



2019-2020

Propuesta de intervención para la prevención de conductas de dependencia a las tecnologías (dirigido a niños y niñas de 0-3 años)

Trabajo de Final de Máster

Elisa Crego López 48411725Z

*



Tutora: Berenice Serrano Zárate

UNIVERSITAT JAUME I

Resumen

A lo largo de esta última década, el uso de las pantallas está siendo cada vez más frecuente en edades tempranas. En este estudio se realiza una propuesta para prevenir el riesgo de dependencia a las pantallas en los niños y niñas de edad preescolar (0-3 años). Múltiples estudios hacen hincapié en las carencias de los manuales diagnósticos (CIE-11 y DSM-5) en cuanto a categorizar esta posible patología y proponen su inclusión en futuros manuales. El tratamiento propuesto es de orientación cognitivo-conductual, ya que es el que mayor evidencia científica tiene para esta posible patología y ha sido adaptado a partir de otros programas de tratamiento existentes. Esta propuesta de intervención ha sido verificada por un conjunto de expertos que la consideran válida para reducir la dependencia tecnológica y las posibles consecuencias en el desarrollo de los menores a causa de ésta. Se propone hacer un estudio experimental longitudinal, en un futuro, con el fin de determinar si las herramientas utilizadas, tanto para la evaluación como para la intervención, son útiles para esta población.

Palabras clave: Dependencia tecnológica; Infancia; Pantallas; Adicción; Niños/as hasta 3 años

Abstract

Throughout this last decade, the use of screens has been increasingly frequent from an early age. In this study, proposal is made to prevent the risk of dependence on screens in children of preschool age (0-3 years). Multiple studies emphasize the shortcomings of diagnostic manuals (ICD 11 and DSM-5) in terms of categorizing this possible pathology and propose its inclusion in future manuals. The advised treatment is a cognitive-behavioral approach, since this vision is the one with the greatest scientific evidence for this this possible pathology and has been adapted from other existing treatment programs. This intervention proposal has been verified by a group of experts who consider it valid to reduce technological dependence and the possible consequences in the minor's development that this dependence creates. It is proposed to carry out a longitudinal experimental study, in the future, in order to determine if the tools used, both for the evaluation and for the intervention, are useful for this population.

KEY WORDS: Technological dependence; Infancy; Screens; Addiction; Children 0 to 3

Índice

Introducción	4
Justificación	12
Objetivos	16
Metodología: diseño de la intervención	19
Participantes	19
Instrumentos de evaluación	20
Ámbito de actuación	23
Descripción de la propuesta de intervención	24
Temporalización	31
Resultados esperados	33
Conclusiones	35
Limitaciones	37
Propuestas de mejora	37
Líneas futuras	38
Referencias	39
Anexos	44
Fases, sesiones, contenidos, técnicas y tareas para casa	44
Anexo 2. Registro conductual	46
Anexo 3. Evaluación por Juicio de Expertos	47
Anexo 4. Contenido de las sesiones	51
Anexo 5. Cuestionario para el uso de las tecnologías (Crego y Martínez, 2019)	63

Introducción

A lo largo de los años se han ido estudiando diferentes efectos que producen las adicciones en las personas. El nuevo manual diagnóstico para los trastornos mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) contempla, a diferencia de anteriores manuales, la posibilidad de diagnosticar adicciones no relacionadas con sustancias. En él, se incluye la categoría de *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos* que además, se divide en dos subcategorías. La primera, los trastornos relacionados con sustancias, hace referencia a 10 tipos de sustancias entre las que encontramos el cannabis, anfetaminas, cocaína, opiáceos, cafeína, nicotina o alcohol. Y en segundo lugar, los trastornos no relacionados con sustancias, hace referencia al Juego patológico 312.31 (F63.0). En ningún caso se contempla en este manual una adicción conductual diferente al Juego patológico. Pero, es importante tener en cuenta, que esta pérdida de control hacia las pantallas y las consecuencias que acarrearán, no solo se encuentran de forma teórica en diferentes investigaciones, sino que además se pueden observar cada vez más en la práctica clínica y en población más joven, hasta el punto de verlo en menores de 3 años, de ahí la importancia de proponer una intervención destinada a frenar ese uso abusivo que se está haciendo en la población, tal y como se describe a continuación.

Por otro lado, y a pesar de que el último manual del DSM, no incluye ninguna categoría relacionada con el uso abusivo de las pantallas, generando dependencia u otras patologías, la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), (Organización Mundial de la Salud, 2018) introduce en el capítulo 6, la categoría de Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo la cual incluye 161 subcategorías entre las cuáles está la de *Trastornos debidos a comportamientos adictivos*. Esta subcategoría se refiere a los síndromes relacionados con el malestar o interferencia en la vida diaria debido a los comportamientos repetitivos en búsqueda de recompensas que no implican el uso de sustancias que producen dependencia. Además, en ella se incluye el *Trastorno por juego de apuestas (6C50)* muy similar al definido por el DSM-5 citando el deterioro social, la alta prioridad y la implicación de tiempo cada vez mayor durante un periodo de, al menos, 12 meses. Pero además, incluye el *Trastorno por uso de videojuegos (6C51)*, siendo una categoría que se aproxima más a la temática que se estudia en este trabajo. En esta última categoría, la CIE-11 hace referencia a los videojuegos como responsables del deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo y en

todas las áreas importantes de funcionamiento para cada paciente (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Es importante destacar, que otra de las categorías propuestas en este manual es la de *Trastorno por uso de juegos digitales en una medida peligrosa (Q-E22)* que describe como el patrón de juego, en línea o fuera de línea, aumenta el riesgo de consecuencias físicas o mentales que se describen a los largo del trabajo. El tiempo destinado a este tipo de actividad, el descuido de actividades agradable y comportamientos asociados de riesgo ponen de manifiesto que pueden ser conductas inadecuadas y arriesgadas para la persona o para los demás causándoles malestar significativo.

En el trabajo que se presenta a continuación, se introduce una realidad a la que nos acercamos cada día un poco más, y esta, hace referencia al consumo excesivo, abusivo o, incluso, adictivo que hacen los menores de las pantallas. Es frecuente encontrar en la literatura científica datos acerca del uso que hacen los adolescentes de las tecnologías (Cerrato et al., 2006; Chóliz y Marco, 2016; Kabali et al., 2015, López- Fernández et al., 2012; Odriozola, 2012; Oksman y Rautiainen, 2002; Rosell et al., 2007), de los peligros o riesgos a los que se exponen frente a internet e incluso se pueden encontrar estudios de adicciones a videojuegos, móvil, u otro tipo de dispositivos. A su vez, ya se ha procedido a la validación de nuevas escalas como la *Escalas de Adicción a videojuegos para adolescentes* (Irls et al., 2018), ya que es una problemática con la que se está conviviendo mucho a día de hoy.

En estudios recientes se manifiesta cómo los mayores afectados son los adolescentes por ser población muy vulnerable, aunque se expone que esta adicción no empieza en esta etapa, sino que se hace mucho antes, en edades tempranas por las posibilidades de juegos y otro tipo de uso a los que están expuestos, tanto para el aprendizaje como para el entretenimiento (Cerrato et al., 2006; López et al., 2012).

Es por esta razón, que en este trabajo se va un paso atrás, y se pone la mirada en los más pequeños, se haciendo un análisis de lo que está ocurriendo en los niños y niñas en sus primeras etapas de vida (hasta los 3 años). Este, es un tema que llama especialmente la atención de muchos de los profesionales que trabajan con ellos, y por ello resulta adecuado ofrecer programas de intervención cuando las pautas y recomendaciones para hacer un buen uso de las pantallas son insuficientes o ya es demasiado tarde.

En un estudio realizado recientemente en la Universidad de Valencia (Crego, 2020) se detallan cuáles son las consecuencias de un abuso de las tecnologías en la primera infancia. Además, este trabajo, con carácter preventivo, ofrece una comparativa de diferentes investigaciones. En él, se recogen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de cómo hacer un uso adecuado de las pantallas y se puede observar el uso que se hace en distintas sociedades de las mismas, observándose a su vez un incremento gradual a lo largo de los años.

No fue hasta el año 2011 cuando la Académica Americana de Pediatría (AAP) desaconseja firmemente el uso de todo tipo de tecnología antes de los 2 años. Además, el tiempo máximo recomendado de uso en niños y niñas entre los 2 y 5 años oscila entre media y una hora al día (Brown, 2011). Ante esta restricción exceptúa el uso de la videoconferencia ya que se considera el único uso permitido en este primer rango de edad por no interferir en el desarrollo de los menores y además permitir el contacto social con sus familiares. Múltiples estudios (Christakis et al., 2009; Zimmerman et al., 2007) realizados en esta última década, recogen algunos de los efectos negativos que se están observando a día de hoy, en diferentes ámbitos (hogar, escuelas infantiles...). Muchas de estas consecuencias llevan a padres y madres a consultas de profesionales de la salud mental por la falta de control hacia estas nuevas problemáticas.

Entre los efectos negativos que se han ido relacionando a lo largo de los años con las pantallas, se pueden describir varios, tanto a nivel cognitivo (disminución de la memoria a corto plazo, dificultades en la lectura y matemáticas), como madurativo, en el lenguaje y en los hábitos saludables de actividad, sueño... (Brown, 2011; Collet et al., 2018; Duch et al., 2013; Tomopoulos et al., 2010). Tal y como se ha citado anteriormente, es cada vez más frecuente encontrar en la práctica clínica niños y niñas en edad preescolar con problemas relacionados con la conducta externalizante, es decir, un mayor número de rabietas e irritabilidad, dificultades severas en la socialización, problemas para focalizar y mantener la atención, aumento de la agresividad e impulsividad, la baja capacidad para retrasar la gratificación, o lo que es lo mismo, la baja tolerancia a la frustración. Estas conductas Munzer et al. (2018) las relacionan con una exposición temprana a la televisión observada en bebés entre 6 meses y 18 meses. En otros estudios, se ha observado como hay un incremento de dichas consecuencias en aquellos/as niños y niñas expuestos más de dos horas diarias frente a las pantallas (Chandra et al., 2016; Chonchaiya y Pruksananonda, 2008).

Las dificultades de autorregulación se ven reflejadas en un comportamiento inadecuado (rabietas) y un temperamento difícil que conducen en muchas ocasiones al aumento de tiempo frente a las pantallas por las dificultades que observan los padres para calmar, entretener o ayudar a su hijo o hija. Por lo tanto, se produce un sistema en el que se va agravando la situación por ambas partes. Además, esta consecuencia, relacionada con la baja capacidad para retrasar la gratificación, influye inversamente en el riesgo de padecer obesidad y una mayor probabilidad de abuso de sustancias, por lo que estaría repercutiendo, no solo en la infancia, sino aumentando el riesgo en la etapa adulta.

Este comportamiento inadecuado o baja tolerancia a la frustración se relaciona además con la impulsividad y reactividad emocional a la que se refiere Munzer et al. (2018). La televisión de fondo interrumpe el juego infantil y suplanta las interacciones importantes entre el cuidador y el niño o la niña, que son críticas para el desarrollo de estas habilidades de autorregulación adaptativas (Tomopoulos et al., 2010).

Otra de las consecuencias directas que se ha observado en diferentes estudios, y además muy frecuente encontrarla en la práctica clínica, es el retraso en el lenguaje. La literatura sostiene con suficiente evidencia que un mayor tiempo de exposición frente a las pantallas se relaciona con un retraso en el lenguaje (Christakis et al., 2009). En 2010, Tomopoulos et al., son capaces de demostrar como aquellos bebés de 6 meses que se exponen a las pantallas obtienen peor desarrollo cognitivo y del lenguaje a los 14 meses de edad. Además, hallaron cómo el desarrollo se ve mucho más afectado en aquellos niños y niñas que se exponen sesenta minutos al día en comparación con sujetos que no lo hacen. Más adelante (Van den Heuvel et al., 2018), demostraron a través de investigaciones un incremento de 2.3 veces el riesgo de padecer retrasos en el lenguaje cuando los niños y niñas por menores de 18 meses, se exponen más de treinta minutos al día. Estos datos, en consonancia con los que había revelado una década antes el estudio de Chonchaiya y Pruksananonda (2008), reflejan una vez más, la relación que existe entre retrasos en el lenguaje y el visionado de la televisión, en este caso, superior a dos horas diarias, en los menores de 12 meses suponía aumentar en seis veces la probabilidad de retrasos en el lenguaje. Byeon y Hong (2015), aclaran, además, que el incremento de tiempo frente a las pantallas supone un mayor riesgo de padecer retrasos en el lenguaje. En su estudio describen como aquellos menores que pasan entre dos y tres horas frente a las pantallas tienen 2.7 veces más riesgo de padecer retrasos en el lenguaje comparado con aquellos que se exponen

menos de una hora. Estos investigadores, además, encontraron como muchos de los niños y niñas que presentaban un retraso en el lenguaje, habían estado en contacto con las pantallas al menos diez meses antes de producir su primera palabra, a diferencia de los que no tenían retrasos en el lenguaje que lo habían hecho tras haber comenzado a comunicarse de forma verbal.

Toda esta información expuesta, es respaldada por la Asociación Americana de Pediatría (AAP) que afirma que, las probabilidades de desarrollar un trastorno del lenguaje o retrasos en el lenguaje son mucho mayores cuando se exponen a ellas antes del primer año de edad (Brown, 2011).

