



Terapias de tercera generación para el uso problemático de tecnologías digitales en jóvenes: una revisión de alcance

Third-Wave Therapies for Problematic Use of Digital Technologies Among Young People: A Scoping Review

Jispsonp Paul Ambuludi Torres 
jambuludi6@utmachala.edu.ec

Stéfano Alexander Durán Solórzano 
sduran@ups.edu.ec

Universidad Técnica de Machala. Machala, Ecuador

Recibido: 01 de julio 2026 / Aceptado: 27 de agosto 2026 / Publicado: 22 de septiembre 2026

Resumen

Introducción: El uso problemático de tecnologías digitales constituye un problema creciente de salud mental en la población joven. Las terapias de tercera generación representan una alternativa prometedora frente a las limitaciones de la terapia cognitivo-conductual clásica.

Objetivo: Identificar la evidencia disponible sobre la aplicación de terapias de tercera generación en problemas de salud mental asociados al uso problemático de tecnologías digitales en jóvenes, caracterizando intervenciones, poblaciones, desenlaces y vacíos de investigación.

Método: Se siguió el marco de Arksey y O'Malley y la extensión PRISMA-ScR. La búsqueda en PubMed, ScienceDirect, SpringerLink y BVS/LILACS incluyó estudios empíricos de intervención publicados entre 2021 y 2026, en inglés, español o portugués, con población de 10 a 35 años.

Dos revisores realizaron el cribado y evaluación de elegibilidad de forma independiente (κ de Cohen = 0,91). **Resultados:** Ocho estudios (316 participantes) cumplieron los criterios, mayoritariamente pilotos, concentrados en Asia oriental y centrados en el trastorno por juego en Internet. Predominaron las intervenciones basadas en atención plena; solo un estudio evaluó la terapia de aceptación y compromiso, y ninguno la terapia dialéctico-conductual o la centrada en la compasión. Seis estudios reportaron reducciones en indicadores de uso problemático.

Conclusión: La evidencia resulta emergente y prometedora, aunque limitada por muestras pequeñas, diseños heterogéneos y ausencia de estudios latinoamericanos.

Palabras clave: Adicción a Internet; Jóvenes; Mindfulness; Revisión de alcance; Terapias de tercera generación; Uso problemático de tecnologías digitales.

Abstract

Introduction: Problematic use of digital technologies constitutes a growing mental health concern among young people. Third-wave therapies represent a promising alternative to the limitations of traditional cognitive-behavioral therapy. **Objective:** To identify the available evidence on the application of third-wave therapies to mental health problems associated with problematic use of digital technologies among young people, characterizing interventions,

populations, outcomes, and research gaps. **Method:** The Arksey and O'Malley framework and the PRISMA-ScR extension were followed. Searches of PubMed, ScienceDirect, SpringerLink, and BVS/LILACS included empirical intervention studies published between 2021 and 2026, in English, Spanish, or Portuguese, involving participants aged 10 to 35 years. Two reviewers independently conducted the screening and eligibility assessment (Cohen's kappa = 0.91). **Results:** Eight studies (316 participants) met the inclusion criteria, most of which were pilot studies conducted primarily in East Asia and focused on Internet Gaming Disorder. Mindfulness-based interventions predominated; only one study evaluated Acceptance and Commitment Therapy, and none evaluated Dialectical Behavior Therapy or Compassion-Focused Therapy. Six studies reported reductions in indicators of problematic use. **Conclusion:** The evidence is emerging and promising, although it is limited by small samples, heterogeneous study designs, and the absence of studies from Latin America.

Keywords: Internet Addiction; Young People; Mindfulness; Scoping Review; Third-Wave Therapies; Problematic Use of Digital Technologies.

Introducción

Las tecnologías digitales transformaron radicalmente la vida cotidiana durante la última década. Los jóvenes socializan, estudian, se entretienen y construyen su identidad a través del teléfono inteligente, las redes sociales, los videojuegos en línea y la mensajería instantánea. Este uso resulta adaptativo en la mayoría de los casos. Sin embargo, una proporción significativa desarrolla patrones disfuncionales caracterizados por pérdida de control, saliencia, uso continuado pese a consecuencias negativas y malestar asociado. La literatura denomina este fenómeno uso problemático de tecnologías digitales o, en sus formas más graves, adicción comportamental (Kuss & Griffiths, 2017).

Este fenómeno consolidó su reconocimiento en el plano nosológico. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales incorporó el trastorno por juego en Internet como condición que requiere estudio adicional (American Psychiatric Association, 2013). La Organización Mundial de la Salud reconoció el trastorno por videojuegos en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, convirtiéndolo en la primera adicción comportamental incorporada junto al juego patológico (World Health Organization, 2019). Junto al juego, se describe un espectro más amplio y heterogéneo que abarca diversas manifestaciones problemáticas del uso tecnológico.

El espectro problemático incluye el uso problemático del teléfono inteligente, el uso problemático de redes sociales, la nomofobia y la cibercondría. Estos cuadros comparten mecanismos de pérdida de control pese a criterios diagnósticos aún en discusión. Las estimaciones de prevalencia resultan variables según los instrumentos y las poblaciones, pero no resultan marginales. Un metaanálisis global situó la prevalencia del trastorno por videojuegos en torno al 3,05 % en la población general (Stevens et al.,

2021). En adolescentes, la prevalencia del trastorno por juego en Internet se estimó en aproximadamente 4,6 % (Fam, 2018).

Una revisión sistemática reciente en adultos jóvenes halló una prevalencia agrupada del 6,1 %, cifra que asciende al 8,1 % en muestras exclusivamente de jugadores (Gisbert-Pérez et al., 2026). El periodo comprendido aproximadamente entre los 10 y los 35 años constituye, por tanto, una ventana de especial vulnerabilidad. La relevancia clínica de estos patrones no radica únicamente en su frecuencia, sino en su estrecha vinculación con la salud mental. El uso problemático de tecnologías digitales se asocia de forma consistente con ansiedad, depresión, estrés percibido, impulsividad, soledad, baja autoestima, alteraciones del sueño y dificultades en la regulación emocional.

Estas asociaciones encuentran respaldo en múltiples investigaciones (Elhai et al., 2021; Kuss & Griffiths, 2017). Con frecuencia, el uso excesivo opera como estrategia de evitación experiencial y escape frente al malestar afectivo. Este hallazgo sugiere que la relación entre tecnología y salud mental resulta bidireccional y se retroalimenta. La pandemia de COVID-19 agravó profundamente este cuadro. Las medidas de confinamiento y distanciamiento físico, el traslado de la educación y la socialización al entorno virtual y el aislamiento prolongado provocaron un incremento drástico del tiempo de pantalla y del uso problemático de tecnologías, especialmente entre los más jóvenes (King et al., 2020).

