



UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI

TRABAJO DE FIN DE GRADO

---

# ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SUS CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS EN POBLACIÓN ADULTA-JOVEN

---

GRADO EN MEDICINA

*Curso 2021/2022*

*Reus*

**Autoras:** Marina Celma Bertran, Clara Martí Company y Belén Villanueva Mañes

**Dirigido por el Dr. Fernando López Seco**

# ÍNDICE

<b>1. ABSTRACT .....</b>	<b>1</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>2</b>
<b>4. HIPÓTESIS.....</b>	<b>2</b>
<b>5. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>3</b>
5.1 CONCEPTO DE ADICCIÓN.....	3
5.1.1 <i>Definiciones y características de la dependencia a sustancias .....</i>	<i>3</i>
5.1.2 <i>Definición y características de la adicción comportamental .....</i>	<i>4</i>
5.2 ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN .....	5
5.2.1 <i>Características de los usuarios que contribuyen a caer en comportamientos abusivo .....</i>	<i>5</i>
5.2.2 <i>Fisiología de la adicción.....</i>	<i>6</i>
5.2.3 <i>Tipos de personalidad y su relación con las adicciones.....</i>	<i>7</i>
5.3 COMORBILIDADES DE LA ADICCIÓN .....	8
5.3.1 <i>Trastornos de personalidad.....</i>	<i>9</i>
5.3.2 <i>Ansiedad.....</i>	<i>9</i>
5.4 ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.....	10
5.4.1 <i>Definición de nuevas tecnologías y la adicción a estas.....</i>	<i>10</i>
5.4.2 <i>Sintomatología .....</i>	<i>11</i>
5.4.3 <i>Diagnóstico.....</i>	<i>11</i>
5.4.4 <i>Factores de riesgo y factores protectores .....</i>	<i>13</i>
5.4.5 <i>Epidemiología en el marco actual.....</i>	<i>15</i>
5.4.6 <i>Tratamiento y prevención .....</i>	<i>15</i>
<b>6. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>18</b>
6.1 SUJETOS.....	18
6.2 INSTRUMENTOS .....	18
<b>7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>8. LIMITACIONES .....</b>	<b>26</b>
<b>9. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>26</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>28</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>30</b>

## 1. ABSTRACT

La adicción a Internet y dispositivos electrónicos es un problema cada vez más prevalente en la población y del que todavía no se dispone de mucha información al respecto. A pesar de ello, existe bibliografía que describe la relación entre ciertos rasgos de personalidad y la adicción a las nuevas tecnologías, lo que no se ha esclarecido es si dichos rasgos son causa o consecuencia de la adicción mencionada. Este Trabajo de Fin de Grado tiene el objetivo de observar si existe una asociación entre la adicción a las nuevas tecnologías y los rasgos psicopatológicos más relevantes en la actualidad. Para ello se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos y, posteriormente, se obtuvo una muestra de 262 personas de edades comprendidas entre 18 y 35 años, las cuales respondieron un cuestionario de Google forms que incluía los test CERI, CERM, Autoestima de Rosenberg, SA-45 y FAST. Finalmente, se realizó un análisis estadístico de los datos obtenidos y los resultados muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre la adicción y variables como la edad, la depresión y la ansiedad. Si bien es cierto, no se ha podido llegar a la conclusión de si dichos rasgos psicopatológicos son causa o consecuencia de la adicción a las nuevas tecnologías y, por ello, podría ser una nueva línea de investigación a seguir.

Palabras clave: *móvil, adicción, internet, psicopatología, jóvenes.*

Addiction to the Internet and electronic devices is an increasingly prevalent problem in the population and yet there is a lack of information. Despite this, there is literature that describes the relationship between certain personality traits and addiction to new technologies. What hasn't been sorted out yet is whether these different traits are the cause or the consequence of the aforementioned addiction. This End of Degree Project aims to observe if there is currently an association between the addiction to the new technologies and the highly relevant psychopathological traits. In order to do so, a bibliographical review of scientific articles has been carried out and a sample of 262 people between the ages of 18 and 35 have answered a Google Forms questionnaire that included the following tests: CERO, CERM, Rosenberg's self-esteem test, SA-45 and FAST. Ultimately, a statistical analysis of the obtained data was taken and the results show that there is a statistically significant relation between addiction and different variables such as age, depression and anxiety. Even though it has not been possible to conclude whether these psychopathological traits are the cause or the consequence of the addiction to new technologies, it could lead to an interesting new line of research.

Key words: *mobile phone, addiction, Internet, psychopathology, youngsters.*

## 2. INTRODUCCIÓN

El uso de internet está creciendo exponencialmente en la población general, en todos los ámbitos de la vida y en todas las edades, siendo más habitual (según el INE) en los jóvenes de 16 a 24 años. Las nuevas tecnologías permiten el intercambio inmediato de información a nivel internacional a cualquier persona que tenga acceso a la red. Si bien es cierto que cada vez existen más estudios e investigaciones sobre la ciberadicción y el desarrollo de las nuevas tecnologías, no hay datos concluyentes al respecto. Asimismo, se ha observado que en la actualidad el diagnóstico de enfermedades mentales está en auge, sobre todo en la población joven. Debido a la falta de consenso entre diferentes estudios e instituciones, con este Trabajo de Fin de Grado se pretende observar si existe una relación entre el aumento de la adicción a internet con el aumento de la patología mental en la población adulta joven a través de una revisión bibliográfica, una encuesta telemática y un análisis estadístico de los datos obtenidos.

## 3. OBJETIVOS

**Objetivo principal:** Conocer la magnitud de la relación existente entre psicopatología y el uso de las nuevas tecnologías, en concreto del uso de internet y del teléfono móvil en población adulta-joven.

**Objetivos secundarios:**

- Describir la frecuencia de uso de internet y del teléfono móvil en población adulta-joven.
- Describir la frecuencia de la psicopatología analizada (fobia social, ansiedad, depresión...).
- Valorar el impacto de internet en la salud de la población estudiada.
- Describir los factores de riesgo y factores protectores asociados al uso excesivo de internet y estudiarlos mediante los datos obtenidos de nuestra muestra.
- Prevención y posibles tratamientos de la adicción.

## 4. HIPÓTESIS

El uso excesivo de Internet y del móvil en adolescentes y adultos jóvenes está relacionado con una mayor incidencia de psicopatología.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 CONCEPTO DE ADICCIÓN

Según la CIE-11 el término **adicción** se puede definir como un trastorno de regulación del uso de sustancias que surge del uso repetido o continuo de una droga. Suele ir acompañado de un fuerte deseo subjetivo (“*craving*”) de consumir.

La adicción se produce como consecuencia del abuso de drogas y requiere una exposición repetida a las mismas; estando influenciada por los factores genéticos, psicológicos y sociales de la persona.

Dentro de la definición de adicción encontramos dos subtipos: la dependencia a sustancias (por ejemplo, el alcoholismo) y las adicciones comportamentales (por ejemplo, la ludopatía).

#### 5.1.1 Definiciones y características de la dependencia a sustancias

La **adicción** a sustancias, o drogadicción, es un desorden neuropsiquiátrico caracterizado por un deseo recurrente de continuar consumiendo una droga o sustancia a pesar de las consecuencias dañinas de su consumición. Este deseo recurrente de continuar consumiendo la sustancia se cree ser consecuencia de la pérdida de control y el anhelo de ésta<sup>1</sup>

Hay numerosas drogas o sustancias que pueden promover la adicción, siendo las más comunes el alcohol, el tabaco, la cafeína, el cannabis, los opioides, los sedativos, hipnóticos y ansiolíticos; así como, la cocaína y los alucinógenos.

La **dependencia** a una droga es un estado de dependencia física o psíquica, o ambas, hacia esa droga, que ocurre cuando el consumo de ésta se produce con periodicidad. Es decir, es una adaptación fisiológica al consumo repetido de una sustancia. Es importante saber diferenciar entre los conceptos de adicción y dependencia, esta segunda está caracterizada por la tolerancia y el síndrome de abstinencia, también provocados por un consumo continuo de la droga.

La **tolerancia** se define como la necesidad de incrementar la dosis de la sustancia para alcanzar los efectos producidos anteriormente por dosis menores. Por otro lado, el **síndrome de abstinencia** es un conjunto de síntomas físicos que son diferentes en cada drogadicción, aunque, típicamente se observan irritabilidad, ansiedad y tristeza.

Según el ICD-10, las características de la adicción a sustancias son las siguientes:

- Un fuerte deseo o compulsión por consumir la sustancia.

- Dificultades para el control del consumo de sustancias en cuanto a su inicio, terminación o niveles de uso.
- Un estado fisiológico de abstinencia cuando el consumo de la sustancia ha cedido o ha sido reducido, evidenciado por el característico síndrome de abstinencia de la sustancia en concreto; o el uso de la misma sustancia (o una muy parecida) con la intención de atenuar o evitar los síntomas de la abstinencia.
- Evidencia de tolerancia, como que mayores dosis de la sustancia psicoactiva sean requeridas para alcanzar los efectos producidos originalmente por menores dosis.
- Negligencia progresiva de otras fuentes de placer o de otros intereses debido al consumo de la sustancia. Aumento del tiempo necesario para obtener o consumir la sustancia, así como para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia del consumo de la sustancia a pesar de la clara evidencia de consecuencias dañinas. Es importante determinar que el usuario es o podría ser consciente de la naturaleza y la extensión del daño.

### **5.1.2 Definición y características de la adicción comportamental**

Cuando ciertos comportamientos que producen recompensas a corto plazo acaban en una disminución del control sobre el propio comportamiento a pesar de las consecuencias negativas, el comportamiento en sí mismo puede convertirse en una fuente de adicción.

Las adicciones comportamentales se parecen a la dependencia a sustancias en cuanto a etiología, historia natural y neurobiología. En las adicciones comportamentales, el comienzo suele producirse durante la adolescencia o en jóvenes adultos, cursando de forma crónica, con remisiones y exacerbaciones.

Algunos ejemplos son: ludopatía, adicción sexual, compras compulsivas o, en el caso que nos atañe, uso excesivo de Internet. Aunque hay cierto debate sobre si alguno de éstos debería clasificarse como trastorno del control de los impulsos en lugar de adicción comportamental. En cuanto a la adicción a Internet, la evidencia sugiere, cada vez más, que debería contextualizarse como una adicción comportamental.

En las adicciones comportamentales, sus características no son tan fáciles de plasmar ya que cada una de ellas suele tener las suyas propias. Así, la ludopatía tiene como características: la necesidad de apostar con cantidades de dinero crecientes para poder alcanzar la excitación deseada, el insomnio o irritabilidad cuando se intenta cortar con las apuestas, los repetidos esfuerzos fracasados para controlar o parar las apuestas, la constante preocupación por apostar, las apuestas en momentos de distrés emocional, el volver a apostar para recuperar lo perdido anteriormente, las mentiras para encubrir el grado de participación en las apuestas: la puesta en peligro o pérdida de numerosas relaciones, trabajos u oportunidades debido a las

apuestas; y la dependencia económica sobre otras personas para poder aliviar las situaciones financieras causadas por las apuestas. Y más adelante ya veremos que en el caso del Internet hay matices distintos<sup>1,2</sup>.

## 5.2 ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN

### 5.2.1 Características de los usuarios que contribuyen a caer en comportamientos abusivo

El nivel de satisfacción global del ser humano suele estar repartido en diversas áreas como pueden ser la familia, el trabajo, la pareja, la comida, las aficiones, etc. Se ha observado que existe una relación directa entre un mayor número de aficiones de una persona y una mayor probabilidad de ser feliz, ya que así, cuando existen carencias en alguna de las dimensiones éstas pueden compensarse con la felicidad obtenida en el resto<sup>3</sup>.

Cuando una persona no diversifica en cuanto a sus intereses o se encuentra muy frustrada en una de las dimensiones, centra toda su atención en una sola faceta. Cuando esto ocurre, el riesgo de adicción es muy elevado.

Los principales **3 factores que participan en el inicio de las adicciones** son:

1. Vulnerabilidad psicológica
2. Actividades placenteras
3. Presión social

Los principales **3 factores que contribuyen al mantenimiento de las adicciones** son:

1. Déficit de autocontrol y de control de los impulsos
2. Falta de actividades gratificantes
3. Dependencia

Las características de la personalidad y estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad frente a las adicciones son:

- **Variables relacionadas con la personalidad:**

- Impulsividad
- Baja autoestima
- Intolerancia a estímulos negativos o no placenteros, ya sean físicos (*dolor, fatiga, insomnio...*) o psíquicos (*estrés, preocupación...*)
- Exagerada búsqueda de nuevas emociones
- Inadecuado afrontamiento de las dificultades

- **Variables relacionadas con la vulnerabilidad emocional:**

- Disforia

- Débil cohesión familiar
- Pobreza en las relaciones sociales
- Carencias afectivas

### 5.2.2 Fisiología de la adicción

La semejanza comportamental entre la adicción a internet, a sustancias o incluso al juego sugiere la actuación de un sustrato neurobiológico común. La **vía dopaminérgica** mesolímbica representa la vía final para el refuerzo y la gratificación inducidos por estímulos fisiológicos o fármacos psicotrópicos. De ello se deduce que la dopamina es el neurotransmisor que mide el placer y, por lo tanto, el implicado en este proceso. Numerosos estudios sugieren que el uso adictivo de Internet y videojuegos está asociado con una liberación excesiva de dopamina en el sistema mesolímbico, lo que conduce a una reducción desensibilizante en la expresión del receptor de dopamina, síndrome de deficiencia de recompensa e hipofrontalidad.<sup>4</sup>

Según parece, y a diferencia de lo que se creía hasta ahora, los incrementos de dopamina no se relacionan directamente con la recompensa, sino con la predicción de recompensa y con la “relevancia”. La *relevancia* se refiere a la capacidad de ciertos estímulos o cambios ambientales para producir una activación o desencadenar un cambio atencional-conductual. Ésta, añadida a la recompensa, se aplica a los estímulos aversivos, nuevos e inesperados, afecta a la motivación para buscar la anticipada recompensa y facilita el aprendizaje condicionado. Esto proporciona una perspectiva diferente de las drogas, ya que implica que los incrementos de dopamina inducidos por las drogas motivarán inherentemente la búsqueda de más droga, independientemente de si los efectos de la droga son conscientemente percibidos como placenteros o no.

La adicción es probablemente el resultado de los cambios neurobiológicos asociados con alteraciones crónicas e intermitentes a niveles suprafisiológicos de los sistemas dopaminérgicos. Las adaptaciones en estos circuitos dopaminérgicos hacen al adicto más sensible a los picos (incrementos rápidos) de dopamina que se producen con las drogas de abuso/ al Internet, y menos sensibles a los incrementos fisiológicos producidos por los refuerzos naturales (comida y sexo). Estas adaptaciones ocurren tanto a nivel de la fisiología celular (alteración de factores de transcripción, que regulan la expresión de determinados genes, algunos en particular implicados en plasticidad de las sinapsis), como a nivel morfológico en los circuitos cerebrales regulados por la dopamina.

