

Uso de videojuegos y trastorno de juego por internet en México: encuesta nacional en población general mexicana

Ricardo Orozco-Zavala, D en C,⁽¹⁾ Shoshana Berenzon-Gorn, D en Psic,⁽¹⁾ Ana Patricia Ancira-Guzmán, M en Psic,⁽²⁾ Copytzy Cruz-Cruz, D en C,^(3,4) Celia Hubert, PhD,⁽⁵⁾ Guilherme Borges, D en C.⁽¹⁾

Orozco-Zavala R, Berenzon-Gorn S, Ancira-Guzmán AP, Cruz-Cruz C, Hubert C, Borges G.

Uso de videojuegos y trastorno de juego por internet en México: encuesta nacional en población general mexicana. *Salud Publica Mex.* 2026;68:467-475.

<https://doi.org/10.21149/18103>

Orozco-Zavala R, Berenzon-Gorn S, Ancira-Guzmán AP, Cruz-Cruz C, Hubert C, Borges G.

Gaming and internet gaming disorder in Mexico: a national survey of the general Mexican population. *Salud Publica Mex.* 2026;68:467-475.

<https://doi.org/10.21149/18103>

Resumen

Objetivo. Caracterizar a los usuarios de videojuegos en México, estimar la frecuencia del trastorno de juego por internet (IGD, por sus siglas en inglés), describir su sintomatología y evaluar la escala IGDS9-SF, así como analizar su asociación con condiciones de salud mental. **Material y métodos.** La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025 es una encuesta nacional, representativa de la población de 12 a 65 años realizada mediante entrevistas cara a cara. Considerando el diseño complejo de la encuesta, se estimaron prevalencias de uso de videojuegos, de los nueve síntomas de IGD, y de IGD. Se aplicó teoría de respuesta al ítem para estudiar las características psicométricas. Las asociaciones se expresaron como razones de prevalencias ajustadas mediante modelos lineales generalizados. **Resultados.** El 23.2% de la población usa videojuegos. Entre ellos, 14.4% reportó al menos un síntoma de IGD y 0.9% (IC95%: 0.6, 1.3) fue positivo a IGD, equivalente a 0.2% en la población general. La escala IGDS9-SF mostró unidimensionalidad y ajuste excelente ($n=4\ 554$; CFI/TLI >0.95 ; RMSEA <0.06). El IGD se asoció con malestar psicológico ($RP_a=3.48$; IC95%: 2.12, 5.70), conductas suicidas y uso de drogas. **Conclusión.** Aunque el IGD es infrecuente en la población general, se asocia con importantes

Abstract

Objective. This study aims to describe the characteristics of videogame users in Mexico, estimate the prevalence of Internet Gaming Disorder (IGD) and its symptoms, evaluate the psychometric characteristics of the IGDS9-SF scale, and examine associations between IGD, IGD symptoms, and mental health conditions. **Materials and methods.** The *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025* is a representative national survey of the Mexican population aged 12 to 65, conducted through face-to-face interviews. Data analysis accounted for the complex survey design and included prevalence estimates for videogame users, the nine IGD symptoms, and IGD. Item response theory was used to study the psychometric characteristics of the IGDS9-SF. Associations were estimated using generalized linear models and reported as adjusted prevalence ratios. **Results.** A total of 23.2% of the population reported gaming. Among these individuals, 14.4% reported at least one IGD symptom and 0.9% (95%CI: 0.6, 1.3) was positive to IGD, corresponding to 0.2% of the general population. The IGDS9-SF scale is unidimensional and has excellent model fit ($n=4\ 554$; CFI/TLI >0.95 ; RMSEA <0.06). IGD was associated with psychological distress ($aPR=3.48$; 95%CI: 2.12, 5.70), suicidal behaviors and

(1) Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría. Ciudad de México, México.

(2) Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

(3) Servicios de Atención Psiquiátrica, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ciudad de México, México.

(4) Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro. Ciudad de México, México.

(5) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 26 de febrero de 2026 • **Fecha de aceptado:** 6 de mayo de 2026 • **Publicado en línea:** 29 de julio de 2026

Autor de correspondencia: Dr. Guilherme Borges. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría.

Calzada México Xochimilco 101, col. San Lorenzo Huipulco. 14370, Ciudad de México, México.

Correo electrónico: guibor@inprf.gob.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

problemas de salud mental. La escala IGDS9-SF podría ser adecuada para el contexto mexicano.

Palabras clave: trastorno de juegos de internet; prevalencia; estudio de validación; estudios transversales; México

drug use. **Conclusion.** Although IGD is infrequent in the general population, it is associated with important mental health problems. The IGDS9-SF scale might be appropriate for the Mexican context.

Keywords: internet gaming disorder; prevalence; validation study; cross-sectional studies; Mexico

El uso de videojuegos es una actividad altamente prevalente en el mundo con 2 700 millones de jugadores.¹ En 2024, la industria de videojuegos generó 455 000 millones de dólares, cifra que contrasta con aproximadamente 100 000 millones generados por el cine y la televisión.¹ México es el mayor mercado de videojuegos en América Latina.²