Diversos estudios documentaron aumentos de la adicción a Internet y del juego problemático durante los periodos de restricción. En estos contextos, el escapismo y la búsqueda de alivio emocional actuaron como motores del uso desadaptativo (Fernandes et al., 2020). Este patrón se replicó en distintos países y grupos de edad. Buena parte de estos cambios no revirtió por completo tras el levantamiento de las restricciones. Esta situación convirtió el abordaje del uso problemático de tecnologías en una prioridad de salud pública en el periodo pospandémico. Frente a esta demanda, la terapia cognitivo-conductual mantiene el mayor respaldo empírico.

La terapia cognitivo-conductual presenta limitaciones reconocidas en cuanto a la prevención de recaídas, la adherencia de la población joven y su foco en el control sintomático y en el contenido de los pensamientos. En este contexto ganaron protagonismo las denominadas terapias de tercera generación o terapias contextuales. Estas terapias constituyen la llamada tercera ola de las terapias cognitivo-conductuales y desplazan el objetivo desde la reducción o eliminación de los síntomas hacia la modificación de la relación de la persona con sus experiencias internas (Hayes & Hofmann, 2017). Bajo este paraguas se agrupan diversas aproximaciones terapéuticas contemporáneas.

Entre estas aproximaciones destacan la terapia de aceptación y compromiso, la terapia cognitiva basada en mindfulness, la terapia dialéctico-conductual, la reducción del estrés basada en mindfulness, las intervenciones basadas en la compasión y, de manera

transversal, las intervenciones basadas en mindfulness. Bishop et al. (2004) propusieron una definición operacional de mindfulness que enfatiza la atención al momento presente con una actitud de aceptación. Todas estas aproximaciones comparten un núcleo de procesos dirigidos a reducir la evitación experiencial (Hayes et al., 2006; Kabat-Zinn, 2003). También Bowen et al. (2014) desarrollaron protocolos específicos para la prevención de recaídas en conductas adictivas.

Esta lógica resulta teóricamente pertinente para el uso problemático de tecnologías. Muchos de sus mecanismos de mantenimiento coinciden con las dianas de las intervenciones contextuales. El craving, el escape del malestar y la desregulación emocional constituyen objetivos centrales de estas terapias. La evidencia sobre estas intervenciones resulta todavía emergente y se encuentra dispersa. Las intervenciones basadas en mindfulness y aceptación mostraron resultados prometedores en adicciones a sustancias y comportamentales. Sin embargo, estas intervenciones mantienen menor consolidación que la terapia cognitivo-conductual y tienden a apoyarse en estudios piloto de muestra reducida, diseños heterogéneos e instrumentos diversos.

Esta evidencia presenta además una marcada concentración geográfica. No existe, hasta la fecha, un mapeo sistemático que integre específicamente las terapias de tercera generación aplicadas al uso problemático de tecnologías digitales en población joven durante los últimos años. Tampoco existe una caracterización del tipo de intervenciones, las poblaciones estudiadas y los desenlaces reportados. La identificación explícita de los vacíos de investigación resulta igualmente pendiente. Una revisión de alcance resulta idónea para este propósito. Este diseño permite cartografiar cuerpos de evidencia amplios y heterogéneos sin exigir la homogeneidad metodológica que requeriría una revisión sistemática con metaanálisis.

La pertinencia de este mapeo se fundamenta en múltiples consideraciones. El campo carece de síntesis actualizadas que integren la diversidad de aproximaciones contextuales aplicadas a diferentes manifestaciones del uso problemático tecnológico. La concentración geográfica en Asia oriental limita la generalización de los hallazgos a otros contextos culturales. La predominancia de estudios piloto con muestras pequeñas dificulta la extracción de conclusiones robustas. La heterogeneidad metodológica y la diversidad instrumental impiden comparaciones directas entre estudios. Estos factores justifican la necesidad de una revisión que caracterice sistemáticamente el estado actual de la evidencia disponible.

Por todo ello, el objetivo de esta revisión de alcance consiste en mapear la evidencia disponible sobre el uso de terapias de tercera generación en el abordaje de problemas de salud mental asociados al uso problemático de tecnologías digitales en jóvenes. Esta revisión describe las características de las intervenciones, las poblaciones estudiadas, los resultados reportados y los principales vacíos de investigación existentes. Los hallazgos orientarán la agenda de investigación futura y proporcionarán una base

empírica para el desarrollo de intervenciones culturalmente adaptadas en contextos latinoamericanos.

Método

Se realizó una revisión de alcance (scoping review) para mapear la amplitud y las características de la evidencia disponible, diseño idóneo cuando el cuerpo de estudios es heterogéneo y emergente y el propósito no es estimar un efecto agrupado, sino cartografiar qué se ha investigado, cómo y con qué vacíos. La revisión se guió por el marco metodológico de Arksey y O'Malley (2005), con los refinamientos de Levac et al. (2010) y las orientaciones del Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2015), y se reportó conforme a la extensión para revisiones de alcance de la declaración PRISMA (PRISMA-ScR; Tricco et al., 2018), documentando el proceso de selección mediante un diagrama de flujo (Page et al., 2021).

El cribado y la evaluación de elegibilidad se realizaron de forma independiente por dos revisores. El primer revisor examinó la totalidad de los registros a lo largo de las tres fases título, resumen y texto completo, aplicando de manera uniforme los criterios de elegibilidad predefinidos; un segundo revisor, especialista en el área, evaluó de forma independiente los registros en las fases de cribado por resumen y de elegibilidad a texto completo.

El grado de acuerdo interevaluadores se cuantificó mediante el coeficiente kappa de Cohen. En el cribado por resumen el acuerdo fue casi perfecto ($\kappa = 0,91$; IC 95 % [0,73–1,00]; acuerdo observado = 95,7 %). En la fase de elegibilidad a texto completo, dado que la distribución marginal fue muy asimétrica ocho de los nueve registros resultaron incluidos, el coeficiente κ resulta poco informativo por efecto de la paradoja de la prevalencia.

Por lo que se reporta el acuerdo observado (88,9 %) junto con el índice kappa ajustado por prevalencia y sesgo (PABAK = 0,78; acuerdo sustancial). Las discrepancias puntuales se resolvieron por consenso, reexaminando cada caso frente a los criterios PICOS. Este procedimiento de doble revisión independiente y de estimación del acuerdo interevaluadores se incorporó para mitigar el sesgo de selección, conforme a las recomendaciones de PRISMA-ScR y del Joanna Briggs Institute.

Los criterios de elegibilidad se definieron mediante el esquema PICOS (población, intervención, comparador, resultados y diseño). En cuanto a la población, se incluyeron adolescentes, jóvenes, adultos jóvenes o estudiantes universitarios de aproximadamente 10 a 35 años con uso problemático de tecnologías digitales o síntomas asociados. La intervención debía consistir en terapias de tercera generación o sus componentes: mindfulness, terapia de aceptación y compromiso (ACT), terapia dialéctico-conductual (DBT), terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), terapia

centrada en la compasión u otras basadas en aceptación, atención plena, regulación emocional o compasión.