Estos cambios determinan un funcionamiento alterado de determinados circuitos cerebrales, algunos de los cuales están implicados en la asignación de relevancia o el control de la inhibición; alteración que se asocia a conducta compulsiva (corteza orbitofrontal) y desinhibición (circunvolución anterior del cíngulo). Dichas anomalías en estas regiones frontales del cerebro pudieran estar tras la naturaleza compulsiva de la



administración de la droga/ uso de Internet en los adictos o en su incapacidad para controlar las ansias de consumir cuando se encuentran expuestos a aquello a lo que son adictos.<sup>5</sup>

### 5.2.3 Tipos de personalidad y su relación con las adicciones

Bermúdez (1996) define la **personalidad** como una “organización relativamente estable de características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones”

En el *DSM- 5* se define un **trastorno de personalidad** como: fallo en el desarrollo de un sentido de identidad del sí mismo y de funcionamiento interpersonal que son adaptativos en el contexto de las normas y expectativas culturales en las que se desenvuelve el individuo. Para su diagnóstico han de cumplirse los siguientes criterios:

- El **fallo adaptativo** se manifiesta en una o más de las siguientes áreas:
  - Sentido alterado de la propia identidad, que se manifiesta por uno o más de los siguientes: sentido pobremente integrado de sí mismo o de su integridad.
  - Integridad del auto – concepto
  - Auto- direccionalidad
- **Fallo en el desarrollo de un funcionamiento interpersonal efectivo**, que se manifiesta en una o más de las siguientes áreas:
  - Empatía
  - Intimidad
  - Cooperación
  - Complejidad e integración de la representación de los otros
- El fallo adaptativo se asocia con niveles extremos de uno o más trastornos de personalidad.
- El fallo adaptativo es relativamente estable a lo largo del tiempo, y es consistente a través de situaciones cuyo comienzo puede ser encontrado por lo menos en la adolescencia.
- El fallo adaptativo no se explica sólo como una manifestación o consecuencia de otro trastorno psiquiátrico.
- El fallo adaptativo no se debe solamente a efectos fisiológicos directos de una sustancia química (o sea, de una sustancia de abuso, de un medicamento) o de una condición médica general (por ejemplo, una contusión cerebral).

La DSM-5 agrupa a los 10 tipos de trastornos de personalidad en 3 grupos (A, B, C), sobre la base de características similares.

El **grupo A**: Comprende el trastorno de personalidad paranoide (*desconfianza y sospecha*), esquizoide (*falta de interés en los demás*) y esquizotípico (*ideas y comportamiento excéntrico*).

El **grupo B**: Incluye el trastorno antisocial (*irresponsabilidad social, desprecio por los demás, engaño y manipulación para su beneficio personal*), fronterizo (*intolerancia a la soledad y disregulación emocional*), histriónico (*búsqueda de atención*) y narcisista (*fragilidad y disregulación subyacente de la autoestima y sentimiento evidente de grandeza*).

El **grupo C**: Alcanza el trastorno de evitación (*evita el contacto interpersonal debido a la sensibilidad al rechazo*), el trastorno de personalidad dependiente (*sumisión y necesidad de ser atendidos*) y el obsesivo – compulsivo (*perfeccionismo, rigidez y obstinación*).

Después de estas breves pinceladas sobre la personalidad y sus trastornos, ¿tiene relación el tipo de personalidad con el desarrollo de una adicción? Estudios como *Llorens, Palmen y Perelló, 2005; Fantin, 2006; Kyrkcaldy, Siefen, Surall, y Bischoff, 2004* concluyen que ciertos rasgos de la personalidad como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, el autoconcepto y la conducta antisocial puede influir en la predisposición para consumir sustancias adictivas, generalmente alcohol.

En cuanto a la adicción a internet, estudios como *Hong et al., 2014; Malik. & Khan, 2015; Cecilie Schou Andreassen, Stale Pallesen, Mark D. Griffiths, 2016* concluyen que existe una relación positiva entre la autoestima baja, el narcisismo y el uso adictivo de redes sociales. Además, se han descrito ciertos rasgos de personalidad relacionados con las adicciones a las nuevas tecnologías: personas narcisistas; sentimientos de soledad y aburrimiento; extraversión, neuroticismo y apertura a la experiencia, asociados positivamente con la frecuencia de uso; alto grado de extraversión junto a un bajo grado de responsabilidad. Para estos autores, las personas más vulnerables a un uso problemático de Facebook tienen baja estabilidad emocional, son extrovertidos y poco responsables. En el apartado de factores de riesgo se comentará con más profundidad este tema.

### **5.3 COMORBILIDADES DE LA ADICCIÓN**

La adicción a cualquier tipo de sustancia está íntimamente relacionada con los trastornos mentales. Las personas adictas tienen un elevado riesgo de sufrir enfermedades mentales (lo que se llama psicopatología secundaria al uso de sustancias) y, además, la psicopatología es un factor de riesgo de padecer un trastorno de adicción (psicopatología primaria).

Hoy en día se considera que el 50% de las personas con drogodependencia presentarán una enfermedad mental en los próximos diez años. A su vez, el 50% de los enfermos mentales abusarán de sustancias en los próximos diez años. De la misma manera, los trastornos mentales derivados del consumo de sustancias

tienen una peor evolución y pronóstico y esto es debido a que es más difícil el tratamiento de la adicción en dichos pacientes.

Según un estudio realizado en la Comunidad de Madrid sobre una muestra de ochocientos treinta y siete pacientes de centros de salud mental de dicha comunidad, los trastornos psiquiátricos más asociados con el consumo de sustancias son: los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad; seguidos por los episodios depresivos mayores y la distimia. Teniendo en cuenta dicho estudio y otros estudios realizados sobre la materia, los diagnósticos psiquiátricos más asociados al consumo de sustancias son: Trastorno antisocial de la personalidad, fobias, otros trastornos de ansiedad, episodios depresivos mayores y distimia.

### **5.3.1 Trastornos de personalidad**

La asociación entre consumo de sustancias y trastornos de la personalidad es muy frecuente: los pacientes con trastornos de la personalidad consumen más que el resto de la población y tienen peor evolución. También es normal la asociación de varios trastornos en una misma persona adicta.

Los trastornos de personalidad más frecuentes entre los adictos son los del grupo B, sobre todo el trastorno antisocial y el de personalidad límite. En cuanto a las mujeres, también son frecuentes los del grupo C, especialmente los trastornos por evitación y el de dependencia.

Los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad presentan como síntomas más frecuentes la ansiedad y la depresión (en mujeres asociada a irritabilidad y en hombres asociada a dificultad del control de los impulsos).

### **5.3.2 Ansiedad**

La ansiedad es uno de los principales trastornos que aparecen en las personas adictas y también, es una de las causas más importantes de consumo de sustancias, ya que produce una aparente mejoría de su sintomatología y por ello, se considera que la relación entre ansiedad y abuso de sustancias es bidireccional.

Las mujeres tienen dos veces más probabilidad que los hombres de sufrir trastornos de ansiedad. También se han encontrado altas tasas de trastornos de ansiedad en personas adictas a la cocaína. Si se tiene en cuenta el género en las mujeres drogodependientes existe una mayor desvitalización, apatía y desánimo, además de déficit de autoestima crónico e infravaloración de sí mismas y sus capacidades<sup>6</sup>

## 5.4 ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

### 5.4.1 Definición de nuevas tecnologías y la adicción a estas

Las nuevas tecnologías se refieren a todos los nuevos medios que, en los últimos años, han facilitado el flujo de información (internet, el videodisco digital [DVD], los ordenadores portátiles y todos los aparatos tecnológicos que sirven para producir, desarrollar y llevar a cabo la comunicación).<sup>7</sup>

Este trabajo se centra sobre todo en aquellas tecnologías que permiten el acceso a Internet, suponiendo que este hecho es el que las hace más adictivas.

En los últimos veinticinco años las nuevas tecnologías de la comunicación han irrumpido en la sociedad convirtiéndose en un elemento fundamental en el quehacer diario para el afrontamiento y resolución de un sinfín de situaciones, desde las más sencillas a las más complejas, así como una parte importante del ocio y el tiempo libre. Este avance incuestionable en las tecnologías no está exento de problemas para algunas personas que han hecho de su uso una necesidad constante, el eje de su vida y una buena parte de su tiempo, al punto de interferir en el cumplimiento de las obligaciones de la vida diaria y convertirse en una auténtica “adicción”. Sin embargo, sólo una minoría de personas que de forma habitual las usa acaban presentando comportamientos adictivos o problemas de adicción, representando un porcentaje inferior al 10%. En las personas que pertenecen a este 10% se ha observado la presencia de diversos factores (*genéticos, neurobiológicos y ambientales*) que contribuyen al desarrollo de estos trastornos por presentar una mayor vulnerabilidad. Dicha vulnerabilidad aumenta más si la persona presenta de forma concomitante otro trastorno mental. La presencia de comorbilidad psiquiátrica en una parte de los afectados podría actuar como factor de confusión diagnóstica.<sup>8</sup>

Según la OMS, la adicción a Internet se caracteriza por preocupaciones, impulsos o comportamientos excesivos o mal controlados con respecto a su uso que provocan deficiencias o angustia psicológica. En este caso, es muy importante diferenciar entre los conceptos de adicción a Internet y sobreuso o abuso de Internet. No obstante, no se debe pasar por alto que, hasta el momento, no existe unanimidad en la comunidad científica internacional a la hora de considerar las ciberadicciones como una enfermedad, además de carecer de definiciones operativas para las diferentes expresiones del problema: videojuegos online, cibercasino, chat, redes sociales, ciber-sexo, compra online compulsiva etc. Al ser una problemática relativamente nueva, no está reconocida ni por el DSM- 5 (*American Psychiatric Association, 1994*) ni por el sistema de Clasificación Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (*CIE-10, World Health Organization, WHO, 1992*) lo que dificulta su clasificación, así como su tratamiento.<sup>9</sup>

Para acabar, cabe destacar que también existen argumentos a favor del uso de las pantallas. Un uso adecuado puede representar nuevas adquisiciones de conocimientos, enriquecer el vocabulario del niño, facilitar la

regulación emocional, incrementar la comprensión de los mecanismos de funcionamiento social, ya que, el juego controlado proporciona satisfacciones psicológicas, incluso puede facilitar determinadas habilidades de coordinación visomotora y mejorar la capacidad de abstracción.

#### **5.4.2 Sintomatología**

La adicción a Internet se ha convertido en un problema de salud pública cada vez más importante en todo el mundo y parece obstaculizar la capacidad para administrar y equilibrar el tiempo, la energía y la atención, lo que está provocando cambios en el estilo de vida y déficits de comportamiento al afectar a la motivación y a la memoria, entre otros.<sup>4</sup> Podría plantear graves problemas sociales y de salud, incluidas las influencias negativas relacionadas con la salud física, la salud mental y el desarrollo social.

Hasta el momento, se han descrito en la literatura **síntomas físicos** como: astenia, desnutrición, cefalea, fatiga ocular, tensión y contracturas musculares, insomnio/hipersomnia, sedentarismo, sobrepeso/obesidad, etc. A **nivel psicológico** destacan: empobrecimiento afectivo, ansiedad, inestabilidad emocional, depresión, inmadurez, problemas de aprendizaje, confusión mundo real-imaginario, ira/ agresividad, comportamiento impulsivo, ideación suicida, autolesiones etc. Finalmente, a **nivel social** se puede encontrar: aislamiento social, incumplimiento de las obligaciones familiares-académicas-sociales, conflictos en el ámbito familiar-académico-social, problemas legales, etc.<sup>8</sup> Más de cuatro horas al día de actividades basadas en la pantalla podrían resultar en un mayor riesgo de tener síntomas somáticos como mareos, dolores de cabeza, temblores o dolores de estómago.

Otras características destacables son la gran satisfacción y euforia que sienten las personas adictas cuando están conectados, la búsqueda de nuevas sensaciones que les ofrece la red, el pensamiento continuo en internet cuando están haciendo otras cosas (**prominencia**) y la preocupación constante por lo que ocurre en la red. Además, suelen mantener en secreto o mienten sobre el tiempo real que pasan conectados y van aumentando el tiempo invertido en él (**tolerancia**), descuidan tanto sus obligaciones diarias como sus relaciones sociales (especialmente con amigos y familia) destinando todas las horas de ocio a navegar por la red. Si pasan un tiempo sin conectarse se sienten inquietos, angustiados o deprimidos (síntomas de **abstinencia**) y, finalmente, todos los intentos de interrumpir la conexión a la red son fallidos.<sup>10</sup>

#### **5.4.3 Diagnóstico**

El diagnóstico es mayoritariamente clínico y pueden ser de ayuda los cuestionarios que veremos en este apartado.

Los criterios diagnósticos establecidos incluyen la necesidad de conectarse a Internet cuando está fuera de línea, instancias en las que las formas de entretenimiento, las relaciones sociales o la actividad física se limitan a estar en línea, la variabilidad en el estado de ánimo de una persona, tal vez debido a estar en línea durante

muchas horas, e incapacidad para desconectar, con el consiguiente aumento del aislamiento social del propio usuario y destrucción de sus relaciones más cercanas.<sup>8</sup>

Hasta la fecha, se han desarrollado una serie de cuestionarios que ayudan a este diagnóstico:

Uno de los primeros intentos por conceptualizar la adicción a Internet partió del psiquiatra **Ivan Goldberg** (1995), quien propuso un conjunto de criterios para el diagnóstico del trastorno de adicción a Internet (IAD) basados en los criterios diagnósticos del abuso de sustancias, los cuales son:

- Cambios drásticos en los hábitos de vida a fin de tener más tiempo para conectarse
- Disminución generalizada de la actividad física
- Descuido de la salud propia a consecuencia de la actividad en Internet
- Evitación de actividades importantes a fin de disponer de mayor cantidad de tiempo para permanecer conectado
- Deprivación o cambio en los patrones de sueño a fin de disponer de más tiempo en la red
- Disminución de la sociabilidad que tiene como consecuencia la pérdida de amistades
- Negligencia respecto a la familia y amigos
- Rechazo a dedicar tiempo extra en actividades fuera de la Red
- Deseo de más tiempo para estar frente al ordenador
- Negligencia respecto al trabajo y las obligaciones personales

Posteriormente la **doctora Kimberly Young (1996)**, creadora del Center for On-Line Addiction de la Universidad de Pittsburg, estableció un grupo de criterios para diagnosticar el síndrome de la Adicción a Internet adaptados de los utilizados para el diagnóstico de Juego Patológico. Al mismo tiempo propuso un cuestionario de nueve ítems, considerando adicto a Internet a la persona que puntúa afirmativamente a cinco o más de los ítems y siempre que los síntomas no se expliquen por la existencia de un trastorno mental (manía).

En el 2002 surge la **Escala de cognición en línea (OCS) de Davis, Flett y Besser** que evalúa el bienestar en línea, la impulsividad, la depresión y la medida en que estar en línea distrae a una persona de la vida real. El OCS fue el cuestionario utilizado por Caplan (2003) para desarrollar otro instrumento muy utilizado: **Escala Generalizada de Uso Problemático de Internet**.