Se han documentado aspectos positivos del uso de videojuegos, como el desarrollo de habilidades cognitivas y la socialización con amigos y familiares,³ especialmente cuando los juegos están diseñados con estos fines. Sin embargo, también se han identificado consecuencias negativas, particularmente vinculadas al juego en línea. En este contexto, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) propuso en 2013 el estudio de una condición llamada trastorno de juego por internet (IGD, por sus siglas en inglés),⁴ considerado el primer trastorno asociado con el uso de tecnología.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5.^a edición (DSM-5) de la APA, el IGD se define por la presencia de al menos cinco de nueve criterios o síntomas: 1) preocupación por jugar, 2) síndrome de abstinencia, 3) necesidad de incrementar el tiempo de juego, 4) intentos fallidos de controlar jugar o el tiempo invertido, 5) pérdida de interés en pasatiempos o actividades de entretenimiento previas, 6) uso continuado a pesar de los problemas psicosociales asociados, 7) engaño a familiares, terapeutas u otras personas sobre la cantidad de tiempo dedicado a jugar, 8) uso del juego para aliviar o escapar de estados de ánimo negativos y, 9) poner en riesgo o perder relaciones significativas, empleo, u oportunidades educativas o profesionales debido al juego. Aunque fue concebido para juegos por Internet, también puede aplicarse a videojuegos fuera de línea ya que, de acuerdo con la APA, estos también son capaces de desarrollar patrones de juego compulsivo.⁴ En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó el trastorno por uso de videojuegos en la 11.^a edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), con especificadores en línea, fuera de línea o inespecificado.⁵

Un meta-análisis reciente estimó que la prevalencia mundial de IGD es 3.1% en la población general (y 6.4%

entre videojugadores),⁶ cifras comparables con las de trastornos por uso de sustancias que, dependiendo del país, se han estimado entre 0.2 y 6.4%.⁷ Sin embargo, la mayoría de los estudios incluidos utilizaron instrumentos, poblaciones objetivo y estrategias de muestreo heterogéneas (típicamente, muestras por conveniencia de estudiantes, adolescentes, o de videojugadores con criterios de selección restrictivos), y aplicaciones principalmente en línea, lo que puede introducir sesgos de mala clasificación y selección.⁸ Otro meta-análisis, basado en muestras representativas, estimó una prevalencia de 2.4%, sin distinguir entre población general y videojugadores.⁹ Considerando lo anterior, existen pocas estimaciones confiables derivadas de muestras representativas de población general, de IGD, tanto en México como a nivel internacional.

Uno de los instrumentos de tamizaje más usados para evaluar esta condición, entre al menos 32 escalas disponibles,¹⁰ es la Escala breve del trastorno de juegos por internet de nueve ítems (IGDS9-SF, por sus siglas en inglés),⁹ y cuyos reactivos se apegan al constructo definido en el DSM-5.^{10,11} Es una de las herramientas más usadas internacionalmente y ha sido validada en diferentes idiomas y poblaciones. La versión en español se validó inicialmente en estudiantes de España,¹² y algunas características psicométricas han sido estudiadas en videojugadores de siete países latinoamericanos, incluido México.¹³ Sin embargo, existe poca evidencia de sus propiedades psicométricas con métodos no clásicos, como el análisis de teoría de respuesta al ítem (IRT, por sus siglas en inglés).¹⁴ La IGDS9-SF en español fue incluida, por primera vez, en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2025, representativa de la población de 12 a 65 años, cuyo informe oficial reporta una prevalencia de 0.9% entre videojugadores.¹⁵

Estudios internacionales han documentado asociaciones entre el IGD y consecuencias negativas en la salud, especialmente depresión.¹⁶ En Latinoamérica y el Caribe la evidencia es limitada.¹⁷ Un estudio en adolescentes brasileños documentó asociaciones de IGD con consumo de alcohol, acoso escolar y problemas de conducta.¹⁸ En México, estudios en estudiantes

universitarios han mostrado asociaciones del IGD con mayor prevalencia de uso de servicios de salud mental¹⁹ y mayor incidencia de discapacidad en la vida social y escolar²⁰ e ideación suicida.²¹ Se requiere ampliar la evidencia sobre la asociación entre salud mental e IGD en población general mexicana.

El propósito de este trabajo es complementar el análisis del IGD reportado en la Encodat 2025, mediante los siguientes objetivos: a) caracterizar a los usuarios de videojuegos; b) analizar las propiedades psicométricas de la escala IGDS9-SF en esta población; c) estimar la frecuencia del trastorno y la distribución de sus síntomas, y d) analizar la asociación entre el IGD y sus síntomas con algunas condiciones de salud mental.

Material y métodos

Diseño

La Encodat 2025 es una encuesta en hogares transversal cara a cara, estratificada y polietápica, representativa de la población mexicana de 12 a 65 años residente de áreas rurales, urbanas y metropolitanas, realizada de julio a octubre de 2025.¹⁵ El diseño permite hacer inferencias a nivel nacional, regional y por ámbito urbano/rural. En cada hogar seleccionado se eligió aleatoriamente a una persona adolescente (12 a 17 años) y a una adulta (18 a 65 años). Las tasas de respuesta fueron de 81% en adolescentes y 88% en adultos. La muestra final incluyó 19 200 entrevistas, representativas de 92.5 millones de personas. Los detalles metodológicos pueden consultarse en publicaciones previas.^{15,22}

Variables

Uso de videojuegos. Se definió como el uso de videojuegos o juegos en línea en los últimos 12 meses, ya sea en computadora de escritorio o portátil, consolas o dispositivos electrónicos (como celular o tableta). Se utilizó la versión en español de la escala IGDS9-SF validada por Beranuy y colaboradores en 535 estudiantes universitarios españoles de 15 a 25 años, usuarios de videojuegos en el último año. La validación incluyó análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC), confirmando su unidimensionalidad e invarianza.¹² Esta escala ha probado invarianza transcultural entre muestras latinoamericanas que incluyen jugadores mexicanos,¹³ siendo un instrumento con evidencia de validez y confiabilidad.¹⁰ El IGDS9-SF consta de nueve reactivos, cada uno corresponde a un síntoma de IGD descrito en el DSM-5 (preocupación, abstinencia, tolerancia, pérdida de control, abandono de actividades, uso continuado, engaño, escape y consecuencias negativas).⁴

Por ejemplo, el reactivo 7 pregunta: “¿Has engañado a alguno de tus familiares, terapeutas o amigos sobre el tiempo que pasas jugando?”. Cada reactivo ofrece cinco opciones de respuesta, desde “nunca” (1) hasta “muy a menudo” (5).¹¹ Los videojugadores fueron identificados a partir del primer reactivo del IGDS9-SF, al cual se agregó la opción 6: “Nunca he jugado videojuegos/ No he jugado en los últimos 12 meses”. Las opciones de 1 a 5 se clasificaron como uso en el último año y la opción 6 como no uso.