Además, Byeon y Hong (2015) hacen referencia a las dificultades observadas en el sueño, o sueños irregulares al ver la televisión durante el día, que incrementan cuando el uso se hace a la hora de dormir. Esta información, es a su vez contrastada con la que aporta uno de los estudios más recientes de los que se dispone acerca de las tecnologías en niños y niñas muy pequeños (Chen et al., 2019). En él, se relaciona la calidad del sueño, con el tiempo de uso de las pantallas. A diferencia de estudios anteriores, estos investigadores son capaces de hacer la comparativa de los diferentes dispositivos electrónicos (televisión, tablet, o móvil) y su repercusión en los más pequeños. Como hallazgo principal, observan una relación inversa entre el tiempo frente a las pantallas y la duración del sueño en los niños y niñas a partir de los dos años de edad, en cambio, se destaca como estas asociaciones son mucho más evidentes en los menores de 6 meses. Esta relación de la que hablan, supone una reducción del tiempo de sueño de 1.5 horas menos, comparando con un grupo que no hace uso de los dispositivos al menos una hora al día. Es habitual encontrar un uso excesivo de los dispositivos electrónicos para lograr dormir a los más pequeños, tal y se puede observar en otros estudios (Kabali et al., 2015), uno de cada padres usan el dispositivo móvil para que sus hijos duerman, siendo el doble de los datos obtenidos en una encuesta realizada por Wartella et al. (2014).

Asimismo, los estudios muestran cómo por debajo de los dos años, una exposición a las pantallas en solitario no proporciona ningún aprendizaje del contenido (Collet et al., 2018; DeLoache et al., 2010) y los niños y niñas menores de 30 meses no son capaces de ampliar a otros contextos aquellas cosas que se observan en las pantallas debido a su carácter

pasivo frente a ellas y la falta de interacción con su entorno (Canadian Paediatrics Society, 2017; DeLoache et al., 2010).

Todas estas consecuencias que se han ido nombrando a lo largo del trabajo, no se están dando de forma aislada en algunos casos. Es bastante frecuente encontrar, tanto en la literatura científica, como en la práctica clínica muchos casos de abuso de las pantallas en los menores que les conduce a este tipo de consecuencias que se han enumerado. Algunas de las investigaciones realizadas en esta última década (García-Ortiz et al., 2015; Kabali et al., 2015) describen como la mayoría de los niños menores de 12 meses ya están en contacto con los dispositivos móviles, ya que sus padres lo utilizan para mantenerlos ocupados mientras realizan tareas domésticas y para que estén calmados.

Uno de los estudios pioneros en este ámbito llevado a cabo por Dennison et al. (2002) encontró como un 82% de los niños de 1 año de edad y un 95% de dos años de EE.UU. veía la televisión y videos diariamente. En 2007, Zimmerman et al., revelan en sus investigaciones como la media de uso frente a las pantallas de los menores de un año era de una hora, y la de los menores de dos años de una hora y media. Estos investigadores señalan, por otro lado, como el 40% de bebés de 3 meses de edad ve la televisión, videos o DVD, y que esto va aumentando conforme pasan los meses hasta el 90% a los 24 meses. Common Sense Media (citado por Brown, 2011) llevó a cabo un estudio longitudinal en el que a través de varias encuestas entre 2011 y 2013 compara el uso del dispositivo móvil en niños de 0 a 8 años. Los datos resultan concluyentes, hay un gran incremento del uso de la tecnología móvil, pasando de un 38% al 72% en tan solo dos años en esta misma muestra. Además, en esta investigación, un 90% de los padres informan que sus hijos menores de dos años ven algún tipo de medio electrónico y que a los tres 3 años, un tercio de los niños dispone de una televisión en su habitación (Brown, 2011) hecho que se relaciona con un temperamento más difícil y mayores problemas de conducta (Munzer et al., 2018).

En Tailandia, un estudio de Chonchaiya y Pruksananonda (2008) muestra como el 60% de los niños que accedían a contenido multimedia en solitario padecían retrasos en el lenguaje, estos investigadores encontraron que el acceso en solitario a las pantallas supone 8.47 veces más probabilidad de padecer esta sintomatología comparado con niños que interactuaban en el visionado con sus cuidadores principales.

Años más tarde, en Corea se obtienen resultados que informan como los niños y niñas coreanos/as de 2 años de edad pasan una media de 1.21 horas frente a las pantallas, siendo en este caso mayor el tiempo que se le dedica a la televisión frente a otro tipo de tecnologías como móvil o Tablet por el carácter accesible que tiene este medio. Además, el 32.6 % de esta muestra analizada pone en manifiesto como los menores de dos años pasan más de dos horas frente a la televisión (Byeon y Hong, 2015).

En Australia, un estudio (Chandra et al., 2016) hace hincapié en el abuso que hacen los más pequeños, mostrando como los bebés de 4 meses pasan alrededor de cuarenta y cuatro minutos al día frente a la televisión y este valor se ve aumentado a medida que la edad avanza (Poulain et al., 2018) hasta 2.5 horas de media a los cuatro años. En esta muestra, una vez más, las cifras reflejan los numerosos casos que incumplen las recomendaciones de la AAP acerca del uso de las pantallas siendo el 40% de los niños por menores de 18 meses, los que en esta ocasión, utilizan las pantallas al menos dos horas al día.

Posteriormente, Collet et al. (2018), llevan a cabo otra investigación con población francesa en el que se confirman los datos de estudios previos, un 83.3% de los niños está expuesto a las pantallas antes de los 2 años de edad.

Además, a lo largo de estos dos últimos años, se realiza un estudio (Crego, 2020) que refleja el uso que están haciendo en España los más pequeños. Los datos, muy acorde con otros realizados anteriormente en otros países, revelan cómo se está haciendo un abuso muy temprano de las pantallas, tanto del móvil y Tablet, como de la televisión. Por un lado, se ha podido observar como el 83.24% de los niños y niñas españoles están expuesto a la televisión antes de los 2 años de edad, y el 69.19% lo hace frente a la Tablet y móvil, sin tener en cuenta, una vez más, las recomendaciones que proporciona la AAP y la OMS. En esta investigación se continúa observando como el uso de la televisión sigue siendo en la actualidad, mucho más temprano, más frecuente y al que se le destina mayor tiempo frente a otro tipo de dispositivos. Uno de los datos que más llama la atención del citado trabajo, es la relación que existe entre un uso temprano de las tecnologías con el tiempo diario y frecuencia de uso, es decir, cuando empiezan a usar los dispositivos más pronto, más adelante lo harán más tiempo y de forma más recurrente, hecho que muestra como existe un habituación a las pantallas.

Cabe destacar, que cada una de las investigaciones citadas anteriormente tiene en cuenta las recomendaciones que la Academia Americana de Pediatría (AAP) hace con respecto al uso de las pantallas antes de los 24 meses de edad, desaconsejándolo a excepción de la videollamada. Pero esta información y recomendaciones ofrecidas además por la OMS, no están siendo respetadas y una de las razones principales que señalan en los estudios y además podemos observar en el día a día, es como muchos padres y madres continúan pensando que privar a sus hijos pequeños de estos dispositivos les hará perder oportunidades de acceso al conocimiento (Radesky et al., 2016; Zimmerman et al., 2007), por esa razón pasan a ser, en muchas ocasiones, una herramienta de juego y entretenimiento en el día a día.

A día de hoy, un reciente estudio realizado en España (Crego, 2020), hace hincapié en la incertidumbre que continúa habiendo en las familias con respecto a los posibles beneficios o consecuencias de las pantallas en los niños y niñas. Anteriormente, una encuesta realizada por Rideout (2007) hallaba que el 40% de las madres entrevistadas creía que sus hijos aprendían de la televisión.

Resulta fundamental que los padres, madres, cuidadores, maestros y otros profesionales que trabajan con niños en esta franja de edad sepan que los pequeños no son capaces de aprender palabras, habilidades motoras gruesas o finas o mejorar sus tiempos de espera y frustración ante las pantallas (DeLoache et al., 2010; Radesky et al., 2016). Es prioritario tener en cuenta las recomendaciones que ofrecen los profesionales, la OMS y la AAP acerca del uso de las tecnologías en edad temprana, para ello además, es necesario comprender el por qué, cuáles son las consecuencias de este uso y sobre todo, qué alternativas o qué actitudes se deben de tener hacia estos dispositivos. Es frecuente encontrar equipos de pediatras y otros profesionales de la salud mental volcados en las recomendaciones acerca de las pantallas (Picherot et al., 2018).

En este caso, la Sociedad Pediátrica Canadiense, o “Canadian Paediatric Society” lleva a cabo un estudio en 2017 en el que se recogen múltiples de las recomendaciones para hacer un buen uso de estos dispositivos electrónicos y reducir el riesgo de abuso, tal y como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1

Recomendaciones Sociedad Canadiense de Pediatría

No usar los menores de 2 años

Entre 2 y 5 años, limitar el tiempo de pantalla: menos de 1 hora por día.

El tiempo de pantalla sedentario no debe ser parte de una rutina en los menores de 5 años

Crear un horario “sin pantallas” especialmente para comidas familiares

Evitar pantallas al menos una hora antes de dormir

Estar presentes cuando se usan las pantallas

Conocer el contenido y priorizar la programación educativa

Utilizar estrategias de crianza basadas en autorregulación, calma y límites

Llevar a cabo una autoevaluación de los hábitos actuales de la pantalla y desarrollar un plan para establecer cuándo, cómo y dónde se pueden (y no) usar las pantallas.

Otra de las recomendaciones, con la finalidad de prevenir, que hace la Sociedad Canadiense de Pediatría en 2017, es que los adultos, escojan alternativas saludables frente a las pantallas, que apaguen los dispositivos en casa cuando no estén en uso, y que aprovechen el tiempo en familia, sin necesidad de tener las pantallas encendidas.

Pero, ¿Qué ocurre cuando estas recomendaciones de prevención, ya son demasiado tarde, que son insuficientes, o incluso las familias se ven incapaces para abordar esta temática? Es habitual, en estos últimos años, ver como papás y mamás deben recurrir a profesionales, porque su hijo o hija, presenta algunos de los síntomas (o más de uno) de los que se han citado anteriormente y además, no saben de dónde procede el problema. Cuando se procede a realizar la anamnesis y una revisión de la historia personal tanto del niño o niña como de la familia, se descubre una relación de la sintomatología con otros factores entre los cuales está un uso excesivo y temprano de las pantallas.

Justificación

Sabemos que muchos de estos niños y niñas, hacen un abuso de las pantallas, sin seguir las recomendaciones de los profesionales, ya sea porque sus cuidadores/as las

desconocen o porque han decidido, a pesar de las recomendaciones, incluirlas en la educación y ocio de sus hijos o hijas. Pero en este trabajo, vamos un paso adelante, y queremos abordar el riesgo potencial a desarrollar un trastorno relacionado con el uso abusivo de las tecnologías, relacionado con la dependencia y la pérdida de control sobre las mismas. Este concepto, tal y como se ha recogido anteriormente, no está contemplado a día de hoy en la última actualización del manual diagnóstico DSM-5, ni tampoco en el CIE-11, aunque la aproximación es mayor, es por esta razón que se sugiere su inclusión en próximos manuales ya que muchos de los síntomas que presentan, no son tan sencillos de paliar con pautas o recomendaciones, como la que ofrecen ciertas sociedades pediátricas (Picherot et al., 2018; Sociedad Pediátrica Canadiense, 2017).

Todos los trastornos adictivos se caracterizan por una falta de control, es decir, un descontrol de la persona hacia cierta conducta, en este caso hacia las pantallas (Cía, 2013). En un inicio, puede tratarse de una actividad placentera, pero esta se convierte en algo que domina la vida de la persona, así como ocurre en las adicciones tóxicas. Y se destacan los síntomas negativos al privar de esa conducta, manifestando síntomas relacionados con el síndrome de abstinencia, que puede ser muy grave.

Es cierto, que existen hábitos sin carácter perjudicial, a priori, que pueden convertirse en conductas adictivas e interferir en la vida de las personas, tal y como destacan Echeburúa y Corral (2010). Cuando se habla de estos hábitos sin carácter perjudicial, también nos referimos a las pantallas, ya que en sí, su uso en niñas y niños mayores de 2 años, no tiene porqué ser perjudiciales, pero sí que podría convertirse en una adicción, dependencia o uso descontrolado y dominar la vida de la persona, como ocurre en el caso de muchos adolescentes, sobre todo en países de Oriente, como China o Corea del Sur (Cía, 2013).

La investigación realizada por Cía (2013), nombra además, los síntomas más frecuentes de una adicción conductual. En este trabajo, vamos a analizarlos con respecto a la sintomatología que presentan los niños y niñas en la práctica clínica, relacionado con la adicción a las pantallas. En primer lugar, se habla de un intenso deseo, ansia o necesidad imparable de concretar la actividad placentera, que extrapolando a las pantallas y a niños y niñas menores de 3 años, se puede manifestar como una demanda excesiva del dispositivo electrónico, junto a llanto y ansiedad. En segundo lugar, la pérdida progresiva del control sobre la misma, hace referencia en este caso, tanto a los cuidadores como a los niños y niñas,

ya que se ve un uso cada vez más excesivo o abuso y se ven incapaces de hacer cualquier otra actividad sin tener presente una pantalla. Recurrir a la pantalla para comer, dormir, realizar trayectos en coche, u otras actividades de la vida cotidiana. El tercer síntoma que define el Cía (2013), es el hecho de dejar de hacer actividades que se hacían de forma habitual (tanto académicas como en el tiempo libre). En este caso, es frecuente observar, en consulta, como los más pequeños, dejan de mostrar interés por sus juguetes, no quieren socializar con otros niños de su edad, se niegan a interactuar si no hay una pantalla presente. El cuarto punto al que hace referencia es la irritabilidad o malestar ante la imposibilidad de usarlo de forma inmediata. Esto, se traduce en rabietas, baja tolerancia a la frustración, llanto excesivo, violencia hacia los demás relacionada con una privación de las pantallas. En los niños o niñas más mayores o adolescentes se ha observado mayor agresividad, irritabilidad y hostilidad en el momento que no dispone de su dispositivo móvil conllevando a menudo a problemas psicológicos como son la depresión o la ansiedad (Rosell et al., 2007). También predispone a que se den cambios en la personalidad volviendo al individuo más sensible a los juicios y valoraciones de los demás o por lo contrario puede aumentar el autoestima de la persona y disminuir la inhibición convirtiéndose tras el teléfono en alguien diferente al que tratamos personalmente (Oksman y Rautiainen, 2002).