Otro cuestionario empleado es el **cuestionario de problemas relacionados con Internet** (De Gracia et al., 2002) que se basa en los criterios de problemas de juego incluidos en el DSM- IV-TR. Éste, a su vez, se utilizó como base para desarrollar el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI) -más desarrollado en el apartado de material y métodos- que evalúa dos dimensiones: una intrapersonal y otra interpersonal. Uno de los puntos más interesantes de este cuestionario es la incorporación de factores de relación interpersonal que reflejan la creciente importancia de las nuevas formas de socialización abiertas a

los jóvenes gracias a Internet. Estos factores incluyen la necesidad de establecer amistades en línea y la facilidad con la que se pueden llevar a cabo las relaciones en línea.<sup>11</sup>

#### **5.4.4 Factores de riesgo y factores protectores**

Se han barajado distintas hipótesis sobre el motivo por el cual la gente se acaba enganchando a alguna de las nuevas tecnologías. Entre las más comentadas destacan: facilidad de acceso, rapidez e inmediatez en la conexión, funcionamiento las veinticuatro horas del día, posibilidad de acceder a todo tipo de contenidos y estímulos, facilitación de las relaciones sociales, recompensa en un corto periodo de tiempo, desafío y nivel creciente de dificultad junto con la sensación de control o dominio en los juegos, visibilidad y reafirmación de la identidad en el grupo, conexión permanente con los amigos, alivio de las tensiones y del malestar emocional, “desconexión” de la realidad, posibilidad de crear personalidades ficticias, anonimato, etc.

Aparte, existen un conjunto de factores de riesgo que confieren una mayor vulnerabilidad en el desarrollo de adicción a las NTIC que son:

- **Edad:** concretamente la adolescencia, por el momento madurativo del sistema nervioso central y todo lo que de ello deriva en el control y manejo de las nuevas experiencias, la impulsividad y la toma de decisiones. El proceso de maduración cerebral ocurre asincrónicamente desde regiones posteriores hacia la zona frontal, de forma que las zonas involucradas en el sistema de recompensa y de motivación en la búsqueda de estímulos placenteros (estriado, núcleo accumbens, amígdala, etc.) maduran antes que la región cortical prefrontal implicada en la toma de decisiones, la planificación y la inhibición de las conductas impulsivas.
- **Estados emocionales:** Disforia, intolerancia a estímulos displacenteros físicos o psíquicos y búsqueda de sensaciones fuertes.
- **Personalidad:** Timidez excesiva, introversión, inseguridad, rechazo de la imagen corporal, estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas, alexitimia, falta de identidad y baja autoestima que es uno de los factores más relevantes.
- **Enfermedades mentales:** Depresión, TOC, TDAH, abuso de drogas (destacamos el alcoholismo), bipolaridad, trastorno del control de impulsos, fobia social, TCA y hostilidad. En los últimos años algunos autores han mostrado que la relación entre TDAH y adicción a las nuevas tecnologías es moderadamente alta (Andreassen et al., 2017) debido a las características del trastorno de déficit de atención e hiperactividad tales como el deficiente aprendizaje del autocontrol -el autocontrol parece ser una de las variables que tiene una relación más alta con el abuso de las nuevas tecnologías- y las dificultades para retardar la gratificación y tolerar la frustración.<sup>12</sup>

Cabe destacar que los trastornos de la personalidad ocurren mayormente en pacientes con desórdenes relacionados con los videojuegos.

Se cree que los trastornos del ánimo, los trastornos de ansiedad y el TDAH son los principales impulsores del uso excesivo de Internet. Síntomas psiquiátricos más graves se han asociado con la adicción a Internet comparado con otras adicciones a sustancias.

- **Tendencia a preocuparse y estilo de crianza**: los resultados de distintos estudios indican que la tendencia general a preocuparse está relacionada con una mayor adicción a Internet entre los niños, ya que las personas con un alto nivel de preocupación pueden usar excesivamente Internet para buscar información y respuestas sobre sus inquietudes. También el uso de teléfonos inteligentes o Internet podría ser una de las estrategias que les ayude a distraerse o escapar de los sentimientos negativos. Además, se observó que la asociación entre la preocupación y la adicción a Internet fue más fuerte en aquellos individuos que recibieron estilos de crianza permisivos. Por lo tanto, los estilos de crianza son influyentes en la prevención de la adicción a Internet, ya que juegan un papel importante en la psicopatología infantil. Los estilos de crianza que no proporcionan autonomía o que la proporcionan de forma ilimitada influyen negativamente en la salud mental de los niños, ya que éstos desarrollan un bajo nivel de confianza en sí mismos y no pueden usar habilidades efectivas de afrontamiento emocional, pudiendo derivar en ansiedad u otras psicopatologías. Además, la paternidad permisiva sin ser dominante también resultaría en ansiedad infantil, ya que no hay orientación ni direcciones para que los niños aprendan a gestionar eficazmente sus emociones. Investigaciones recientes han demostrado que el estilo de crianza permisivo predice positivamente el uso adictivo de Internet por parte de los adolescentes y el estilo de crianza autoritario, todo lo contrario.<sup>13</sup>

El género no parece estar relacionado con el uso problemático de Internet aunque se ha visto que los varones tienen un uso más alto de las nuevas tecnologías.

Los factores de protección están siendo ampliamente desarrollados por distintas instituciones que potencian programas preventivos específicos orientados principalmente en las siguientes áreas: información y formación de los padres, educadores y de los niños, adolescentes y jóvenes; uso adecuado de sistemas de seguridad e instrumentos de control, etc. Un ejemplo de este trabajo es la Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, móviles y videojuegos, editada por la Fundación Gaudeum, en la que se detallan los factores de riesgo/protección. Entre los segundos se destacan: factores personales (autoestima, asertividad, autonomía, habilidades sociales, rendimiento académico/laboral, etc.) y factores familiares (comunicación familiar, normas y límites, alternativas de ocio y tiempo libre, coherencia y ejemplo, etc.).<sup>8</sup>

En este trabajo se intentará analizar con la muestra obtenida si existe relación entre estos factores y la adicción a las nuevas tecnologías.



#### **5.4.5 Epidemiología en el marco actual**

En el año 2018 el Ministerio de Sanidad incluyó por primera vez a las nuevas tecnologías dentro del Plan Nacional de Adicciones concluyendo que más de la mitad de los adolescentes hacen un uso inadecuado del teléfono móvil y que 28,4% muestra un uso de riesgo<sup>8,14</sup>

Según el INE, en el año 2021 en España, el 93,9% de la población de 16 a 74 años ha utilizado Internet en los últimos tres meses, 0,7 puntos más que en 2020 aunque es una práctica mayoritaria en los jóvenes de 16 a 24 años, con un 99,7% en los hombres y un 99,6% en las mujeres.

La mayoría de los encuestados (el 85,8 %) manifiesta tener dos, tres o más televisores en casa. La media de visualización de televisión es de 15 horas y 45 minutos a la semana por persona. Asimismo, casi todos los alumnos (el 79,8 %) afirman poseer una videoconsola en su casa. Se encuentran porcentajes más altos entre los alumnos de menor edad y es de destacar que un 8,8 % de los varones dedica a jugar 25 horas o más a la semana a juegos electrónicos.

Respecto a los ordenadores, la mayor parte de los jóvenes encuestados (el 87,5 %) tienen 1 o 2 ordenadores en su casa, y tan sólo el 3,74 % no disponen de él. Se puede señalar que un 3,8 % navega más de 10 horas por Internet a la semana y respecto al contenido de las páginas que visitan, son los varones quienes acceden más a las páginas web eróticas (22 %) mientras que el número de mujeres que visita dichas páginas es de 0,9 %. El 42 % de los alumnos manifiesta que es el teléfono móvil el aparato del que más les costaría desprenderse.

Los datos del último año del *Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019)* muestran que la proporción de menores que usan las nuevas tecnologías es muy elevada y se observa un discreto aumento del uso del internet conforme va aumentando la edad, comenzando a los 12 años con un uso de internet del 92.4% y un 98% a los 15 años. Se encuentran diferencias más pronunciadas en cuanto a tener un teléfono móvil en propiedad, a los 12 años el 63.9% de los adolescentes dispone de un móvil, a los 13 años ya dispone de móvil el 84%, hasta llegar a los 15 años cuando tienen un teléfono inteligente el 93.8% de los adolescentes.

El tiempo total diario que los adolescentes podrían hacer del uso de los aparatos electrónicos como el móvil, el ordenador o la televisión, podría superar las 6 horas diarias...Un uso que podría incrementarse más durante los fines de semana y días festivos.

#### **5.4.6 Tratamiento y prevención**

La intervención inmediata ante la sospecha o constatación de signos de alarma es clave en la evitación de complicaciones más graves. En cuanto a los signos de alarma o situaciones que merecen especial atención

están: inseguridad y/o irritación sin móvil, evitación de lugares sin cobertura, estar más pendiente de las relaciones telefónicas que de las cara-a-cara, deterioro de la comunicación, gastos exagerados e insomnio.

La mentira y la manipulación sobre el tiempo real del uso de las NTIC suele ser un hecho habitual, así como las quejas de los más próximos (padres, hermanos...) sobre su utilización permanente. También se puede observar ansiedad, inquietud, ira o agresividad si se obliga a interrumpir el uso.

El mejor tratamiento es la prevención. Desde la AEPD orientan el **tratamiento preventivo** en cinco áreas: *Tiempo de uso, privacidad, contenidos, familia y sujeto*<sup>15</sup>

- **Tiempo de uso:** El control sobre el tiempo de utilización es fundamental a la hora de evitar crear el "hábito". Se debe fomentar y enseñar el uso responsable y consensuar las normas de uso. Realizar supervisión del tiempo de uso y crear horarios de utilización haciendo del uso de las NTIC un premio o privilegio.
- **Privacidad:** Es prioritario explicar en detalle el significado de los datos personales y los riesgos de compartirlos. Es importante controlar y restringir el acceso al perfil, no aceptar peticiones de amistad de personas desconocidas, evitar descargas de archivos o programas sospechosos, seleccionar las imágenes y vídeos publicitados en la red, tener mucha precaución en citas con personas conocidas por internet y denunciar de forma inmediata cualquier tipo de extorsión, chantaje o acoso sufrido en la red.
- **Contenidos:** Medidas como la supervisión y control por los padres de los contenidos visitados o juegos será prioritario a la hora de valorar el beneficio-riesgo de su uso.
- **Familia:** Educar y reforzar alternativas de ocio. Establecer una relación de confianza y comunicación, así como la detección precoz de los signos de alarma será imprescindible. Además, es importante intentar estar al día sobre las NTIC para tener los mismos conocimientos que los hijos.
- **Sujeto:** Educación y formación para la buena utilización de las NTIC.

Así pues, no se trata de prohibir el uso de las nuevas tecnologías sino de enseñar a utilizarlas de forma correcta.

El **tratamiento de la adicción** a Internet aún no se ha estandarizado, aunque el primer objetivo es determinar el nivel de motivación del paciente. En muchos casos el paciente puede ser un niño, un adolescente o un adulto joven, y el tratamiento también debe involucrar a los familiares próximos. Así pues, las intervenciones terapéuticas se han de estructurar en función de la motivación y los recursos del paciente y de su familia. La reeducación familiar es fundamental para un resultado exitoso.

Como ya ha sido mencionado en el apartado de prevención, dichas estrategias de reeducación incluyen establecimiento de límites de tiempo de uso, privacidad...

En definitiva, actualmente hay dos tipos de abordajes posibles, que pueden combinarse entre ellos:

- **Abordaje psicológico:** Numerosos estudios han sugerido que la **terapia cognitivo-conductual (TCC)** es un tratamiento eficaz para las adicciones a Internet. La medicina de la adicción se basa en gran medida en estrategias psicoeducativas y en la identificación de los desencadenantes cognitivos, emocionales, conductuales y los antecedentes de recaídas. La entrevista y la mejora motivacionales son técnicas efectivas para evaluar, establecer y aumentar la motivación para la abstinencia, así como la alianza terapéutica para el tratamiento de las adicciones.

Los pacientes que buscan ayuda para los trastornos relacionados con Internet -como otras adicciones- tienen una disposición variable para el cambio y con frecuencia son presionados para recibir tratamiento por un miembro de la familia. Éstos a menudo carecen de una apreciación de las secuelas de su comportamiento, dicho factor, junto con la falta de médicos especializados en este campo y la visión popular de Internet y los videojuegos como entretenimiento inofensivo, crean obstáculos en el proceso de tratamiento creando dificultad a la hora de lograr la abstinencia.

Quizás la mejor opción sea conseguir un uso moderado y consciente a través de la reestructuración conductual y neurobiológica (identificar y cambiar el patrón de respuesta de impulso o de activación).

- **Abordaje farmacológico:** Puede usarse como complemento a la terapia cognitiva pero el pilar fundamental del tratamiento de la adicción a internet es el abordaje psicológico. La farmacología se elegirá en función de la gravedad y la repercusión del problema en la vida del individuo y si existen comorbilidades asociadas (ansiedad social, depresión, trastornos de personalidad...) deberán tratarse farmacológicamente también.

Pese a que no hay un tratamiento farmacológico consensuado para tratar dicha adicción, se ha demostrado la eficacia de varios antidepresivos, antagonistas y agonistas parciales de los receptores opioides, estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos, fármacos glutamatérgicos, antagonistas del receptor de aspartato y psicoestimulantes en algunas personas adictas.

El medicamento que se ha estudiado más ampliamente es el bupropión y ciertos hallazgos sugieren que el tratamiento con bupropión para la depresión y la adicción a los videojuegos puede ser más efectivo cuando se combina con la TCC.

En conclusión, no existe un tratamiento farmacológico definido para tratar la adicción a las NTIC sino que éste deberá individualizarse en función de la sintomatología y comorbilidades asociadas de cada individuo.

## 6. MATERIAL Y MÉTODOS

Se facilitó a través de Internet un cuestionario creado a través de la plataforma Google Forms y compuesto por diferentes preguntas sociodemográficas (*Anexo 1*), la prueba de autoestima de Rosenberg, el FAST, el CERi, el CERM y el SA-45.

### 6.1 SUJETOS

En este Trabajo de Fin de Grado participaron 262 sujetos adultos jóvenes entre 18 y 35 años.

