana. -Seleccionar el diseño de calidad. -Seleccionar las variables. -Elegir las herramientas de análisis estadístico.	
ABRIL-MAYO 2021			
JUNIO-JULIO 2021 AGOSTO-SEPT. 2021			
			-Jornadas de prevención y muestreo -Pre-evaluación y cribado
			-Intervención (tratamientos) -Intra-evaluación

		-Post-evaluación -Análisis de resultados y conclusiones.
NOVIEMBRE 2021		Recaídas y evaluación de seguimiento
FEBRERO 2022		

Tabla 3: Monitorización del proceso

5. Análisis de resultados previstos

Se realizan los siguientes análisis estadísticos:

1. Técnicas de muestreo.
2. Análisis descriptivo.
 - a) A partir de las frecuencias.
 - b) Basado en asociación de variables: correlación de Pearson y Spearman
3. Análisis inferencial.
 - a) ANOVA intrasujeto e intersujeto
4. Análisis de la supervivencia en el seguimiento.
 - a) Basado en el estadístico Mantel-Haenszel o Bondad de Ajuste Chi-cuadrado.

A continuación se explica con detalle el procedimiento de análisis estadístico:

Las técnicas de muestreo garantizan que el tamaño muestral sea óptimo. El nivel de significación será de $\alpha=0.05$, error máximo admitido del 5% y una variabilidad de error anticipada del 0.5 con un muestreo no probabilístico por conveniencia utilizando la siguiente calculadora muestral.

Para el proceso de cribado se utilizan análisis de frecuencias para establecer frecuencias de edad, uso del Smartphone, % de compras realizadas, gasto medio por compra, etc. Se establecen correlaciones de Pearson (para dos variables cuantitativas) entre el tiempo de uso del Smartphone y el % de compras realizadas y correlaciones de Spearman (para una variable cualitativa categórica y una cuantitativa) entre el nivel socioeconómico y el uso del Smartphone o % de compras realizadas. Con estos análisis se establecen los criterios para seleccionar aquellos participantes que podrían mostrar la problemática con el objetivo de perfeccionar una muestra que se ajuste a los objetivos del programa.

Cuando obtenemos los primeros datos de la pre-evaluación se generan los primeros análisis descriptivos a partir de las frecuencias y se establecen correlaciones entre ansiedad y autocontrol, autoestima y uso de internet, etc.

Una vez tengamos datos relativos a la intra-post evaluación se empleará ANOVA para contemplar las diferencias entre las muestras de sujetos entre las distintas fases de evaluación, en concreto, la diferencia de cada sujeto en cada prueba para contemplar si el tratamiento ha

Programa de intervención en compra compulsiva y prevención de ciberadicciones en jóvenes.

sido eficaz y por otra parte las diferencias entre los grupos para establecer comparativa entre tratamientos.

Para valorar el grado de supervivencia experimental en el seguimiento se emplea la técnica Mantel-Haenszel y se analizan las curvas de supervivencia entre los grupos para comprobar el grado de atrición de la muestra.

Para analizar los posibles resultados hay que valorar empíricamente en qué medida se cumplen los objetivos propuestos, si se alcanzan las metas previstas y su relación coste-beneficio. Valorar esto significa valorar el programa en términos de eficacia, efectividad y eficiencia.

El programa es eficaz, si consigue cumplir los objetivos mediante una doble vía. La primera de ellas la vía de la prevención en jóvenes debido a que un programa basado en esta problemática no podía obviar actuar en esta población que supone el futuro de nuestra sociedad y en la que hay que apostar todos nuestros recursos para asegurarles la mejor educación. La segunda vía supone cumplir los objetivos de tratamiento, intervenir en aquellas conductas desadaptativas a partir de tratamientos testados empíricamente e implementados de tal forma que permita comprobar si juntos son más eficaces que por separado.

El programa puede ser efectivo si valoramos, además de valorar los objetivos esperados, otros efectos como la comparativa entre tratamientos multimodales, individuales o de autoayuda y valorar también el efecto que puede tener el papel de la terapia grupal en esta problemática o el efecto de la terapia no presencial.

El programa sería eficiente en términos de coste-beneficio al contar con tratamientos de bajo coste y alta efectividad, emplear instrumentos de evaluación de calidad y algunos de ellos gratuitos y asegurar la satisfacción del cliente con el programa mediante una encuesta debidamente contrastada y su debida protección legal y ética. De este modo se considera que para cumplir con los objetivos propuestos eficazmente no se puede reducir su coste, esto implicaría una menor consecución de objetivos y/o no se aseguraría alguno de los principios de efectividad. Atendiendo a otros principios, el programa se contempla como un proceso continuo en el que se mantiene la formulación inicial de los objetivos y la hipótesis de partida, basándose en información técnicamente apropiada. Los resultados tienen una influencia directa y automática con la posterior toma de decisiones sobre futuras líneas de investigación.