El comparador no resultó obligatorio; se admitieron grupo control, lista de espera, tratamiento habitual, comparación pre-post o diseños sin comparador. Los resultados debían incluir variables de uso problemático de tecnologías y de salud mental: ansiedad, depresión, estrés, impulsividad, soledad, autoestima, sueño, bienestar psicológico, regulación emocional o síntomas asociados.

El diseño comprendía estudios empíricos de intervención: ensayos clínicos, cuasiexperimentales, pilotos, pre-post o programas terapéuticos aplicados. Se aplicaron criterios de exclusión específicos. Se excluyeron estudios centrados solo en adultos mayores, niños pequeños o población general sin datos diferenciables de jóvenes; estudios que trataran el uso educativo, recreativo o normativo de la tecnología sin componente problemático o adictivo; investigaciones de prevalencia, correlacionales, validación de escalas o factores de riesgo sin intervención psicológica; estudios que evaluaran fármacos, neuromodulación, ejercicio físico, educación digital o intervenciones escolares generales sin componente de tercera generación; investigaciones que no reportaran ninguna variable psicológica o de salud mental.

Así como, estudios que trataran alcohol, drogas, tabaco, comida o juego de apuestas sin relación con tecnologías digitales; documentos no académicos como tesis, libros, capítulos, editoriales, cartas, páginas web, blogs, informes o actas de congreso; revisiones sistemáticas, metaanálisis o revisiones de alcance previas (usadas solo como antecedente); y registros sin texto completo disponible o duplicados entre bases. Se restringió la búsqueda a artículos científicos publicados en revistas académicas entre 2021 y 2026, en inglés, español o portugués y disponibles a texto completo.

La búsqueda se llevó a cabo en cuatro bases de datos PubMed, ScienceDirect, SpringerLink y la Biblioteca Virtual en Salud/LILACS (BVS/LILACS), seleccionadas por su cobertura complementaria de literatura biomédica, psicológica e iberoamericana. La estrategia combinó tres bloques conceptuales mediante el operador booleano AND: (A) terapias de tercera generación, (B) uso problemático de tecnologías digitales y (C) población joven. Dentro de cada bloque, los términos se enlazaron con el operador OR, y la sintaxis se adaptó a cada base de datos, incorporando equivalentes en español y portugués en la BVS/LILACS para asegurar la recuperación de literatura regional.

El bloque A incluyó términos como "third wave", "third-generation", "acceptance and commitment therapy", "dialectical behavior therapy", "mindfulness", "mindfulness-based cognitive therapy", "mindfulness-based intervention" y "compassion focused therapy". El bloque B comprendió "problematic internet use", "internet addiction", "problematic smartphone use", "smartphone addiction", "problematic social media use", "social media addiction", "gaming disorder", "internet gaming disorder", "video game addiction", "digital addiction" y "technology addiction". El bloque C incorporó

"adolescent", "adolescents", "youth", "young people", "young adults" y "students". En PubMed y BVS/LILACS se dispuso además de una variante amplia para escenarios de baja o alta recuperación.

Junto a las búsquedas principales, se ejecutaron búsquedas complementarias por cada terapia (ACT, mindfulness, DBT y tercera ola) con el fin de maximizar la sensibilidad temática. En todas las bases se aplicaron los filtros de periodo (2021–2026), idioma (inglés, español y portugués) y tipo de documento (artículo). Las ecuaciones exactas empleadas en cada repositorio, incluyendo las 20 ecuaciones completas (principales, amplias y por terapia), se conservan como Material Complementario y están disponibles en el repositorio OSF mencionado anteriormente.

El proceso de identificación arrojó 508 registros en total. ScienceDirect aportó 246 registros, BVS/LILACS 108, SpringerLink 101 y PubMed 53. Tras eliminar 205 duplicados, 303 registros pasaron al cribado por título, del que se excluyeron 280 por no ajustarse a los criterios (principalmente estudios sin intervención o correlacionales, revisiones previas y temáticas no pertinentes). Los 23 registros restantes se cribaron por resumen, excluyéndose 14; y de los 9 artículos evaluados a texto completo se descartó 1 por presentar una muestra con un rango etario (18–53 años) que excedía el límite superior de 35 años establecido. El detalle de cada fase y sus motivos de exclusión se documenta en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1). Este procedimiento condujo a la inclusión final de ocho estudios.

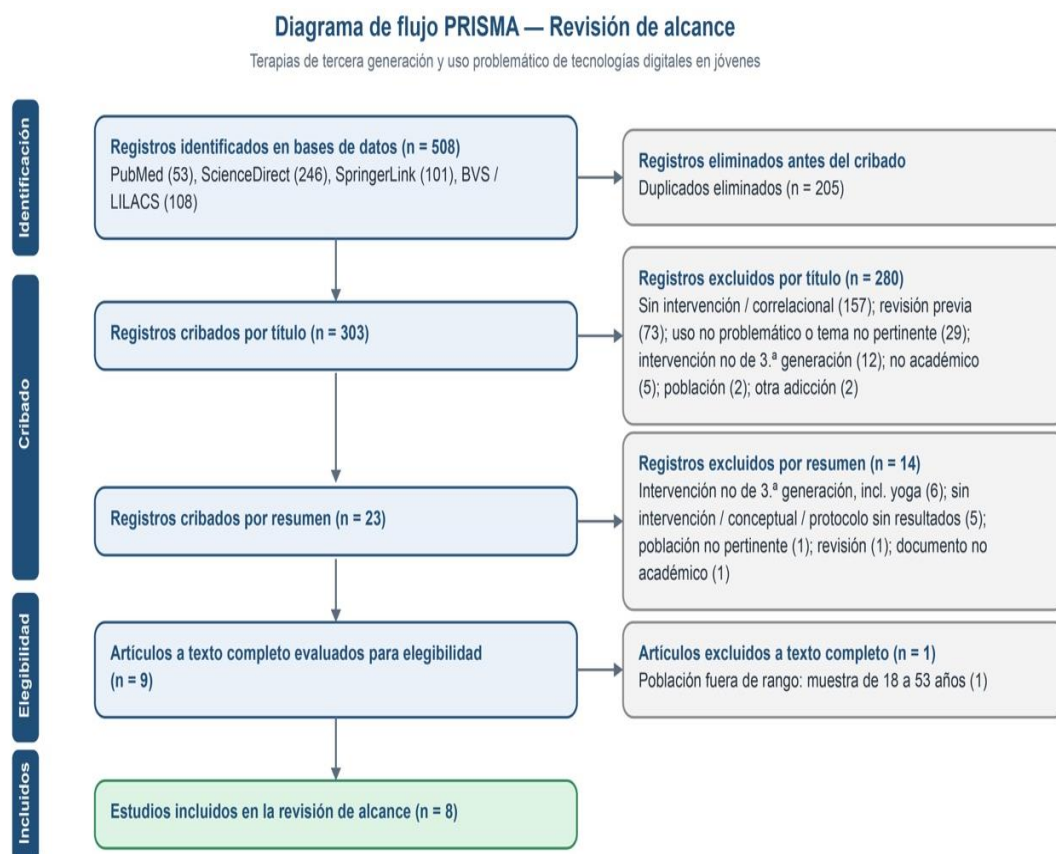


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios

Para la extracción y sistematización de la información se diseñó una matriz de extracción de datos (data charting) que recogió, para cada estudio, los siguientes campos: identificador y referencia (autor y año); país y contexto institucional; población y rango etario; tamaño muestral (N); diseño; tipo de terapia de tercera generación; formato y duración de la intervención; comparador; variables de salud mental y de uso problemático; instrumentos de medición; y resultados reportados.