De una forma más detallada se explica (Hernández et al., 2016) la adicción al móvil en adolescentes, niños y niñas y la definen como una conducta que surge repetitivamente siendo a lo que se le dedica las mayores horas del día, como una conducta compulsiva imposible de frenar que crea placer, como decía en su investigación Echeburúa y Corral (2010), pero su ausencia crea signos y síntomas de abstinencia (Oksman y Rautiainen, 2002). Esta conducta adictiva, pone en riesgo tanto a la salud física, como la psicológica y social del individuo y de su familia (Buelga y Pons, 2012).

Existen, algunas investigaciones recientes, que ponen el foco en tecnologías específicas, como el móvil y la adicción hacia este (Buelga y Pons, 2012; Cerrato et al., 2006; Chóliz y Marco, 2016; Kabali et al., 2015; López-Fernández et al., 2012). Es cierto, que los niños más pequeños, suelen hacer un uso más pasivo de las mismas, y es más frecuente que hagan un uso de otro tipo de pantallas, como la televisión, tal y se ha mencionado anteriormente (Crego, 2020). No obstante, es importante destacar, así como recogen ciertas investigaciones, que las conductas que desarrollan adolescentes o niños y niñas más mayores, no son fruto de una interacción reciente con estos dispositivos, sino por la larga

trayectoria de su uso inadecuado y un contacto temprano con estas pantallas (Echeburúa y Corral, 2010).

Un grupo de trabajo (Rosell et al., 2007), remarca en su investigación, cómo uno de los puntos clave para determinar la adicción se relaciona con el tiempo que la persona pasa encerrada en su habitación o en compañía de otras personas pero sin mostrar interés o prestar atención al entorno, siendo además este dispositivo el que mayor placer le produce y aislarse del entorno no le produce ningún tipo de malestar.

En el ámbito escolar se ve alterado el rendimiento académico por todos esos síntomas que se han ido enumerando anteriormente como dificultades o retrasos en el lenguaje, en la comunicación, déficit de atención, cambios en el estado de ánimo y por lo general un mal rendimiento académico que afecta al futuro del menor (Berríos y Buxarraís, 2005). En el caso de que la adicción sea mayor, se ha llegado a observar en adolescentes conductas delictivas, como la de robar e incluso agredir, incluyéndose aquí los problemas de tipo legal que agravan aún más la situación (Rosell et al., 2007).

Por otro lado, es muy importante destacar, que debido a las circunstancias de la actualidad, relacionadas con el confinamiento por la pandemia mundial COVID-19, el cual está influyendo en el uso de las tecnologías, éste se ha incrementado en todos los hogares, además de darles nuevos usos y funcionalidades. En un principio, muchas instituciones y autoridades preveían un aumento del uso de dispositivos electrónicos del 50%, pero un estudio reciente (García, 2020) revela datos mucho más alarmantes. Ante esta nueva situación, en muchos hogares se tiene que hacer uso de las pantallas para distintas labores como trabajar, estudiar o incluso realizar videollamadas con familiares y amigos. Por lo que, según los últimos datos obtenidos y publicados a través de la plataforma de seguridad y bienestar digital Qustodio, ha habido un incremento de uso de las pantallas tanto en los adultos como en los menores. En Francia, se ha observado un aumento del 120% desde el 12 de marzo, en Italia, pasa de un 50% al inicio de su confinamiento a un 220% a finales del mes de marzo. Estados Unidos presenta un 95% más de uso entre sus menores y le sigue el Reino Unido con un 50% de lo habitual; asimismo, en España, el uso que están haciendo los menores ha aumentado el 180% con respecto a las cifras de antes del confinamiento. Es lógico, que esta situación excepcional no había sido contemplada en las investigaciones y, por lo tanto, no existen recomendaciones a llevar a cabo en una situación como la que

estamos viviendo. Lo que sí, que ponen en manifiesto, muchos profesionales es seguir las pautas que recomienda la AAP con respecto a las pantallas. Continuamente padres y madres muestran su preocupación por el uso abusivo y excesivo que limita a los niños y adolescentes a llevar a cabo otro tipo de actividades diferentes a las relacionadas con las pantallas.

Por tanto, el uso de las tecnologías en sí tiene aspectos positivos, siempre y cuando no se dejen de lado actividades propias de la vida diaria como estudiar, hacer deporte, salir con los amigos, relacionarse con su familia e iguales; por lo tanto los verdaderos problemas pueden aparecer cuando no se hace un uso adecuado y regulado de esa tecnología. Si su uso pasa a dominar la vida de la persona, como en el caso de los adolescentes asiáticos referidos en el estudio citado anteriormente y provoca aislamiento, ansiedad, problemas de autoestima u otras de las muchas consecuencias expuestas en este trabajo, hasta inclusive la pérdida de control, deben tomarse medidas muy drásticas y firmes tanto por parte de los padres como los profesionales. De ahí la necesidad de crear, no solo unas pautas que ayuden a mejorar los síntomas, sino un programa que facilite la deshabituación al uso inadecuado de las pantallas (Echeburúa y Corral, 2010).

Objetivos

1. *Diseñar una propuesta de programa de intervención para prevenir los problemas asociados a un uso abusivo de las pantallas en menores de 3 años.*

Muchas de las consecuencias negativas del uso abusivo de las pantallas en menores de 3 años se observan a medio-largo plazo como se ha señalado en el caso de los adolescentes; pero otras ya son observables a lo largo de la infancia como es el caso de los trastornos del neurodesarrollo, problemas de atención, obesidad, riesgo de padecer diabetes, trastornos de conducta, bajo rendimiento académico, problemas de sueño, retrasos en el lenguaje y adicciones comportamentales (Assathiany et al., 2018; Chandra et al., 2016; Collet et al., 2018; van den Heuvel et al., 2018), pero es cierto, que en muchas ocasiones se observan regresiones en el aprendizaje, cambios de humor frecuentes, baja tolerancia a la frustración, dificultades para dormir o alimentarse sin una pantalla (dependencia) y otros síntomas que se han ido nombrado a lo largo del trabajo.

Por lo tanto, en este trabajo, se pretende diseñar un plan de intervención para tratar a aquellos menores de 3 años, que muestran sintomatología grave asociada con el abuso de las pantallas que no responden a las pautas y recomendaciones de los especialistas y que además presentan un malestar significativo o sintomatología similar a la expuesta anteriormente.

Con el fin de proponer un plan de intervención adecuado a la edad de los usuarios y a las problemáticas que presentan, se llevará a cabo un análisis previo de diferentes programas de intervención en caso de adicciones y se adaptará el contenido al rango de edad de los pacientes. Además, el programa propuesto será valorado por un juicio de expertos de la salud mental, a través de un cuestionario (Anexo 3) con el fin de conocer propuestas de mejora y diseñar un tratamiento adecuado a la patología y a la población con carácter aplicable en consulta.

Como sabemos, independientemente de la patología o sintomatología presentada, el mejor plan de tratamiento es la prevención (Carbonell et al., 2010; Solera et al., 2010), y es por ello que se han mostrado estudios previos que lanzan recomendaciones y proponen estrategias para hacer un buen uso de las pantallas, además de programas de prevención. Por lo tanto, el primer paso para un tratamiento adecuado es la concienciación de la patología, que tanto niños como adolescentes, sus padres y madres y la población general, se cercioren de la problemática y de las consecuencias que está suponiendo un uso abusivo y temprano de las pantallas, y que en algunos casos llega a la adicción (Cerrato et al., 2006).

- 2. Dar a conocer a través de un estudio descriptivo, las distintas estrategias que emplean los profesionales de la salud mental para trabajar estas conductas con los más pequeños.*

A día de hoy algunas guías ofrecen tratamientos preventivos, o recomendaciones basadas en cinco áreas, de las que ya hemos hablado anteriormente: tiempo de uso, privacidad, contenidos, familia y sujeto. En la Figura 1 se puede observar cuales son las recomendaciones que se recogen en este reciente Congreso de Actualización de Pediatría de 2019 en cuanto a las estrategias preventivas relacionadas con el uso de las pantallas en edades tempranas.

Figura 1

Recomendaciones del Consejo de Actualización de Pediatría

Tabla 4. Recomendaciones respecto al consumo de medios digitales en edades tempranas^{21,22}

1. Limitar el tiempo de medios digitales para los niños menores de 5 años <ul style="list-style-type: none">■ Nada de consumo para los niños menores de 2 años■ Menos de una hora al día para los niños de entre 2 y 5 años■ Nada de consumo una hora antes de ir a la cama■ Nada de consumo pasivo de pantalla en los parvularios (o sea, nada de películas comerciales)■ Concretar tiempos libres de pantalla durante las comidas y durante el tiempo de lectura	3. Estar atento a la utilización de las pantallas <ul style="list-style-type: none">■ Tener un plan (no improvisar) respecto al uso de las pantallas en el hogar■ Ayudar a los niños a reconocer y cuestionar los mensajes publicitarios, los estereotipos y otros contenidos problemáticos■ Recordar que demasiado tiempo dedicado a las pantallas deriva en oportunidades perdidas de aprendizaje (los niños no aprenden a través de la pantalla en esas edades)■ Recordar que ningún estudio apoya la introducción de las tecnologías en la infancia
2. Atenuar los riesgos asociados con el consumo de medios digitales <ul style="list-style-type: none">■ Controlar el contenido y estar, en la medida de lo posible, con el niño mientras consume pantalla■ Dar prioridad a contenidos educativos y adaptados a la edad de cada niño■ Adoptar estrategias educativas para la autorregulación, la calma y el establecimiento de límites	4. Los adultos deberían dar el ejemplo con un buen uso de las pantallas <ul style="list-style-type: none">■ Sustituir el tiempo de pantalla por actividades sanas, como la lectura, el juego exterior y las actividades creativas■ Apagar los dispositivos en casa durante los momentos en familia■ Apagar las pantallas mientras no se usan, evitar dejar la televisión "siempre puesta"

Fuente: Adicción a las nuevas tecnologías (NTIC), 16 Congreso de Actualización de Pediatría de 2019.

Nota: En ella podemos encontrar las cuatro estrategias claves que el autor propone para realizar un uso responsable de los medios digitales.

3. *Hacer una validación por juicio de expertos de la propuesta desarrollada*

La terapia cognitivo conductual (TCC), es la que mayor evidencia científica muestra para el tratamiento de una adicción. En ella el objetivo es motivar a la persona para que logre cambiar su forma de pensar y actuar (Buelga y Pons, 2012). En un primer momento, es necesario, como hemos dicho, que la persona afectada y en este caso también la familia se cerciore de la problemática, pero no es suficiente ya que la aceptación es fundamental para el cambio del hábito (López et al., 2012). Estos cambios que se tienen que llevar a cabo, no van a repercutir únicamente al niño o niña, sino que el entorno familiar, va a tener que efectuar cambios en su conducta para aportar apoyo emocional y psicológico y no incitar de nuevo al uso de las pantallas de forma abusiva y compulsiva (López et al., 2012).

Este tratamiento cognitivo conductual suele centrarse en la primera fase en aprender técnicas de afrontamiento saludables (Chóliz et al., 2016) ante situaciones que suponen un riesgo para la persona, por lo que tiene que haber un control de estímulos, es decir, en las

primeras semanas debe mantenerse la abstinencia total, lo que supone también un esfuerzo para las personas que cohabitan con el niño o niña afectado.

La segunda fase debe caracterizarse por una exposición progresiva a las situaciones de riesgo, en este caso, las pantallas, por lo que deberá hacerse, si el niño es mayor de 2 años, de forma supervisada con un límite de tiempo y con acceso a contenido que sea “necesario” o al menos pactado.

Es importante tener en cuenta, que al igual que en otras adicciones existe la posibilidad de recaídas, en este caso, tanto de los padres (en su laxitud, permisibilidad) como en el niño o niña (demanda, problemas conductuales, dificultades en la vida cotidiana...), por lo que se deben aprender respuestas adecuadas para su afrontamiento. Es importante establecer una planificación del tiempo libre para no caer en la tentación y reaprender nuevos estilos de vida mucho más saludables y beneficiosos (Echeburúa y Corral, 2010; Solera et al., 2010).

Metodología: diseño de la intervención

El programa de intervención que se ha diseñado tiene como objetivo ofrecer una guía o programa para el tratamiento de la conducta excesiva e incontrolada del uso de pantallas que pueden hacer los niños y niñas menores de 3 años. Este programa, aplicado por profesionales de la salud mental tiene como objetivo, no solo frenar el uso de las pantallas sino enseñar a convivir con las mismas, paliar la sintomatología asociada que ya está presente en los menores y evitar mayores riesgos que pongan en peligro su integridad emocional y física. Siguiendo las pautas de este tratamiento eliminaremos la dependencia comportamental, la falta de control y otras situaciones desagradables y sintomatología más grave que repercuta en el desarrollo del menor y a su bienestar general.

Participantes

La población a la que se dirige esta propuesta son niños y niñas españoles menores de 3 años, ya que tanto, el cuestionario diagnóstico como la guía de intervención se elaboran para esta población, y la terminología está adaptada a la misma. El trabajo que se propone en el programa de intervención no es con los niños y niñas directa y únicamente, sino que se

propone una intervención en la familia, en la que los protagonistas son padres, madres o cuidadores principales que vayan a acompañar al menor en el programa terapéutico. Tal y como ocurre en los centros de atención temprana, o en las unidades de salud mental infantil, a pesar de que es el niño o niña, quien recibe el diagnóstico, el trabajo e intervención debe hacerse en la familia, y debe ser supervisado por un adulto, que se comprometa con el cambio.

Tal y como hemos podido observar en los manuales y guías diagnósticas (DSM-5 y CIE-11), actualmente, no se contempla una categoría que abarque otras adicciones diferentes a las tóxicas o el juego patológico (Buelga y Pons, 2012; Chóliz et al., 2016; Cía, 2013; Echeburúa y Corral, 2010), es por este motivo, que evaluaremos mediante un cuestionario y una entrevista semiestructurada distintos factores que permitirán identificar si el uso que realiza el menor de las pantallas, es el responsable de la sintomatología presente en el menor y de los cambio de conducta, en el caso que se están manifestando.