6. Conclusiones. Evaluabilidad del programa

Para asegurar la evaluabilidad del programa se hace un estudio exhaustivo de la validez en todas sus formas para así asegurar la calidad de la evaluación. En primer lugar atendiendo a la validez de constructo, el programa se fundamenta en bases de datos virtuales, libros y revistas virtuales y existe una teoría completamente desarrollada que se aplica a nuestro programa.

En cuanto a la validez interna existen varios factores que la amenazan. El primero de ellos es la historia que puede controlarse si no se varían las medidas tomadas en cada uno de los tres momentos del programa. El segundo hace referencia a la maduración y puede afectar a programas extensos como este; se puede controlar mediante la toma de medidas repetidas. El tercer factor a tener en cuenta es el control sobre las pruebas de medida, especialmente aquí donde se utilizan los mismos cuestionarios en las distintas medidas, por lo que podría proponerse la utilización de formas paralelas del cuestionario o cambiar el orden de los ítems entre las medidas. Un cuarto factor es la mortalidad experimental o cambios en la composición de la población diana, lo cual puede minimizarse mediante un compromiso de asistencia al tratamiento para los participantes y analizando los resultados con los participantes que completen el tratamiento. La última amenaza consiste en el propio investigador y para ello la forma de control más adecuada es implementar un evaluador externo al programa.

La validez externa consiste en generalizar los resultados y podemos entender esta generalización según el objetivo en tres ámbitos validez poblacional, validez ecológica y validez histórica. Existen varias amenazas que afectan a este tipo de validez, la primera de ellas es la interacción entre selección y tratamiento. Hay que considerar el hecho de que los tratamientos seleccionados pueden no ser la mejor opción en otras poblaciones (como por ejemplo en el envejecimiento) y la consecuencia sería de ausencia de validez poblacional. Si no existe interacción entre el contexto y el tratamiento (programas de prevención en residencias de ancianos) se vería amenazada la validez ecológica. Por último si se produce interacción entre el momento temporal y el tratamiento no podríamos generalizar los resultados a futuras generaciones de jóvenes y se vería amenazada la validez histórica.

La validez de conclusión estadística hace referencia a las consecuencias que se pueden derivar de los resultados y está determinada por la calidad de los datos, en este caso recogidos mediante pruebas estandarizadas de calidad que cumplen con los criterios de precisión y fiabilidad. También son los procedimientos estadísticos seleccionados los que garantizan este tipo de validez y en este caso se seleccionan todos los análisis pertinentes para garantizar un muestreo y contraste de hipótesis adecuados.

Con el objetivo de ofrecer la correcta evaluabilidad a priori el programa cuenta con el *Cuestionario para la valoración de la evaluabilidad (CVE)* que ofrece información sobre validez y calidad del programa.

También hay que comentar por otro lado las posibles limitaciones que puede tener el programa. En primer lugar hablar de problemas a la hora de la selección, puesto que podría ocurrir que los jóvenes no se interesan por el programa o la baja motivación a recibir el tratamiento. La elección de una única metodología es otra cuestión que podría limitar al programa, por ello podría proponerse la incorporación de recogida de material documental para ayudar a los terapeutas a adaptar la terapia a cada caso aunque eso supondría mayor coste.

Por otro lado hay que aclarar que no hay una terapia de exposición en vivo con prevención de respuesta diseñada para la adicción a las compras Online, por lo que se recurre a la utilizada en casos de juego patológico pero con situaciones de compra física. Sobre esto último también decir que una posible línea de investigación futura podría incluir la exposición en realidad virtual, creando un instrumento que permita realizar una exposición adaptada a la situación de estas personas. Dicho instrumento debería contemplar aparte de la exposición la prevención de respuesta ayudada de reestructuración cognitiva, resolución de problemas y otras que resulten eficaces.

6. Referencias

- Barboza, N. (2012). *La Influencia del Marketing en la toma de decisiones del Comprador*. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Económicas.
<https://bdigital.uncu.edu.ar/4905>.
- Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 15*.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2011). Técnicas de exposición. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2014). Resolución de problemas. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*.
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., Uribe Larrea, L. M. L., Galán, I. C., & Carrasco, M. J. (1999). *Entrenamiento en relajación progresiva: un manual para terapeutas*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, 78*(2), 490-498.
- Bleuler E. (1930) *Textbook of psychiatry*. New York: Macmillan.
- Bradshaw, J. (1972). Taxonomy of social need. *New society 30*(3).
- Cantero, F. & Bertolin, J., (2015). Influencia de las nuevas tecnologías en los problemas de juego y en las compras impulsivas en los jóvenes. *Revista Española de Drogodependencias, 40* (4), 34-47.
- Cárdenas, D. J., Cárdenas, S. J., Villagrán, K. L., & Guzmán, B. Q. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine, 5*(1), 18-22.
- Colegio Oficial de Psicólogos de España (1988). Código Deontológico del Psicólogo 3.1. *Universidad de Jaén*. Retrieved from: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/Codigodeontologico.pdf>