La síntesis se abordó de manera descriptiva y narrativa, coherente con la finalidad de mapeo de una revisión de alcance, ordenando los estudios de la población adolescente a la adulta joven. Los desenlaces se describieron en términos de resultados o cambios reportados, y no de eficacia comprobada, dada la heterogeneidad de los diseños y la ausencia de una valoración formal de la calidad metodológica, característica propia de este tipo de revisión.

El único estudio cualitativo se integró de forma narrativa por su aporte experiencial, y se conservaron tanto los estudios sin grupo comparador como aquel que reportó un resultado nulo, por su contribución al mapeo de la evidencia.

Resultados

La búsqueda condujo a la inclusión final de ocho estudios empíricos publicados entre 2024 y 2026 (Figura 2). En conjunto reunieron a 316 participantes, con tamaños muestrales que oscilaron entre 7 y 61 sujetos (mediana ≈ 43), lo que refleja el carácter mayoritariamente piloto y exploratorio de esta línea de investigación.

La caracterización completa de cada estudio población, diseño, intervención, comparador, variables, instrumentos y resultados reportados se presenta en la Tabla 1, y los patrones agregados se sintetizan en las Figuras 3 a 4.

La evidencia se concentró marcadamente en Asia oriental, que aportó cinco de los ocho estudios (tres de China continental, uno de Hong Kong y uno de Corea del Sur), seguida de Medio Oriente con dos (Irán y Arabia Saudí) y de Europa con uno (España); no se recuperó ningún estudio de intervención realizado en América Latina que cumpliera los criterios, pese a la inclusión de la BVS/LILACS y de términos en español y portugués (Figura 2a).

Distribución de los ocho estudios incluidos

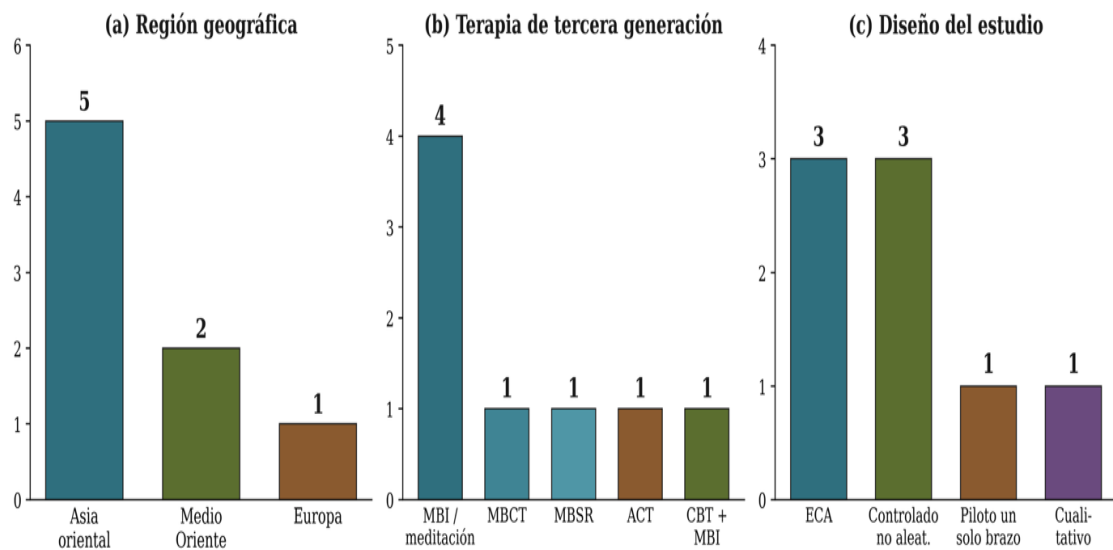


Figura 2. Distribución de los ocho estudios incluidos según a) región, b) terapia y c) diseño

En cuanto a las intervenciones, predominaron las basadas en mindfulness: cuatro estudios emplearon intervenciones basadas en atención plena o meditación de forma genérica, uno la MBCT, uno la MBSR y uno una intervención combinada de TCC con un componente de mindfulness; un único estudio evaluó la ACT, y ninguno la DBT ni la terapia centrada en la compasión (Figura 2b).

Respecto al diseño, tres estudios fueron ensayos controlados aleatorizados, tres controlados no aleatorizados o cuasiexperimentales, uno un piloto de un solo brazo pre-post y uno un estudio cualitativo de análisis fenomenológico interpretativo (Figura 2c).

Las poblaciones se distribuyeron a lo largo del rango etario definido, desde adolescentes de secundaria hasta adultos jóvenes de hasta 35 años, predominando los estudiantes universitarios (Figura 3).

El problema tecnológico más estudiado fue el trastorno por juego en Internet o el juego excesivo, presente en cinco estudios, seguido del uso problemático del teléfono inteligente y la nomofobia, la adicción a Internet de forma amplia y la cibercondría. Los formatos fueron heterogéneos: programas grupales presenciales de 4 a 8 sesiones, un curso de ACT autoaplicado en línea, un protocolo de mindfulness asistido por neurofeedback de 20 a 25 sesiones a lo largo de tres meses y un retiro residencial de bienestar digital de cinco días.