### 6.2 INSTRUMENTOS

Los instrumentos empleados en este trabajo fueron:

- **SA – 45**<sup>16,17</sup> (*Anexo 2*): es un instrumento de autoinforme de síntomas psicopatológicos de 45 ítems derivado del SCL-90. Consiste en nueve escalas de 5 ítems cada una que evalúan las mismas dimensiones (Somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR) i Psicoticismo (PSIC) que el SCL-90, si bien minimizando el solapamiento entre estas. El sujeto debe indicar cuánto ha estado presente cada uno de los 45 síntomas durante la última semana, según una escala Likert entre 0 («Nada en absoluto») y 4 («Mucho o extremadamente»). En definitiva, es un cuestionario más breve, consistente y equilibrado que permite una utilización más rutinaria y efectiva. Es de gran utilidad para realizar una evaluación inicial de pacientes como método objetivo para el gravamen del síntoma, para medir el progreso del paciente (antes, durante y después del tratamiento), como medida de los resultados/efectos del tratamiento y en Ensayos Clínicos para ayudar a medir los cambios en síntomas tales como depresión y ansiedad. El Cuestionario es utilizado por psicólogos clínicos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental.
- **Cuestionario CERM** - *Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil* - (*Anexo 3*): se trata de un cuestionario creado en 1998 y adaptado posteriormente en 2002 (Gracia y cols.) que se emplea en salud mental para evaluar el uso del móvil en la población y poder identificar si existen problemas derivados de dicho uso. Contiene un total de 10 ítems que se puntúan de 1 a 4 siendo: 1 = *Casi nunca*, 2 = *Algunas veces*, 3 = *Bastantes veces* y 4 = *Casi siempre*. La puntuación mínima son 10 y la máxima son 40 puntos, el punto de corte a la hora de identificar problemas con el uso de los móviles es 16, de modo que el rango de puntuación entre 10 y 15 indica que no hay problemas en el uso del móvil; un rango de 16 - 23 indicaría problemas ocasionales con el uso del móvil y de 24 - 40 indica problemas frecuentes con el uso de los móviles.

- **Cuestionario CERl** - *Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el uso de Internet* - <sup>18</sup> (Anexo 4): es un cuestionario que se emplea en salud mental para valorar el uso de internet e identificar problemas derivados de éste. Incluye preguntas relacionadas con el aumento de la tolerancia, efectos negativos sobre la conducta, las relaciones sociales y familiares, la reducción de actividades debidas al uso de Internet, la pérdida de control y el deseo intenso de estar conectado. El cuestionario consta de 10 ítems que se puntúan del 1 al 4 siendo: 1 = *Casi nunca*, 2 = *Algunas veces*, 3 = *Bastantes veces* y 4 = *Casi siempre*. Así pues, la puntuación mínima son 10 puntos y la máxima 40. Si el individuo obtiene un rango de puntuación de 10 - 17 significa que no tiene problemas en el uso de internet; si la puntuación va de 18 - 25 el cuestionario indica que existen problemas ocasionales con el uso de internet mientras que si la puntuación va de 26 a 40 se podría decir que el individuo tiene problemas frecuentes con el uso de éste.
  
- **FAST - Functioning Assessment Short Test** - <sup>19</sup> (Anexo 5): es un instrumento sencillo, de fácil aplicación y rápido que fue desarrollado para la valoración clínica de las limitaciones que presentan los enfermos psiquiátricos, especialmente aquéllos con trastorno bipolar. Pretende ser una escala de valoración de dificultades objetivas y por lo tanto no es una escala de calidad de vida. Al ser una escala de 24 ítems, puede ser integrada sin demasiados problemas tanto en la práctica clínica como en la investigación. También puede ser útil en ensayos clínicos para valorar el funcionamiento de los individuos con diferentes tratamientos. La FAST es una escala destinada a la medición continua del funcionamiento de los pacientes y es capaz de detectar cambios mínimos producidos por tratamientos diferentes que den lugar a una mejoría o empeoramiento de los síntomas. Los 24 ítems se agrupan en 6 áreas específicas de funcionamiento: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio. El marco de referencia temporal estándar es de los últimos 15 días. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación. Las puntuaciones para cada uno de los ítems oscilan entre 0 y 3 (0=ninguna dificultad, 1: poca dificultad, 2: bastante dificultad, 3: mucha dificultad. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. A mayor puntuación, mayor dificultad. El clínico ha de valorar las limitaciones que presenta el paciente teniendo en cuenta el funcionamiento normal esperado en una persona del mismo sexo, edad, y situación sociocultural. Se obtiene la puntuación total de la escala sumando todas las puntuaciones. Se pueden obtener las puntuaciones de cada dominio o área de funcionamiento sumándose por separado. Una puntuación total > 11 indicaría dificultades funcionales.
  
- **Escala de autoestima de Rosenberg** (Anexo 6): se trata de una de las escalas más utilizadas para la evaluación de la autoestima a nivel global, fue creada por Rosenberg en el año 1989 y cuya fiabilidad y validez interna han sido demostradas en estudios como el realizado por *Antonio J Vázquez Morejón, Rosa Jiménez García- Bóveda y Raquel Vázquez- Morejón Jiménez* que constaba de una muestra de 533 sujetos

derivados a Centros de Salud Mental. La escala consta de 10 ítems basados en la percepción de uno mismo/a con enunciados negativos (3, 5, 8, 9 y 10) y positivos (1, 2, 4, 6 y 7). Las respuestas a cada uno de estos ítems siguen un orden categórico desde “muy de acuerdo”, “de acuerdo”, “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”. A cada respuesta le corresponde una puntuación siendo 1 punto = muy de acuerdo, 2 puntos = de acuerdo, 3 puntos = en desacuerdo y 4 puntos = muy en desacuerdo, por tanto, la puntuación total máxima son 40 puntos y la mínima 10. Una puntuación **menor a 25 indica una autoestima baja** y entre 25 y 30 se considera el rango de autoestima normal.

- **Test de hipótesis:** para llevar a cabo el análisis estadístico se han empleado distintas pruebas de hipótesis: **Chi-cuadrado** (en el caso de dos variables cualitativas), **Fisher** (en el caso también de dos variables cualitativas pero que no cumplen las condiciones para aplicar chi-cuadrado- sobre todo debido a una muestra pequeña- y que no tengan más de dos categorías) y **T-Student** (en el caso de una variable cuantitativa- *en nuestro caso la edad*- y una variable cualitativa). Se ha elegido un intervalo de confianza del 95% (error tipo I al 0,05), por lo que, cualquier valor de p inferior a 0,05 será considerado estadísticamente significativo e indicará asociación entre las variables analizadas.

## 7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se muestra la lista de las variables estudiadas y los resultados obtenidos.

### Variable EDAD

Se ha dividido la muestra en cuatro rangos de edad y se obtuvieron los porcentajes correspondientes a su peso dentro de la muestra total: 18-22 años (29%); 23-27 años (56%); 28-32 años (14%) y 33-35 años (1%).

- Edad y adicción a Internet (Anexo 7): se puede afirmar que hay una asociación entre estas dos variables ya que el valor de p al realizar la prueba T-Student es 0,038. Por lo tanto, los más jóvenes tienen más tendencia a tener conductas abusivas de Internet. Destaca que la media de edad de los individuos adictos es inferior a la de los individuos no adictos (22,71 años en comparación a 24,08 años).
- Edad y adicción al móvil (Anexo 8): no existe asociación entre ambas variables ya que p es igual a 0,279 al aplicar T-Student. Sin embargo, cabe destacar que las personas calificadas como adictas mediante el CERM se sitúan en una franja de edad más reducida (entre 22-23 años) que los no adictos (entre 22 y 26 años).

## Variable SEXO

Dentro de la muestra estudiada un 72,1% son mujeres y un 27,9% varones. Esto ha provocado que los resultados obtenidos en los análisis de esta variable no sean significativos ya que la proporción de varones es muy pequeña.

- Sexo y adicción a Internet (Anexo 9): al aplicar el test chi cuadrado el valor de p en este caso es de 0,110 y, por tanto, no se puede afirmar que haya asociación entre estas dos variables. A pesar de ello, destaca que el 12,3% de los varones de la muestra tienen problemas frecuentes con el Internet, frente al 6,3% de las mujeres.
- Sexo y adicción al móvil (Anexo 10): no hay asociación entre ambas variables ya que al aplicar el test de chi cuadrado la p es de 0,254. Aun así, es importante comentar que las mujeres presentan mayores niveles de adicción (4,2%) frente a los niveles del sexo masculino (1,4%).

A pesar de que los datos mencionados anteriormente no son estadísticamente significativos, es sorprendente que en el caso de la adicción a internet el porcentaje de hombres adictos es superior al porcentaje de mujeres adictas mientras que en el caso de la adicción al móvil es todo lo contrario. Esto se podría explicar por los distintos dispositivos utilizados por ambos sexos para conectarse a internet. Mientras que los varones tienden a utilizar más videoconsolas y ordenadores de mesa, por ejemplo, para los videojuegos; las mujeres usan más los móviles, en este caso, para las redes sociales.

## Variable ESTILO DE CRIANZA

El 66,8% de los individuos de la muestra han referido haberse criado bajo un estilo de crianza democrático, el 24,5% bajo un estilo permisivo; el 5,7% autoritario y el 3% negligente.

- Estilo de crianza y adicción a Internet (Anexo 11): en este caso no se cumplen los criterios para aplicar Chi-Cuadrado ni Fisher, por lo que, no se pueden considerar los resultados como significativos. Aun así, destaca que un 20% de los que han tenido un estilo de crianza autoritario han acabado sufriendo problemas frecuentes con el Internet, quizá podría entenderse como un impulso de rebeldía para desconectar de ese ambiente de elevada exigencia y bajo afecto. Un 25% de los que han tenido una crianza negligente también presentan actitudes abusivas, seguramente debido a no tener un referente que les marcara unas buenas pautas de conducta. Dentro de los criados por padres democráticos o permisivos, los porcentajes de adictos no son tan relevantes.
- Estilo de crianza y adicción al móvil (Anexo 12): en este caso no se puede aplicar ni Chi-Cuadrado ni la prueba de Fisher, por lo tanto, no se pueden considerar los resultados obtenidos como significativos. De todos modos, impresiona que los mayores porcentajes de adictos han sido obtenidos en los estilos de

crianza negligente (25%) y autoritario (20%) seguramente debido a lo ya mencionado en el apartado anterior.

### **Variable PODER ADQUISITIVO**

Dentro de la muestra 224 personas tienen renta media (85,3%), 25 pertenecen al grupo de renta baja (9,8%) y 13 personas presentan renta alta (4,9%).

- Poder adquisitivo y adicción a Internet (Anexo 13): en este caso no se cumplen los criterios para aplicar Chi-Cuadrado ni Fisher, por lo tanto, no se pueden dar los resultados como significativos. Aun así, el 15,4% de las personas con renta alta han desarrollado comportamientos abusivos con el Internet que, quizás, se podrían relacionar con la facilidad que han tenido dichas personas para adquirir aparatos electrónicos que les proporcionen acceso a éste.
- Poder adquisitivo y adicción al móvil (Anexo 14): no se puede aplicar ni Chi-Cuadrado ni Fisher en este caso. Debido a esto, los datos no son significativos. Cabe mencionar que el mayor porcentaje de adictos obtenido dentro de una categoría ha sido observado en las personas de renta alta. No se ha encontrado una justificación de este fenómeno, ya que hoy en día, un individuo de cualquier estrato económico puede adquirir un dispositivo móvil, aunque sea de menor gama.

### **Variable AUTOESTIMA**

El 17,2% de la muestra presenta una autoestima normal, frente a un 82,8% que presentan autoestima baja.

- Nivel de autoestima y adicción a Internet (Anexo 15): se aplica la prueba de Fisher que ha resultado ser no significativo ( $p=0,545$ ). Destaca que el porcentaje de adictos que tienen la autoestima baja es el doble que los que tienen autoestima normal (8,8% frente a un 4,4%) esto podría justificarse porque las personas con baja autoestima tienden a usar las redes sociales para buscar la aprobación externa y poder sentirse mejor con ellas mismas.
- Nivel de autoestima y adicción al móvil (Anexo 16): en esta comparativa se aplica la prueba exacta de Fisher, obteniendo un p valor de 0,366 que no es estadísticamente significativo. De todos modos, destaca que, dentro de aquellos individuos con autoestima baja, el 4,1% son adictos al móvil frente al 0% de adictos entre aquellos con autoestima normal. La posible justificación de dicho fenómeno es la misma que la comentada en el apartado anterior.



## Variable RASGOS PSICOPATOLÓGICOS

La frecuencia obtenida de los rasgos psicopatológicos evaluados en este estudio

- Hostilidad: el 96,56% no presentan rasgos hostiles, frente al 3,44% que sí los presentan.
- Somatización: el 96,56% son no somatizadores, en cambio el 3,44% sí.
- Depresión: el 91,22% no presentan rasgos depresivos, frente al 8,4% que sí los presentan.
- Obsesión-compulsión: el 97,33% no presenta rasgos obsesivos mientras que el 2,67% sí.
- Ansiedad: el 87,40% no son ansiosos frente al 12,60% que sí lo son.
- Sensibilidad: el 98,47% de la muestra no es sensible mientras que el 1,53% sí que lo es.
- Ansiedad fóbica: mientras que el 87,40% no presentan ansiedad-fóbica, el 12,60% sí.
- Ideación paranoide: el 99,24% no presentan rasgos paranoides, sólo el 0,76% los presentan.
- Psicoticismo: el 95,42% no presentan rasgos psicóticos frente al 4,58% que sí.

### **Rasgos psicopatológicos y adicción a Internet:**

- Hostilidad (Anexo 17): al aplicar el test de Fisher se obtiene un valor de p de 0,027 y por lo tanto el resultado es significativo. Se puede afirmar que las personas con rasgos hostiles tienen una mayor tendencia a desarrollar conductas abusivas con el Internet que el resto de la población.
- Somatización (Anexo 18): en este caso al aplicar el test de Fisher se obtiene un valor de p de 0,128 y por tanto se trata de un resultado no estadísticamente significativo. A pesar de ello, impresiona ver que el porcentaje de somatizadores adictos es del 25%, frente el porcentaje de no somatizadores adictos que tan solo es de un 7,5%.
- Depresión (Anexo 19): el resultado del p valor al aplicar la prueba de Fisher es menor de 0,001 y por lo tanto tiene significación estadística. Así pues, se concluye que las personas con depresión o rasgos depresivos tienen una mayor tendencia a desarrollar conductas problemáticas con el Internet quizá como método de evasión de la sintomatología que manifiestan, aunque el uso excesivo de internet también puede favorecer al desarrollo de depresión. De este modo no se podría establecer de manera exacta si la adicción a internet es la causa o la consecuencia de los estados depresivos ya que existen otros factores intervinientes. A la hora de elegir el tratamiento de la adicción se ha de tener en cuenta la situación personal y las comorbilidades que presenta cada individuo; uno de los tratamientos que ha dado resultado son los antidepresivos, lo cual confirma la relevancia de dicha asociación.
- Obsesión-compulsión (Anexo 20): el resultado del p valor al aplicar el test de Fisher es de 0,101 por lo que los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos. Sin embargo, cabe destacar que el 28,6% de las personas con rasgos obsesivos compulsivos presentan una adicción a internet frente al 7.5% de los que no manifiestan dichos rasgos, esto podría explicarse teniendo en cuenta que tanto la

personalidad obsesiva- compulsiva como la personalidad que favorece la adicción comparten el rasgo de impulsividad a la hora de realizar un acto.