Instrumentos de evaluación

A lo largo de estos últimos años, y tras la aparición de internet y la repercusión que ha supuesto en nuestras vidas, múltiples instituciones e investigadores han invertido tiempo y recursos en estudiar y conocer, no solo las repercusiones que tienen las nuevas tecnologías, sino en ofrecer herramientas para evaluar el riesgo o comportamiento que tienen las personas hacia estas nuevas herramientas y además, poder ofrecer un nuevo recurso para evaluar e identificar esa sintomatología que se asocia con la adicción comportamental.

En esta última década, tal y como hemos podido observar, ha aumentado el interés con respecto a las tecnologías, las consecuencias, recomendaciones de uso y otros temas asociados a las mismas. En cambio, revisando la literatura científica podemos observar como los estudios centrados en la población más joven no hacen referencia a la dependencia o a un uso abusivo, como en el caso de los adolescentes o la población adulta. Es por esta razón, que las guías y tratamientos que recogen las bases de datos nos sirven para identificar el riesgo de adicción en población adulta o en adolescentes pero, a día de hoy, no existen cuestionarios validados destinados a hacer un diagnóstico de esta patología en la población que se está estudiando en este trabajo (niños y niñas hasta 3 años).

El equipo de investigación de Chóliz et al. (2016), ha diseñado ADITEC, un programa integral que pretende evaluar y detectar posibles problemas relacionados con la adicción a las nuevas tecnologías. En este caso encontramos tres cuestionarios diferentes, el primero el test de adicción a Internet, ADITEC-I, el test de adicción al móvil, ADITEC-M y el Test de adicción a los videojuegos ADITEC-V para población joven y adolescentes entre 12 y 17 años.

Además, otro de sus objetivos es prevenir el desarrollo de la dependencia, paso previo a la adicción, cuando se está haciendo un uso inadecuado. Como se puede observar, este programa integral (de evaluación y tratamiento), validado en población española, ha demostrado, no sólo identificar personas con dependencias tecnológicas, sino además, muestra buenos resultados en los programas de prevención. Este programa desarrollado por el equipo de Chóliz et al. (2016) es, por lo tanto, adecuado para identificar jóvenes o adolescentes con dependencia tecnológica, y además muestra evidencia científica en el programa de prevención a partir de 10 años, por lo que lo utilizaremos como guía para elaborar nuestro cuestionario de evaluación y el tratamiento para la población diana de este trabajo.

En Madrid, se llevó a cabo un estudio (Torrecilla et al., 2008), en el que se ofrecen cuestionarios de autoevaluación para jóvenes y adolescentes sobre el uso de las tecnologías. Con este material, los expertos, son capaces de identificar, si existe o no dependencia y el grado de la misma, pero una vez más, no abarca a la población que estamos observando en este trabajo.

Por esta razón, por la situación novedosa en población tan pequeña, y por la falta de criterios que unifiquen y permitan dar un diagnóstico a través de un manual como el DSM-5, un equipo de psicólogas (Crego y Martínez, 2019) ha diseñado un cuestionario compuesto por 11 preguntas dirigidas a padres, madres o cuidadores principales de niños entre 0 y 6 años que aúnan los comportamientos derivados de una dependencia comportamental y que fruto de un uso inadecuado de las pantallas.

En este cuestionario se pretende determinar si el niño o niña está haciendo un uso, por un lado, adecuado, por otro lado abusivo o si se trata de un problema mayor -la dependencia-. Por esta razón, el equipo determina que cualquier punto señalado en esos 11 ítems en bebés menores de 2 años, automáticamente indica un abuso, ya que como se ha

señalado la AAP y la OMS lo desaconsejan hasta los 2 años (Brown, 2011). A partir de tres ítems marcados, por encima de los 2 años, hablaríamos de abuso. En el momento que sean señalados algunos de los ítems críticos (entre el 6 y el 11), estaríamos hablando de dependencia comportamental. Es en este último caso, cuando un programa de intervención como el que se expone a continuación sería útil para tratar la problemática presente. Esta herramienta de carácter dicotómico, no se debe utilizar como única herramienta para diagnosticar la dependencia a las pantallas, sino que debe ser complementaria a una entrevista semiestructurada que permita identificar que los comportamientos que manifiesta el niño o niña, son debidos al uso inadecuado o excesivo de las pantallas y no a otras posibles patologías asociadas.

A través de este cuestionario, y teniendo en cuenta los factores propios de una adicción que consideran algunos expertos (Cía, 2013; Echeburúa y Corral, 2010) se pueden analizar a través de estos ítems las siguientes conductas:

- Las horas que destinan a las pantallas de forma habitual (ítem 1): ¿Tu hijo/a pasa más de dos horas al día viendo dibujos, vídeos o películas, apps de juegos, etc.?
- El grado de dependencia o síndrome de abstinencia (ítem 2): ¿Tu hijo/a pide varias veces al día que le dejen ver dibujos, vídeos o películas, apps de juegos, etc.?
- La supervisión parental (ítem 3): ¿Es habitual (diariamente) que tu hijo/a esté viendo una pantalla mientras estás ocupado?
- Interés focalizado en las pantallas (ítem 4): ¿Prefiere móvil, TV, tablet antes que jugar con la madre, el padre, hermanos, o amigos?
- Pérdida de control sobre las pantallas, y el tiempo frente a ellas (ítem 5): ¿Sientes que cada vez pasa más tiempo frente a las pantallas (al menos una hora más que hace unos meses)?
- Regresiones en el desarrollo (ítem 6): ¿Has detectado un retroceso en su aprendizaje o habilidades?
- Pérdida de interés por actividades agradables (ítem 7): ¿Tu hijo/a ha dejado de hacer actividades que antes solía hacer?

- Impulsividad o malestar general (ítem 8): ¿Llora, grita o coge pataletas cuando no puede ver dibujos, vídeos o películas, apps de juegos, etc.? ¿Con qué frecuencia ocurre?
- Irritabilidad o cambios de humor (ítem 9): ¿Tiene cambios de humor frecuentes y aumento de la irritabilidad?
- Problemas en el sueño (ítem 10): ¿Duerme menos que antes o simplemente aparecen problemas para conciliar o mantener el sueño (solo se duerme si es con tablet, móvil, TV, etc.)?
- Dificultades en la alimentación (ítem 11): ¿Existen problemas durante las comidas relacionado con las pantallas (solo come si es con tablet, móvil, tv...)?

Este cuestionario, por lo tanto, iría destinado a la población que estamos estudiando en este trabajo, sin embargo aún no está validado, por lo que al igual que la propuesta de intervención, sería conveniente que fuera validado en un estudio para poder hacer un uso de él en la práctica clínica, tal y como se ha señalado anteriormente.

Sería conveniente además, una vez realizado el programa de intervención, pasar de nuevo el cuestionario a las familias para conocer si aquellos ítems señalados de forma afirmativa, se han corregido y han pasado a hacer un uso adecuado.

Ámbito de actuación

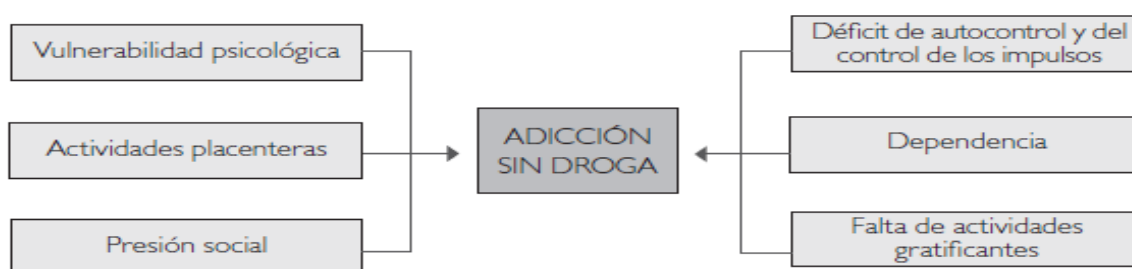
Tal y como se ha señalado desde un principio, este plan de intervención se debe de llevar a cabo cuando todo programa o pauta preventiva es insuficiente y el riesgo para el menor es mayor y está desarrollando una dependencia y sufriendo sus consecuencias. Por lo tanto, para favorecer al menor, a la familia, y la evolución positiva de la intervención, debe llevarse a cabo por un profesional de la salud mental en un ámbito clínico. Este ámbito se puede referir a centros de atención temprana, unidades de salud mental infantil, atención primaria o consulta clínica privada. El programa propuesto tiene que cumplir con una estructura y unos objetivos por lo que se tiene que llevar a cabo de forma individualizada teniendo siempre en cuenta las necesidades y particularidades de cada familia, así como sus limitaciones y puntos fuertes.

Descripción de la propuesta de intervención

Tras hacer la evaluación de la situación e identificar que las nuevas tecnologías, o cualquier pantalla en general, está suponiendo un problema de dependencia para el menor, se debe comenzar la intervención con la familia (Barroso y Lazo, 2008), sin olvidar el contexto social y escolar del menor. Tal y como proponen ciertos autores (Chóliz y Marco en 2016; Odriozola en 2012) en sus estudios relacionados con el abuso de sustancias no tóxicas existen ciertos factores que intervienen a la hora de generar una dependencia, es por ello que resulta esencial conocer las características personales del sujeto, además de los factores ambientales y otros que puedan estar influyendo en el comportamiento del menor, tal y como se puede observar en la Figura 2.

Figura 2

Factores que influyen en la adicción no tóxica



Nota: Se pueden observar los factores de inicio y de mantenimiento de las adicciones comportamentales. Tomado de Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes (Odriozola, 2012).

A través de esta intervención se busca que la relación con las pantallas no sea de dependencia sino agradable, y como una herramienta más en el caso de que el niño o niña con el que se trabaja supere los 24 meses de edad.

El programa que se va a describir a continuación, debe ser empleado, tal y como se ha descrito anteriormente, por un profesional de la salud mental especializado en esta área y va dirigido a padres, madres y cuidadores principales de los niños y niñas por debajo de 36 meses que han manifestado conductas relacionadas con una dependencia a las pantallas y/ u otros síntomas asociados. Esta intervención de carácter individual es similar a las intervenciones empleadas en el caso de dependencia a sustancias tóxicas, sin embargo,

debido a su carácter novedoso, como hemos dicho anteriormente, y a la población a la que va dirigida, se deben de hacer adaptaciones de las mismas.

Otro estudio de Chóliz et al. (2014) muestra el caso de un paciente adulto con dependencia tecnológica y desarrolla un programa de intervención basado en varias fases: I. Fase motivacional y de valoración psicosocial, II. Fase de superación del deseo y síndrome de abstinencia, III. Cambios conductuales y actitudinales, IV. Consolidación y prevención de recaídas, V. Seguimiento.

En el Anexo 1, se puede observar el diseño de las sesiones llevado a cabo por este grupo de trabajo (Chóliz et al., 2014), en el que dentro de cada una de las fases nombradas anteriormente se enumeran las sesiones y se define la funcionalidad y el objetivo de cada una de ellas. Teniendo en cuenta a quién va dirigido el programa de este grupo de investigadores, se realizan en este trabajo las modificaciones pertinentes con el fin de adaptar el programa a la población diana a la que nos dirigimos, es decir a menores de 3 años, teniendo en cuenta que el trabajo no es directamente con ellos, sino con adultos que los acompañan en el proceso terapéutico.

Otros grupos de trabajo, han diseñado diversas propuestas para intervenir en el caso de riesgo de padecer una adicción a las pantallas (Carbonell et al., 2010; Solera et al., 2010) en diferentes contextos, como educativo y social, y en diferentes edades por lo que sirven de base para diseñar este programa que será llevado a cabo en el ámbito clínico para menores de 3 años.

El objetivo general de la propuesta de intervención va encaminado a reducir el riesgo de padecer dependencia al uso de las pantallas en los menores de 3 años y los comportamientos adversos asociados al uso de la misma, entre los cuáles se encuentra toda la sintomatología citada en el marco teórico (dificultades comportamentales, problemas de alimentación, sueño, lenguaje, baja tolerancia a la frustración, obesidad, sedentarismo...). Como ya se ha dicho anteriormente, en menores de 2 años las pantallas han sido desaconsejadas por las autoridades sanitarias (OMS y APP), (Brown, 2011); por lo que, si debemos hacer frente a un caso de infantes menores de 24 meses, no se deben de integrar las pantallas hasta haber superado dicho rango, concepto que se expondrá desde el inicio del tratamiento y a partir del cual se trabajará en la fase de psicoeducación.

Por lo tanto, en la Tabla 2, podemos encontrar resumida la propuesta de intervención destinada a esta población teniendo en cuenta los módulos, el número de sesiones, el contenido que se va a trabajar en cada sesión y las tareas para realizar en casa. En este caso se ha dividido en seis módulos y un total de 12 sesiones, en las que se trabajará con los adultos (preferiblemente progenitores o cuidador/a principal) que harán a su vez de coterapeutas. Es por tanto, necesaria la implicación y el esfuerzo, tanto del menor como del adulto para lograr el objetivo de la terapia y el bienestar del menor y de su entorno.

Tabla 2

Propuesta de Intervención para prevención dependencia tecnológica (0-3 años)

Módulo	Sesión	Contenido	Tareas para casa
I	1	Entrevista inicial	-
I	2	Evaluación del caso	Registro semanal (Anexo 2)
I	3	Devolución y explicación del tratamiento	Lectura del material: explicación diagnóstica
II	4	Psicoeducación I: Explicación de la dependencia y la sintomatología asociada	Lectura del material: explicación de la sintomatología y de la dependencia
II	5	Psicoeducación II: Hitos del desarrollo y evolución del menor	Estimulación acorde con la edad del menor, con actividades dirigidas.
III	6	Explicación del control de estímulos, y planificación de nuevas rutinas	Cumplimentar el planificador semanal, retirar totalmente estímulos ambientales con explicación al menor
III	7	Seguimiento del control de estímulos y aprendizaje de técnicas de afrontamiento ante síndrome de abstinencia	Puesta en marcha de las técnicas de afrontamiento ante demanda o comportamiento adverso
IV	8	Práctica de habilidades sociales y comunicativas	Fomentar el juego colaborativo y nuevos contactos sociales

IV	9	Explicación de la expresión emocional en los más pequeños, tipos de demanda. Diferencia entre necesidad y deseo	Fomentar la expresión emocional, jugar aprendiendo emociones e identificarlas
V	10	Identificar qué situaciones ponen en riesgo al menor, e identificar cuándo se puede empezar a utilizar las pantallas	Registrar situaciones en las que existe el riesgo de recaída y proponer técnicas de afrontamiento ante la misma
V	11	Análisis de la situación actual y de las propuestas de afrontamiento ante posibles recaídas	Citación para seguimiento
VI	12	Análisis de la situación actual y reevaluación del caso (mediante el cuestionario)	

Cada uno de los módulos que se exponen a continuación tienen objetivos específicos que se van a ir desarrollando a lo largo de las sesiones.