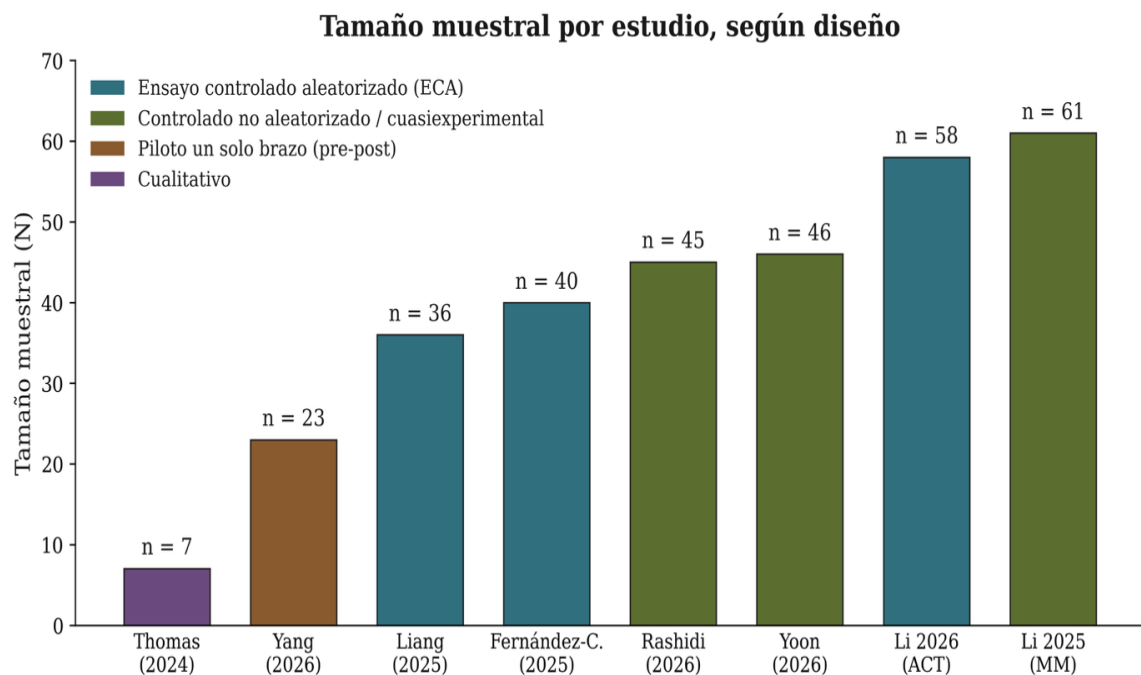


Figura 3. *Tamaño muestral por estudio, según diseño*

El mapa de evidencia (Figura 4) evidencia que la variable evaluada con mayor frecuencia fue el propio uso problemático o la adicción tecnológica, seguida de la ansiedad, mientras que otras dimensiones relevantes depresión, estrés, regulación emocional, impulsividad o autocontrol, función ejecutiva, flexibilidad psicológica, sueño y marcadores neurobiológicos aparecieron de forma más dispersa.

Seis de los ocho estudios reportaron reducciones en los indicadores de uso problemático tras la intervención. En el terreno cuantitativo, las intervenciones basadas en mindfulness mostraron reducciones pre-post en síntomas de trastorno por juego, craving y mejoras en la regulación emocional (Yang & Zheng, 2026).

Así como reducciones de la severidad de la adicción y del craving acompañadas de una reconfiguración de redes cerebrales medida con resonancia magnética funcional (Li et al., 2025). La MBCT grupal produjo mayores reducciones en síntomas de trastorno por juego, estrés percibido y ansiedad estado y una mejora del autocontrol frente al grupo control, cambios que persistieron a las cuatro semanas salvo la ansiedad estado (Yoon et al., 2026). La MBSR redujo la ansiedad por la salud en adolescentes con cibercondría, con cambios superiores a los de la TCC (Rashidi et al., 2026).

El curso de ACT en línea disminuyó las puntuaciones de juego excesivo y el tiempo de juego, y mejoró la función ejecutiva, la flexibilidad psicológica y el control inhibitorio, con correlatos electrofisiológicos (Li et al., 2026). La intervención combinada TCC + MBI redujo la adicción a Internet en mayor medida y de forma más sostenida que la TCC aislada, con efectos mantenidos a los seis meses (Liang et al., 2025).

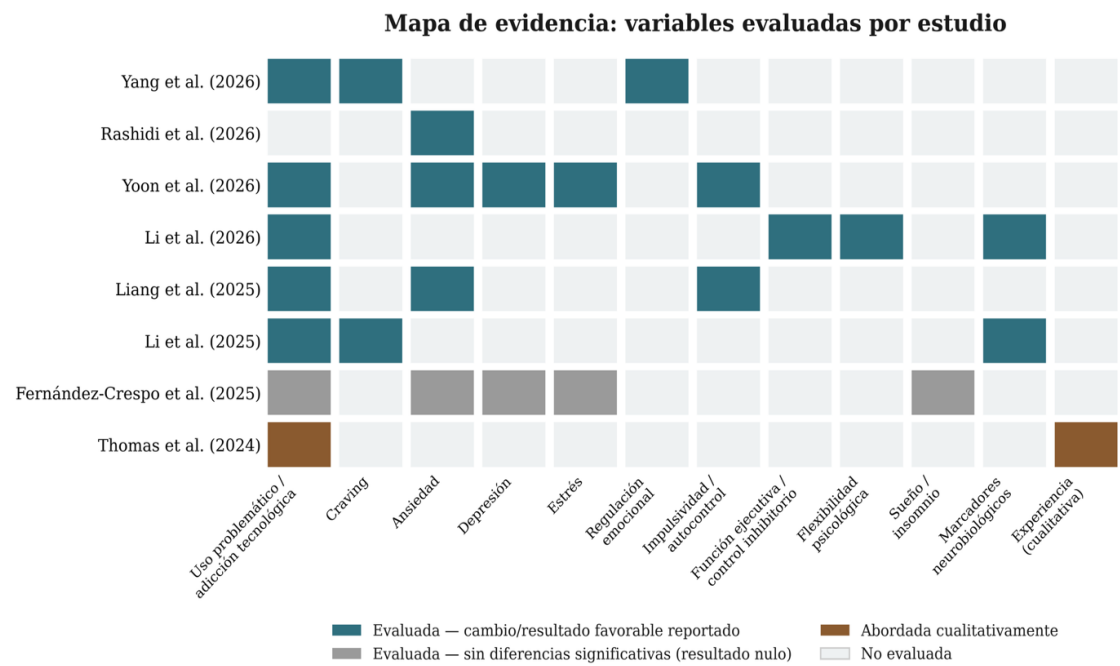


Figura 4. Mapa de evidencia: variables evaluadas por estudio

No todos los hallazgos fueron favorables. El ensayo controlado aleatorizado de mindfulness asistido por neurofeedback no halló diferencias significativas entre grupos en ninguna de las variables evaluadas ansiedad, depresión, estrés, adicción al teléfono inteligente, nomofobia e insomnio, si bien la intervención resultó factible y bien tolerada, con una adherencia del 88,8 % (Fernandez-Crespo et al., 2025); este resultado nulo se conserva por su aporte al mapeo de la evidencia y se representa de forma diferenciada en la Figura 4.

Por su parte, el único estudio cualitativo aportó evidencia experiencial: los participantes de un retiro de bienestar digital basado en mindfulness describieron el programa como un espacio seguro para abordar sus dificultades con la tecnología, valoraron el apoyo grupal y el entorno natural, y refirieron una mayor conciencia de sus hábitos desadaptativos que derivaba en un uso más intencional de los dispositivos, sin que se midieran variables cuantitativas de salud mental (Thomas et al., 2024).