- Ansiedad (Anexo 21): al aplicar el test de Fisher se obtiene un p valor de 0,002 y por tanto, estadísticamente significativo, pudiendo concluir que las personas con ansiedad presentan más problemas de adicción a internet. Al igual que ocurre con la depresión, Internet puede ser utilizado como método de evasión de los síntomas ansiosos pudiendo perjudicar a la funcionalidad del adulto.
- Sensibilidad (Anexo 22): el resultado de la p valor obtenido en el test de Fisher es de 0,286 y por tanto, no tiene significación estadística. Aun así, destaca que un 25% de las personas con rasgos sensibles han desarrollado una adicción, frente a tan solo un 7,8% de las personas que no tienen este rasgo.
- Ansiedad fóbica (Anexo 23): se ha obtenido un p valor de 0,735 al realizar el test de Fisher, dicho valor no es estadísticamente significativo.
- Ideación paranoide (Anexo 24): el resultado obtenido al realizar el test de Fisher es un p valor de 0,006 y por tanto, es estadísticamente significativo. Impresiona que el 100% de las personas que presentan ideación paranoide de la muestra manifiestan una adicción a internet.
- Psicoticismo (Anexo 25): al aplicar el test de Fisher, el resultado obtenido no es estadísticamente significativo, ya que el p valor es de 0,061. A pesar de ello, se observa como el porcentaje de personas con rasgos psicóticos que ha desarrollado una adicción, triplica el porcentaje de personas sin esos rasgos (25% frente al 7,2%).

#### **Rasgos psicopatológicos y adicción al móvil:**

- Hostilidad (Anexo 26): se aplica la prueba exacta de Fisher y se llega a la conclusión de que no existe asociación entre ambas variables ya que la p es de 0,274. Aun así, destaca el hecho de que el porcentaje de personas sin rasgos hostiles que han desarrollado adicción es más de tres veces menor al porcentaje de personas con esos rasgos que la han desarrollado.
- Somatización (Anexo 27): según la prueba de Fisher el valor de la p es igual a 0,247; por lo tanto, los resultados no son significativos. Cabe destacar que el porcentaje de somatizadores y a la vez adictos cuadruplica al de no somatizadores adictos.
- Depresión (Anexo 28): en este caso, la prueba exacta de Fisher da un valor de p igual a 0,04, por lo tanto, existe asociación entre estas dos variables. El 18,2% de las personas que presentan rasgos depresivos han acabado desarrollando una adicción o la tenían previamente, porcentaje muy superior al de las personas que no presentan estos rasgos (2,1%).
- Obsesión-compulsión (Anexo 29): la prueba de Fisher da como resultado una p de 1, por ello, no existe asociación entre las variables analizadas. Es resaltable el hecho de que se ha obtenido un total de 0 individuos con obsesión-compulsión y adicción.

- Ansiedad (Anexo 30): hay asociación entre ansiedad y adicción al móvil ya que la prueba exacta de Fisher da 0,002. Como resultados relevantes para el estudio, se observa que un 15,2% de las personas con rasgos ansiosos son adictas frente a un 1,7% de personas sin estos rasgos que también lo son. No podemos confirmar qué ha sido la causa y qué la consecuencia.
- Sensibilidad (Anexo 31): en este caso se puede observar que el test de Fisher tiene como resultado una  $p$  de 1. Por este motivo, no se puede considerar los resultados como significativos. Aún así, parece interesante comentar el hecho de que no hay en la muestra ningún individuo que presente rasgos de sensibilidad y, al mismo tiempo, sea adicto al teléfono móvil.
- Ansiedad fóbica (Anexo 32): la prueba exacta de Fisher presenta un valor de 0,316 por lo que no se presenta asociación entre ambas variables. Aun así, el porcentaje de personas con rasgos de ansiedad fóbica que a la vez son adictos es el doble que el de personas sin este rasgo que lo son, aunque el porcentaje de ambos es muy bajo.
- Ideación paranoide (Anexo 33): al observar el valor obtenido en el test de Fisher ( $p = 1$ ) se llega a la conclusión de que los datos obtenidos no son estadísticamente significativos, no habiendo así correlación entre estas dos variables. Es destacable el hecho de que hay 0 personas que presentan de forma concomitante ideación paranoide y adicción.
- Psicoticismo (Anexo 34): 0,349 es el valor obtenido en el test de Fisher, por lo tanto, no hay asociación entre las variables comparadas. Un dato que parece interesante de comentar es el hecho de que el porcentaje de individuos con rasgos psicóticos adictos casi triplica el porcentaje de individuos sin rasgos psicóticos adictos.

#### **Variable ESTADO CIVIL**

- Estado civil y adicción a Internet (Anexo 35): en este caso no se cumplen criterios para aplicar ni el test de Chi-Cuadrado ni el de Fisher, por lo tanto, no se han podido analizar los datos. Aun así, los porcentajes de las tres categorías (*casados, en pareja y solteros*) son bastante similares: 11,1%, 7,1% y 8,7% respectivamente.
- Estado civil y adicción al móvil (Anexo 36): no se cumplen criterios para la aplicación de las pruebas estadísticas de chi cuadrado ni Fisher, de modo que los datos no se han podido analizar. Cabe destacar que en el grupo de los casados no hay ningún individuo que presente adicción al móvil.

#### **Variable NIVEL DE ESTUDIOS**

- Nivel de estudios y adicción a Internet (Anexo 37): en este caso no se cumplen criterios para aplicar el test de Chi cuadrado ni el test de Fisher. De todos modos, cabe destacar que se ha visto un mayor porcentaje de adicción en los grupos de bachillerato (14,3%) o formación profesional (19,2%) que en los

grados universitarios (8%) o másteres (2,6%). Seguramente, debido a la menor edad de las personas que están estudiando bachillerato y a que aquellos que estudian formación profesional tienen menos carga de trabajo que los que están haciendo un grado universitario o un máster.

- Nivel de estudios y adicción al móvil (Anexo 38): no se cumplen criterios para aplicar el test de chi cuadrado ni tampoco el test de Fisher. Aun así, hay que destacar que, a diferencia del apartado anterior, en este caso los porcentajes son muy iguales: bachillerato (4,8%), FP (3,8%), grado universitario (2,2%) y máster (4%).

#### **Variables ADICCIÓN AL MÓVIL y ADICCIÓN A INTERNET**

- Adicción al móvil y adicción a Internet (Anexo 39): el resultado del p valor al aplicar el test de Fisher es  $<0,001$ , por lo que, es estadísticamente significativo y se puede concluir que las personas que presentan adicción al móvil tienen una mayor tendencia a ser adictos a internet también y viceversa. De los adictos al móvil, un 55,6% también lo son a Internet.

### **8. LIMITACIONES**

A la hora de realizar el análisis estadístico la limitación que más ha condicionado los resultados obtenidos es que se trata de un estudio de asociación transversal por lo que no ha habido un seguimiento posterior de los individuos de la muestra. Otra limitación es que se trata de un tamaño muestral pequeño y no homogéneo, principalmente debido a la baja proporción de adictos en la población estudiada.

### **9. CONCLUSIÓN**

A partir de los resultados obtenidos en este trabajo, se ha demostrado que los sujetos de menor edad tienen más tendencia al uso abusivo de las NTIC, lo cual podría deberse al momento madurativo de su sistema nervioso central y/o a que los sujetos de mayor edad presentan más obligaciones y responsabilidades, que limitan su tiempo libre.

Asimismo, no se han encontrado diferencias significativas al analizar el estilo de crianza, a pesar de que se conoce que es un factor influyente en el desarrollo de la adicción a Internet al jugar un papel importante en la psicopatología infantil. Tampoco se han observado al analizar el género.

Por un lado, destaca la cantidad de individuos de la muestra obtenida que tienen un bajo nivel de autoestima (82,80%); la adicción a Internet (8,8%) y al teléfono móvil (4,1%) también es mayor en este grupo de personas. Por otro lado, también destacan los porcentajes significativamente elevados de psicopatología teniendo en cuenta que se trata de una muestra obtenida a partir de la población general.

Para finalizar, los sujetos que presentan rasgos depresivos y/o ansiosos tienen más problemas de adicción a Internet, ya que pueden usar el Internet como método de evasión de su sintomatología. Sin embargo, por el diseño de este estudio no se ha podido llegar a la conclusión de si esto es una causa o una consecuencia de la adicción y, es por ello, que podría ser una buena línea para seguir investigando.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Zou Z, Wang H, et al. *Definition of Substance and Non-substance Addiction. Adv Exp Med Biol.* [Internet].2017;1010:21-41 [Consultado 10 de abril de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29098666/>
2. Jorgenson AG, Hsiao RC, Yen CF. *Internet Addiction and Other Behavioral Addictions. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.* [Internet] Seattle (WA): Seattle Children's Hospital; Julio 2016. [Revisado el 21 de junio de 2016 y consultado el 10 de abril de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2016.03.004>
3. Fernández-Montalvo J, López J. *Adicciones sin drogas: características y vías de intervención.* [Internet] Navarra: Universidad Pública de Navarra; 2010. ISSN 1989-3906. [Consultado 15 Abr 2022] Disponible en: [https://www.quiero-puedo.com/wp-content/uploads/woocommerce\\_uploads/2016/07/adicciones-sin-drogas-focad-COP-COP.pdf](https://www.quiero-puedo.com/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2016/07/adicciones-sin-drogas-focad-COP-COP.pdf)
4. Greenfield DN. Treatment Considerations in Internet and Video Game Addiction: A Qualitative Discussion. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* [Internet] 2018 [Consultado 20 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S105649931730130X?via%3Dihub>
5. Ibáñez de Gauna M. *Nuevos conocimientos sobre la neurobiología de las adicciones a drogas. Aperturas Psicoanalíticas.* [Internet] 2015 [Consultado 30 Mar]. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000331>
6. Blanco P, Sirvent C, et al. *Psicopatología y género en adicciones [Internet].* 11º Congreso Virtual de Psiquiatría; 2010. [Consultado 30 Mar 2022]. Disponible en: [https://psiquiatria.com/trabajos/1cof1046615\\_.pdf](https://psiquiatria.com/trabajos/1cof1046615_.pdf)
7. Banrepcultural. *Las nuevas tecnologías de la comunicación [Internet].* [Consultado 3 May 2022]. Disponible en: [https://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php/Las\\_nuevas\\_tecnolog%C3%ADas\\_de\\_la\\_comunicaci%C3%B3n](https://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php/Las_nuevas_tecnolog%C3%ADas_de_la_comunicaci%C3%B3n)
8. Terán Prieto A. Ciberadiciones. Adicción a las nuevas tecnologías (NTIC). AEPap. Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 131-141.
9. World Health Organization. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico [Internet]. MEDITOR; 1993 [consultado Mar 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43979/9788487548284\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43979/9788487548284_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

10. García del Castillo J. *Pantallas y adicción*. [Internet]. 2012 [Consultado 30 Dic 2021]. Disponible en: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32628717/13-Pantallas\\_y\\_adiccion-Medios\\_de\\_comunicacion-with-cover-page-v2.pdf](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32628717/13-Pantallas_y_adiccion-Medios_de_comunicacion-with-cover-page-v2.pdf)
11. Casas JA, Ruiz-Olivares R, Ortega-Ruiz R. Validation of the Internet and Social Networking Experiences Questionnaire in Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet] 2013 [consultado Dic 2021]; 13(1): 40-48. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260013700061>
12. Vicente-Escudero JL, Saura-Garre P, López-Soler C, Martínez A, Alcántara M. Adicción al móvil e internet en adolescentes y su relación con problemas psicopatológicos y variables protectoras. *Escritos de Psicología* [Internet] 2019 [Consultado Dic 2021]; 12, 103-112. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092019000200007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092019000200007)
13. Wang H. Worry and Permissive Parenting in Association with the Development of Internet Addiction in Children. *NIH* [Internet]. 2020 [Consultado 19 febrero 2022]; 17(21):7722. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7660045/>.
14. Ciencia y tecnología, sociedad de la información. INE [Internet]. 2021 [Consultado 29 enero 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/>.
15. Perea, R. La Adicción a Internet y las Redes Sociales ¿Qué son y cómo se tratan? *Área Humana* [Internet]. 2019 [Consultado 3 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.areahumana.es/adiccion-a-internet/>.
16. Derogatis, L. *SCL-90-R, Test de los 90 Síntomas*. Pearson [Internet]. 2016 [Consultado 7 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.pearsonclinical.es/scl-90-r-test-de-los-90-sintomas>.
17. Bonifacio Sandín, Rosa M. SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema* [Internet]. 2007 [Consultado 11 febrero 2022]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3463.pdf>.
18. X. Carbonell, C. Graner y B. Quintero. Prevenir las adicciones a las tecnologías de la información y la comunicación en la escuela mediante actividades educativas. *Elsevier* [Internet]. 2010 [Consultado 3 Julio 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-S1575097310700064>.
19. Ribeiro, A. Prueba breve de evaluación del funcionamiento (FAST) [Internet]. *Cibersam*. 2008 [Consultado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/12361977-Prueba-breve-de-evaluacion-del-funcionamiento-fast.html>.

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1: Hoja sociodemográfica

#### Preguntas Sociodemográficas

A continuación encontrarás una serie de preguntas personales y socioeconómicas. Como hemos mencionado anteriormente, el cuestionario es completamente anónimo.

Edad \*

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Localidad \*

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Estado civil \*

Soltero/a

En pareja

Casado/a

Divorciado/a

Viudo/a

Otro: \_\_\_\_\_

Sexo \*

Mujer

Hombre

Otra...

¿Actualmente estás estudiando? \*

Sí

No

Nivel de estudios \*

Primaria

Educación Secundaria Obligatoria (ESO)

Bachillerato

Grado Universitario

Formación Profesional

Estudios superiores de Master o Doctorado



<p>¿Trabajas? *</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>En caso afirmativo, ¿a qué te dedicas?</p> <p>Texto de respuesta corta</p>
<p>Nivel de estudios de los padres *</p> <p><input type="radio"/> ESO/educación primaria</p> <p><input type="radio"/> Bachillerato</p> <p><input type="radio"/> Grado universitario</p> <p><input type="radio"/> Máster</p> <p><input type="radio"/> Otros</p>
<p>Edad de padres *</p> <p>Texto de respuesta corta</p>
<p>¿Cómo considerarías tu estilo de crianza? *</p> <p><input type="radio"/> Democrático (alto nivel de afecto y alta exigencia)</p> <p><input type="radio"/> Autoritario (bajo nivel de afecto y alta exigencia)</p> <p><input type="radio"/> Permisivo (alto nivel de afecto y baja exigencia)</p> <p><input type="radio"/> Negligente (bajo nivel de afecto y baja exigencia)</p>
<p>Poder adquisitivo propio/familiar *</p> <p><input type="radio"/> Renta baja</p> <p><input type="radio"/> Renta media</p> <p><input type="radio"/> Renta alta</p>
<p>¿Tiene alguna enfermedad mental diagnosticada? *</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>En caso afirmativo, ¿cuál?</p> <p>Texto de respuesta corta</p>

**ANEXO 2: SA-45**

*Anexo 1*  
**SA-45**

Lee atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda.