- **Módulo I: Entrevista y evaluación del caso**

Se divide en tres sesiones en las cuales los objetivos principales son:

1. Realizar una anamnesis del caso, estudiando los factores personales, ambientales y sociales.
2. Conocer la sintomatología que presenta, la etiología de la misma y los factores desencadenantes y mantenedores del problema.
3. Realizar un registro de la conducta del menor a lo largo de las semanas.
4. Evaluar a través del cuestionario del uso de las tecnologías (Crego y Martínez, 2019), el tipo de uso que está haciendo el menor de las pantallas.
5. Proponer un diagnóstico y un diagnóstico diferencial realizando la devolución de la hipótesis en función de la información recaudada a lo largo de las tres sesiones.

6. Explicación detallada del proceso terapéutico y acuerdo para iniciarlo y llevarlo a cabo.

Estos objetivos deben de trabajarse con los adultos que acompañarán en el proceso terapéutico al menor a lo largo de 3 semanas (una sesión por semana).

- **Módulo II: Psicoeducación**

A lo largo de diferentes investigaciones (Chóliz et al., 2014; Solera et al., 2014) se considera la psicoeducación como elemento clave para la comprensión de la patología y como precursor del cambio. Resulta esencial cumplir con los siguientes objetivos para asentar las bases y facilitar el cambio:

1. Conocer los distintos usos de las pantallas y las recomendaciones en función de la edad.
2. Conocer el riesgo que conlleva una exposición temprana, abusiva y prolongada de las pantallas.
3. Conocer los hitos del desarrollo, y analizar con perspectiva en qué momento se encuentra el menor, si se han producido regresiones o “estancamientos” en el desarrollo.
4. Analizar las actividades habituales de la familia con el niño o la niña y proponer actividades que fomenten el aprendizaje en los menores en función de la edad.
5. Favorecer la reflexión personal para analizar qué tipo de uso y en qué circunstancia se recurre a ellas y la finalidad de la misma.
6. Tomar conciencia de que debe de realizarse un cambio conductual para lograr disminuir la conducta inadecuada o el malestar significativo del infante y de su entorno.

- **Módulo III: Control de estímulos**

Este módulo resulta esencial a la hora de tratar adicciones de todo tipo, tanto en el caso de las adicciones tóxicas, como para el juego patológico y otros comportamientos obsesivos, los expertos en terapia cognitivo-conductual (Cía 2013; Buelga

y Pons; Echeburúa y Corral, 2010; Marco y Chóliz, 2014; Rosell et al., 2007) incluyen en sus programas de tratamiento un apartado en el que se elimina o reduce el contacto con el estímulo deseado, en este caso las pantallas. Tal y como se verá en el cronograma propuesto, se precisa de más tiempo en esta etapa para lograr afianzar los aprendizajes y permitir al menor la deshabitación y los cambios de conducta. Es necesario, que para que los cambios se lleven a cabo, sea valorado el esfuerzo que hace el menor y se refuerce la conducta mediante refuerzo verbal o material, al principio, que será acordado en la economía de fichas.

1. Eliminar todos los dispositivos electrónicos al alcance del menor, permitir espacios libres de pantallas.
2. Modificación de hábitos no saludables en el hogar (comer con la televisión encendida, dormirse con la Tablet...).
3. Reforzar la conducta del menor mediante economía de fichas y premiar su actitud positiva ante el cambio.
4. Explicación real, adaptada a la evolución del menor, del proceso que se va a llevar a cabo y de las nuevas actividades propuestas.
5. Realizar un planificador diario o semanal, en función de la capacidad de comprensión del menor con actividades agradables y nuevas rutinas.
6. Plantear nuevas estrategias y técnicas de afrontamientos a las que deben de hacer frente los menores y enseñar al menor a gestionar sus emociones.

- **Módulo IV: Superación del deseo y compensación de déficits**

En este módulo el objetivo principal es observar la respuesta que está teniendo el menor ante la nueva situación y a su vez detectar aquellas áreas que todavía continúan descompensadas, como pueden ser el sueño, la alimentación, la demanda excesiva...

La dependencia tecnológica lleva consigo una pérdida de comunicación con el entorno por lo que resulta imprescindible dedicar tiempo a reaprender técnicas de ha-

bilidades sociales (Chóliz et al., 2014). La explicación de los hitos del segundo módulo ayudarán a las familias a poner en práctica juegos que faciliten el desarrollo del menor. Además, a lo largo del módulo, se trabajará la tolerancia a la frustración, cómo poner límites, de manera segura y sin contradicciones.

1. Ofrecer estrategias a los acompañantes para estimular al menor sin necesidad de recurrir a las pantallas, basadas en hábitos saludables para así recuperar esas áreas que continúen descompensadas.
2. Acompañar en la planificación de horarios de rutinas diarias teniendo en cuenta las necesidades del menor: horas de sueño, tipo y tiempo en las comidas, separación, juego libre.
3. Guiar a la familia en la explicación de las emociones básicas al menor, permitirle la expresión y mostrar qué tipo de demanda es aceptada y cuál no es válida.
4. Reforzar la conducta del menor cuando no solicita las pantallas y logra entretenerse sólo, se trabaja en consulta con ejemplos del día a día del menor
5. Poner en práctica las habilidades comunicativas del menor, exponerlo a relacionarse con su entorno en distintos ámbitos.

- **Módulo V: Prevención de recaídas**

La prevención de recaídas es un módulo fundamental que, al igual que el seguimiento, nos permite observar los cambios de conducta del paciente a medio- largo plazo.

Hasta el momento, se han ido introduciendo cambios en los hábitos del menor, en este caso, relacionado con el uso de las pantallas y su relación con las mismas. Si el menor tiene más de 24 meses, tal y como recogía la AAP (Brown, 2011), el uso está permitido hasta una hora al día. Es, en este momento de la terapia, donde se va a observar si existe un riesgo de exceder las limitaciones y recomendaciones ofrecidas durante el tratamiento. Se trabajará con casos hipotéticos a los que deberán dar una solución con las técnicas aprendidas.

1. Observar las situaciones que ponen en riesgo al menor (como por ejemplo: pasar mucho tiempo en casa, estar ocupados mientras se acompaña al menor, hacer un uso inadecuado de las pantallas delante del niño/a, dejarlo a cargo de otras personas).
2. Establecer horarios fijos para hacer uso de las pantallas, con normas expuestas en un contrato, así como las consecuencias por no respetarlas y los beneficios o privilegios de respetar el contrato.
3. Aprender a identificar, qué es una recaída y diferenciarlo de un caso excepcional (una tarde de cine con los amigos).

- **Módulo VI: Seguimiento**

Es habitual encontrar en las intervenciones, tanto individuales como grupales, un último módulo en el que se evalúan los progresos del paciente a lo largo de los meses. Resulta fundamental conocer si la intervención a la que se ha sometido el paciente está siendo de utilidad a medio- largo plazo, y no sólo observar los cambios durante las sesiones de terapia.

Por esta razón, se valorará a lo largo de la sesión, si se trata de la última cita o si por el contrario se deben retomar algunas sesiones para trabajar aquellas áreas en las que se observan algunas dificultades.

En ocasiones, es en este momento cuando aparecen “nuevas conductas” que pueden ser propias del desarrollo del menor, o cambios realizados en la dinámica familiar, por lo que es importante reevaluar de nuevo la situación a través del cuestionario utilizado en la primera sesión.

Temporalización

El programa de intervención que se ha propuesto anteriormente tiene una duración determinada, tal y como se ha expuesto, las 12 sesiones deben de ser planteadas en un plazo concreto. La duración de cada una de las sesiones es de cincuenta minutos, excepto la primera sesión de acogida que puede tener una duración hasta 90 minutos sobre todo en los

casos en los que no hay información previa del caso y se trata del primer contacto con la familia interesada. En forma de cronograma (Tabla 3) se expresa el desarrollo de los módulos a lo largo de las semanas.

Las cinco sesiones previstas en los Módulos I (Entrevista y evaluación del caso) y II (Psicoeducación) son fundamentales para el desarrollo de la intervención, para afianzar la alianza terapéutica, realizar una buena anamnesis y conocer los múltiples factores que interfieren en el menor y en la aparición de la sintomatología que se va a tratar (Chóliz et al., 2014). Por esta razón, es fundamental que las sesiones se realicen de forma más frecuente (una sesión semanal) durante estos módulos.

El contenido tratado a lo largo del Módulo III y las modificaciones conductuales que implica en el entorno familiar precisa de una mayor temporalidad entre las sesiones. Es por ello, que la sesión 6 se realizará con la misma frecuencia que las sesiones anteriores, pero a partir de esta, como se ha dicho anteriormente, se precisa introducir el control de estímulos. Por esta razón, la familia será citada para el seguimiento de esta primera etapa (sesión 7) a las 2 semanas y así, se permite, no solo observar los cambios producidos en este módulo, sino además, que el menor disponga de tiempo para adaptarse a los cambios y consolidarlos.

El Módulo IV, debe de mantener la temporalidad del módulo anterior donde a lo largo de las sesiones 8 y 9 se trabajarán estrategias para compensar las dificultades observadas durante el tratamiento a través de la práctica de habilidades sociales y comunicativas. Resulta imprescindible este tiempo para que el menor afiance las habilidades, las ponga en práctica y comprenda las emociones que le suscitan.

A partir de la décima sesión, en el Módulo V de prevención de recaídas, se aumentará la temporalidad y se realizará un seguimiento cada 3 semanas, en las que se estudiarán posibles situaciones que implican un riesgo de recaída y se ofrecerán nuevas estrategias para dichos casos.

Una sesión de seguimiento (Módulo VI) se realizará tras la prevención de recaídas a los 3 meses de la última sesión con el fin de conocer la evolución de la sintomatología y la adaptación a la nueva situación. Esta sesión determinará si se da el alta al paciente o si se debe realizar una nueva evaluación del caso y un seguimiento adecuado.

Tabla 3*Cronograma de la propuesta de intervención*

	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	8	10	12	15	18	30
Módulo I	S.1	S.2	S.3									
Módulo II				S.4	S.5							
Módulo III						S. 6	S. 7					
Módulo IV								S. 8	S. 9			
Módulo V										S.10	S.11	
Módulo VI												S.12

Resultados esperados

Se ha elaborado el programa de intervención, sin realizar un estudio experimental que ofrezca resultados acerca de la validez del mismo, es por esa razón que se desarrolla un cuestionario de elaboración propia en el que expertas de la materia evalúan a través de dicho cuestionario la capacidad de la intervención para generar un cambio.

En este caso, los dos expertas que han respondido al cuestionario conocen los riesgos del uso abusivo de las pantallas en la primera infancia y trabajan diariamente con menores que hacen un uso inadecuado de las mismas. Ambas expertas de la salud mental (psiquiatra y psicóloga), pertenecen al ámbito público y están especializadas en infancia y adolescencia. El cuestionario para las expertas (Anexo 3) consta de dos partes. La primera parte recoge información básica de la especialista, como es la profesión, el sexo, al ámbito en el que trabaja y su experiencia con las tecnologías. En la segunda parte del cuestionario se plantean siete afirmaciones en las que la experta puede hacer una valoración del programa mediante una escala Likert del 0 al 4. La experta debe señalar con una cruz (X) la puntuación que considera adecuada para cada una de las afirmaciones: 0 poco/ nada, 1 un poco, 2 moderado, 3 bastante y 4 mucho o completamente, para ello, previamente se ha expuesto cuáles son los objetivos del programa y se les ha mostrado la estructura general de la intervención, con el fin de poder hacer un juicio adecuado.

Las preguntas a las expertas se relacionan con: la utilidad del programa para aprender un uso responsable de las pantallas; la capacidad del programa para eliminar la sintomatología asociada; la posibilidad de recuperar actividades agradables a través del programa; la extensión del programa (teniendo en cuenta el número y el tiempo de las sesiones); la aplicación individual del programa; el contenido tratado y la capacidad del programa para lograr sus objetivos.

Tras la evaluación cualitativa, las expertas tienen la posibilidad de dejar comentarios acerca de la intervención.

Figura 3

Valoración del programa por el juicio de dos expertas



Si observamos la evaluación realizada por las expertas, podemos afirmar como ambas están de acuerdo en tres de los siete ítems propuestos. En primer lugar, ambas consideran que es «bastante probable» (3 puntos) que la sintomatología desaparezca con el programa. Por otra parte la recuperación de actividades agradables y la extensión del programa han obtenido la máxima puntuación por ambas partes (4 puntos). Otros de los ítems que han obtenido unas puntuaciones altas son el ítem 1, en el que se pregunta si a través del programa se aprende a hacer un uso responsable de las pantallas, y el ítem 4, que pregunta por la aplicación del mismo en terapia individual.

Son los ítems de contenido y objetivo los más difíciles de valorar según los expertos, ya que declaran que no disponen de toda la información para hacer un juicio apropiado y es por esa razón que en uno de los casos se considera “moderadamente adecuado”, el cumplimiento de objetivos debe de ser evaluado, tal y como exponen las dos expertas en comentarios, después de aplicar el programa y así determinar si ha sido adecuado para ese paciente determinado.

