



Viernes 3 de marzo de 2023

**Taller:
Adicción a pantallas**

Moderador:

José Vicente Bernad Usoz

*Pediatra. CS Gonzalo de Berceo. Logroño.
La Rioja. Presidente de la Asociación Riojana
de Pediatría de Atención Primaria.*

Ponente/monitora:

■ **M.ª Angustias Salmerón Ruiz**

*Pediatra. Unidad de adolescencia.
Hospital Ruber Internacional de Madrid.*

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Salmerón Ruiz MA. Adicción a pantallas.
En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización
en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0;
2023. p. 325-332.



Comisión de Formación Continua
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Comisión de Formación Continua
de los Profesiones Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Adicción a pantallas

M.ª Angustias Salmerón Ruiz

*Pediatra. Unidad de adolescencia.
Hospital Ruber Internacional de Madrid.*

RESUMEN

La adicción a pantallas académicamente no existe, al tratarse de un soporte digital, no a una sustancia o actividad. Sin embargo, en Internet sí se pueden realizar una serie de conductas con capacidad adictiva. Las conductas adictivas en Internet son un conjunto de adicciones diferentes entre sí, la más conocida es el trastorno por videojuegos. La prevalencia es aún desconocida debido a la escasa evidencia científica, la pandemia está aumentando su frecuencia. El diagnóstico es clínico y existen cuestionarios específicos de gran utilidad en la práctica clínica. Es importante el diagnóstico diferencial del uso, el abuso y adicción, ya que nos permitirá decidir como pediatras a qué pacientes es necesario derivar. El papel del pediatra es esencial en el abordaje de la prevención, así como acompañar a las familias en la salud digital, la detección y abordaje precoz de los casos. Para ello es necesario tener la formación e información necesaria.

ADICCIÓN A PANTALLAS

1. Introducción

La OMS¹ definió la salud como ausencia de enfermedad y completo bienestar a nivel físico, psicológico y social. Hay muchas definiciones posteriores de salud. Terris² en los años 80 suprimió de la definición la palabra “completo” por ser irreal e introdujo el

término funcionalidad, dando cabida a la diversidad funcional. En la adolescencia, además, la salud sexual tiene una gran relevancia. El mundo digital tiene riesgos y beneficios que repercuten en todas las esferas del individuo: a nivel físico, psicológico, social, sexual y funcional. Es decir, el uso inadecuado del mundo digital impacta sobre la salud a cualquier edad, especialmente en niños y adolescentes, al estar en desarrollo³⁴.

Académicamente las adicciones a pantallas no existen. Las pantallas son un soporte, pero en sí misma no es una sustancia psicoactiva ni una conducta. Si hablamos de adicción a pantallas sería como denominar a la ludopatía como adicción al cartón o al papel. Sin embargo, en Internet sí se pueden realizar diferentes actividades y conductas que en sí mismas tienen capacidad adictiva. Hay algunas conductas conocidas y estudiadas como las compras compulsivas o las apuestas y otras “nuevas” como la interacción social a través de redes sociales o los videojuegos sin posibilidad de ganar dinero⁵. El término académico más utilizado es conductas adictivas en Internet (CAI) puesto que son un conjunto de conductas diferentes entre sí con un potencial adictivo y repercusiones sobre la salud biológica, psicológica, social, sexual y funcional, también con matices distintos⁶.

En la actualidad la conducta más estudiada es el trastorno por videojuegos que recientemente fue reconocido como entidad clínica en la CIE 11⁷. Sin embargo, la evidencia científica actual es de baja potencia debido a que la mayoría de los estudios son transversales y aún no existe consenso en las definiciones, los cuestionarios de detección, los términos... por lo que es difícil comparar los resultados de los estudios publicados entre sí y por tanto obtener conclusiones con potencia estadística suficiente⁶.

A pesar de ser un fenómeno nuevo con baja evidencia científica, las CAI son un conjunto de adicciones que impacta sobre todas las esferas de la salud del niño y adolescente, que se ve a diario en consulta y aumentó con la pandemia de COVID-19. Por todo ello, los pediatras estamos obligados a conocer las CAI para poder detectar, abordar y prevenir³.