La heterogeneidad se extendió a los instrumentos. Para el uso problemático se emplearon, entre otros, el IGDS9-SF, el IGD-20, los criterios de trastorno por juego del DSM-5, la Smartphone Addiction Scale–Short Version (SAS-SV) y el Nomophobia Questionnaire (NMP-Q); para las variables de salud mental, el DASS-21, cuestionarios específicos de ansiedad por la salud y de craving, el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) y la Athens Insomnia Scale (AIS); y para las dimensiones neurocognitivas, el BRIEF-A, el AAQ-II, tareas GO/NOGO con electroencefalografía y resonancia magnética funcional en reposo. Esta diversidad instrumental, detallada en la Tabla 3, limita la comparabilidad directa entre estudios.

Tabla 1. *Matriz de extracción de los ocho estudios incluidos*

ID	Autor y año	País	Población y edad	N°	Diseño	Terapia 3.ª gen.	Formato y duración	Variables	Instrumentos	Resultados reportados
1	Yang y Zheng, 2026	Hong Kong (China)	Adolescentes con IGD; secundaria	23	Piloto pre-post (un brazo)	Mindfulness (grupal)	4 semanas, grupal presencial	Síntomas IGD; craving; regulación emocional	IGDS9-SF; ítem de craving; ERQ-10	Reducciones pre-post en IGD y craving; aumento de regulación emocional. Alta finalización y aceptabilidad.
2	Rashidi et al., 2026	Irán (Isfahán)	Adolescentes varones 14–18 con cibercondría	45	Cuasiexperimental, simple ciego, con control	MBSR (vs. TCC)	8 sesiones de 60 min, semanales	Ansiedad por la salud	Health Anxiety Questionnaire –SF	Reducción de la ansiedad por la salud con MBSR y TCC; cambios mayores con MBSR.
3	Yoon et al., 2026	Corea del Sur (Seúl)	Universitarios en alto riesgo de IGD	46	Piloto experimental, 2 grupos + seguimiento	MBCT para IGD (MBCT-G)	8 sesiones grupales	IGD; impulsividad; depresión; estrés; ansiedad; autocontrol	Escalas de IGD, impulsividad, depresión, estrés, ansiedad y autocontrol	Mayores reducciones en IGD, estrés y ansiedad estado, y mayor autocontrol vs. control; persistentes a 4 semanas salvo ansiedad estado.
4	Li et al., 2026	China (Anhui)	Universitarios 18–23 (M 20,5) con juego excesivo	58	ECA piloto, simple ciego	ACT — curso online autoaplicado	Curso ACT online autoguiado	IGD; función ejecutiva; flexibilidad psicológica; control Sinhibitorio	IGD-20; BRIEF-A; AAQ-II; GO/NOGO y EEG	Menores IGD-20 y tiempo de juego; mejoras en función ejecutiva, flexibilidad e inhibición (↑ NOGO, ↑ N200, ↓ latencia P300).
5	Liang et al., 2025	China (Mongolia Interior)	Universitarios 17–25 (M 20,3) con adicción a internet	36	ECA, 3 brazos, seguimiento 6 meses	TCC + MBI (vs. TCC)	8 semanas (dual); TCC sola 8 sem.	Adicción a internet; pensamientos automáticos; autocontrol; ansiedad	Escalas de IA, ATQ, autocontrol y ansiedad	Ambas redujeron la IA; TCC+MBI con mejoras mayores y sostenidas a 6 meses.
6	Li et al., 2025	China (Kunming)	Universitarios (M ~20) con IGD	61	Experimental controlado	Meditación	8 sesiones de MM	Severidad de IGD; craving;	IGD según DSM-5; craving;	Reducción de severidad y craving en MM;

					, 2 brazos, con RMf	mindfulness (MM)		redes cerebrales	métricas de RMf	reconfiguración de redes frontoparietal, ganglios basales y por defecto.
7	Fernandez-Crespo et al., 2025	España (Salamanca)	Adultos jóvenes 18–35 (M 24,8) con nomofobia	40	ECA, 2 brazos	Mindfulness asistido por neurofeedback	20–25 sesiones en 3 meses (MUSE)	Ansiedad, depresión, estrés; adicción al smartphone; nomofobia; insomnio	DASS-21; SAS-SV; NMP-Q; AIS	Sin diferencias significativas entre grupos (resultado nulo); factible y bien tolerada (adherencia 88,8 %).
8	Thomas et al., 2024	Arabia Saudí (Dhahran)	Adultos jóvenes (M 25,7) con uso problemático	7	Cualitativo (IPA)	Retiro de bienestar digital (mindfulness)	Retiro residencial de 5 días	Impacto percibido; bienestar (cualitativo)	Entrevistas semiestructuradas	Temas: espacio seguro; valor del grupo y del entorno natural; mayor conciencia → uso más intencional.

Nota. IGD = trastorno por juego en Internet; IA = adicción a Internet; MBSR = reducción del estrés basada en mindfulness; MBCT = terapia cognitiva basada en mindfulness; ACT = terapia de aceptación y compromiso; MBI = intervención basada en mindfulness; MM = meditación mindfulness; RMf = resonancia magnética funcional; EEG = electroencefalografía; IPA = análisis fenomenológico interpretativo.

Discusión

Esta revisión de alcance mapeó ocho estudios empíricos publicados entre 2024 y 2026 que aplicaron terapias de tercera generación al uso problemático de tecnologías digitales en población joven. En conjunto, el cuerpo de evidencia se revela emergente, mayoritariamente exploratorio y desigual: dominado por estudios piloto de muestra reducida, concentrado geográficamente en Asia oriental, centrado en las intervenciones basadas en mindfulness y orientado, sobre todo, al trastorno por juego en Internet. Seis de los ocho estudios documentaron reducciones en los indicadores de uso problemático tras la intervención, con una convergencia razonable en variables como la ansiedad, el craving y la regulación emocional.

El objetivo de cartografiar las intervenciones, las poblaciones, los desenlaces y los vacíos se cumplió, si bien la naturaleza preliminar de los estudios obliga a interpretar los hallazgos con cautela y a describir resultados o cambios reportados antes que eficacia demostrada.

Un primer patrón destacable es el marcado predominio de las intervenciones basadas en la atención plena. De los ocho estudios, siete incorporaron mindfulness de forma central ya como práctica genérica o meditación, ya en formatos estructurados como la MBCT o la MBSR, ya combinada con la terapia cognitivo-conductual, mientras que un

único estudio evaluó la terapia de aceptación y compromiso y ninguno la terapia dialéctico-conductual ni la terapia centrada en la compasión.

Esta distribución resulta llamativa a la luz del marco teórico, pues la ACT y la DBT constituyen exponentes nucleares de la tercera ola (Hayes & Hofmann, 2017; Hayes et al., 2006) y comparten con el mindfulness dianas de proceso flexibilidad psicológica, aceptación, difusión y regulación emocional teóricamente pertinentes para los mecanismos de mantenimiento del uso problemático, como el craving y la evitación experiencial (Kabat-Zinn, 2003; Kuss & Griffiths, 2017).