- De León Ricardi, C. A., & García Méndez, M. (2016). Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 119-127.
<https://doi.org/10.22235/cp.v10i2.1245>
- Dittmar, H., Beattie, J., & Friese, S. (1996). Objects, decision considerations and self-image in men's and women's impulse purchases. *Acta psychologica*, 93(1), 187-206.
[https://doi.org/10.1016/0001-6918\(96\)00019-4](https://doi.org/10.1016/0001-6918(96)00019-4)
- Echeburúa et al. (1999). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Edwards, E.A. (1993). Development of a new scale for measuring compulsive buying behaviour. *Financial Counselling and Planning*, 4, 67-84.
- Farah, M. F., & Ramadan, Z. B. (2017). Disruptions versus more disruptions: How the Amazon dash button is altering consumer buying patterns. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 39, 54-61. <http://DOI: 10.1016/j.jretconser.2017.07.005>
- Fargues, M. B., Lusa, A. C., Jordania, C. G., & Sánchez, X. C. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil. *Psicothema*, 21(3), 480-485.
- Feixas i Viaplana, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García Grau, E., & Bados López, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 2012, 23 (89), 51-58.
<http://hdl.handle.net/2445/65891>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñoz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
- Garcés, J. (1999). *La adicción al consumo, autocontrol y responsabilidad en la compra y el gasto*. Madrid: Unión de Consumidores de España.
- García, I. (2007). La compra compulsiva: ¿impulso irresistible o reflejo del sistema de valores personales?. *Revista de Psicología Social* 22(2):125-136.
<https://doi.org/10.1174/021347407780705393>
- Instituto Andaluz de Administración Pública, Junta de Andalucía (2017). Cuestionario para la valoración de la evaluabilidad. *Guía para el análisis de la evaluabilidad previa de los planes de carácter estratégico*. Retrieved from:

- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/guia-para-el-analisis-de-la-evaluabilidad-previa-de-los-planes-de-caracter-estrategico.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, Gobierno de España (2019, octubre). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. *Notas de prensa del INE*. Retrieved from:
https://www.ine.es/prensa/tich_2019.pdf
- Kraepelin E. (2015). *Psychiatrie. 8th Edition*. Leipzig: Barth.
- Labrador, F. J., Villadangos, S. M., Crespo, M., & Becoña, E. (2013). Desarrollo y validación del cuestionario de uso problemático de nuevas tecnologías (UPNT). *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 836-847.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.159291>
- Luque, L. (2007). Adicción a internet. En L. Luque y cols. (2007). *Nuevas adicciones* (5-16) Buenos Aires: Vergara.
- Marcet, D., Valdepérez, A., Aragay, N. (2015). El trastorno de Compra Compulsiva. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace: Revista Iberoamericana de Psicosomática*, 117.
- Mayorgas, M. J. (2009). Programas de prevención de la adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes. Echeburúa et al. *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (12, 221-250). Madrid: Pirámide.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavioral modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press. <https://doi.org/10.1080/16506073.1977.9626708>
- Mueller, A., Mitchell, J. E., Peterson, L. A., Faber, R. J., Steffen, K. J., Crosby, R. D., & Claes, L. (2011). Depression, materialism, and excessive Internet use in relation to compulsive buying. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 420-424.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.09.001>
- Müller, A., Arikian, A., de Zwaan, M., & Mitchell, J. E. (2012). Terapia grupal cognitivo-conductual versus autoayuda guiada para el trastorno de compras compulsivas: Un estudio preliminar. *RET: revista de toxicomanías*, (67), 22-31.
- Oliva Delgado, A., Hidalgo García, M. V., Moreno Rodríguez, M. D. C., Jiménez García, L., Jiménez Iglesias, A. M., Antolín Suárez, L., & Ramos Valverde, P. (2012). *Uso y*

riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes andaluces. Sevilla: Aguacilara.

Otero-López, J. M., & Villardefrancos, E. (2014). Prevalence, sociodemographic factors, psychological distress, and coping strategies related to compulsive buying: a cross sectional study in Galicia, Spain. *BMC psychiatry*, 14(1), 101.

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-101>

Otero-López, J. y Villardefrancos, E. (2011). Materialismo y Adicción A La Compra, Examinando el papel mediador de la autoestima. *Boletín de Psicología*, 103, 45-59.