2. Definición

Para que exista CAI es necesario la presencia de psicopatología. Por tanto, hay que diferenciar el uso del abuso y la adicción.

El uso y el abuso es un concepto de tiempo, que en este caso la Sociedad Canadiense de Pediatría, marca un tiempo máximo recomendado según edad. Por tanto, el uso adecuado sería aquél que se ajusta al tiempo recomendado de pantalla según edad (**Figura 1**)³. El uso abusivo es aquél que supera al tiempo recomendado. En los mayores de seis años no existe recomendación de tiempo, considerándose un uso abusivo cuando el tiempo diario es mayor de tres horas.

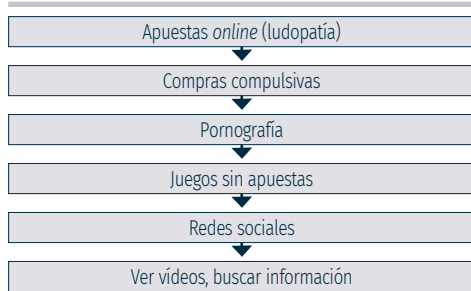
Figura 1. Tiempo de pantalla recomendado por edad

<18 meses	<ul style="list-style-type: none"> ■ No consumo ■ Solo videochats
18-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si los padres desean introducir contenido digital ■ Alta calidad y en compañía de los padres
2-5 años	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 hora al día ■ Alta calidad y en compañía de los padres
6 años	<ul style="list-style-type: none"> ■ Límites coherentes sobre tiempo y contenido ■ Asegurar tiempo de sueño, actividad física, etc.

En Internet se pueden realizar diferentes actividades, no todas las actividades tienen la misma capacidad adictiva (**Figura 2**). Por ello es importante el concepto de Uso Problemático en Internet Específico (UPIE) frente al concepto de Uso Problemático en Internet Global (UPIG) al ser un conjunto de conductas adictivas con capacidad adictiva y repercusiones distintas⁶.

La CAI se enmarca en las adicciones comportamentales. Para el diagnóstico de una conducta adictiva en Internet es importante que aparezca psicopatología para esa actividad concreta: tolerancia, síndrome de abstinencia, pérdida de control, ocultación y abandono

Figura 2. Actividades que se pueden hacer en Internet ordenadas de mayor a menor poder adictivo



de actividades importantes para el niño o el adolescente (Tabla 1). En la actualidad, el UPIE más estudiado es el trastorno por uso de videojuegos que ya está reconocido en la CIE 11. El DSM-5 lo ha incluido como un trastorno de especial relevancia que necesita mayor evidencia científica para ser reconocido como entidad clínica, haciendo una propuesta para el diagnóstico supeditado a aumentar la calidad científica de los estudios. La Academia Americana de Psiquiatría insta a los investigadores a realizar estudios longitudinales a largo plazo y ensayos clínicos⁷ (Tabla 1). Las principales