El apartado de comentarios, ha sido a su vez cumplimentado por ambas profesionales quiénes declaran por una parte, la necesidad de programas de este tipo para lidiar con las problemáticas presentes hoy en día en consulta y además consideran que se trata en general de un programa apto y aplicable.

Llegados a este punto, tras haber propuesto el programa y haber pasado por el juicio de estas dos expertas, se puede concluir que, según la evaluación cualitativa respondida, el programa es adecuado y válido, siempre y cuando al aplicar el programa, se realice “pre-test” y “post-test” para comprobar la evolución de la sintomatología y la del estado general del menor, tal y como recomienda una de las expertas en el apartado de “comentarios”.

Además, otros de los comentarios que se recogen el apartado son: “La duración del programa es más que suficiente para el objetivo que buscas, el contenido no se puede evaluar del todo con la información proporcionada. Buscar cuestionarios de calidad para pasar antes y después de la intervención para ver si la sintomatología de adicción ha desaparecido. No solo preguntar a expertos, sino comparar con otros cuestionarios e intervenciones validadas.” (Experta 1) y “Considero que es una propuesta muy necesaria y útil para trabajar con los padres este tema. Respecto a la valoración de los contenidos y la extensión de la intervención habría que tener en cuenta la evaluación posterior” (Experta 2). Por lo tanto, estos resultados indican que el programa serviría para reducir la sintomatología asociada con el uso de las pantallas, definida anteriormente.

Conclusiones

La propuesta de intervención expuesta anteriormente tiene como objetivo principal tratar la sintomatología asociada al abuso del uso de las pantallas en los menores de 3 años,

así como la dependencia u otras conductas asociadas. Estos cambios, tal y como se ha expuesto a lo largo del trabajo serán valorados a través de un cuestionario (Crego y Martínez, 2019) (ver Anexo 5), antes y después de la intervención con el fin de valorar si la sintomatología presente ha sido compensada.

Se puede concluir que la intervención propuesta pretende trabajar con la familia del menor afectado por un abuso de las pantallas y que sufre consecuencias en su desarrollo fruto de este uso inadecuado. Este abordaje familiar, como en el caso de todas las adicciones comportamentales es fundamental para una evolución óptima y un progreso adecuado del menor. Es frecuente encontrar padres y madres que acuden a la clínica desesperados sin saber qué hacer con sus hijos *pegados* a las pantallas, acción que les lleva en edades más avanzadas, como en el caso de la adolescencia, a conflictos familiares relacionados con las tecnologías (López et al., 2012).

Este programa pretende intervenir desde la prevención y trabajar con las familias que observan que sus hijos e hijas menores de 3 años pasan demasiado tiempo frente a las pantallas y observan consecuencias relacionadas con el comportamiento, lenguaje, atención, sueño u otras áreas que indican que empieza a darse una dependencia a las pantallas.

El objetivo principal del programa, es ofrecer estrategias a las familias para ayudar a sus hijos/as a desengancharse además de proponer alternativas con el fin de no agravar la problemática y reducir el riesgo de conflictos relacionales más adelante.

Resulta imprescindible, como primera parte del programa psicoeducar a las familias, explicándoles el problema que es la adicción y el malestar que le crea al menor a medio-largo plazo, sin olvidar los riesgos para su desarrollo personal y social.

Por último, es importante indicar, que el programa propuesto se ha basado en otros programas ya validados en otras poblaciones (Carbonell et al., 2010; Chóliz et al., 2016; Marco y Chóliz, 2014; Solera et al., 2010 y Torrecilla et al., 2008) y además, dos expertas han valorado positivamente el mismo como herramienta para intervenir en edades tempranas en el uso de las pantallas, es por esa razón, que el último paso, tal y como se ha indicado

anteriormente, sería realizar un estudio experimental con el fin de validar el programa y ponerlo en marcha en los ámbitos que se considere necesario.

Limitaciones

1. Una de las principales dificultades que presenta este programa ha sido que no se ha llevado a cabo y por lo tanto, las mejoras que se prevén en el menor permanecen incógnitas, mientras no se realice un estudio experimental con un número suficiente de pacientes.
2. La falta de programas de intervención para este problema, en esta población y en este rango de edad específico, no permite comparar los resultados de otros programas con el mismo.
3. El hecho de trabajar con una posible patología y no con una patología ya recogida en los manuales diagnósticos que utilizamos, CIE 11 y DSM- 5, supone dificultades a la hora de redactar, y utilizar terminología adecuada. Además, no existen cuestionarios validados para hacer un diagnóstico de esta posible patología, por lo que, en un primer lugar habría que incluir en los manuales la dependencia tecnológica en esta población y en segundo lugar, validar el cuestionario (Crego y Martínez, 2019) para evaluar la sintomatología pre- test y post- test.
4. El número de expertas que han valorado el programa es muy reducido, por lo que se debe permanecer prudente a la hora de realizar las conclusiones finales en cuanto a afirmar que los expertos declaran que se trata de un programa válido y adecuado para dar tratar la dependencia tecnológica en menores de 3 años.

Propuestas de mejora

En primer lugar, tener en cuenta cada una de las limitaciones que se han descrito en el apartado anterior y dar respuesta a cada una de ellas: poner en práctica el diseño del programa y hacer un estudio experimental de carácter longitudinal para conocer si la remisión de la sintomatología es a largo plazo.

Validar el cuestionario utilizado y adaptar la terminología en función de la edad de los pacientes.

Realizar adaptaciones de cuestionarios validados que nos permitan identificar los síntomas en pacientes menores de 3 años. Adaptar el programa propuesto acorde a la familia, nivel socio-cultural, implicación familiar, dificultades del niño/a, posible comorbilidad patológica...

Trabajar desde un principio la educación y gestión emocional, trabajados en la sesión 9. Ya que ante la retirada de las pantallas puede aparecer sintomatología relacionada con el síndrome de abstinencia, y es necesario que los cuidadores principales puedan guiar a nivel emocional al niño/a.

Líneas futuras

Tal y como se ha podido observar a lo largo del estudio, son muchos los profesionales preocupados e implicados en el problema que suponen el uso de las tecnologías en edades tempranas, razón por la cual se destina el tiempo a estudiar esta materia y se buscan respuestas que nos acerquen a frenar ese uso inadecuado y a proponer estrategias de prevención (Carbonell et al., 2010; Solera et al., 2010), o intervención en estos casos (Chóliz y Marco, 2016).

Para mí, una misión importante, es lograr que este programa sea útil y poderlo utilizar en la consulta privada de forma habitual, mejorando el programa a lo largo del tiempo y poder utilizarlo como herramienta principal de trabajo ante una sospecha de dependencia o abuso tecnológica en pacientes preescolares.

Tal y como se ha podido observar (Assathiany et al., 2018) durante el desarrollo del marco teórico, las patologías relacionadas con el abuso de las pantallas están en incremento en los últimos años, es por eso que debemos concienciar en un primer lugar a las familias y lograr implementar programas de intervención al alcance de todos con el fin de frenar este abuso y las graves consecuencias en el desarrollo de los niños y niñas.

Referencias

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5a ed.)*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana
- Assathiany, R., Guery, E., Caron, F. M., Cheymol, J., Picherot, G., Foucaud, P., Gelbert, N., Association française de pédiatrie ambulatoire, & Groupe de pédiatrie générale (2018). Children and screens: A survey by French pediatricians. *Archives de Pédiatrie : Organe Officiel de la Societe Francaise de Pédiatrie*, 25(2), 84–88. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.11.001>
- Barroso, J. A. G., & Lazo, C. M. (2008). Modos de intervención de los padres en el conflicto que supone el consumo de pantallas. *Revista Latina de Comunicación Social*, 11(63). <https://doi.org/10.4185/RLCS-63-2008-763-238-252>
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Berríos, L., y Buxarrais, M.R. (2005). Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y los adolescentes. *Organización de Estados Iberoamericanos*, 5.
- Brown, A. (2011). Council on Communications and Media. Media use by children younger than 2 years. *Pediatrics*, 128(5), 1040–1045. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1753>
- Buelga, S., y Pons, J. (2012). Agresiones entre adolescentes a través del teléfono móvil y de Internet. *Psychosocial Intervention*, 21(1), 91-101. <https://doi.org/10.5093/in2012v21n1a2>
- Byeon, H., & Hong, S. (2015). Relationship between television viewing and language delay in toddlers: evidence from a Korea national cross-sectional survey. *PLoS One*, 10(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120663>
- Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force, Ottawa, Ontario (2017). Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatrics & Child Health*, 22(8), 461–477. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx123>

- Carbonell, X., Graner, C., & Quintero, B. (2010). Prevenir las adicciones a las tecnologías de la información y la comunicación en la escuela mediante actividades educativas. *Trastornos Adictivos*, 12(1), 19-26. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(10\)70006-4](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(10)70006-4)
- Cerrato, S. M., Aznar, F. C., Ramírez, C. F., & Carrasco, M. G. (2006). El teléfono móvil: disponibilidad, usos y relaciones por parte de los adolescentes entre 12 y 16 años. *Estudios Sobre Educación*, 10, 55-78. <http://dx.doi.org/10.15581/004.10.55-78>
- Chandra, M., Jalaludin, B., Woolfenden, S., Descallar, J., Nicholls, L., Dissanayake, C., Williams, K., Murphy, E., Walter, A., Eastwood, J., Eapen, V., & Watch Me Grow Study Group (2016). Screen time of infants in Sydney, Australia: a birth cohort study. *BMJ Open*, 6(10), e012342. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012342>
- Christakis, D. A., Gilkerson, J., Richards, J. A., Zimmerman, F. J., Garrison, M. M., Xu, D., Gray, S. & Yapanel, U. (2009). Audible television and decreased adult words, infant vocalizations, and conversational turns: a population-based study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(6), 554-558. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.61>
- Chen, B., van Dam, R. M., Tan, C. S., Chua, H. L., Wong, P. G., Bernard, J. Y., & Müller-Riemenschneider, F. (2019). Screen viewing behavior and sleep duration among children aged 2 and below. *BMC Public Health*, 19(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6385-6>
- Chóliz, M., Marco, C. (2016). *ADITEC. Evaluación y Prevención de la Adicción a Internet, Móvil y Videojuegos*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Chonchaiya W., Pruksananonda C. (2008). Television viewing associates with delayed language development. *Acta Paediatrica*, 97(7), 977-82. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00831.x>
- Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 210-217.
- Collet, M., Gagnière, M., Rousseau, C., Chapron, M., Fiquet, M., et al. (2018). Case control study found that primary language disorders were associated to screen exposure at

- 3.5-6.5 years of age. *Acta Paediatrica*, 108(6), 1103-1109. <https://doi.org/10.1111/apa.14639>
- Crego, E. (2020). *El uso de las tecnologías en la primera infancia (0-3 años)*, (Trabajo de Final de Máster). Universitat de València, Valencia, España.
- DeLoache, J. S., Chiong, C., Sherman, K., Islam, N., Vanderborght, M., Troseth, G. L., Strouse, G. A., & O'Doherty, K. (2010). Do babies learn from baby media?. *Psychological Science*, 21(11), 1570-1574. <https://doi.org/10.1177/0956797610384145>
- Dennison, B. A., Erb, T. A., & Jenkins, P. L. (2002). Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics*, 109(6), 1028-1035. <https://doi.org/10.1542/peds.109.6.1028>
- Duch, H., Fisher, E. M., Ensari, I., & Harrington, A. (2013). Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 102. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-102>
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96. <https://dx.doi.org/10.20882/adicciones.196>
- Irlés, D. L., Gomis, R. M., Campos, J. C. M., y González, S. T. (2018). Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). *Atención Primaria*, 50(6), 350- 358. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.015>
- Kabali, H. K., Irigoyen, M. M., Nunez-Davis, R., Budacki, J. G., Mohanty, S. H., Leister, K. P., & Bonner, R. L. (2015). Exposure and use of mobile media devices by young children. *Pediatrics*, 136(6), 1044-1050. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2151>
- López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. L., & Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del “Mobile Phone Problem Use Scale” para población adolescente. *Adicciones*, 24(2), 123-130.
- Marco, C. y Chóliz, M. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online: fundamentos de propuesta de tratamiento y estudio de

caso. *Anales de Psicología*, 30(1), 46-55.
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.150851>

- Matalí, J. L., García, S., Martín, M., & Pardo, M. (2015). Adicción a las nuevas tecnologías: definición, etiología y tratamiento. *Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital* (pp. 113- 121). Faros Sant Joan de Déu (ed.)
- Munzer, T. G., Miller, A. L., Peterson, K. E., Brophy-Herb, H. E., Horodynski, M. A., Contreras, D., Sturza, J., Lumeng, J. C., & Radesky, J. (2018). Media Exposure in Low-Income Preschool-Aged Children Is Associated with Multiple Measures of Self-Regulatory Behavior. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, 39(4), 303–309. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000560>
- Odriozola, E. E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Rev Esp Drogodepend [Internet]*, 4, 435-48.
- Oksman, V., & Rautiainen, P. (2002). Toda mi vida en la palma de mi mano: la comunicación móvil en la vida diaria de niños y adolescentes de Finlandia. *Estudios de Juventud*, 57(2), 25-32.
- Picherot, G., Cheymol, J., Assathiany, R., Barthet-Derrien, M. S., Bidet-Emeriau, M., Blocquaux, S., Carbajal, R., Caron, F. M., Gerard, O., Hinterman, M., Houde, O., Jollivet, C., Le Heuzey, M. F., Mielle, A., Ogrizek, M., Rocher, B., Samson, B., Ronziere, V., & Foucaud, P.. (2018). L'enfant et les écrans: les recommandations du Groupe de pédiatrie générale (Société française de pédiatrie) à destination des pédiatres et des familles. *Perfectionnement en Pédiatrie*, 1(1), 19-24.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.12.014>
- Poulain, T., Vogel, M., Neef, M., Abicht, F., Hilbert, A., Genuneit, J., Körner, A., & Kiess, W. (2018). Reciprocal associations between electronic media use and behavioral difficulties in preschoolers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 814. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040814>
- Radesky, J. S., Eisenberg, S., Kistin, C. J., Gross, J., Block, G., Zuckerman, B., & Silverstein, M. (2016). Overstimulated Consumers or Next-Generation Learners?