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

	0 <i>Nada en absoluto</i>	1 <i>Un poco presente</i>	2 <i>Moderada- mente</i>	3 <i>Bastante</i>	4 <i>Mucho o ex- tremadamente</i>
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Picazón en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cubierto/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconocieran adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

Clave de corrección:

Hostilidad: 7, 34, 35, 39, 43; Somatizaciones: 18, 23, 26, 29, 31; Depresión: 9, 10, 11, 27, 42; Obsesión-compulsión: 16, 20, 21, 25, 28; Ansiedad: 6, 12, 30, 38, 41; Sensibilidad interpersonal: 14, 15, 17, 32, 36; Ansiedad fóbica: 3, 8, 22, 24, 37; Manía paranoide: 2, 5, 19, 40, 44; Psicoticismo: 1, 4, 13, 33, 45

### **ANEXO 3: CUESTIONARIO CERM**

#### **Cuestionario CERM**

A continuación encontrarás algunas afirmaciones sobre tu uso de móvil. Lee atentamente cada frase e indica la frecuencia. Señala la respuesta que más se aproxime a tu realidad.

	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Has tenido el riesgo de perder una relación importante, un trabajo o una oportunidad académica por el uso del móvil?	a	b	c	d
2. ¿Piensas que tu rendimiento académico o laboral se ha visto afectado negativamente por el uso del móvil?	a	b	c	d
3. ¿Hasta qué punto te sientes inquieto cuando no recibes mensajes o llamadas?	a	b	c	d
4. ¿Sufres alteraciones de sueño debido a aspectos relacionados con el móvil?	a	b	c	d
5. ¿Sientes la necesidad de invertir cada vez más tiempo en el móvil para sentirte satisfecho?	a	b	c	d
6. ¿Piensas que la vida sin el móvil es aburrida, vacía y triste?	a	b	c	d
7. ¿Te enfadas o te irritas cuando alguien te molesta mientras utilizas el móvil?	a	b	c	d
8. ¿Dejas de salir con tus amigos por pasar más tiempo utilizando el móvil?	a	b	c	d
9. Cuando te aburres, ¿utilizas el móvil como una forma de distracción?	a	b	c	d
10. ¿Con qué frecuencia dices cosas por el móvil que no dirías en persona?	a	b	c	d

## **ANEXO 4: CUESTIONARIO CERI**

### **Cuestionario CERI**

A continuación encontrarás algunas afirmaciones sobre tu uso de Internet. Lee atentamente cada frase e indica la frecuencia. Señala la respuesta que más se aproxime a tu realidad.

	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Con qué frecuencia haces nuevas amistades con personas conectadas a Internet?	a	b	c	d
2. ¿Con qué frecuencia abandonas las cosas que estás haciendo para estar más tiempo conectado a la red?	a	b	c	d
3. ¿Piensas que tu rendimiento académico o laboral se ha visto afectado negativamente por el uso de la red?	a	b	c	d
4. Cuando tienes problemas, ¿conectarte a Internet te ayuda a evadirte de ellos?	a	b	c	d
5. ¿Con qué frecuencia anticipas tu próxima conexión a la red?	a	b	c	d
6. ¿Piensas que la vida sin Internet es aburrida, vacía y triste?	a	b	c	d
7. ¿Te enfadas o te irritas cuando alguien te molesta mientras estas conectado?	a	b	c	d
8. ¿Cuando no estás conectado a Internet, te sientes agitado o preocupado?	a	b	c	d
9. ¿Cuando navegas por Internet, te pasa el tiempo sin darte cuenta?	a	b	c	d
10. ¿Te resulta más fácil o cómodo relacionarte con la gente a través de Internet que en persona?	a	b	c	d

## ANEXO 5: FAST (FUNCTIONING ASSESSMENT SHORT TEST)

### 13.4. Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (Functioning Assessment Short Test, FAST)

¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos?

Interrogue al paciente respecto a las áreas de funcionamiento que se especifican a continuación, utilizando la siguiente escala: 0: Ninguna, 1: Poca, 2: Bastante o 3: Mucha.

Señale con un círculo el valor que corresponda:

	<i>Ninguna</i>	<i>Poca</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucha</i>
<b>AUTONOMÍA</b>				
1. Encargarse de las tareas de la casa	0	1	2	3
2. Vivir solo	0	1	2	3
3. Hacer la compra	0	1	2	3
4. Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene...)	0	1	2	3
<b>FUNCIONAMIENTO LABORAL</b>				
5. Realizar un trabajo remunerado	0	1	2	3
6. Acabar las tareas tan rápido como sea necesario	0	1	2	3
7. Trabajar en lo que estudió	0	1	2	3
8. Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	0	1	2	3
9. Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	0	1	2	3
<b>FUNCIONAMIENTO COGNITIVO</b>				
10. Concentrarse en la lectura, película	0	1	2	3
11. Hacer cálculos mentales	0	1	2	3
12. Resolver adecuadamente un problema	0	1	2	3
13. Recordar el nombre de gente nueva	0	1	2	3
14. Aprender una nueva información	0	1	2	3
<b>FINANZAS</b>				
15. Manejar el propio dinero	0	1	2	3
16. Hacer compras equilibradas	0	1	2	3
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>				
17. Mantener una amistad	0	1	2	3
18. Participar en actividades sociales	0	1	2	3
19. Llevarse bien con personas cercanas	0	1	2	3
20. Convivencia familiar	0	1	2	3
21. Relaciones sexuales satisfactorias	0	1	2	3
22. Capaz de defender los propios intereses	0	1	2	3
<b>OCIO</b>				
23. Practicar deporte o ejercicio	0	1	2	3
24. Tener una afición	0	1	2	3

## ANEXO 6: TEST DE AUTOESTIMA

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Ítems	Valoración
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
8. Desearía valorarme más a mí mismo.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo

**ANEXO 7: EDAD Y ADICCIÓN A INTERNET**

**Estadísticas de grupo**

	Ceri 2	N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
Edad	No adict	242	24,08	3,358	,216
	Adicto	21	22,71	3,566	,778

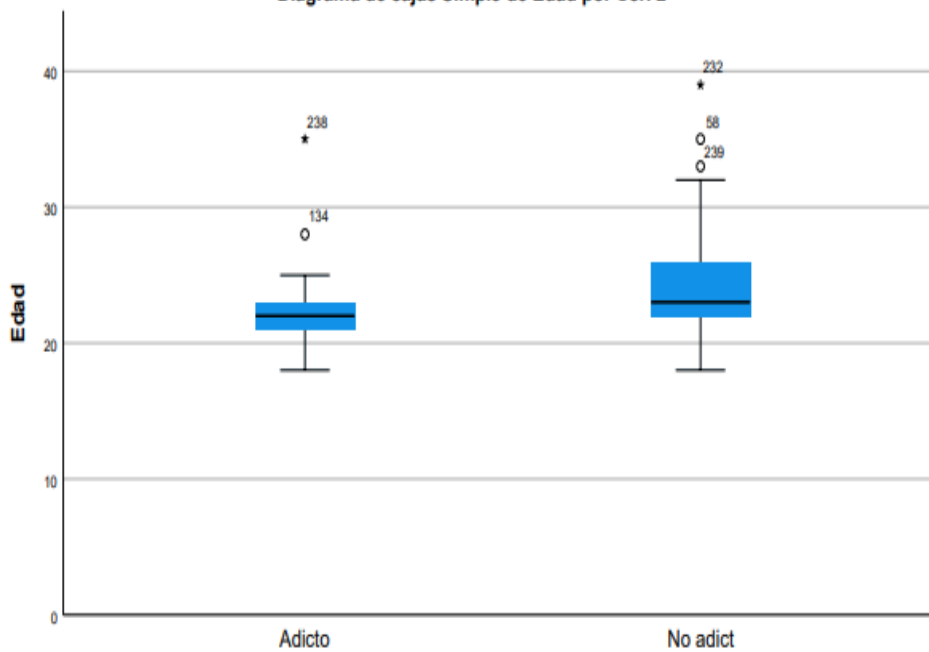
**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias	
		F	Sig.	t	gl
Edad	Se asumen varianzas iguales	,416	,520	1,777	261
	No se asumen varianzas iguales			1,689	23,185

**Prueba de muestras independientes**

		prueba t para la igualdad de medias			
		Significación		Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
		P de un factor	P de dos factores		
Edad	Se asumen varianzas iguales	,038	,077	1,364	,768
	No se asumen varianzas iguales	,052	,105	1,364	,807

**Diagrama de cajas Simple de Edad por Ceri 2**



**ANEXO 8: EDAD Y ADICCIÓN AL MÓVIL**

**Estadísticas de grupo**

	CERM2	N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
Edad	No adict	253	24,01	3,419	,215
	Adicto	9	23,33	2,291	,764

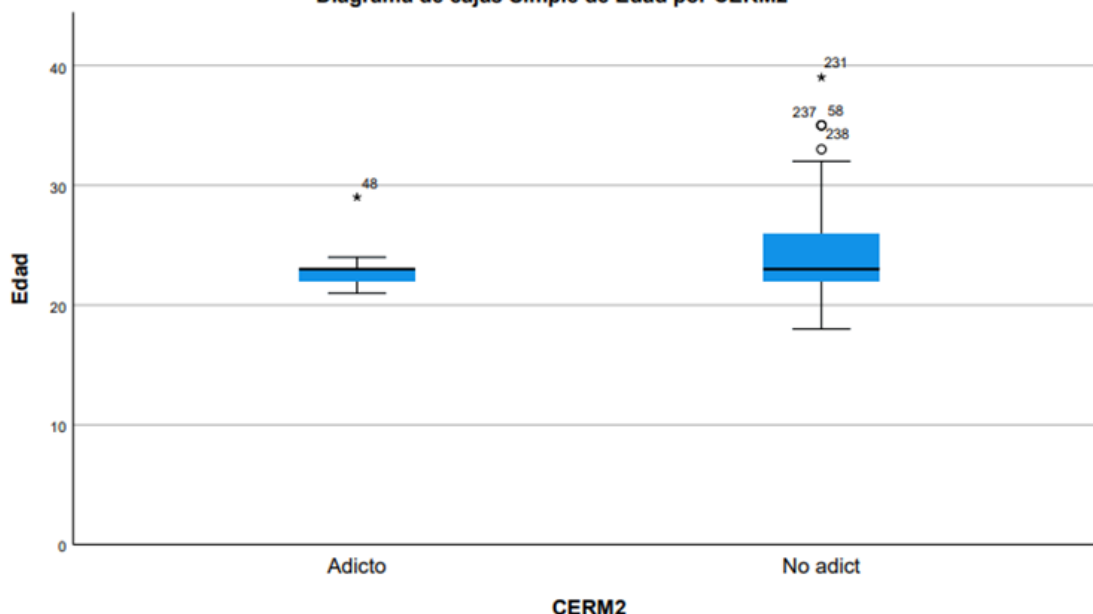
**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias	
		F	Sig.	t	gl
Edad	Se asumen varianzas iguales	2,122	,146	,587	260
	No se asumen varianzas iguales			,850	9,316

**Prueba de muestras independientes**

		prueba t para la igualdad de medias			
		Significación		Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
		P de un factor	P de dos factores		
Edad	Se asumen varianzas iguales	,279	,558	,675	1,150
	No se asumen varianzas iguales	,208	,417	,675	,793

**Diagrama de cajas Simple de Edad por CERM2**





**ANEXO 9: SEXO Y ADICCIÓN A INTERNET**

**Tabla cruzada Sexo\*CER12**

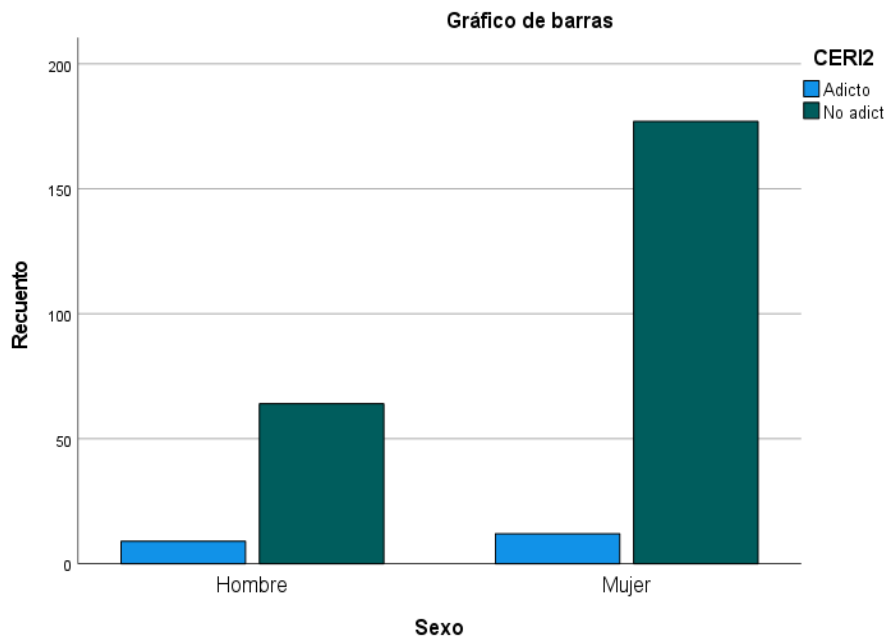
		CER12		Total	
		Adicto	No adict		
Sexo	Hombre	Recuento	9	64	73
		% dentro de Sexo	12,3%	87,7%	100,0%
	% dentro de CER12	42,9%	26,6%	27,9%	
	% del total	3,4%	24,4%	27,9%	
Mujer	Recuento	12	177	189	
		% dentro de Sexo	6,3%	93,7%	100,0%
	% dentro de CER12	57,1%	73,4%	72,1%	
	% del total	4,6%	67,6%	72,1%	
Total	Recuento	21	241	262	
		% dentro de Sexo	8,0%	92,0%	100,0%
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,554 <sup>a</sup>	1	,110		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	1,807	1	,179		
Razón de verosimilitud	2,365	1	,124		
Prueba exacta de Fisher				,129	,092
N de casos válidos	262				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,85.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