Tabla 1. Criterios DSM-5 y CIE 11

DSM-5	CIE 11
<p>Uso persistente y recurrente de Internet para participar en juegos, a menudo con otros jugadores, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo tal y como indican 5 (o más) de los siguientes en un periodo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación por los juegos de Internet (el individuo piensa en actividades de juego previas o anticipa jugar el próximo juego; Internet se convierte en la actividad dominante de la vida diaria). Nota: este trastorno es diferente de las apuestas por Internet, que se incluyen dentro del juego patológico. 2. Aparecen síntomas de abstinencia al quitarle los juegos por Internet (estos síntomas se describen típicamente como irritabilidad, ansiedad o tristeza, pero no hay signos físicos de abstinencia farmacológica). 3. Tolerancia (la necesidad dedicar cada vez más tiempo a participar en juegos de Internet). 4. Intentos infructuosos de controlar la participación en juegos por Internet. 5. Pérdida de interés por aficiones o entretenimientos previos como resultado de, y con la excepción de los juegos por Internet. 6. Se continúa con el uso excesivo de los juegos por Internet a pesar de saber los problemas psicosociales añadidos. 7. Ha engañado a miembros de su familia, terapeutas u otras personas en relación con la cantidad de tiempo que juega por Internet. 8. Uso de los juegos por Internet para evadirse o aliviar un afecto negativo (p. ej., sentimientos de indefensión, culpa, ansiedad). 9. Ha puesto en peligro o perdido una relación significativa, trabajo u oportunidad educativa o laboral debido a su participación en otros juegos por Internet. Nota: solo se incluyen en este trastorno los juegos por Internet que no son de apuestas. No se incluye el uso de Internet para realizar actividades requeridas en un negocio o profesión; tampoco se pretende que el trastorno incluya otros usos recreativos o sociales de Internet. De manera similar, se excluyen las páginas sexuales de Internet. 	<p>El trastorno por uso de videojuegos predominantemente en línea se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego ("juegos digitales" o "videojuegos") persistente o recurrente que se realiza principalmente por Internet y se manifiesta por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto); 2. Incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y 3. Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas. <p>El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.</p> <p>El trastorno por uso de videojuegos predominantemente fuera de línea se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego ("juego digital" o "juego de vídeo") persistente o recurrente que no se realiza principalmente por Internet y se manifiesta por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto); 2. Incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y 3. Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas. <p>El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.</p>

Tabla tomada de: Sánchez Mascaraque P, Fernández-Natal C. Adicción a nuevas tecnologías: Internet, videojuegos y smartphones. Revisión y estado del arte. *Adolescere*. 2020;VIII:10-18.

diferencias entre la clasificación DSM-5 y CIE 11 es que el DSM-5 hace una definición centrada en psicopatología y solo tiene en cuenta los videojuegos en línea, mientras que el CIE 11 se centra en la repercusión sobre la salud e impacto sobre la vida y hace una diferenciación entre los videojuegos online y offline⁷.

3. Epidemiología

La prevalencia e incidencia de las CAI es desconocida. En una revisión sistemática realizada en 2017⁷ la prevalencia variaba entre un 0,7% y un 20% en adolescentes. Dicho estudio concluía que era esencial unificar la definición a nivel internacional. Hasta la fecha, la mayoría de los estudios que analizan las conductas adictivas lo hacen en su conjunto, sin tener en cuenta una actividad concreta y, además, es esencial unificar los criterios diagnósticos al variar entre países y estudios. Al haber tanta diversidad los estudios no son comparables entre sí y no se pueden obtener conclusiones.

Una encuesta publicada en 2021 por UNICEF hace un análisis interesante a través de cuestionarios validados del uso y los riesgos de la tecnología en la adolescencia en España. El estudio es de ámbito nacional a través de un cuestionario online. Participaron un total de 41.509 adolescentes de ambos sexos que estaban cursando estudios de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en centros públicos, privados o concertados. La edad de los participantes está comprendida entre los 11 y los 18 años. Según este estudio, el 94,8% de los adolescentes dispone de teléfono móvil con conexión a Internet, dispositivo al que acceden a los 10,96 años por término medio. El 92,2% de los estudiantes de 1.º y 2.º de ESO ya tienen su propio smartphone. La mitad cuenta con una conexión vinculada a un contrato y al menos 1 de cada 4 dispone de datos ilimitados.

Un 31,6 % pasa más de 5 horas diarias conectado a Internet un día de semana cualquiera, cifra que asciende al 49,6% durante el fin de semana. Comparativamente, las chicas priman más los usos sociales y los chicos, el uso de videojuegos, ver eventos deportivos y consumir pornografía.

Solo el 29,1% refiere que sus padres les ponen normas sobre el uso de la tecnología, el 24%, que le limitan las horas de uso y el 13,2%, los contenidos a los que acceden. Uno de cada 4 tiene discusiones todas las semanas en casa por el uso de la tecnología. Paradójicamente, el 36,8% informa de que sus padres acostumbran a utilizar el móvil en las comidas. El establecimiento de normas y límites se reduce a la mitad en la segunda etapa de ESO.