Peña, M. G., Moya, E. M. Á., Murcia, S. J., Sans, B., & Aymamí, M. N. (2005). Tratamiento cognitivo-conductual de la compra compulsiva: un caso clínico. *Análisis y modificación de conducta*, 31(135), 25-56.

<https://doi.org/10.33776/amc.v31i135.2221>

Quintanilla, I., Arocas, R. L., & Contrí, G. B. (1998). *La compra impulsiva y la compra patológica: El modelo CAC*. Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.

Raiteri, Melisa Daniela. (2016). El comportamiento del consumidor actual. *Tesina de grado universidad nacional de Cuyo*.

Rodríguez, M., Saucedo, J., Hernández, A. y Gutiérrez, O. (2016). Análisis del comportamiento de compra para identificar compradores compulsivos en Saltillo, Coahuila México. *Revista Internacional Administración & Finanzas*, 9 (6), 27-44.

Rosenberg, M. Society and the Adolescent Self Image. Princenton. NJ: Princenton University Press, 1965.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F. y Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>

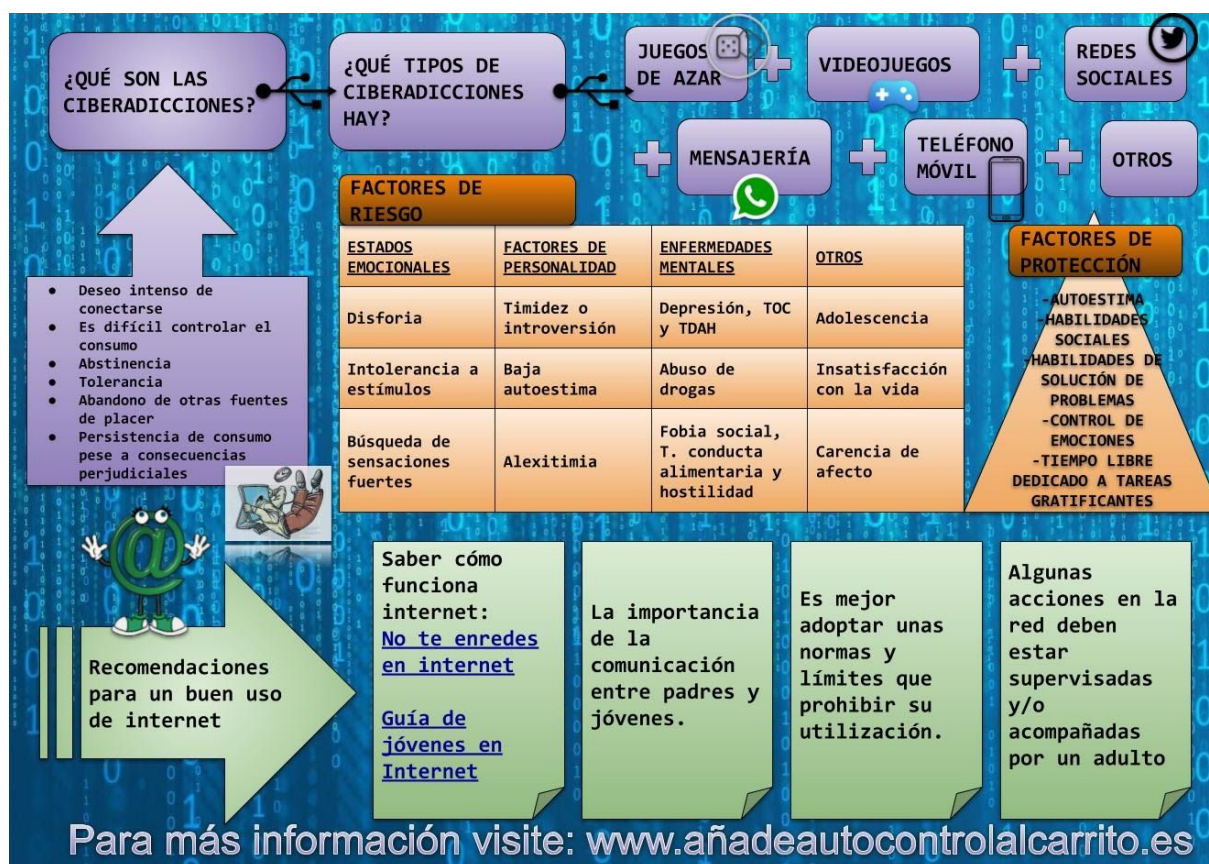
Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behaviour*, 1(3), 237-244.