IGD en los últimos 12 meses. La presencia de IGD en cada participante se construyó a partir del conteo de la presencia/ausencia de los nueve síntomas evaluados en el IGDS9-SF, transformando de manera dicotómica la puntuación original de cada síntoma. Aquellos síntomas cuya puntuación original fuera “nunca, raramente u ocasionalmente” se consideró ausencia del síntoma; y aquellos con respuesta “a menudo y muy a menudo” fue considerado presencia del síntoma.^{12,23} Cada participante fue identificado con IGD si tenía cinco o más síntomas presentes, que corresponde a la definición de IGD según el DSM-5;^{4,12} debido a que el IGDS9-SF es una escala de tamizaje, la presencia de IGD en este estudio no corresponde necesariamente a un diagnóstico clínico. Además, se creó la variable “al menos un síntoma”, con el objetivo de incluir casos subumbrales de IGD a partir de la identificación de la presencia de cualquier síntoma (0= no, 1= sí). Finalmente, el conteo de los síntomas fue agrupado en una variable con cuatro categorías: 0, 1-2, 3-4 y 5-9, con el fin de reportar la prevalencia de posibles casos subumbrales, de manera análoga a la reportada en estudios del DSM-5 de trastorno por uso de alcohol.²⁴

Salud mental. Se evaluaron seis condiciones dicotómicas de salud mental (cada una codificada como 0= no, 1= sí): 1) pensamientos y conductas suicidas, a partir de cualquier reporte de ideación, plan o intento en el último año; 2) consumo de alcohol en el último año; 3) consumo excesivo de alcohol, definido como ≥ 5 copas estándar para hombres o ≥ 4 para mujeres; 4) consumo de cualquier droga médica o ilegal en el último año; 5) atención profesional por problemas de salud mental en el último año, y 6) malestar psicológico en el último año, medido con la escala K10,²⁵ validada en 280 personas mexicanas entrevistadas en servicios de salud de primer nivel de atención. Se confirmó una estructura unidimensional, consistencia interna alta ($\alpha = 0.901$) y buena capacidad discriminativa para ansiedad y depresión. La escala consta de 10 reactivos que exploran síntomas de ansiedad y depresión en el último mes. Cada reactivo cuenta con cinco opciones de respuesta: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. El rango del pun-

taje total es de 10 a 50 puntos. Los puntajes <25 puntos se clasificaron como sin malestar o malestar leve y ≥ 25 como malestar moderado o grave, como se utilizó en una encuesta probabilística australiana.²⁶

Variables sociodemográficas. Sexo, grupo de edad (12 a 17, 18 a 25, 26 a 34 y 35 a 65 años), hablante de lengua indígena (dicotómica) como *proxy* de condición indígena, estado conyugal (casado o en unión libre; separado, divorciado o viudo, y soltero), escolaridad máxima (ninguna o primaria, secundaria, bachillerato, universidad o posgrado, y no responde), nivel de bienestar (los terciles de un índice basado en la posesión de bienes [como auto o computadora] y condiciones de vivienda [como techo de concreto o número de cuartos]), trabajo en el mes previo (dicotómica), tipo de localidad (rural o urbana) y región del país (Península Norte, Noroccidente, Norcentral Nororiental, Occidental, Cd. de México [CDMX], Centro, Centro Sur, y Sur), que se detallan en el artículo metodológico de la encuesta.²²

Análisis estadístico

El análisis estadístico consideró el diseño muestral de la encuesta (ponderadores, estratos y unidades primarias de muestreo). Se estimaron porcentajes, promedios y desviaciones estándar (DE), que se acompañan de intervalos de confianza al 95% (IC95%) o de errores estándar (EE), así como coeficientes de variación (CV). El CV se utilizó como indicador de precisión: <15%, precisa; 15-29.9%, precisión media; $\geq 30\%$, por debajo del umbral aceptable.²⁷

Las características psicométricas del IGDS9-SF se evaluaron mediante una estrategia usada en estudios nosológicos contemporáneos, similar a la aplicada previamente por nuestro grupo con el propósito de estudiar la validez estructural y la consistencia interna de una escala de IGD de 23 reactivos.¹⁹ Con base en los nueve síntomas del IGDS9-SF (presencia/ausencia), primero, se realizó un AFE con ecuaciones estructurales para comprobar la unidimensionalidad de la escala mediante el *eigenvalue* (soluciones >1) y se calculó el alfa de Cronbach (α) como medida de consistencia interna. Posteriormente, fue expresado como un AFC y se parametrizó en un análisis de IRT de dos parámetros (2PL): discriminación (parámetro *a*) y dificultad (parámetro *b*).²⁸ Se calcularon los índices de ajuste comparativo, de Tucker-Lewis y la raíz del error cuadrático medio de aproximación (CFI, TLI y RMSEA, respectivamente, por sus siglas en inglés) y fueron comparados con los puntos de corte recomendados de ≥ 0.95 (CFI y TLI) y de ≤ 0.06 (RMSEA) como indicadores de buen ajuste del modelo.²⁹ Se generaron las gráficas de curvas de información y de

características de los ítems. Los análisis se realizaron considerando el diseño de muestreo con el módulo de encuestas complejas de Mplus versión 7.3, conforme a las recomendaciones para el ajuste de modelos de ecuaciones estructurales con muestras complejas.^{28,30}