El porcentaje de adolescentes que estarían desarrollando un uso problemático de Internet y las redes sociales es del 33%. Este porcentaje es mayor entre las chicas y se incrementa significativamente en 3.º y 4.º de ESO. Los niveles de bienestar emocional, integración social y satisfacción con la vida son inferiores entre los adolescentes que presentan un uso problemático de Internet y la tasa de depresión es más del triple⁸.

El trastorno por videojuegos es una entidad más conocida. La prevalencia entre los adolescentes españoles está entre el 1,7% y el 10%, siendo más frecuentes en el sexo masculino 6,8% frente al 1,3% en el sexo femenino⁶.

4. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico. Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La historia clínica es importante que incluya los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales y funcional. Debe ir encaminada a detectar otros factores de riesgo y realizar un diagnóstico diferencial. La entrevista motivacional puede ser una estrategia adecuada.
- Los cuestionarios se utilizan para el cribaje, pero es importante saber que no son diagnósticos. Por tanto, los pacientes con puntaje significativo en los cuestionarios, es necesario realizar una adecuada historia clínica. Los cuestionarios más usados son: (1) Para el cribaje de CAI de un modo general es el EUPI-a⁹ (Figura 3) y (2) Para el trastorno de videojuegos es el IGDS9-SF⁶ (Tabla 2). Ambos están validados en español, son cortos y fáciles de usar.

Figura 3. Cuestionario EUPI-a⁹

¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses te ha pasado que...?	Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
Cuando te conectas sientes que el tiempo vuela y pasan las horas sin darte cuenta					
Has intentado controlar o reducir el uso que haces de Internet, pero no has sido capaz					
En alguna ocasión has llegado a descuidar algunas tareas escolares o a rendir menos en exámenes por conectarte a Internet					
Necesitas pasar cada vez más tiempo conectado a Internet para sentirte a gusto					
A veces te irritas o te pones de mal humor por no poder conectarte a Internet o tener que desconectarte					
Has mentido a tus padres o a tu familia sobre el tiempo que pasas conectado a Internet					
Has dejado de hacer cosas que antes te interesaban (hobbies, deportes, etc.) para poder conectarte a Internet					
Te has conectado a Internet a pesar de que sabías que podía traerte problemas					
Te llegó a molestar mucho pasar horas sin conectarte a Internet					
Has llegado a tener la sensación de que si no te conectabas podías estar perdiendo algo realmente importante					
Has llegado a hacer o a decir cosas por Internet que no harías o dirías en persona					

Nunca: 1. Pocas veces: 2. Bastantes veces: 3. Muchas veces: 4. Siempre: 5. Punto de corte ≥ 16 . Como prueba de cribado (sensibilidad: 81%, especificidad: 82,6%).

Tabla 2. IGDS9-SF⁶: *Internet gaming disorder scale-short form*

Los siguientes ítems hacen referencia a tu actividad con los videojuegos durante el último año (es decir, los últimos 12 meses). Por actividad en los videojuegos entendemos cualquier acción relacionada con los mismos (jugar desde un ordenador/portátil o desde una videoconsola) o desde cualquier otro tipo de dispositivo (por ejemplo, teléfono móvil, tablet, etc.), tanto conectado a Internet como sin estarlo y a cualquier tipo de juego

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Te sientes preocupado por tu comportamiento con el juego? (Algunos ejemplos: ¿Pensas en exceso cuando no estás jugando o anticipas en exceso a la próxima sesión de juego?, ¿Crees que el juego se ha convertido en la actividad dominante en tu vida diaria?)					
2. ¿Sientes irritabilidad, ansiedad o incluso tristeza cuando intentas reducir o detener tu actividad de juego?					
3. ¿Sientes la necesidad de pasar cada vez más tiempo jugando para lograr satisfacción o placer?					

continúa en pág. siguiente »

» continúa de pág. anterior

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo
4. ¿Fallas sistemáticamente al intentar controlar o terminar tu actividad de juego?					
5. ¿Has perdido intereses en aficiones anteriores y otras actividades de entretenimiento como resultado de tu compromiso con el juego?					
6. ¿Has continuado jugando a pesar de saber que te estaba causando problemas con otras personas (pareja, amistad o familia)?					
7. ¿Has engañado a alguno de tus familiares, terapeutas o amigos sobre el tiempo que pasas jugando?					
8. ¿Juegas para escapar temporalmente o aliviar un estado de ánimo negativo (por ejemplo, desesperanza, tristeza, culpa o ansiedad)?					
9. ¿Has comprometido o perdido una relación importante, un trabajo o una oportunidad educativa debido a tu actividad de juego?					