<https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>

7. Anexos

7.1. Instrumentos de medida

Anexo 1: Póster para las jornadas de prevención



Anexo 2: Cuestionario sobre variables sociodemográficas

Estamos interesados en algunos datos sobre ud. Conteste por favor sinceramente marcando con una x en la casilla correspondiente o con los datos que se pidan. Esta información será totalmente confidencial

Fecha de hoy (día, mes, año):

____/____/____

Fecha de nacimiento (día, mes, año):

____/____/____

Edad: _____ años

Estado civil:

- ☐ Casado/a
- ☐ En pareja
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Soltero/a

Estudios:

- ☐ Sin estudios
- ☐ Estudios primarios
- ☐ Estudios secundarios
- ☐ Estudios universitarios

Nivel socioeconómico:

- ☐ Bajo
- ☐ Medio
- ☐ Medio-alto
- ☐ Alto
- ☐ NS/NC

Situación laboral:

- ☐ Empleado/a
- ☐ Parado/a
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Empresario/a
- ☐ Otros: estudiante

Enfermedad psicológica o psiquiátrica
previa:

- ☐ Trastorno del estado de ánimo
- ☐ Trastorno de la personalidad
- ☐ Ansiedad
- ☐ Esquizofrenia o Trastorno paranoide
- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Trastorno de la alimentación
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno de las anteriores o NS/NC

¿Has solicitado atención psicológica
previamente?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ NS/NC

Le pedimos que nos indique su número de teléfono para contactar con ud. en futuros programas. _____.

O si lo prefiere su correo electrónico _____. Su número de teléfono y/o correo-e sólo se utilizará con tal fin y en ningún momento será cedido a terceros.

Anexo 3: Consentimiento informado para el menor

Véase en: [Enlace web](#)

Anexo 3.2: Consentimiento informado

Véase en: [Enlace web](#)

Anexo 4: Escala de satisfacción con el tratamiento recibido CRES-4 (Feixas et al. 2012)

En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

- ☐ Completamente insatisfecho/a
- ☐ Muy insatisfecho/a
- ☐ Algo insatisfecho/a
- ☐ Bastante satisfecho/a
- ☐ Muy satisfecho/a
- ☐ Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

- ☐ No estoy seguro/a
- ☐ Hizo que las cosas empeorasen bastante
- ☐ Hizo que las cosas empeorasen un poco
- ☐ No ha habido cambio
- ☐ Hizo que las cosas mejorasen algo
- ☐ Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

- ☐ Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas
- ☐ Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura
- ☐ Regular, tenía mis altibajos
- ☐ Estaba bastante bien, no tenía problemas graves
- ☐ Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

- ☐ Estoy muy mal, apenas logró hacer frente las cosas
- ☐ Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí
- ☐ Regular, tengo mis altibajos
- ☐ Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
- ☐ Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

7.2. Programa de intervención desarrollado

Exposición en vivo con prevención de respuesta (adaptado de exposición al juego patológico de Bados, 2011)

El cliente debe permanecer ante el estímulo que le incita a comprar, p.ej., ordenador portátil (exposición) hasta que el impulso de comprar desaparezca y sin realizar la conducta de compra (prevención de respuesta).

Sin embargo, antes de aplicar la exposición debe utilizarse el control de estímulos. Esta técnica implica que el cliente acepta una serie de normas: pedir a los familiares y amigos que no le dejen más dinero, no tener acceso al dinero (excepto gastos de bolsillo) ni a tarjetas de crédito, no entrar en sitios de compra, no pasar cerca de los mismos y no relacionarse con amigos compradores. Una vez que el cliente deja de comprar, se introduce la exposición con prevención de respuesta, se va atenuando gradualmente el control de estímulos (pero sin volver a compra ni relacionarse con amigos compradores) y se entrena al cliente en diversos recursos que le permitan poder volver a su vida normal.

Para conducir la exposición se proponen las pautas adaptadas de: Fernández-Montalvo y Echeburúa (1998, véase también Echeburúa y de Corral, 1998, y Ochoa et al., 1994)

1. Explicar al cliente los objetivos de la exposición.
2. Entrar cada día con un colaborador en centros comerciales o lugares donde compraba habitualmente vía Online. (Un paso previo más fácil sería empezar con locales donde no se compraba o lugares donde no se compraba vía Online.) Puede consumir cualquier comida y bebida menos alcohol, pero no debe tomar más de un café para evitar un nivel de sobreexcitación añadido. El cliente no lleva dinero, es el colaborador quien paga la consumición.
3. Acercarse a algún objeto o buscarlo por internet y concentrarse en todas las sensaciones que experimenta. Si hay alguien comprando, el cliente debe fijarse en cómo compra y en lo que él piensa, en si siente ganas de comprar, etc. Debe recordar las veces que ha comprado y las sensaciones que tenía. Si no hay nadie comprando, tiene que acercarse lo más posible al producto sin llamar la atención. La tarea del colaborador es impedir que compre.
4. Concentrarse en lo que está haciendo y no distraerse hablando con el colaborador u otra persona, pensando en otra cosa, revisando redes sociales o jugando a las cartas.