**ANEXO 10: SEXO Y ADICCIÓN AL MÓVIL**

**Tabla cruzada Sexo\*CERM2**

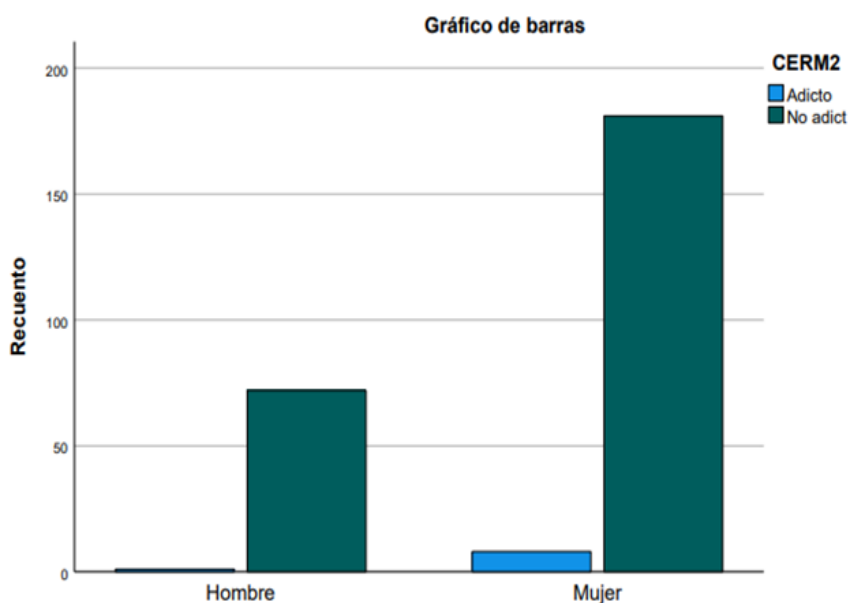
Sexo		CERM2		Total
		Adicto	No adict	
Hombre	Recuento	1	72	73
	% dentro de Sexo	1,4%	98,6%	100,0%
	% dentro de CERM2	11,1%	28,5%	27,9%
	% del total	0,4%	27,5%	27,9%
Mujer	Recuento	8	181	189
	% dentro de Sexo	4,2%	95,8%	100,0%
	% dentro de CERM2	88,9%	71,5%	72,1%
	% del total	3,1%	69,1%	72,1%
Total	Recuento	9	253	262
	% dentro de Sexo	3,4%	96,6%	100,0%
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,301 <sup>a</sup>	1	,254		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,581	1	,446		
Razón de verosimilitud	1,547	1	,214		
Prueba exacta de Fisher				,452	,232
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,51.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



## ANEXO 11: ESTILO DE CRIANZA Y ADICCIÓN A INTERNET

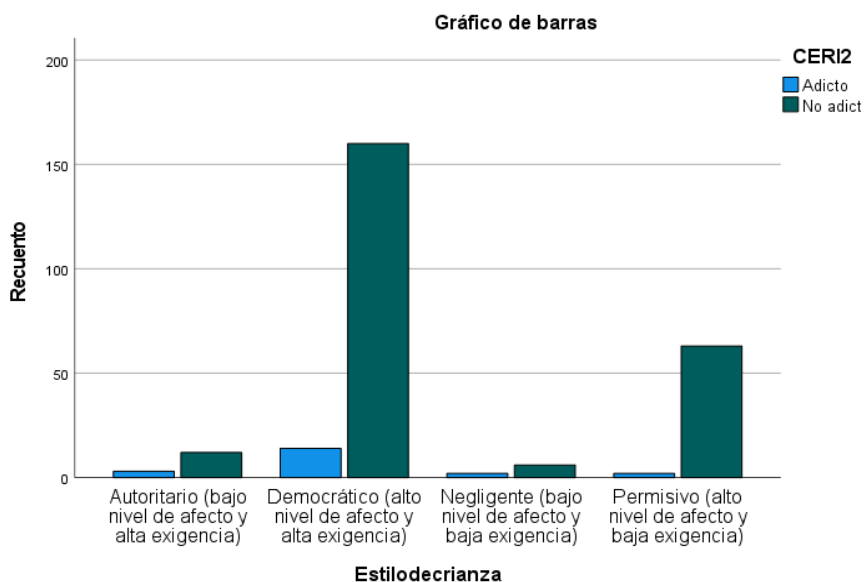
Tabla cruzada Estilodecrianza\*CER12

Estilodecrianza			CER12		Total
			Adicto	No adict	
Autoritario (bajo nivel de afecto y alta exigencia)	Recuento		3	12	15
	% dentro de Estilodecrianza		20,0%	80,0%	100,0%
	% dentro de CER12		14,3%	5,0%	5,7%
	% del total		1,1%	4,6%	5,7%
	Recuento		14	160	174
	% dentro de Estilodecrianza		8,0%	92,0%	100,0%
	% dentro de CER12		66,7%	66,4%	66,4%
	% del total		5,3%	61,1%	66,4%
	Recuento		2	6	8
	% dentro de Estilodecrianza		25,0%	75,0%	100,0%
	% dentro de CER12		9,5%	2,5%	3,1%
	% del total		0,8%	2,3%	3,1%
Permisivo (alto nivel de afecto y baja exigencia)	Recuento		2	63	65
	% dentro de Estilodecrianza		3,1%	96,9%	100,0%
	% dentro de CER12		9,5%	26,1%	24,8%
	% del total		0,8%	24,0%	24,8%
Total	Recuento		21	241	262
	% dentro de Estilodecrianza		8,0%	92,0%	100,0%
	% dentro de CER12		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		8,0%	92,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,203 <sup>a</sup>	3	,042
Razón de verosimilitud	6,996	3	,072
N de casos válidos	262		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,64.

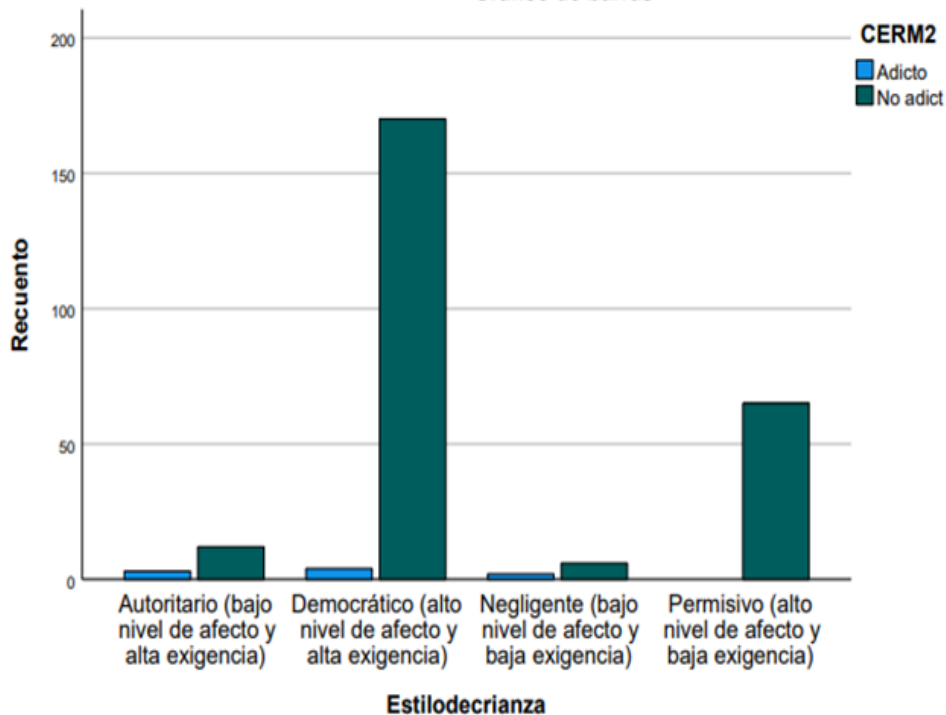


**ANEXO 12: ESTILO DE CRIANZA Y ADICCIÓN AL MÓVIL**

**Tabla cruzada Estilodecrianza\*CERM2**

			CERM2	
			Adicto	No adict
Estilodecrianza	Autoritario (bajo nivel de afecto y alta exigencia)	Recuento	3	12
		% dentro de Estilodecrianza	20,0%	80,0%
		% dentro de CERM2	33,3%	4,7%
		% del total	1,1%	4,6%
	Democrático (alto nivel de afecto y alta exigencia)	Recuento	4	170
		% dentro de Estilodecrianza	2,3%	97,7%
		% dentro de CERM2	44,4%	67,2%
		% del total	1,5%	64,9%
	Negligente (bajo nivel de afecto y baja exigencia)	Recuento	2	6
		% dentro de Estilodecrianza	25,0%	75,0%
		% dentro de CERM2	22,2%	2,4%
		% del total	0,8%	2,3%
Permisivo (alto nivel de afecto y baja exigencia)	Recuento	0	65	
	% dentro de Estilodecrianza	0,0%	100,0%	
	% dentro de CERM2	0,0%	25,7%	
	% del total	0,0%	24,8%	
Total	Recuento	9	253	
	% dentro de Estilodecrianza	3,4%	96,6%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	

**Gráfico de barras**



## ANEXO 13: PODER ADQUISITIVO Y ADICCIÓN A INTERNET

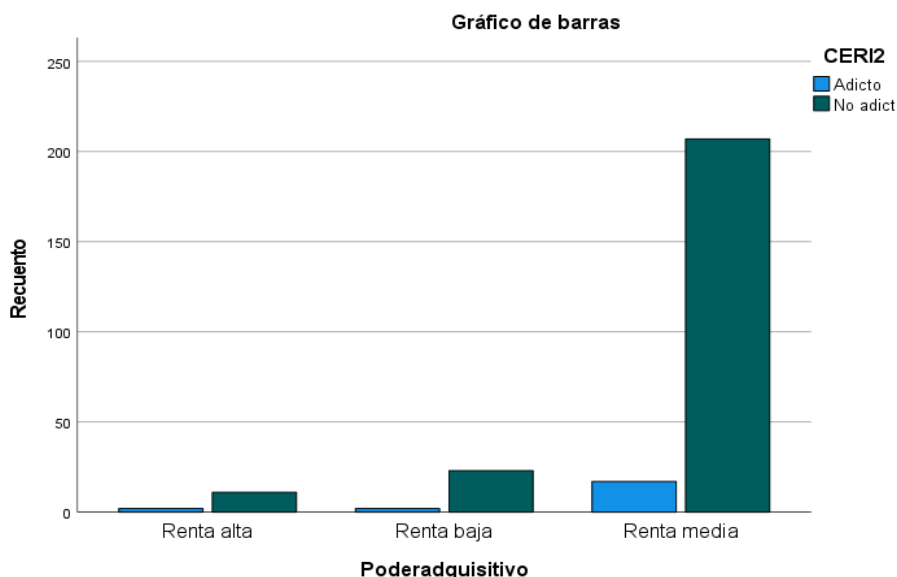
Tabla cruzada Poderadquisitivo\*CER12

Poderadquisitivo	Renta		CER12		Total
			Adicto	No adict	
	Renta alta	Recuento	2	11	13
		% dentro de Poderadquisitivo	15,4%	84,6%	100,0%
		% dentro de CER12	9,5%	4,6%	5,0%
		% del total	0,8%	4,2%	5,0%
	Renta baja	Recuento	2	23	25
		% dentro de Poderadquisitivo	8,0%	92,0%	100,0%
		% dentro de CER12	9,5%	9,5%	9,5%
		% del total	0,8%	8,8%	9,5%
	Renta media	Recuento	17	207	224
		% dentro de Poderadquisitivo	7,6%	92,4%	100,0%
		% dentro de CER12	81,0%	85,9%	85,5%
		% del total	6,5%	79,0%	85,5%
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de Poderadquisitivo	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,013 <sup>a</sup>	2	,603
Razón de verosimilitud	,827	2	,661
N de casos válidos	262		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,04.

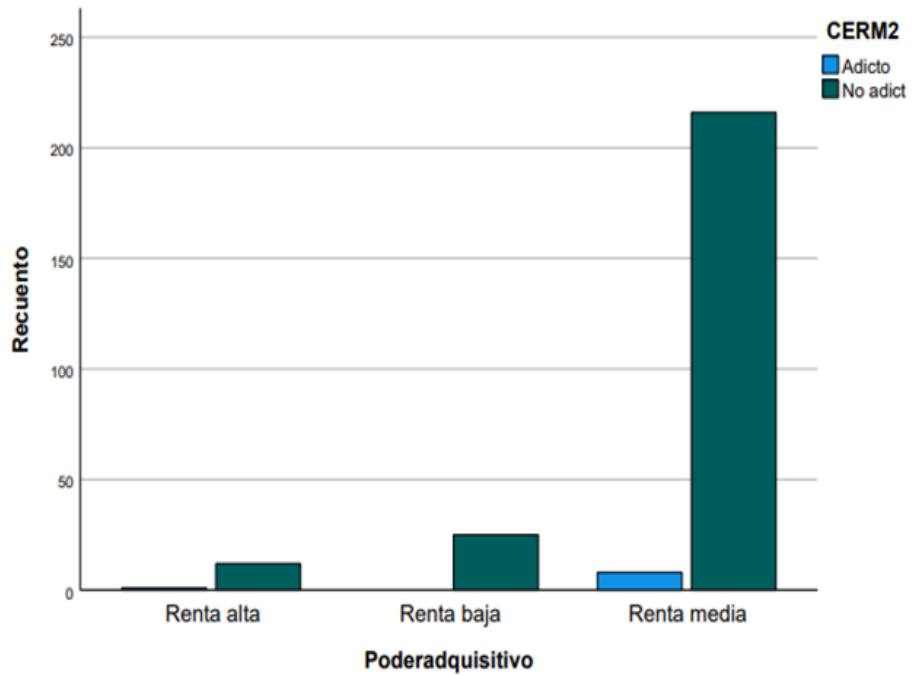


**ANEXO 14: PODER ADQUISITIVO Y ADICCIÓN AL MÓVIL**

**Tabla cruzada Poderadquisitivo\*CERM2**

		CERM2		Total	
		Adicto	No adict		
Poderadquisitivo	Renta alta	Recuento	1	12	13
		% dentro de Poderadquisitivo	7,7%	92,3%	100,0%
		% dentro de CERM2	11,1%	4,7%	5,0%
		% del total	0,4%	4,6%	5,0%
	Renta baja	Recuento	0	25	25
		% dentro de Poderadquisitivo	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de CERM2	0,0%	9,9%	9,5%
		% del total	0,0%	9,5%	9,5%
	Renta media	Recuento	8	216	224
		% dentro de Poderadquisitivo	3,6%	96,4%	100,0%
		% dentro de CERM2	88,9%	85,4%	85,5%
		% del total	3,1%	82,4%	85,5%
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de Poderadquisitivo	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