Puntuación 9-45. Positivo: más de 5 categorías "muy a menudo".

- La importancia de realizar el diagnóstico diferencial entre uso inadecuado, abuso y adicción. Por tanto, es importante exploración de la psicopatología del comportamiento adictivo. Para el pediatra es fundamental realizar un adecuado cribaje del mal uso, del abuso y la adicción porque determinará el abordaje y si precisa derivación o no a salud mental. El mal uso puede ser debido a un tiempo excesivo para la edad sin superar las 3 horas, el abuso es un tiempo igual o superior a tres horas en mayores de seis años o superar el tiempo recomendado por edad y la adicción es aquella que cumple con los criterios de psicopatología independientemente del tiempo de uso, aunque en general para que haya una adicción hay un tiempo exagerado de uso.

5. Abordaje y derivación

La mayoría de los casos de mal uso y abuso puede manejarse en atención primaria con una adecuada información a las familias (para más información ver el apartado de prevención).

En el caso de tener dudas o detectar UPIE es necesario la derivación a salud mental y conocer los recursos específicos a nivel local para el abordaje de esta patología. En el caso de la comunidad de Madrid se puede derivar a:

- Unidad de adolescencia. Hospital La Paz y Ruber Internacional.
- Servicio PAD (Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid). Teléfono: 91-480-80-00. Se puede derivar a

adolescentes o adultos jóvenes menores 24 años. Está integrado por un equipo multidisciplinario formado por médicos, psicólogos y educadores sociales. Puede ser solicitado por el pediatra o la familia: www.madridsalud.es/serviciopad/

- Servicio de atención a adicciones tecnológicas. Atienden a población de 12 a 17 años. Puede ser solicitado por la familia o el pediatra de Atención Primaria: www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/servicio-atencion-adicciones-tecnologicas

6. Prevención y recursos⁴

En la última década se han publicado múltiples artículos científicos sobre el impacto del mundo digital y los riesgos en la infancia y adolescencia. La evidencia científica era tan abrumadora que en el año 2016 la Academia Americana de Pediatría y, posteriormente, en el año 2017, la Sociedad Canadiense de Pediatría publicaron una revisión sobre los riesgos y recomendaciones que los pediatras debían conocer y transmitir a las familias en la consulta. Ambos artículos comparten mensajes comunes que es necesario destacar:

- Se inicia el uso del concepto de salud digital. La salud digital promueve un uso saludable, seguro, crítico y responsable de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Su objetivo fundamental es preventivo, promoviendo hábitos saludables, así como la detección precoz y el abordaje de los riesgos y patologías asociadas. En pediatría es necesario que los padres sean conscientes del impacto sobre la salud de sus hijos y sean agentes activos en la educación digital a nivel familiar.
- Alertan de los riesgos desde edades tempranas, especialmente en los menores de dos años.
- Explican la importancia del juego tradicional para un adecuado neurodesarrollo y fomentar la interacción con otros niños y adultos.

- Desarrollan la necesidad de establecer límites digitales según edad en: tiempo de uso, tiempo de desconexión y lugares donde se utilizan los dispositivos. Estas tres estrategias son especialmente importantes en la prevención de las CAI.

- Refuerzan a los padres para ser el mejor ejemplo de sus hijos y los animan a realizar un “plan digital familiar”.

El “plan digital familiar” supone una revolución en la promoción de la salud digital, porque los padres en vez de ser agentes pasivos que establecen normas o no, se convierten en agentes activos y modelos que los hijos imitarán. El mundo digital es algo en lo que hay que educar y los padres tienen que implicarse y ser ejemplo.