La asociación entre el IGD y cada una de las seis condiciones de salud mental (12 modelos, seis para al menos un síntoma y seis para presencia de IGD) se expresó mediante razones de prevalencias ajustadas (RPa), estimadas con modelos lineales generalizados con familia binomial y función de enlace logarítmica,³¹ ajustados por variables de las que existe evidencia que podrían influir en las asociaciones: edad, sexo, nivel de bienestar, estado conyugal, tipo de localidad y escolaridad (en tres categorías: secundaria o menor, bachillerato o mayor, y no responde).³²⁻³⁴ Estos fueron calculados usando el módulo *svy* de Stata versión 19.0.* Los estadísticos descriptivos y la prevalencia de videojugadores fueron calculados en la muestra total ($n=19\,200$), los modelos de IRT y de asociación fueron realizados en la submuestra de videojugadores ($n=4\,554$) y las prevalencias de los conteos de síntomas y de presencia de IGD, entre videojugadores y en la muestra total. Las muestras analizadas no tuvieron valores perdidos en las variables analizadas.

Aspectos éticos

Todos los procedimientos de la Encodat 2025 fueron revisados y aprobados por los Comités de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública (registro CI: 1967).¹⁵ La participación fue voluntaria, mediante consentimiento informado en adultos y asentimiento en adolescentes, acompañado del consentimiento de madres, padres o tutores.²²

Resultados

En el cuadro I se muestran las características sociodemográficas de las 4 554 personas que usaron videojuegos durante el año previo a la encuesta y de las 14 646 que no lo hicieron. Aproximadamente una de cada cuatro personas (23.2%; IC95%: 22.2,24.3) reportó haber jugado videojuegos en el último año. En comparación con los no jugadores, entre los jugadores predominaron los hombres, adolescentes de 12 a 17 años, personas solteras, con escolaridad bachillerato o superior, mayor nivel socioeconómico, residentes de áreas urbanas. Geográficamente, más de la mitad de los videojugadores se concentró en las regiones Centro, Centro Sur y CDMX.

* StataCorp. Stata Statistical Software v. 19. College Station, TX: StataCorp, 2025.

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA
POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS QUE USÓ Y NO USÓ
VIDEOJUEGOS EN EL ÚLTIMO AÑO.
MÉXICO, ENCODAT 2025 (N= 19 200)

	Ha jugado videojuegos		p*
	No	Sí	
	14 646 (76.8%)	4 554 (23.2%)	
Sexo			
Hombres	5 883 (43.7)	2 699 (62.2)	<0.001
Mujeres	8 763 (56.3)	1 855 (37.8)	
Edad (años)			
12-17	1 597 (7.5)	2 250 (36.6)	<0.001
18-25	1 601 (16.1)	793 (27.8)	
26-34	2 262 (18.3)	587 (17.1)	
35-65	9 186 (58.1)	924 (18.5)	
Hablante de lengua indígena			
No	13 508 (91.8)	4 383 (96.3)	<0.001
Sí	1 138 (8.2)	171 (3.7)	
Estado conyugal			
Casado/unión libre	7 493 (56.3)	903 (22.9)	<0.001
Separado, divorciado, viudo	1 847 (8.6)	171 (2.7)	
Soltero	5 306 (35.2)	3 480 (74.4)	
Escolaridad máxima			
Ninguna o primaria	2 936 (19.6)	526 (10.1)	<0.001
Secundaria	5 087 (32.6)	1 783 (33.6)	
Bachillerato	3 889 (27.1)	1 446 (34.4)	
Universidad o posgrado	2 713 (20.6)	794 (21.8)	
No responde	21 (0.2)	5 (0.1)	
Nivel de bienestar (tercil)			
1	5 130 (33.0)	1 160 (24.8)	<0.001
2	4 805 (33.6)	1 580 (34.7)	
3	4 711 (33.3)	1 814 (40.5)	
Trabajó en el mes previo			
No	5 562 (34.6)	2 516 (49.9)	<0.001
Sí	9 084 (65.4)	2 038 (50.1)	
Tipo de localidad			
Urbana	11 417 (79.0)	3 873 (84.7)	<0.001
Rural	3 229 (21.0)	681 (15.3)	
Región			
Península Norte	1 448 (6.1)	548 (7.1)	<0.001
Noroccidente	1 783 (4.8)	408 (3.8)	
Norcentral	1 638 (7.4)	493 (7.3)	
Nororiental	1 642 (5.0)	559 (5.9)	
Occidental	1 591 (11.5)	329 (8.1)	

(continúa...)

(continuación)

Cd. de México	1 652 (6.5)	879 (12.4)
Centro	1 601 (31.2)	539 (32.8)
Centro Sur	1 699 (16.8)	445 (14.0)
Sur	1 592 (10.8)	354 (8.6)

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

Los datos se muestran como n (%).

% calculados con el diseño complejo de la encuesta.

* Los valores p provienen de la prueba de Ji² de Pearson corregida por el diseño de la encuesta.