La escasez de ACT y la ausencia de DBT y de intervenciones basadas en la compasión revelan, por tanto, una asimetría entre la amplitud del constructo de terapias de tercera generación y el subconjunto realmente ensayado en este dominio, un patrón que contrasta con la mayor diversidad de abordajes contextuales documentada en revisiones análogas sobre consumo de sustancias en jóvenes (Sequeda et al., 2024).

En el terreno de los resultados, los estudios cuantitativos apuntaron de manera consistente, aunque preliminar, hacia un efecto favorable. Las intervenciones basadas en mindfulness se asociaron a reducciones en los síntomas de trastorno por juego, en el craving y en la severidad de la adicción, con correlatos incluso a nivel de reconfiguración de redes cerebrales (Li et al., 2025; Yang & Zheng, 2026), la MBCT grupal produjo mejoras en síntomas de juego, estrés percibido, ansiedad y autocontrol que en su mayoría se mantuvieron a las cuatro semanas (Yoon et al., 2026), la MBSR superó a la TCC en la reducción de la ansiedad por la salud en adolescentes con cibercondría (Rashidi et al., 2026), y el curso de ACT en línea mejoró la función ejecutiva, la flexibilidad psicológica y el control inhibitorio junto con la disminución del juego excesivo (Li et al., 2026).

De particular interés es el resultado que la adición de un componente de mindfulness a la TCC produjo mejoras mayores y más sostenidas que la TCC aislada, con efectos mantenidos a los seis meses (Liang et al., 2025), lo que sugiere un valor incremental de los procesos contextuales sobre el abordaje cognitivo-conductual estándar. No obstante, el alcance de estos resultados favorables está acotado por el uso predominante de muestras pequeñas y de diseños piloto que, en varios casos, carecieron de un comparador activo limitándose a listas de espera, ausencia de grupo control o comparaciones pre-post, lo que restringe la fuerza de las inferencias causales que pueden extraerse.

El mapa de evidencia se enriquece con dos aportes de signo distinto. Por un lado, el único ensayo controlado aleatorizado que evaluó el mindfulness asistido por neurofeedback no halló diferencias significativas entre grupos, si bien la intervención fue factible y bien tolerada (Fernandez-Crespo et al., 2025); lejos de ser irrelevante, este resultado nulo es informativo, pues advierte contra la extrapolación acrítica de los

efectos positivos y plantea interrogantes sobre la dosis, el formato y la selección de desenlaces.

Por otro lado, el único estudio cualitativo aportó una perspectiva de proceso: los participantes de un retiro de bienestar digital describieron una mayor conciencia de sus hábitos desadaptativos que derivaba en un uso más intencional de los dispositivos, además del valor del apoyo grupal y del entorno (Thomas et al., 2024).

La coexistencia de evidencia cuantitativa, nula y cualitativa ilustra la utilidad de la revisión de alcance para integrar formas heterogéneas de conocimiento sin forzar su homogeneización. Del ejercicio de mapeo emergen varios vacíos de investigación que conviene subrayar.

El más notorio es de índole geográfica: no se recuperó ningún estudio de intervención realizado en América Latina que cumpliera los criterios, pese a haber incorporado la BVS/LILACS y términos en español y portugués, mientras que Asia oriental concentró la mayoría de la evidencia; esta ausencia es especialmente relevante para contextos como el latinoamericano, donde la carga del uso problemático de tecnologías coexiste con una menor disponibilidad de evidencia local.

La transferencia directa de protocolos desarrollados en poblaciones asiáticas o europeas a contextos latinoamericanos no puede darse por sentada, dado que factores como el idioma, las creencias culturales en torno a la salud mental, el acceso a servicios psicológicos y las particularidades socioeducativas de la región pueden modular tanto la aceptabilidad como la eficacia de estas intervenciones; por ello, los futuros estudios locales deberían no solo replicar, sino también adaptar culturalmente estos protocolos antes de su implementación.

A ello se suma un vacío relativo a las modalidades terapéuticas la infrarrepresentación de la ACT y la ausencia de la DBT y de la terapia centrada en la compasión, un sesgo hacia el trastorno por juego en detrimento de otras expresiones como el uso problemático de redes sociales, la nomofobia o la cibercondría, y un predominio de muestras universitarias frente a adolescentes de menor edad. En el plano metodológico persisten la escasez de ensayos aleatorizados, los tamaños muestrales reducidos, el seguimiento breve o inexistente, la heterogeneidad de instrumentos que dificulta la comparabilidad y la falta de comparadores activos y de conjuntos de desenlaces estandarizados (Zajac et al., 2020).

Estos hallazgos deben interpretarse considerando las fortalezas y limitaciones de la propia revisión. Entre sus fortalezas se cuentan la adhesión al marco de Arksey y O'Malley (2005) y a la extensión PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018), la definición a priori de los criterios mediante el esquema PICOS, la incorporación de bases de datos regionales y de tres idiomas, y la realización del cribado por resumen y de la evaluación

de elegibilidad por dos revisores independientes con un acuerdo casi perfecto, lo que mitiga el sesgo de selección.

Entre sus limitaciones figuran la consulta de cuatro bases de datos sin incluir repositorios como Scopus, Web of Science, PsycINFO o Embase, lo que pudo dejar fuera estudios pertinentes; la ausencia de literatura gris y de registros de ensayos; la restricción idiomática y temporal; la conducción del cribado por título por un solo revisor; y la ausencia de una valoración formal de la calidad metodológica, característica propia de las revisiones de alcance pero que impide graduar la certeza de la evidencia. El número reducido de estudios finalmente incluidos limita, asimismo, la generalización de los patrones descritos.

En términos de implicaciones, los resultados sugieren que las terapias de tercera generación y, de manera destacada, las basadas en mindfulness y la ACT constituyen una vía prometedora y potencialmente accesible para el abordaje del uso problemático de tecnologías en jóvenes, con formatos grupales, autoaplicados o en línea que resultan atractivos y factibles para esta población. No obstante, dado el carácter preliminar de la evidencia, estas intervenciones no deberían presentarse todavía como sustitutas de la terapia cognitivo-conductual, sino como un complemento cuyo valor incremental empieza a documentarse (Liang et al., 2025).

Para la investigación futura resulta prioritario desarrollar ensayos controlados aleatorizados de mayor tamaño y con comparadores activos, seguimientos prolongados, desenlaces estandarizados, estudios que evalúen la DBT, la ACT y las intervenciones basadas en la compasión, y, de forma señalada, investigación conducida en América Latina que atienda las particularidades culturales y de acceso de la región.

Conclusiones

La evidencia disponible sobre el uso de terapias de tercera generación en problemas de salud mental asociados al uso problemático de tecnologías digitales en jóvenes es todavía incipiente y preliminar, aunque apunta hacia direcciones prometedoras. Los ocho estudios incluidos, mayoritariamente pilotos y concentrados en Asia oriental, se apoyaron de forma preponderante en intervenciones basadas en mindfulness y se orientaron principalmente al trastorno por juego en Internet, reportando en su mayoría reducciones a corto plazo en los indicadores de uso problemático y mejoras en variables de salud mental como la ansiedad, el craving, la regulación emocional y el autocontrol.