5. Hacer un mínimo de media hora de exposición o, si es necesario, más tiempo, hasta que esté tranquilo (nivel de ansiedad igual o menor a 3 en una escala 0-10) y no tengan ganas de comprar.
6. Completar lo más pronto posible tras cada exposición un autorregistro en el que apunte fecha, tarea realizada, lugar, compañía, tiempo, ansiedad antes y después, pensamientos y observaciones. El paciente consulta el autorregistro para darse cuenta de los progresos, el colaborador refuerza estos progresos y el terapeuta refuerza el trabajo de ambos.
7. Practicar todos los días una o más veces.

Cuando el cliente controla el impulso de comprar en las condiciones anteriores, puede aumentarse la dificultad de la exposición con los siguientes pasos: a) exponerse con el dinero justo para pagar la consumición y con el colaborador esperando fuera del local y a la vista del paciente, b) exponerse con el dinero justo para pagar la consumición y sin colaborador (se le puede llamar por teléfono en caso de apuro), c) exponerse con el dinero para pagar la consumición y 10 euros extra y sin colaborador, d) exponerse sin restricciones de dinero y sin colaborador.

Finalmente, se utiliza la exposición con la finalidad de prevenir las recaídas. Para ello, se identifica una situación de alto riesgo (p.ej., un estado de cierta disforia o perturbación emocional, la presión social a comprar) y el cliente se expone a dicha situación hasta que decrece notablemente el grado de malestar y desaparece el deseo de comprar.

Ejemplo de una jerarquía para exposición con prevención de respuesta:

1. Exponerse sin restricción de dinero y sin colaborador.
2. Exponerse con dinero justo y 10€ extra pero sin colaborador.
3. Exponerse con el dinero justo y sin colaborador.
4. Exponerse con el dinero justo y con el colaborador esperando fuera.
5. Exponerse con el dinero justo y acompañado
6. Exponerse sin dinero y con el colaborador esperando fuera.
7. Exponerse sin dinero y acompañado.

Entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1977).

El procedimiento consta de 5 fases fundamentales y dos adicionales que sirven de autoevaluación y autorrefuerzo.

1. Definición del problema: ¿Qué tengo que hacer? He de conocer que tengo que hacer exactamente.
2. Aproximación al problema. ¿De cuantos elementos dispongo para realizar esta tarea? He de tenerlos todos en cuenta cuando comience a trabajar.
3. Focalización de la atención: Tengo que prestar atención únicamente a lo que estoy haciendo en estos momentos y procurar no distraerse con ninguna otra cosa.
4. Auto-refuerzo: Tengo que felicitar me por las cosas que voy haciendo bien.
5. Verbalizaciones para hacer frente a los errores: Si comento un error puedo intentar corregirlo, y si no lo consigo, la próxima vez que lo intente, procuraré que me salga mejor.
6. Autoevaluación: Tengo que fijarme en cómo voy haciendo las cosas.
7. Auto-refuerzo: Tengo que felicitar me cuando he realizado bien el trabajo.

Técnicas de reestructuración cognitiva (Bados, 2010).

El procedimiento para la reestructuración cognitiva es el siguiente:

1. Identificar las cogniciones (no es un proceso inicial sino un proceso continuo durante todo el tratamiento) Los medios para conseguir que el cliente identifique sus cogniciones son:
 - A) Retrospectivos
 - B) Concurrentes en situaciones simuladas o imaginadas
 - C) Concurrentes en situaciones reales
 - D) Autorregistro
2. Técnicas para identificar supuestos o creencias
 - A) Identificar temas o contenidos generales
 - B) Técnica de la flecha descendente
 - C) Análisis de pensamientos del cliente o utilizar la flecha descendente cuando se producen de manera natural emociones intensas

D) Prestar atención en memorias proporcionadas por el cliente de acontecimientos significativos de su infancia con las figuras de apego

E) Hacer que el cliente analice sus imperativos internos (*debería*)

F) Utilizar un cuestionario de actitudes o creencias disfuncionales

Antes de someter a juicio los pensamientos del cliente es necesario que este:

- a) Vea la relación existente entre cogniciones, emociones y conductas y especialmente, el impacto que las primeras juegan sobre las otras dos
- b) Que reconozca que los pensamientos son hipótesis y no hechos y que por tanto necesitan ser comprobados

Para ello el terapeuta puede poner algunos ejemplos, en primer lugar no relacionados con su problema y después alguno relacionado con su problema con el objetivo de que sea el cliente el que descubra por sí solo el papel que juegan las cogniciones y su naturaleza hipotética

A continuación se presentan los pasos para empezar a aplicar la reestructuración cognitiva:

1. Justificación de la reestructuración cognitiva mediante un esquema y utilización de un ejemplo para que el cliente identifique pensamientos negativos.
2. Cuestionamiento de las cogniciones desadaptativas
 - a) Verbalmente: mediante análisis lógico y consideración de la información basada en las propias experiencias previas y/o la de otros.
 - b) Conductualmente: buscando datos obtenidos a partir de pruebas o experimentos realizados a propósito.
3. Cuestionamiento verbal de las cogniciones desadaptativas
 - a) Mediante información directa contraria a los pensamientos inadecuados del cliente (debate didáctico)
 - b) Diálogo socrático
4. Examinar las pruebas de un pensamiento negativo, pero sin tener una actitud de poseer la verdad e intentar convencer al cliente, sino una actitud de curiosidad e interés para intentar saber como pueden ser las cosas. Conviene tener en cuenta los errores cognitivos más frecuentes cuando se examina hasta qué punto es cierto un pensamiento. Una buena pauta a seguir es la siguiente

Programa de intervención en compra compulsiva y prevención de ciberadicciones en jóvenes.

- a) Evaluar el grado de creencia en el pensamiento negativo
- b) Obtener las pruebas o datos favorables a este pensamiento y discutir si realmente son favorables (muchas veces pueden no serlo)
- c) Buscar las pruebas contrarias al pensamiento
- d) Identificar anticipaciones o interpretaciones alternativas
- e) Buscar la anticipación o interpretación más probable según las pruebas existentes a favor y en contra de las distintas alternativas (si se desea, puede establecerse también, en términos cuantitativos o cualitativos, la probabilidad de que las cosas sean como el cliente pensaba)
- f) Evaluar el grado de creencia en la anticipación o interpretación alternativa seleccionada
- g) Evaluar de nuevo el grado de creencia en el pensamiento negativo
5. Examinar la utilidad de un pensamiento negativo, se dirige a diferencia de la anterior a examinar la función que cumplen estos pensamientos
6. Examinar qué pasaría realmente y que se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto (desdramatización)
7. Extraer conclusiones pertinentes, es decir, tras la reestructuración del pensamiento el cliente debe sacar una conclusión que suele implicar una forma alternativa o más adaptativa de enfocar la situación.
8. Cuestionamiento conductual de las cogniciones desadaptativas
 - a) Experimentos activos: en situaciones reales o simuladas
 - b) Experimentos de observación: modelado, encuestas a otros sobre lo que piensan o información de otras fuentes.
9. Cuestionamiento de los supuestos y creencias mediante cuestionamiento verbal y conductual hasta establecer creencias más moderadas, realistas y adaptativas
10. Actividades entre sesiones
 - a) Preguntas para examinar las pruebas de un pensamiento, la utilidad de un pensamiento, examinar qué pasaría realmente si lo que se piensa fuera cierto, qué se podría hacer.
 - b) Escuchar en casa la grabación de las reestructuraciones realizadas en consulta.
 - c) Reestructurar por escrito o mediante grabación en cinta

- d) Repetición o consideración varias veces al día de los nuevos pensamientos
- e) Imaginarse en una situación perturbadora y reestructurar los pensamientos tenidos
- f) Reestructurar los pensamientos negativos en situaciones perturbadoras reales
- g) Ayudar a otra persona a reestructurar sus pensamientos
- h) Lectura de artículos y libros adecuados a la temática

Técnicas de respiración y relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkovec, 1973).

1. Se explica la lógica de la técnica al cliente y luego se describen las instrucciones sobre los 16 grupos musculares.
2. El cliente se sienta en un sillón, si no lo hay, se puede utilizar una silla con respaldo y apoyo para los brazos.
3. El procedimiento se inicia pidiéndole al cliente que concentre su atención en un grupo muscular determinado
4. Se utiliza una señal, como por ejemplo: “ahora” o “tense” para indicar que hay que tensar el grupo
5. La contracción se lleva a cabo de una sola vez y no gradualmente
6. Se mantiene la tensión durante 5-7 segundos, durante los cuales el terapeuta pide al cliente que se concentre en la sensaciones de contracción muscular
7. Se utiliza otra señal, como por ejemplo: “suelte”, “afloje” o “relaje” para pedir que relaje el grupo muscular, también de una sola vez
8. Cuando el grupo muscular se relaja, se le pide al cliente que perciba las sensaciones que acompañan a la relajación mientras el terapeuta mantiene una charla en un tono adecuado para mantener al cliente en estado de relajación.
9. Esto continúa durante 30-40 segundos que es lo que dura el periodo de relajación
10. En esta primera sesión se trabajan los 16 grupos musculares para adoptar la técnica.

Agrupados los grupos musculares por zonas quedan recogidos en 4 grandes grupos:

1. Los brazos
2. Cara y cabeza
3. Torso y cuello
4. Las piernas

Estrategias de solución de problemas (Bados, 2014).