- Parent Tensions About Child Mobile Technology Use. *Annals of Family Medicine*, 14(6), 503–508. <https://doi.org/10.1370/afm.1976>
- Rideout, V. (2007). *Parents, Children & Media: A Kaiser Family Foundation Survey*. Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Roca, G. (Coord.) (2015). *Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital*. Faros Sant Joan de Déu
- Rosell, M. C., Sánchez-Carbonell, X., Jordana, C. G., & Fargues, M. B. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 196-204.
- Tomopoulos, S., Dreyer, B. P., Berkule, S., Fierman, A. H., Brockmeyer, C., & Mendelsohn, A. L. (2010). Infant media exposure and toddler development. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(12), 1105–1111. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.235>
- van den Heuvel, M., Ma, J., Borkhoff, C. M., Koroshegyi, C., Dai, D. W., Parkin, P. C., Maguire, J. L., & Birken, C. S. (2019). Mobile media device use is associated with expressive language delay in 18-month-old children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 40(2), 99-104. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000630>
- Wartella, E., Rideout, V., Lauricella, A.R., Connell, S.L. (2014). *Parenting in the age of digital technology: a national survey*. Center on Media and Human Development, School of Communication, Northwestern University.
- Zimmerman, F. J., Christakis, D. A., & Meltzoff, A. N. (2007). Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(5), 473–479. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.5.473>

Anexos

Anexo 1. Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online; propuesto por Chóliz y Marco (2014).

Fases, sesiones, contenidos, técnicas y tareas para casa.

Fase	Sesión	Plan de las sesiones	Tareas para casa
I	1	Entrevista inicial. Evaluación con la familia	
I	2	Evaluación	Autorregistro uso de Internet/juego
I	3	Finalización de la evaluación. Detalles formales de la terapia	Autorregistro uso Internet/juego, listado de posibles actividades de ocio y cambios a realizar en el núcleo familiar, y planificación (horario) de los trabajos y estudio
I y II	4	Explicación del concepto de dependencia y del análisis funcional. Aumento de la motivación para el cambio y establecimiento de objetivos terapéuticos. Compromiso de no jugar al menos hasta que termine el curso.	Balance decisional (análisis de las ventajas e inconvenientes de continuar usando PC y juego de forma excesiva). Autorregistro uso Internet/juego y planificación semanal de actividades/trabajos
II	5	Contrato conductual para alcanzar los objetivos: reducir horas de uso del ordenador, aprobar el curso y mejorar la convivencia.	Autorregistro, aplicar las pautas del contrato, planificación trabajos y estudio. Se establecen normas en casa respecto a la relación padre-hijo: se acuerda comer juntos en la mesa, hablar de temas que no sean conflictivos, hablarse de forma menos violenta.
II	6	Control de estímulos (horario de uso del ordenador, uso exclusivo para realizar trabajos, hora de apagado por la noche, supervisión de los padres). Supervisión del cumplimiento del contrato	Autorregistro, aplicación del contrato, planificación trabajos y estudio. Compromiso del paciente de asistir a clase y entregar los trabajos pendientes.
II	7	Control de estímulo. Supervisión del cumplimiento del contrato. Estrategias de afrontamiento	Autorregistro, aplicación del contrato, planificación trabajos y estudio. Pensar actividades de ocio y tiempo libre, y normas de casa (P. fregará sus platos y bajará su ropa sucia, a cambio de un menor control por parte de su madre).

II y III	8	Supervisión y nuevas pautas para reducir tiempo dedicado al ordenador. Establecimiento de normas para la convivencia/contrato	Autorregistro, aplicación del contrato, planificación trabajos y estudio Se añaden las siguientes pautas: si va a estar más tiempo del previsto inicialmente en el PC tendrá que avisar, irá a la piscina aunque tenga que hacer otras cosas y se intentará reducir el tiempo de uso del PC una hora.
II y III	9	Supervisión y nuevas pautas (ha vuelto a jugar). Valoración de los cambios realizados y cambios pendientes o a realizar.	Autorregistro, aplicación del contrato, planificación actividades. Se planifica qué va a hacer cuando se conecte a Internet, se establece un tiempo máximo diario para el uso del PC y se usa la demora forzada.
III y IV	10	Supervisión y refuerzo de la reducción del número de horas de juego/ordenador. Acuerdo de reducción de horas ordenador. Valoración cambios realizados e introducción PR	Autorregistro Tarea para identificar situaciones de alto riesgo Planificación de actividades alternativas de ocio.
III y IV	11	Supervisión y abordaje de la situación de conflicto familiar. Compromiso de jugar menos horas PR	Autorregistro Cumplimiento del contrato Demora forzada: tiene que esperar 5 minutos al llegar a casa antes de ponerse a usar el ordenador. Análisis de situaciones de alto riesgo
IV	12	Supervisión y prevención de recaídas Propuesta de —normas mínimas para la convivencia PR	Autorregistro En sesión se plantea a P. y sus padres que piensen si quieren seguir o no en terapia, ya que no discuten continuamente en las sesiones. Análisis de las ventajas de abandonar el juego. Efecto de violación de la abstinencia.
IV	13	Supervisión y prevención de recaídas	Cita para seguimiento
V	14	Seguimiento 1 (al mes)	Cita para segundo seguimiento
V	15	Seguimiento (vía correo electrónico, a los 3 meses).	

Anexo 2. Registro conductual

Registro conductual (ejemplo)

Día	Hora	Lugar	Conducta	Persona involucrada
03/06	15:30	Casa de abuelos	Llanto excesivo	Abuela
04/06	11:15	Parque	Golpes hacia sí mismo	Cuidadora

Anexo 3. Evaluación por Juicio de Expertos

Información para los expertos

Propuesta de Intervención para adicciones tecnológicas en menores de 3 años

Conociendo la situación actual y el uso que se está haciendo hoy en día de las pantallas, se propone un modelo de intervención para aquellos/as niños/as menores de 3 años que presentan problemas derivados del uso de las pantallas. En este caso se propone una intervención con el fin de tratar la sintomatología asociada a un uso abusivo y patológico de las pantallas relacionado con problemas en distintos ámbitos: el sueño, la alimentación, la concentración, la conducta y el lenguaje, además de síntomas relacionados con otras adicciones comportamentales como pueden ser, el intenso deseo, ansia o necesidad imparable de usar las pantallas, la pérdida progresiva del control (no poder parar de ver videos/ dibujos/ juegos), dejar de hacer actividades que se hacían de forma habitual e irritabilidad y malestar (rabietas, baja tolerancia a la frustración...) cuando no hay posibilidad de usarlo de forma inmediata (Cía, 2013).

En este caso, el trabajo terapéutico individual se hace con los cuidadores principales, sin la necesidad de actuar con el menor directamente. Los objetivos principales del programa son:

1. Trabajar los trastornos asociados a un uso abusivo de las pantallas en menores de 3 años.
2. Disminuir el grado de dependencia de las pantallas
3. Recuperar actividades agradables

Por lo tanto, la propuesta de intervención se basa en 12 sesiones, divididas en 6 módulos, tal y como puede ver a continuación:

Módulo	Sesión	Contenido	Tareas para casa
I	1	Entrevista inicial	-
I	2	Evaluación del caso	Registro semanal (Tabla 3)
I	3	Devolución y explicación del tratamiento	Lectura del material: explicación diagnóstica
II	4	Psicoeducación I: Explicación de la dependencia y la sintomatología asociada	Lectura del material: explicación de la sintomatología y de la dependencia
II	5	Psicoeducación II: Hitos del desarrollo y evolución del menor	Estimulación acorde con la edad del menor, con actividades dirigidas.
III	6	Explicación del control de estímulos, y planificación de nuevas rutinas	Cumplimentar el planificador semanal, retirar totalmente estímulos ambientales con explicación al menor
III	7	Seguimiento del control de estímulos y aprendizaje de técnicas de afrontamiento ante síndrome de abstinencia	Puesta en marcha de las técnicas de afrontamiento ante demanda o comportamiento adverso
IV	8	Práctica de habilidades sociales y comunicativas	Fomentar el juego colaborativo y nuevos contactos sociales
IV	9	Explicación de la expresión emocional en los más pequeños, tipos de demanda. Diferencia entre necesidad y deseo	Fomentar la expresión emocional, jugar aprendiendo emociones e identificarlas
V	10	Identificar qué situaciones ponen en riesgo al menor, y identificar cuándo se puede empezar a utilizar las pantallas	Registrar situaciones en las que existe el riesgo de recaída y proponer técnicas de afrontamiento ante la misma

V	11	Análisis de la situación actual y de las propuestas de afrontamiento ante posibles recaídas	Citación para seguimiento
VI	12	Análisis de la situación actual y reevaluación del caso (mediante el cuestionario)	

Evaluación de la experta 1

Profesión: Psiquiatra

Sexo: Mujer

Sector (público / privado): Público

Breve descripción de la experiencia profesional en tecnologías: Trabajo en la Unidad de Salud Mental Infantil y diariamente observo en los niños y en los adolescentes como las tecnologías suponen problemas para ellos, su desarrollo y la relación con los demás.

Valora del 0 al 4 el programa de intervención propuesto (0 poco/ nada, 1 un poco, 2 moderado, 3 bastante y 4 mucho o completamente) indicando con “X” la casilla que corresponda

Evaluación de la intervención	0	1	2	3	4
El programa es útil para aprender un uso responsable de las pantallas					X
El programa es útil para eliminar la sintomatología asociada				X	
El programa es útil para recuperar las actividades agradables					X
La extensión de la intervención, referida al número y al tiempo de sesiones, es adecuada					X
Es una propuesta de implementación viable en terapia individual					X
Los contenidos son adecuados para la población a la que se dirige el programa			X		
La intervención está diseñada acorde a los objetivos que se pretenden conseguir en cada módulo			X		

Comentarios: La duración del programa es más que suficiente para el objetivo que buscas, el contenido no se puede evaluar del todo con la información proporcionada.

Buscar cuestionarios de calidad para pasar antes y después de la intervención para ver si la sintomatología de adicción ha desaparecido. No solo preguntar a expertos, sino comparar con otros cuestionarios e intervenciones validadas.

Evaluación de la experta 2

Profesión: Psicóloga

Sexo: Mujer

Sector (público / privado): Público

Breve descripción de la experiencia profesional en tecnologías: En mi práctica diaria no utilizo como herramienta de trabajo las tecnologías, dadas las edades tempranas con las que trabajo, pero si vengo comprobando en los últimos años, como el abuso de ellas en estas edades está limitando y perjudicando notablemente el desarrollo de muchos niños.

Valora del 0 al 4 el programa de intervención propuesto (0 poco/ nada, 1 un poco, 2 moderado, 3 bastante y 4 mucho o completamente) indicando con “X” la casilla que corresponda

Evaluación de la intervención	0	1	2	3	4
El programa es útil para aprender un uso responsable de las pantallas				X	
El programa es útil para eliminar la sintomatología asociada				X	
El programa es útil para recuperar las actividades agradables					X
La extensión de la intervención, referida al número y al tiempo de sesiones, es adecuada				X	
Es una propuesta de implementación viable en terapia individual					X
Los contenidos son adecuados para la población a la que se dirige el programa				X	
La intervención está diseñada acorde a los objetivos que se pretenden conseguir en cada módulo					X

Comentarios: Considero que es una propuesta muy necesaria y útil para trabajar con los padres este tema. Respecto a la valoración de los contenidos y la extensión de la intervención habría que tener en cuenta la evaluación posterior.

Anexo 4. Contenido de las sesiones

Sesión 1 (Módulo 1). Entrevista inicial

Desarrollo de la Sesión

En esta primera sesión se debe de comenzar a crear la alianza terapéutica, para ello es fundamental la escucha activa y la empatía.

En esta sesión además debe de realizarse un genograma familiar, con el fin de conocer la estructura de la familia con a que se trabaja.

Mediante una entrevista semiestructurada se recogerá la demanda de los adultos que van a acompañar al menor durante el proceso y deberán de responder a las siguientes preguntas, entre otras:

- ¿Qué le ha conducido a la consulta? ¿Qué espera de la terapia?
- ¿Cómo ha identificado que existe un problema?
- ¿Cuándo comenzó dicha conducta?
- ¿Por qué consideran que necesitan ayuda de un profesional?
- ¿Cuánto interfiere en su vida diaria?
- ¿Cómo reaccionan ante la situación?

En estos momentos indicaremos a la familia, cuál es el rol del psicólogo y cómo se puede ayudar en terapia. Además, se explica el rol activo que deben de tener los pacientes o en este caso coterapeutas con el fin de producir cambios en la conducta del menor.

Materiales

- Entrevista semiestructurada basada en el DSM-5
- Utilizar en caso de que sea necesario instrumentos de evaluación como Merril- Palmer-R, Bayley-III, MSCA.

Tareas para casa

Tras esta primera sesión se recomienda a la familia observar en casa la conducta del menor y reflexionar acerca de los temas tratados durante la sesión

Sesión 2 (Módulo 1). Evaluación del caso

Desarrollo de la sesión

En esta segunda sesión se comenzará evaluando el uso que hace el menor de las pantallas a través del cuestionario (Crego y Martínez, 2019) adjunto en el Anexo 5. Se retoma la escucha activa y se trata de recoger información con el uso de las pantallas y la relación con el menor en las últimas semanas. Para ello es importante valorar la situación familiar (posibles cambios, salud mental de los cuidadores principales), la situación social (escuela infantil, actividades exteriores), la situación personal del menor (posibles patologías físicas o mentales asociadas) y tratar de hacer una anamnesis completa del caso en el que se detallen todos los factores de riesgo y factores protectores. Además es importante identificar los factores desencadenantes y mantenedores del problema.