Cuadro II
ANÁLISIS DE IRT DE LA ESCALA IGDS9-SF
Y PREVALENCIA DE SÍNTOMAS EN USUARIOS DE
VIDEOJUEGOS, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
MÉXICO, ENCODAT 2025 (N= 4 554)

Criterio	Cargas factoriales	Parámetros IRT (2PL)		Prevalencia		
	Solución de 1 factor	Discriminación (a) (EE)	Dificultad (b) (EE)	n	%	IC95%
1. Preocupación	0.634	1.50 (0.18)	2.05 (0.15)	451	9.2	7.9,10.6
2. Abstinencia	0.755	2.51 (0.32)	2.73 (0.16)	77	1.4*	1.0,1.9
3. Tolerancia	0.914	4.26 (0.56)	2.28 (0.09)	109	1.8	1.4,2.4
4. Pérdida de control	0.834	3.07 (0.40)	2.31 (0.10)	120	2.4*	1.7,3.3
5. Abandono de actividades	0.855	3.33 (0.45)	2.44 (0.11)	98	1.6	1.2,2.1
6. Uso continuado	0.858	3.24 (0.51)	2.36 (0.10)	88	2.0*	1.4,2.8
7. Engaño	0.856	3.39 (0.57)	2.41 (0.11)	82	1.7*	1.2,2.4
8. Escape	0.796	2.41 (0.28)	2.15 (0.11)	211	4.3	3.5,5.2
9. Consecuencias negativas	0.813	3.02 (0.47)	2.82 (0.18)	31	0.8*	0.5,1.3
Número de síntomas						
1 o 2	-	-	-	589	11.8	10.3,13.6
3 o 4	-	-	-	78	1.7	1.2,2.3
5 a 9	-	-	-	50	0.9*	0.6,1.3
Cualquier síntoma	-	-	-	717	14.4*	12.7,16.3
Índices de ajuste	CFI= 0.994	AIC= 7986.1		-		
	TLI= 0.992	BIC= 8101.8		-		
	RMSEA= 0.011	SS-BIC= 8044.6		-		

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

Todas las estimaciones de cargas factoriales y parámetros del teoría de respuesta al ítem (IRT) son significativos al 5%.

Cargas factoriales con rotación geométrica; eigenvalue de la solución de un factor= 6.227; confiabilidad (α)= 0.771).

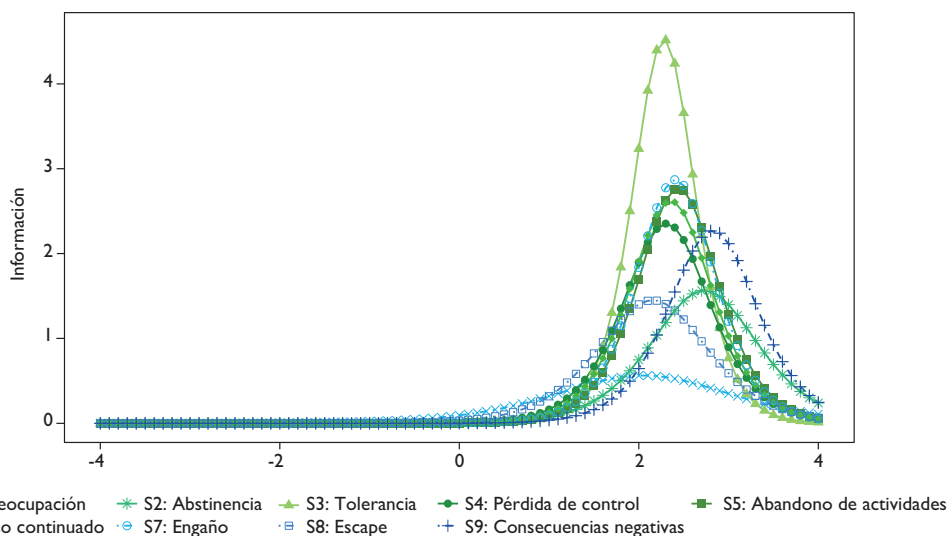
2PL: dos parámetros; CFI: comparative fit index; TLI: Tucker-Lewis index; RMSEA: root mean square error of approximation.

AIC: Akaike information criterion; BIC: Bayesian information criterion; SS-BIC: sample-size corrected BIC; EE: error estándar; IC: intervalo de confianza.

* CV 15%, 29.9% (estimación con confiabilidad media).

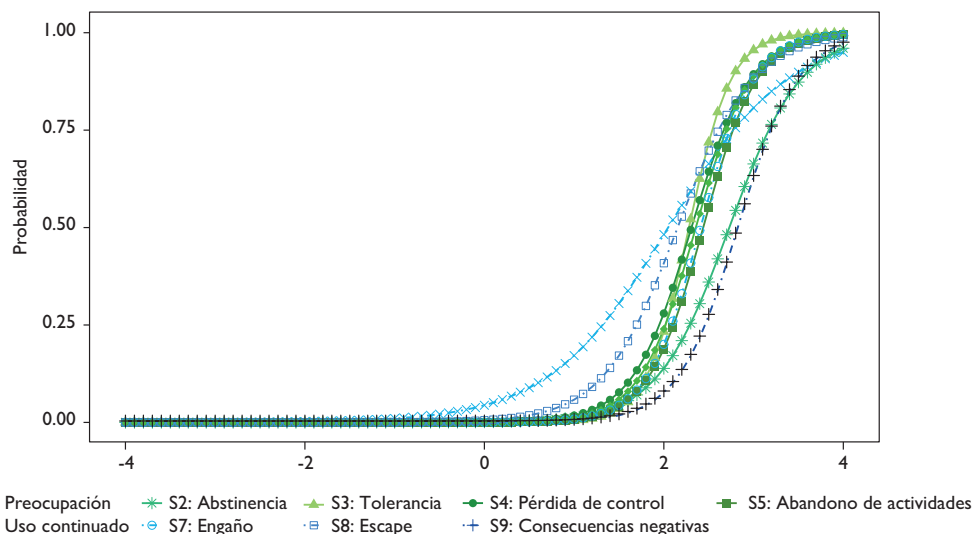
El cuadro II muestra los resultados, entre los videojugadores, del análisis factorial y del análisis de IRT de dos parámetros. El análisis factorial confirmó que el IGDS9-SF es unidimensional (*eigenvalue* de la solución de un factor= 6.227; soluciones restantes <1), con índices de ajuste adecuados (CFI y TLI >0.95 y RMSEA <0.06). La consistencia interna fue $\alpha = 0.771$. En el análisis de IRT de dos parámetros, el reactivo 3 (tolerancia) mostró la mayor discriminación ($a_{\text{item } 3} = 4.26$), seguido del 7