La Academia Americana de Pediatría en su web dedicada a familias tiene una herramienta de ayuda para que los padres puedan crear su plan digital¹⁰, es una herramienta muy útil para que los padres empiecen a establecer límites en casa y si tienen dudas consultar de nuevo con el pediatra. Ha sido actualizado en 2022, con grandes cambios:

- Se puede agregar a un mismo plan a todos los miembros de la familia.
- Explicaciones razonadas de por qué las sugerencias que se hacen son importantes y algunos consejos de cómo llevarlas a cabo.
- Se puede compartir e imprimir. Aconsejan dejarlo en un lugar visible como el frigorífico.
- Se puede revisar y cambiar en cualquier momento al quedar almacenado el plan.
- Permite instalar el plan digital familiar en cualquier dispositivo como si fuese una aplicación.

Al entrar en el plan digital familiar se pueden seleccionar propuestas concretas o añadir aquellas que se estimen. Se agrupan en 13 puntos fundamentales: (1)

inicio; que nos permite realizar un plan por primera vez, modificar uno existente o acceder a más información si necesitamos ayuda para comenzar; (2) tutorial; (3) mi familia seleccionando la edad de cada miembro que vamos a incluir en el plan; (4) prioridades; (5) equilibrio entre el mundo online y offline; (6) comunicación sobre las pantallas y dispositivos; (7) zonas libres de pantallas; (8) momentos libres de tecnología; (9) amabilidad y empatía; (10) privacidad y seguridad digital; (11) elección de contenido; (12) uso compartido de pantallas; (13) revisión e impresión.

CONCLUSIONES

La CAI es un conjunto de adicciones, diferentes entre sí. Es necesario la unificación de la definición y escalas diagnósticas a nivel internacional. Es aconsejable realizar estudios longitudinales a largo plazo para conocer mejor esta problemática. Es preciso incluir en la entrevista clínica los riesgos de las del mundo digital, la CAI y los factores protectores. La salud digital es algo más en lo que educar, es esencial el ejemplo de los padres. La familia es importante en la prevención, la detección precoz de los casos y el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Official Records of the World Health Organization. ¿Cómo define la OMS la salud? [Fecha de acceso 7 nov 2022]. Disponible en <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Gavidia Talavera M. La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales. 2012;26:161-75.
- Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. Digital media: Promoting healthy screen use in school-aged children and adolescents. Paediatr Child Health. 2019;24:402-17.
- Salmerón-Ruiz MA. Salud digital en tiempos de coronavirus ¿qué cambió? *Adolescere*. 2020;VIII:6-10.
- Eu.net.adb. Funded by the European Union Safer internet plus. Investigación sobre conductas adictivas a internet entre los adolescentes europeos. Tsitsika A, Tzavela E, Mavromati F, and the EU NET ADB Consortium (eds.). 2012. [Fecha de acceso 7 nov 2022]. Disponible en <http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/03/publicaciones/FinalResearchInternet-ES.pdf>
- Beranuy M, Machimbarrena JM, Vega-Osés MA, Carbonell X, Griffiths MD, Halley MP, et al. Spanish Validation of the Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF): Prevalence and Relationship with Online Gambling and Quality of Life. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;8;17:1562.
- Sánchez Mascaraque P, Fernández-Natal C. Adicción a nuevas tecnologías: Internet, videojuegos y smartphones. Revisión y estado del arte. *Adolescere*. 2020;VIII:10-8.
- UNICEF España. Andrade B, Guadix I, Rial A, Suárez. F. Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades. 2021: [Fecha de acceso 7 nov 2022]. Disponible en <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia>
- EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. A.R. Boubeta et al. *Adicciones*. 2015;27:47-63.
- American Academy of Pediatrics. Plan para el consumo mediático de su familia. [Fecha de acceso 7 nov 2022]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/media/Paginas/default.aspx>
- Fischer-Grote I, Kothgassner OD, Felnhofer A, et al. Risk factors for problematic smartphone use in children and adolescents: a review of existing Literature. *Neuropsychiatr*. 2019;33:179-190.