Materiales

- Genograma
- Registro conductual semanal
- Ficha cumplimentada con datos recogidos en la primera sesión

Tareas para casa

Observar las conductas del menor durante este periodo de tiempo y realizar las anotaciones pertinentes en el registro semanal (Anexo 2)

Sesión 3 (Módulo 1). Devolución y explicación del tratamiento

Desarrollo de la sesión

Se comienza la sesión analizando el registro conductual cumplimentado. Observamos cuáles son las situaciones en las que se hace un mayor uso de las pantallas y las conductas que desencadena en el menor.

En este momento se debe plantear la hipótesis a la familia, exponiendo el diagnóstico, con la sintomatología asociada y el diagnóstico diferencial, por lo que nos apoyaremos en la literatura científica (Chóliz et al., 2014; Solera et al., 2014) para explicar en qué consiste una conducta abusiva y la sintomatología que puede darse a medio-largo plazo y además se debe explicar el plan terapéutico:

- Psicoeducación: explicación detallada de los riesgos para el menor, tipos de uso, necesidades del menor según la etapa de desarrollo en la que se encuentre.
- Control de estímulos: se retiran todos los estímulos deseados y se propone un plan de actividades agradables, aprender técnicas de afrontamiento
- Prevención de recaídas: conocer las diferencias entre necesidad y deseo, trabajar las emociones básicas y las habilidades sociales
- Seguimiento: reevaluación del caso.

Se precisa del acuerdo de los acompañantes del menor para iniciar el programa terapéutico, además de la implicación de los mismos para que se generen cambios.

Materiales

- Lecturas (Marco y Chóliz, 2014)
- Documentos que apoyen el diagnóstico propuesto.

Tareas para casa

Lectura del material proporcionado: Explicación de la terapia cognitivo-conductual para adicciones comportamentales (documento basado en Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online: fundamentos de propuesta de tratamiento y estudio de caso, Marco y Chóliz, 2014).

Explicación diagnóstica: Devolución de la hipótesis en la que se observa la sintomatología presente y el diagnóstico diferencial, basado en la información aportada a lo largo de las sesiones y teniendo en cuenta el cuestionario (Crego y Martínez, 2019).

Sesión 4 (Módulo 2). Psicoeducación I

Desarrollo de la sesión

El primer paso en esta sesión debe de ser resolver las dudas que han surgido hasta el momento, con respecto al tratamiento previsto o al diagnóstico.

Se ofrece información con respecto a la sintomatología asociada en el caso del menor: retrasos en el lenguaje, problemas de concentración, problemas de alimentación, problemas en el sueño, rasgos de dependencia, etc. (Brown, 2011; Collet et al., 2018; Duch et al, 2013; Tomopoulos et al., 2010). Explicación de cómo se genera la dependencia, y los riesgos que conlleva para el menor hacer un uso prolongado, temprano y abusivo de las pantallas a medio- largo plazo.

Se anota durante la sesión, cada uno de los síntomas que presenta el menor, y se apunta en una escala Likert el grado de malestar o distrés que provoca cada uno de ellos.

Materiales

- Termómetro de distrés
- Tabla de anotación de sintomatología

Tareas para casa

Lectura de guía: Aprender a convivir con las pantallas. ¿Le dejo la Tablet a mis hijos? (Malmierca, 2017).

Sesión 5 (Módulo 2). Psicoeducación II

Desarrollo de la sesión

En esta sesión se comienza analizando los avances de la familia en las últimas semanas y se resuelven las dudas con respecto a la sintomatología.

Es el momento de analizar a través de la Tabla de desarrollo Haizea-Llevant, donde se encuentra situado el menor en cada una de las áreas.

Se ofrecen pautas básicas y actividades para permitir un desarrollo óptimo del infante basadas en el respeto, los límites y el afecto, que se trabajarán más profundamente a lo largo de las siguientes sesiones.

Se hace hincapié en las conductas inadecuadas y se informa de hábitos saludables buscando los pros y contras de cada una de las situaciones en las que se hace un uso de la pantalla y la posibilidad de disminuir la conducta en cada uno de los casos.

Materiales

- Tabla de desarrollo Haizea - Llevant
- Infografía sobre hitos del desarrollo

Tareas para casa

Poner en práctica actividades propuestas durante la sesión para estimular al menor, de forma que el adulto dirige la actividad y hace un menor uso de la pantalla.

Sesión 6 (Módulo 3). Control de estímulos

Desarrollo de la sesión

Tras la evaluación de la situación y la explicación diagnóstica, llega el momento de poner en marcha la exposición. En este momento se explica en la sesión cómo funciona la retirada de las pantallas, comparando con la retirada de alcohol y drogas, es decir, sin hacerlo de forma gradual, sino de forma repentina, con explicación al niño/a de la realidad. Se debe explicar a la familia de la posible aparición de una conducta más desafiante, o inadecuada, posible sintomatología relacionada con el síndrome de abstinencia y cómo responder de forma adecuada a las mismas.

Role playing: explicación y retirada de estímulo deseado

Se trabaja con un planificador semanal que se ofrece en sesión (con pictogramas), para que la familia junto al menor organice su tiempo de forma que el tiempo libre no lo pase delante de las pantallas.

Además, durante la sesión se explica la importancia de reforzar la conducta positiva del menor, por lo que se enseña la economía de fichas que deben de poner en marcha y cumplirla hasta la próxima sesión.

Materiales

- Planificador semanal
- Explicación refuerzo positivo y negativo, con ejemplos prácticos
- Economía de fichas

Tareas para casa

- Poner en marcha la retirada de estímulos
 - Economía de fichas y planificador semanal
-

Sesión 7 (Módulo 3). Control de estímulos- seguimiento

Desarrollo de la sesión

Comienza la sesión conociendo cómo se ha llevado a cabo la puesta en marcha de la retirada de estímulos. Para ello es necesario conocer:

- ¿Qué aparatos electrónicos han retirado?
- ¿Cómo ha reaccionado el menor ante la explicación previa?
- ¿Cómo ha reaccionado el menor ante la retirada?
- ¿Cómo ha reaccionado la familia ante la demanda? ¿Y ante las conductas adversas?
- ¿Qué fase ha resultado más complicada?

Se analiza el cumplimiento del planificador semanal, que ellos han organizado junto al menor y el modo en el que han reforzado su conducta. Se debe reforzar la conducta de los padres, ya que para ellos supone un gran esfuerzo retirar todos los estímulos y cambiar de hábitos.

Se proponen nuevas estrategias de afrontamiento ante las dificultades encontradas a lo largo de esta fase, por lo que se deben de trabajar diferentes aspectos relacionados con la diferencia entre la necesidad del menor y la demanda, cómo responder ante la demanda, cómo poner normas y fijar límites (elaborar una especie de contrato de contingencias adaptado a la edad del menor). Se recomienda plasmar de forma visual y accesible las normas establecidas en casa, además de continuar con el refuerzo positivo para lograr cambios. Permitir el desahogo y acompañarle en su ira o enfado sin ceder y mostrar una pantalla para calmarlo.

Materiales

- Explicación condicionamiento clásico, ejemplos en la infancia
- Cuentos para trabajar las rabietas en casa: ¡Qué rabia de juego! – Meritxell Martí, Xavier Salomó; La rabieta de Julieta – Steve Antony

Tareas para casa

- Poner en práctica las técnicas aprendidas durante la sesión
 - Lectura de cuentos
-

-
- Continuar con la abstinencia tecnológica (incluyendo a los padres frente al menor)
-

Sesión 8 (Módulo 4). HHSS

Desarrollo de la sesión

En esta sesión se pretende guiar a la familia para que, tanto el niño, como los padres puedan retomar hábitos saludables y así compensar ciertas carencias que pueden seguir activas en el niño (dificultades en el sueño, alimentación, problemas en el lenguaje).

Se hace un listado conjunto con la familia de las dificultades que sigue presentando el menor, y ofrecer alternativas adaptativas mediante ejemplos en la consulta, como podría ser: “mi hijo no duerme por lo tanto yo me pongo a hacer cosas en casa hasta que le entra sueño” u ofrecer una respuesta más adaptativa: “mi hijo no duerme por lo tanto me quedo a su lado contándole un cuento, cantándole una nana, haciéndole un masaje, etc., hasta que logro que se duerma en el horario establecido”.

Se trabaja durante la sesión estrategias de comunicación asertiva, mediante ejemplos que se comentarán en conjunto, con el fin de mejorar la comunicación y el juego con el menor.

Se buscan juegos, que sean de interés tanto para los padres como para el menor, que tengan facilidad para ponerlos en marcha y que sean compatibles con el desarrollo del menor.

Materiales

- Listado de juegos que hacer en casa con el niño/a
- Infografía con hábitos saludables y rutinas del día a día
- Lectura de comunicación asertiva. ¿Qué es y cómo ponerla en marcha?

Tareas para casa

- Poner en práctica los juegos tratados en la sesión
 - Establecer las rutinas horarias y cambiar ciertos hábitos
 - Permitir el juego con otros niños, incluyendo tiempo a solas y conjunto
-

Sesión 9 (Módulo 4). La expresión emocional

Desarrollo de la sesión

Explicar la importancia de la expresión emocional, tanto si se trata de una emoción negativa como positiva. Reforzar la conducta del niño cuando nos cuenta cómo se siente, validar las emociones. Aprender a identificar el lenguaje no verbal del menor y sus necesidades.

Validar las reacciones positivas de los papás y mamás cuando el niño expresa malestar o alguna reacción inadecuada.

Ofrecer herramientas para trabajar las emociones, juegos, cuentos, y normalizar la comunicación de las mismas.

Materiales

Cuento: El monstruo de colores

Juegos de las emociones

Guía: Conferencia “La educación emocional en la etapa 0-3”

Material para trabajar las emociones en casa: "30 Actividades para trabajar las emociones con los niños + imprimibles para llevarlas a cabo" de Club peques Lectores

Tareas para casa

Lectura de cuentos para gestionar las emociones, con el niño/a

Juegos de emociones

Validar la expresión emocional del menor

Sesión 10 (Módulo 5). Situaciones de riesgo

Desarrollo de la sesión

En esta sesión es importante analizar la evolución hasta el momento del menor en las últimas semanas. Se plantean situaciones que han podido suponer un problema en la convivencia familiar o en el entorno social del menor con respecto a las pantallas.

Se debe anotar las dificultades encontradas y tratar de buscar estrategias adaptativas, para ello se realizará un planificador semanal, que será cumplimentado junto al menor, en el caso de que sea posible.

Es importante el compromiso de los cuidadores en el tratamiento, por ello se recomienda cumplimentar un contrato en el que se recogen las recomendaciones de uso de las pantallas, los riesgos que supone hacer un uso inadecuado y su compromiso para respetar las pautas ofrecidas durante la terapia.

Permitir la flexibilidad y explicar posibles excepciones a las que deben de hacer frente.

Materiales

- Planificador semanal
- Contrato conductual
- Ficha de evaluación de riesgos

Tareas para casa

Cumplimentar el planificador semanal

Poner en práctica las técnicas de afrontamiento adecuadas, trabajadas durante la sesión

Sesión 11 (Módulo 5). Prevención de recaídas

Desarrollo de la sesión

En esta sesión se debe analizar la situación actual de la familia. La capacidad que tienen para poner en marcha las estrategias aprendidas.

- ¿Cumplen con el planificador?
- ¿Qué estrategias de las aplicadas no funcionan?
- ¿Cómo está funcionando la introducción gradual y controlada de las pantallas? (en el caso de haberlo acordado con la familia, respetando las recomendaciones de la OMS y la AAP).

Se citará a la familia para la sesión de seguimiento y se ofrecerá material de lectura complementario.

Materiales

- Recopilación de recomendaciones trabajadas durante las sesiones

Tareas para casa

No se contemplan

Sesión 12 (Módulo 6). Seguimiento

Desarrollo de la sesión

En esta sesión se pretende observar cómo ha sido la evolución del menor tras el tratamiento, y las pautas ofrecidas a la familia. Resulta imprescindible valorar el uso que hace actualmente de las pantallas, que se hará a través del cuestionario, comprobar si se han compensado los déficits observados en la Tabla de desarrollo, y otras posibles dificultades a las que han tenido que hacer frente.

- ¿Se han logrado poner en marcha las técnicas aprendidas durante las sesiones?
- ¿Qué dificultades habéis observado?
- ¿Qué cambios han sido los más notables en la actitud del niño/a?

Materiales

Cuestionario para el uso de las tecnologías (Crego y Martínez, 2019)

Tabla de desarrollo Haizea- Llevant

Tareas para casa

No se contemplan

Anexo 5. Cuestionario para el uso de las tecnologías (Crego y Martínez, 2019)

Cuestionario para el uso de las tecnologías en niños de 0 a 3 años

1. ¿Tu hijo/a pasa más de 2 horas al día viendo dibujos, vídeos o películas, apps de juegos, etc.? SI/ NO
2. ¿Tu hijo/a pide varias veces al día que le dejen ver dibujos, vídeos o películas, apps de juegos, etc.? SI/ NO
3. ¿Es habitual (diariamente) que tu hijo/a esté viendo una pantalla mientras estás ocupado? SI/NO
4. ¿Prefiere móvil, TV, tablet antes que jugar con la madre, el padre, hermanos, o amigos? SI/ NO
5. ¿Prefieres que juegue y se entretenga solo que con uno de sus padres? SI/ NO
6. ¿Has detectado un retroceso en su aprendizaje o habilidades? SI/ NO
7. ¿Tu hijo/a ha dejado de hacer actividades que antes solía hacer? SI/ NO
8. ¿Llora, grita o coge pataletas cuando no puede ver dibujos, vídeos o películas, apps de juegos, etc.? SI/ NO ¿Con qué frecuencia ocurre?
9. ¿Tiene cambios de humor frecuentes y aumento de la irritabilidad? SI/ NO
10. ¿Duerme menos que antes o simplemente aparecen problemas para conciliar o mantener el sueño (solo se duerme si es con tablet, móvil, TV, etc.)? SI/ NO
11. ¿Existen problemas durante las comidas relacionado con las pantallas (solo come si es con tablet, móvil, tv...) ? SI/NO