(engaño, $a_{\text{item } 7} = 3.39$). Esto se observa en las curvas de la figura 1 que muestran las pendientes más pronunciadas, y en la figura 2, donde aportan más información (mayor área). En cuanto a la dificultad, los reactivos más difíciles fueron el 9 (consecuencias negativas, $b_{\text{item } 9} = 2.82$) y el 2 (abstinencia, $b_{\text{item } 2} = 2.73$) que corresponden a los de menor prevalencia (0.8 y 1.4%, respectivamente). En cuanto al número de síntomas, 14.4% presentó al menos uno en el año previo; de ellos, 11.8% reportó solamente



Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

FIGURA 1. CURVAS DE INFORMACIÓN DEL ÍTEM ENTRE USUARIOS DE VIDEOJUEGOS. MÉXICO, ENCODAT 2025



Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

FIGURA 2. CURVAS DE CARACTERÍSTICAS DEL ÍTEM ENTRE USUARIOS DE VIDEOJUEGOS. MÉXICO, ENCODAT 2025

1 o 2 síntomas; 1.7% reportó 3 o 4 y 0.9% presentó entre 5 y 9. En consecuencia, la prevalencia estimada de IGD fue de 0.9% (IC95%: 0.6,1.3) entre videojugadores y de 0.2% (IC95%: 0.1,0.3) en la población general. Estas estimaciones tienen IC estrechos y CV aceptables, a pesar de que el número de casos de IGD en la muestra es únicamente de 50.

El cuadro III muestra los resultados de 12 modelos que evaluaron la asociación de presencia de IGD y de al menos un síntoma de IGD con seis desenlaces de salud mental, ajustados por variables sociodemográficas, entre los videojugadores. Las personas con IGD tienen mayor prevalencia de malestar psicológico moderado o grave (RPa= 3.48), de pensamientos y conductas suicidas (RPa= 3.38) y consumo de cualquier droga (RPa= 3.68), en comparación con aquellas sin IGD. Asociaciones en la misma dirección, pero de menor magnitud, se observaron en las personas con al menos un síntoma de IGD en comparación con las personas sin síntomas.

Discusión

Este trabajo muestra que 23.2% de la población reportó haber jugado videojuegos o juegos en línea durante el año previo a la encuesta Encodat 2025. Estos videojugadores son principalmente hombres, adolescentes, personas solteras, con escolaridad bachillerato o superior, de mayor nivel socioeconómico y residentes de áreas urbanas y del centro y sur del país. Entre los videojugadores, 14.4% reportó al menos un síntoma de IGD y cerca de 1% cumplió cinco o más síntomas (presencia de IGD), correspondiente a 0.2% en la población total. El IGD se asoció con al menos el triple de prevalencia

de malestar psicológico, pensamientos y conductas suicidas, y el consumo de cualquier droga. Asimismo, la escala IGDS9-SF parece tener propiedades psicométricas adecuadas para esta población, de acuerdo con el análisis de IRT.

Este es el primer estudio sobre IGD en una muestra representativa de hogares de la población general entrevistada cara a cara en Latinoamérica.¹⁷ La prevalencia de IGD estimada (0.2% en población general y 0.9% entre videojugadores) se encuentra en el rango inferior de lo reportado en otros estudios con muestras representativas nacionales. Por ejemplo, la encuesta Nacional de Salud Mental de Corea, basada en entrevistas cara a cara y aplicada a población de 18 a 49 años con el instrumento SCI-IGD, estimó una prevalencia de 0.8%.³⁵ En Taiwán, un estudio telefónico nacional en población de 15 años en adelante que utilizó la escala IAD-9 documentó 1.2% de IGD en población general y 5.3% entre videojugadores.³⁶ Las diferencias con los presentes resultados pueden atribuirse a variaciones metodológicas entre estudios, como el uso de muestras probabilísticas, reclutamiento en línea y aplicación vía cuestionarios electrónicos. Otros estudios representativos nacionales reportan prevalencias superiores, pero se han limitado a población joven o estudiantil.³⁷

Aunque la prevalencia de IGD fue baja, la presencia de al menos un síntoma fue relativamente frecuente y, como era esperado, se asoció con malestar psicológico (que se compone de síntomas de ansiedad y depresión). Si bien la relación entre IGD y depresión es conocida, sus mecanismos aún son objeto de debate.³⁸ La asociación con pensamientos y conductas suicidas ha sido explorada previamente de manera longitudinal en estudiantes

Cuadro III
ASOCIACIÓN DE VARIABLES DE SALUD MENTAL, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRATAMIENTO CON AL MENOS UN SÍNTOMA DE IGD Y CON IGD, EN USUARIOS DE VIDEOJUEGOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. MÉXICO, ENCODAT 2025 (N= 4 554)

Variable dependiente	Modelos con al menos un síntoma		Modelos de IGD	
	RPa	IC95%	RPa	IC95%
Malestar psicológico	3.36	2.55,4.43	3.48	2.12,5.70
Cualquier pensamiento o conducta suicida	2.47	1.91,3.19	3.38	2.12,5.38
Consumo de alcohol	0.99	0.86,1.13	1.22	0.81,1.84
Consumo excesivo de alcohol	1.03	0.85,1.26	1.27	0.75,2.14
Consumo de cualquier droga	2.11	1.20,3.71	3.68	1.40,9.68
Tratamiento por salud mental	1.48	1.03,2.13	1.61	0.53,4.92

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

IGD: trastorno de juego por internet; RPa: razón de prevalencia ajustada; IC: intervalo de confianza.