Se han distinguido dos componentes en este proceso: 1) Orientación o actitud hacia los problemas, que refleja una actitud general hacia los problemas; y 2) Habilidades básicas de resolución de problemas: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, y aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. A continuación se presentan los elementos de estos componentes.

1. Orientación o actitud hacia los problemas.
 - A) Percepción del problema.
 - B) Atribución del problema.
 - C) Valoración del problema.
 - D) Control personal.
 - E) Compromiso de tiempo y esfuerzo.
2. Habilidades básicas de resolución de problemas.
 - Fase 1. Definición y formulación del problema.
 - A) Recogida de información pertinente.
 - B) Comprensión del problema.
 - C) Establecimiento de metas.
 - D) Reevaluación del problema.
 - Fase 2. Generación de soluciones alternativas.
 - A) Especificidad.
 - B) Principio de cantidad.
 - C) Principio de dilación de la crítica.
 - D) Principio de variedad.
 - E) Mejora de las soluciones mediante combinaciones, modificaciones e imaginación.
 - F) Búsqueda de ayuda en caso necesario.
 - Fase 3. Toma de decisión.
 - A) Criba preliminar.
 - B) Anticipación de los resultados de las posibles soluciones.
 - C) Evaluación (juicio y comparación) de las posibles soluciones.
 - D) Elección de un plan de solución.

E) Elaboración de un plan de acción.

Fase 4. Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad.

A) Aplicación o puesta en práctica de la solución.

B) Autorregistro.

C) Autoevaluación.

a) Autorreforzamiento.

b) Averiguación y corrección.

Terapia cognitivo conductual en formato grupal.

1. Presentación: se hace un ejercicio de presentación para que los miembros se conozcan e intentar aumentar la cohesión de grupo.
2. Relajación muscular progresiva: se hace una sesión en grupos de 5 y se comentan las dificultades.
3. Solución de problemas: se practican las fases en grupo, aportando soluciones entre todos.
4. Técnicas de role playing.

Autoayuda guiada por teléfono (Garcés, 1999).

Se transcribe como sería una de las sesiones como ejemplo.

[...]

+Buenas tardes don M. soy S. la terapeuta encargada de de hablar con ud.

-Buenas tardes estaba esperando su llamada.

+Comencemos cuanto antes. ¿Ha leído ud. los tres primeros capítulos del manual que le entregamos en la sesión anterior?

-Si los he leído y he hecho el cuestionario como me pidieron.

+Estupendo M. es muy importante que lea los capítulos por orden, que no se quede con ninguna duda pendiente y que aproveche las llamadas para resolverlas. ¿Puede decirme qué resultado ha obtenido en el cuestionario?

-Un 50 en la variable A, un 60 en la variable B y un 45 en la variable C. Dígame, ¿el resultado es bueno o malo?

+No se preocupe por el resultado, puesto que este resultado sólo nos indica la posible hipótesis sobre la causa y es necesario contrastarlo previamente con otros datos de la conducta.

-Me alegra oír eso, también he anotado el patrón básico de consumidor en el que creo encontrarme.

+Genial, dígame.

-Pues yo creo que me encuentro en el patrón tipo 1

+¿Y cual es el motivo por el cual ha elegido ese patrón?

-Pues el motivo es que me encanta comprar y coleccionar relojes, tanto que si veo alguno por la tele difícilmente puedo evitar no comprarlo. Aunque a veces me controlo y todavía no me han llegado facturas desorbitadas. Mis hijos me regañan cada vez que me ven con un reloj nuevo, me dicen que si he caído en la trampa de nuevo.

+Déjeme decirle don M. que vamos a trabajar juntos en esto y para ello voy a estar con ud. todas las semanas para resolver sus dudas con respecto al manual. Es muy importante que lo lea detenidamente y sin realizar otras tareas al mismo tiempo. Le voy a pedir que para la siguiente llamada lea los capítulos cuarto y quinto y le haré algunas preguntas sobre estos capítulos. Le animo a seguir leyendo el manual e intente controlar el impulso que siente cuando ve algún producto, le recomiendo que practique actividades que le sean gratificantes y rellene el autorregistro.

-Me gusta mucho salir a pasear con mis perros por el campo.

+Entonces dedique su tiempo libre a pasear con sus perros por el campo y encuentre otras actividades gratificantes, esto le ayudará a distraer la mente. Cuando sienta la tentación de realizar alguna compra rellene el autorregistro previamente, esto ayudará a identificar los pensamientos que surgen en esas situaciones y cuánta ansiedad siente.¿Tiene alguna pregunta sobre el autorregistro u alguna otra cuestión?

-No ninguna, solo necesito distraer la mente en esos momentos en los que pierdo el control.

+Le recuerdo también que puede escribirnos a nuestro correo-e si lo necesita. Hablamos la próxima semana don M. le deseo una buena tarde.

-Igualmente y hasta la próxima semana S. [...]