Estos resultados, sin embargo, provienen de muestras pequeñas, diseños heterogéneos y desenlaces diversos, por lo que deben interpretarse con cautela y entenderse como indicadores iniciales de cambio y no como una eficacia consolidada ni generalizable. El mapeo evidencia vacíos claros que orientan la agenda futura: la infrarrepresentación de la ACT y la ausencia de la DBT y de las intervenciones basadas en la compasión, la escasa

diversidad de problemas tecnológicos estudiados más allá del juego, y, de manera especialmente relevante, la carencia de evidencia latinoamericana.

En conjunto, las terapias de tercera generación se configuran como una vía de exploración prometedora para una problemática en expansión, cuya validación como alternativa terapéutica consolidada exige investigación metodológicamente más robusta, con diseños controlados, seguimientos prolongados, instrumentos estandarizados y mayor diversidad geográfica y terapéutica. Como corresponde a una revisión de alcance, este trabajo cartografía la extensión y las características de la evidencia y señala hacia dónde debe dirigirse el esfuerzo investigador, sin establecer conclusiones sobre la magnitud comparativa de la eficacia de las intervenciones ni sobre su aplicabilidad directa en la práctica clínica.

Acerca de

Contribución de los autores: Los autores contribuyeron a la conceptualización del estudio, al desarrollo metodológico, al análisis e interpretación de los datos, a la redacción del manuscrito y a la revisión crítica de su contenido intelectual.

Financiamiento: Los autores declaran que la presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

Propiedad intelectual y patentes: No aplica.

Uso de inteligencia artificial generativa: Durante la preparación de este manuscrito se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa (ChatGPT 5.5) como apoyo para la redacción final, específicamente para verificar la correcta concatenación entre párrafos. Los autores revisaron y validaron la totalidad del contenido y asumen la responsabilidad plena por la versión final.

Objetos de ciencia abierta: <https://doi.org/10.33996/repsi.v9i25.244>

Cómo citar: Ambuludi Torres, J. P., & Durán Solórzano, S. A. (2026). Terapias de tercera generación para el uso problemático de tecnologías digitales en jóvenes: una revisión de alcance. *REPSI, Revista Ecuatoriana De Psicología*, 9(25). 1-20. <https://doi.org/10.33996/repsi.v9i25.244>

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing. <https://books.google.com/books?id=qsYtuwEACAAJ>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Specia, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., & Chawla, N. (2014). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors*. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence-based and applications* (2nd ed., pp. 141–157). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-416031-6.00007-4>
- Elhai, J. D., McKay, D., Yang, H., Minaya, C., Montag, C., & Asmundson, G. J. G. (2021). Health anxiety related to problematic smartphone use and gaming disorder severity during COVID-19: Fear of missing out as a mediator. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3(1), 137–146. <https://doi.org/10.1002/hbe2.227>
- 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://doi.org/10.1111/sjop.12459>
- Fernandes, B., Biswas, U. N., Tan-Mansukhani, R., Vallejo, A., & Essau, C. A. (2020). The impact of COVID-19 lockdown on internet use and escapism in adolescents. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 59–65. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2056>
- Fernandez-Crespo, M., Rihuete-Galve, M. I., Sanchez-Aguadero, N., Sanchez-Sanchez, N., Gonzalez-Sanchez, J., Garcia-Yu, I. A., Lee, H.-C., & Recio-Rodriguez, J. I. (2025). Efficacy of neurofeedback-assisted mindfulness for anxiety and nomophobia in Spanish young adults: A randomized controlled trial. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1712564. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1712564>
- Gisbert-Pérez, J., Longobardi, C., Martí-Vilar, M., Mastrokoulou, S., & Badenes-Ribera, L. (2026). Prevalence of Internet gaming disorder in young adults: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 174, Article 108576. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2025.108576>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020). Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 184–186. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00016>
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), Article 311. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030311>

- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, Article 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Li, S., Jiang, A., Ma, X., Zhang, Z., Ni, H., Wang, H., Liu, C., Song, X., & Dong, G.-H. (2025). Transformative effects of mindfulness meditation training on the dynamic reconfiguration of executive and default mode networks in internet gaming disorder. *Biological Psychiatry Global Open Science*, 5(4), Article 100485. <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2025.100485>
- Li, X., Gao, Y., Xia, L., Tang, X., Wang, Y., Wang, Z., Zhang, J., Wang, L., Mu, L., Song, P., Li, H., Du, W., Zhong, N., Zhang, X., & Jiao, D. (2026). The effectiveness of an online acceptance and commitment therapy self-help course in reducing excessive gaming behavior through inhibitory control: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, 15(1), 342–356. <https://doi.org/10.1556/2006.2025.00199>
- Liang, S., Yu, Y., Liu, S., Song, Z., & Song, L. (2025). Identifying internet addiction profiles and bridge connectors among Chinese college students and evaluating CBT vs. CBT+MBI interventions via a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, 14(4), 1590–1605. <https://doi.org/10.1556/2006.2025.00086>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Rashidi, Z., Feili, A., & Foruzandeh, E. (2026). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy on health anxiety in adolescents with cyberchondria. *Geopsychiatry*, 3, Article 100093. <https://doi.org/10.1016/j.geopsy.2026.100093>
- Sequeda, G., Acosta-López, J. E., Diaz-Camargo, E., Torres-Santos, E.-A., López-Ramírez, V., & Rivera-Porras, D. (2024). Third-generation therapies for the management of psychoactive substance use in young people: Scoping review. *Behavioral Sciences*, 14(12), Article 1192. <https://doi.org/10.3390/bs14121192>
- Stevens, M. W. R., Dorstyn, D., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2021). Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(6), 553–568. <https://doi.org/10.1177/0004867420962851>
- Thomas, J., AlJuraib, N., Ashour, L., & Karunavira, Dh. (2024). The mindfulness-based digital wellbeing retreat: An interpretative phenomenological analysis. *Computers in Human Behavior Reports*, 14, Article 100408. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2024.100408>

- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th revision)*. <https://icd.who.int/browse11>
- Yang, X., & Zheng, Y. (2026). Mindfulness-based therapy for adolescent internet gaming disorder: A feasibility and pilot study. *Psychiatry Research*, 358, 116990. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2026.116990>
- Yoon, A., Park, Y., Kim, M. A., Chiu, I.-M., Solomon, P., Kim, S. J., Oh, H., & Kuyken, W. (2026). A pilot study of a mindfulness-based cognitive therapy for internet gaming disorder among college-aged students in South Korea. *Mindfulness*, 17(6), 1762–1780. <https://doi.org/10.1007/s12671-026-02855-1>
- Zajac, K., Ginley, M. K., & Chang, R. (2020). Treatments of internet gaming disorder: A systematic review of the evidence. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(1), 85–93. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1671824>



Este artículo está bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).