Cada uno de los 12 modelos fueron ajustados por sexo, grupo de edad, estado conyugal, escolaridad, nivel de bienestar y tipo de localidad.

Estimaciones realizadas con el diseño complejo de la encuesta.

universitarios mexicanos.²¹ Las asociaciones observadas en este estudio transversal entre IGD y otras variables de salud mental podrían servir para reforzar la validez de constructo de la escala, por lo que se recomienda integrarlas en estudios futuros.

El IGDS9-SF empleado en la Encodat 2025 mostró características psicométricas comparables a las reportadas en otras validaciones. Una revisión sistemática reciente, basada en 24 estudios –la mayoría con muestras de conveniencia (95.8%)–, documentó que esta escala es unidimensional, con valores de α entre 0.81 y 0.96 y, en los pocos estudios que han usado IRT, alta capacidad de discriminación de los ítems.¹⁰ En este estudio la estimación de α fue más baja, 0.771, lo que podría reflejar la heterogeneidad de la presente muestra de estudio, que incluye un rango de edad y geográfico más amplio que la mayoría de los estudios actuales. Esta misma heterogeneidad podría moderar la utilidad de la escala en la población mexicana. En este trabajo se han presentado los resultados más generales de la validez de la escala. Por lo tanto, son necesarios análisis complementarios de invarianza y de funcionamiento diferencial de los ítems en esta población y por subgrupos, particularmente de sexo y edad, que van más allá de este primer análisis.

Este trabajo tiene varias limitaciones. El cuestionario de la Encodat no incluyó información detallada sobre el uso de videojuegos, como duración, tipo de juego, día y momento del día en que se juega, u horas de sueño perdidas, ni fue posible incluir otra escala de IGD por limitaciones de espacio, lo que restringe la caracterización del comportamiento de juego en la población y la posibilidad de evaluar la validez de criterio del IGDS9-SF. Además, debido a la baja prevalencia de IGD, los modelos estadísticos solamente se ajustaron por algunas variables sociodemográficas, por lo que no se descarta confusión residual. Finalmente, la naturaleza transversal del estudio impide determinar la dirección de las asociaciones observadas.

Conclusión

Si bien el IGD es poco frecuente en población general, la presencia de síntomas no lo es y se relaciona con otros problemas de salud mental. Los resultados sugieren que la escala IGDS9-SF es adecuada para su aplicación en población mexicana, pero aún se requieren más trabajos para determinarlo. La asociación del IGD con el malestar psicológico, el uso de drogas y la conducta suicida sugiere que este trastorno no debe ser analizado de manera aislada. En este sentido, la presencia de síntomas de IGD podría constituir, en algunos casos, un indicador de la necesidad de detección temprana de otros problemas de salud mental. Estos hallazgos resaltan la importancia

de incorporar el monitoreo del uso problemático de videojuegos en estrategias de salud mental, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes. Futuros estudios longitudinales permitirán esclarecer la dirección de estas asociaciones y profundizar en los factores contextuales que influyen en el desarrollo de síntomas de IGD.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Statista. Media 2026. New York [citado febrero 6, 2026]. Disponible en: <https://www.statista.com/markets/417/media/>
2. Santander. México con oportunidad de convertirse en referente global en la industria del gaming: Ciudad de México: Sala de prensa Santander, 2025 [citado febrero 6, 2026]. Disponible en: <https://www.santander.com.mx/ceb/2025/mexico-con-oportunidad-de-convertirse-en-referente-global-en-la-industria-del-gaming.html>
3. King DL, Delfabbro PH. An introduction to gaming and IGD. En: Internet Gaming Disorder. Oxford, UK: Academic Press, 2018: 1-21.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5-TR. Fifth edition. Washington, DC: APA, 2022 [citado febrero 6, 2026]. Disponible en: <https://www.appi.org/dsm>
5. Borges G, Orozco R, Benjet C, Martínez-Martínez K, Vargas-Contreras E, Jiménez-Pérez A, et al. Gaming Disorder in DSM-5 and ICD-11: a case of the glass half empty or half full. *Can J Psychiatry*. 2021;66(5):477-84. <https://doi.org/10.1177/0706743720948431>
6. Anthony WL, Mills DJ, Nower L. Evaluation of the psychometric properties of DSM-5 internet gaming disorder measures: a COSMIN systematic review and meta-analysis. *Clin Psycho Sci Prac*. 2023;30(2):170-85. <https://doi.org/10.1037/cps0000123>
7. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatri Soc*. 2009;18(1):23-33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>
8. Buitrago-García D, Salanti G, Low N. Studies of prevalence: how a basic epidemiology concept has gained recognition in the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*. 2022;12(10):e061497. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061497>
9. Kim HS, Son G, Roh EB, Ahn WY, Kim J, Shin SH, et al. Prevalence of gaming disorder: a meta-analysis. *Addict Behav*. 2022;126:107183. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107183>
10. King DL, Chamberlain SR, Carragher N, Billieux J, Stein D, Mueller K, et al. Screening and assessment tools for gaming disorder: a comprehensive systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2020;77:101831. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101831>
11. Pontes HM, Griffiths MD. Measuring DSM-5 internet gaming disorder: development and validation of a short psychometric scale. *Comput Human Behav*. 2015;45:137-43. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006>
12. Beranuy M, Machimbarrena JM, Vega-Oses MA, Carbonell X, Griffiths MD, Pontes HM, et al. Spanish validation of the Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF): prevalence and relationship with online gambling and quality of life. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1562. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051562>
13. Blandón-Castaño JA, Puerta-Cortés DX, Carmona A, Ivern J, Vilca LW, Carbonell X, et al. Cross-cultural invariance of the Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form (IGDS9-SF) in seven Latin American countries. *Int J Ment Health Addict*. 2024;23(6):4690-715. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01376-z>

14. Poon LY, Tsang HWH, Chan TYJ, Man SWT, Ng LY, Wong YLE, et al. Psychometric properties of the Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form (IGDS9-SF): systematic review. *J Med Internet Res*. 2021;23(10):e26821. <https://doi.org/10.2196/26821>
15. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2025 [citado febrero 20, 2026]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1044513/ENCODAT_-_COMPLETO.pdf
16. Düll L, Müller A, Steins-Loeber S. Negative consequences experienced by individuals with gaming disorder symptoms: a systematic review of available longitudinal studies. *Curr Addict Rep*. 2024;11(3):528-50. <https://doi.org/10.1007/s40429-024-00554-2>
17. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Visconti-Lopez FJ, Comandé D, Bendezu-Quispe G. Prevalence and factors associated with gaming disorder in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):10036. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610036>
18. Chagas-Brandão L, Sanchez ZM, de O Galvão P, da Silva Melo MH. Mental health and behavioral problems associated with video game playing among Brazilian adolescents. *J Addict Dis*. 2022;40(2):197-207. <https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1971941>
19. Borges G, Orozco R, Benjet C, Martínez-Martínez KI, Contreras EV, Jiménez-Pérez AL, et al. DSM-5 Internet gaming disorder among a sample of Mexican first-year college students. *J Behav Addict*. 2019;8(4):714-24. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.62>
20. Benjet C, Orozco R, Albor YC, Contreras EV, Monroy-Velasco IR, Hernández Uribe PC, et al. A longitudinal study on the impact of Internet gaming disorder on self-perceived health, academic performance, and social life of first-year college students. *Am J Addict*. 2023;32(4):343-51. <https://doi.org/10.1111/ajad.13386>
21. Orozco R, Borges G, Caldas-de-Almeida JM, Gutiérrez-García RA, Albor Y, Jiménez-Pérez AL, et al. Internet gaming disorder and the incidence of suicide-related ideation and behaviors in college students. *J Addict Med*. 2024;18(6):643-8. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001331>
22. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública. Metodología de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025. *Salud Publica Mex*. 2025;67(5):515-22. <https://doi.org/10.21149/17295>
23. Gomez R, Stavropoulos V, Beard C, Pontes HM. Item response theory analysis of the recoded Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form (IGDS9-SF). *Int J Ment Health Addict*. 2018;17(4):859-79. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9890-z>
24. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psych*. 2015;72(8):757-66. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
25. Vargas-Terrez BE, Villamil-Salcedo V, Rodríguez-Estrada C, Pérez-Romero J, Cortés-Sotres J. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud Mental*. 2011;34(4):323-31 [citado febrero 20, 2026]. Disponible en: <https://scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a5.pdf>
26. Victorian Government Department of Human Services. Victorian Population Health Survey 2001. Selected Findings Melbourne Victoria 2002 [citado abril 18, 2026]. Disponible en: <https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/research-and-reports/v/vic-population-health-survey-2001.pdf>
27. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Guía de Diseño de la Muestra para Encuestas. Fase de diseño de la norma técnica del proceso de producción de información estadística y geográfica. México: Inegi, 2024 [citado febrero 6, 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/infraestructura/aseguramiento/doc/guia_de_diseno_de_la_muestra_para_encuestas.pdf
28. Muthén LK, Muthén BO. Mplus. Statistical analysis with latent variables. User's guide. 7th Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén, 2015 [citado febrero 6, 2026]. Disponible en: https://www.statmodel.com/download/usersguide/MplusUserGuideVer_7.pdf
29. Hu Lt, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6(1):1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
30. West BT, Heeringa SG, Berglund PA. Advanced topics in the analysis of survey data. *Applied Survey Data Analysis*. Chapman & Hall/CRC Statistics in the Social and Behavioral Sciences: Chapman & Hall, 2025:436-74.
31. Cummings P. Methods for estimating adjusted risk ratios. *Stata J*. 2009;9(2):175-96. <https://doi.org/10.1177/1536867x0900900201>
32. De Pasquale C, Sciacca F, Martinelli V, Chiappedi M, Dinaro C, Hichy Z. Relationship of Internet Gaming Disorder with psychopathology and social adaptation in Italian young adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8201. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218201>
33. Peng P, Chen Z, Ren S, He Y, Li J, Liao A, et al. Sex difference in the longitudinal association between depressive symptoms and internet gaming disorder among Chinese adolescents: an explanatory analysis at the aggregate and symptom level. *Addict Behav*. 2026;172:108499. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2025.108499>
34. Siste K, Hanafi E, Sen LT, Wahjoepramono POP, Kurniawan A, Yudistiro R. Potential correlates of internet gaming disorder among Indonesian medical students: cross-sectional study. *J Med Internet Res*. 2021;23(4):e25468. <https://doi.org/10.2196/25468>
35. Ko YM, Lee ES, Park S. Prevalence, correlates, and comorbidities of internet gaming disorder and problematic game use: national mental health survey of Korea 2021. *Front Psych*. 2024;15:1442224. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1442224>
36. Wu CY, Lee MB, Liao SC, Ko CH. A nationwide survey of the prevalence and psychosocial correlates of internet addictive disorders in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2019;118(1 Pt 3):514-23. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.10.022>
37. Liao Z, Chen X, Huang Q, Shen H. Prevalence of gaming disorder in East Asia: a comprehensive meta-analysis. *J Behav Addict*. 2022;11(3):727-38. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00050>
38. Sun A-P, Diez S. Understanding the gaming disorder—depression co-occurrence: a narrative literature review. *J Affect Disord Rep*. 2025;21:100961. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2025.100961>