**Gráfico de barras**



## ANEXO 15: AUTOESTIMA Y ADICCIÓN A INTERNET

**Tabla cruzada Testautoestima\*CER12**

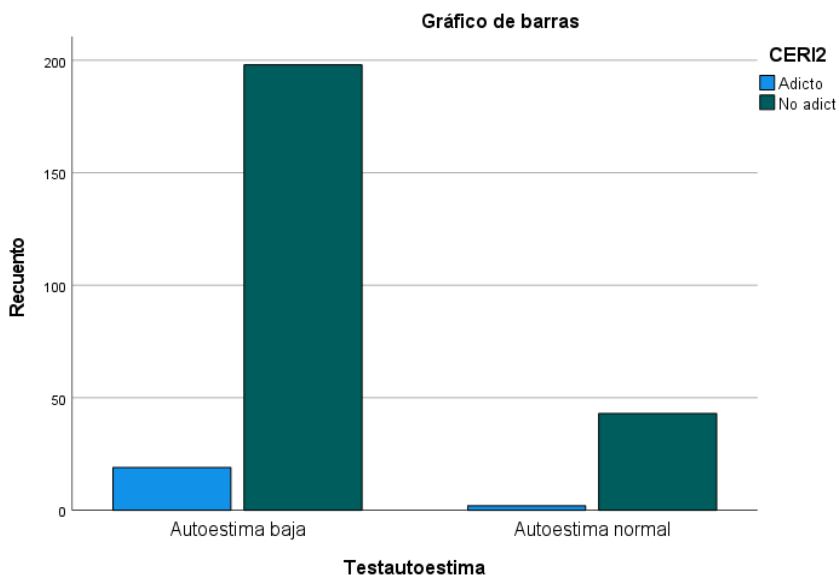
		CER12		Total	
		Adicto	No adict		
Testautoestima	Autoestima baja	Recuento	19	198	217
		% dentro de Testautoestima	8,8%	91,2%	100,0%
		% dentro de CER12	90,5%	82,2%	82,8%
		% del total	7,3%	75,6%	82,8%
	Autoestima normal	Recuento	2	43	45
		% dentro de Testautoestima	4,4%	95,6%	100,0%
		% dentro de CER12	9,5%	17,8%	17,2%
		% del total	0,8%	16,4%	17,2%
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de Testautoestima	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,940 <sup>a</sup>	1	,332		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,446	1	,504		
Razón de verosimilitud	1,074	1	,300		
Prueba exacta de Fisher				,545	,264
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,61.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



**ANEXO 16: AUTOESTIMA Y ADICCIÓN AL MÓVIL**

**Tabla cruzada Testautoestima\*CERM2**

Testautoestima	Autoestima		CERM2		Total
			Adicto	No adict	
Testautoestima	Autoestima baja	Recuento	9	208	217
		% dentro de Testautoestima	4,1%	95,9%	100,0%
		% dentro de CERM2	100,0%	82,2%	82,8%
		% del total	3,4%	79,4%	82,8%
	Autoestima normal	Recuento	0	45	45
		% dentro de Testautoestima	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de CERM2	0,0%	17,8%	17,2%
		% del total	0,0%	17,2%	17,2%
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de Testautoestima	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

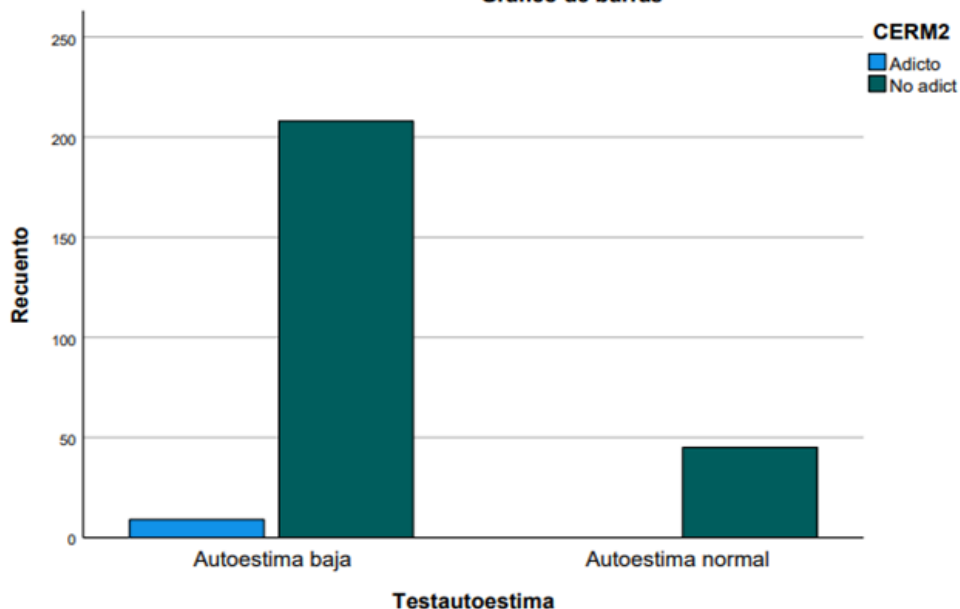
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,933 <sup>a</sup>	1	,164		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,885	1	,347		
Razón de verosimilitud	3,458	1	,063		
Prueba exacta de Fisher				,366	,178
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,55.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**





## ANEXO 17: HOSTILIDAD Y ADICCIÓN A INTERNET

**Tabla cruzada HOSTILIDAD\*CER12**

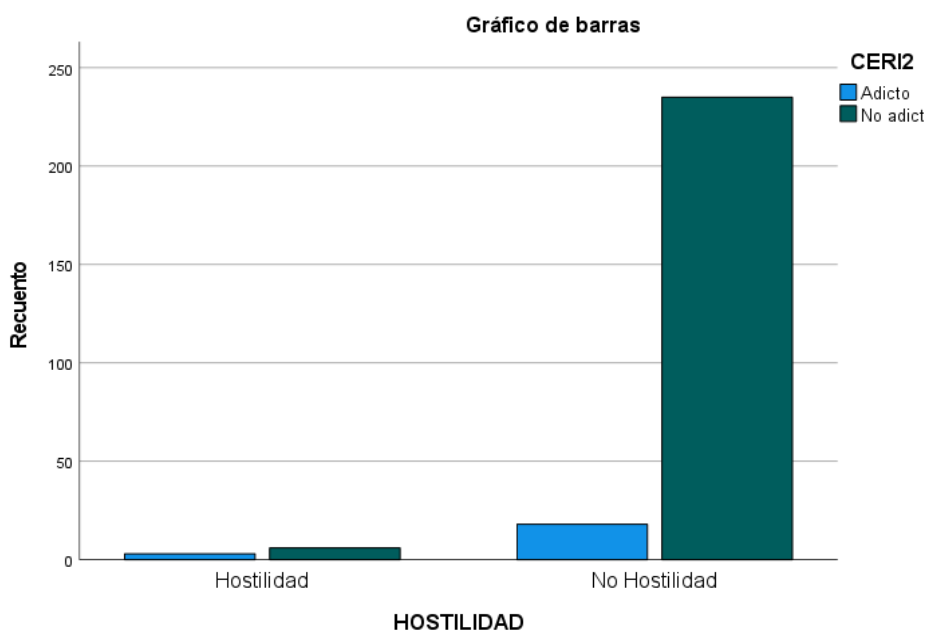
		CER12		Total	
		Adicto	No adict		
HOSTILIDAD	Hostilidad	Recuento	3	6	9
		% dentro de HOSTILIDAD	33,3%	66,7%	100,0%
		% dentro de CER12	14,3%	2,5%	3,4%
		% del total	1,1%	2,3%	3,4%
	No Hostilidad	Recuento	18	235	253
		% dentro de HOSTILIDAD	7,1%	92,9%	100,0%
		% dentro de CER12	85,7%	97,5%	96,6%
		% del total	6,9%	89,7%	96,6%
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de HOSTILIDAD	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,103 <sup>a</sup>	1	,004		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,937	1	,026		
Razón de verosimilitud	4,977	1	,026		
Prueba exacta de Fisher				,027	,027
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,72.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



**ANEXO 18: SOMATIZACIÓN Y ADICCIÓN A INTERNET**

**Tabla cruzada SOMATIZACIÓN\*CER12**

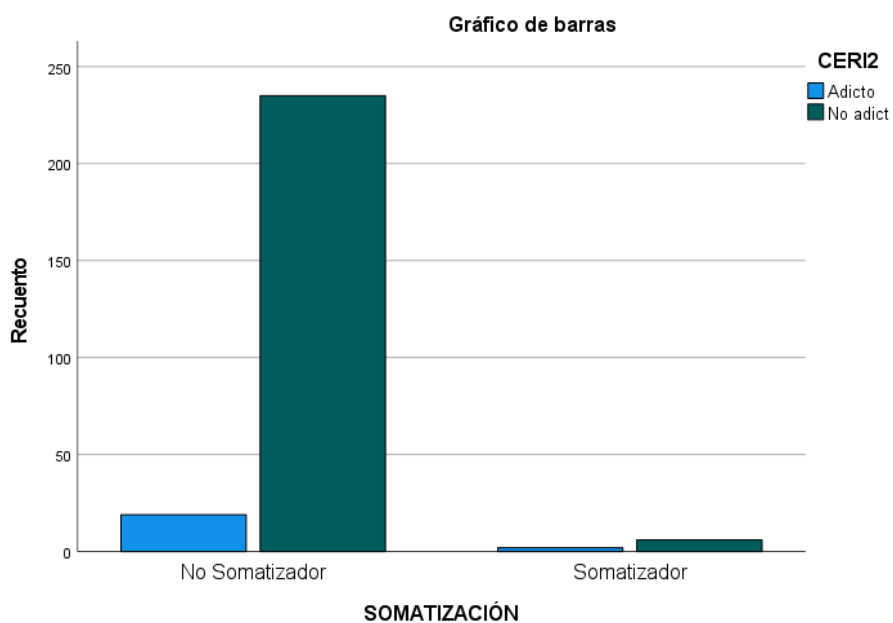
			CER12		Total
			Adicto	No adict	
SOMATIZACIÓN	No Somatizador	Recuento	19	235	254
		% dentro de SOMATIZACIÓN	7,5%	92,5%	100,0%
		% dentro de CER12	90,5%	97,5%	96,9%
		% del total	7,3%	89,7%	96,9%
	Somatizador	Recuento	2	6	8
		% dentro de SOMATIZACIÓN	25,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de CER12	9,5%	2,5%	3,1%
		% del total	0,8%	2,3%	3,1%
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de SOMATIZACIÓN	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,229 <sup>a</sup>	1	,072		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	1,290	1	,256		
Razón de verosimilitud	2,201	1	,138		
Prueba exacta de Fisher				,128	,128
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,64.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



## ANEXO 19: DEPRESIÓN Y ADICCIÓN A INTERNET

**Tabla cruzada DEPRESIÓN\*CER12**

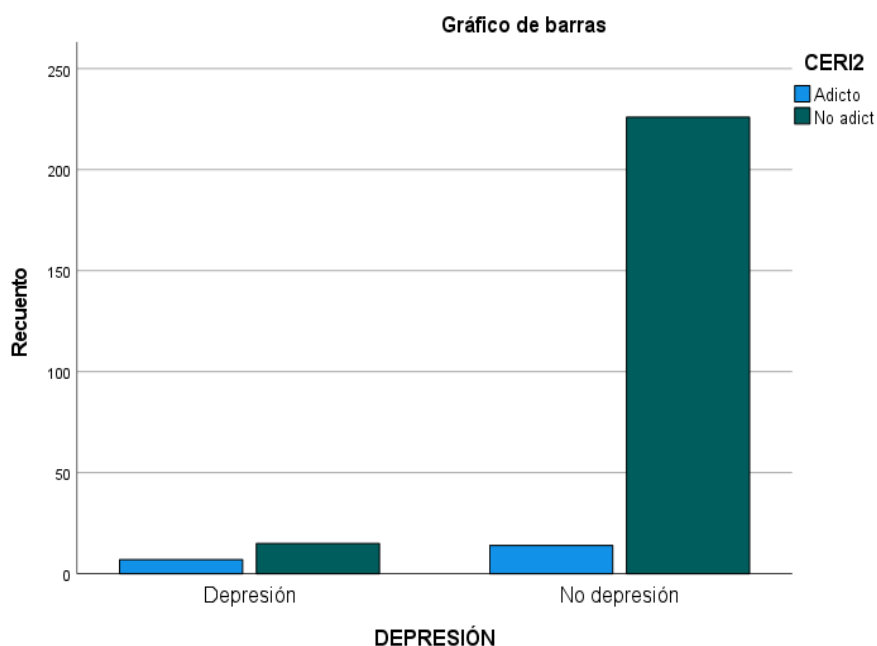
		CER12		Total	
		Adicto	No adict		
DEPRESIÓN	Depresión	Recuento	7	15	22
		% dentro de DEPRESIÓN	31,8%	68,2%	100,0%
		% dentro de CER12	33,3%	6,2%	8,4%
		% del total	2,7%	5,7%	8,4%
	No depresión	Recuento	14	226	240
		% dentro de DEPRESIÓN	5,8%	94,2%	100,0%
		% dentro de CER12	66,7%	93,8%	91,6%
		% del total	5,3%	86,3%	91,6%
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de DEPRESIÓN	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,456 <sup>a</sup>	1	<,001		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	15,100	1	<,001		
Razón de verosimilitud	12,018	1	<,001		
Prueba exacta de Fisher				<,001	<,001
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,76.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



**ANEXO 20: OBSESIÓN-COMPULSIÓN Y ADICCIÓN A INTERNET**

**Tabla cruzada OBSESIÓNCOMPULSIÓN\*CER12**

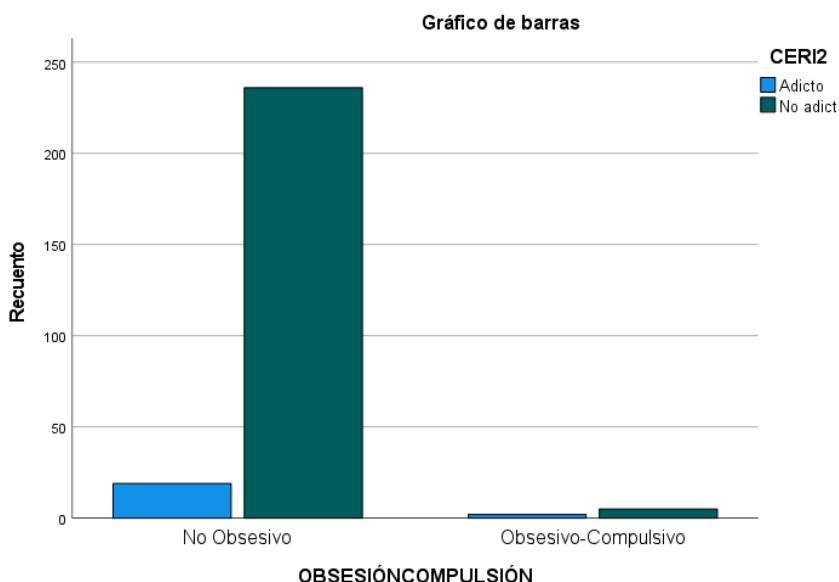
		CER12		Total	
		Adicto	No adict		
OBSESIÓNCOMPULSIÓN	No Obsesivo	Recuento	19	236	255
		% dentro de OBSESIÓNCOMPULSIÓN	7,5%	92,5%	100,0%
		% dentro de CER12	90,5%	97,9%	97,3%
		% del total	7,3%	90,1%	97,3%
	Obsesivo-Compulsivo	Recuento	2	5	7
		% dentro de OBSESIÓNCOMPULSIÓN	28,6%	71,4%	100,0%
		% dentro de CER12	9,5%	2,1%	2,7%
		% del total	0,8%	1,9%	2,7%
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de OBSESIÓNCOMPULSIÓN	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,122 <sup>a</sup>	1	,042		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	1,755	1	,185		
Razón de verosimilitud	2,668	1	,102		
Prueba exacta de Fisher				,101	,101
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,56.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



**ANEXO 21: ANSIEDAD Y ADICCIÓN A INTERNET**

**Tabla cruzada ANSIEDAD\*CER12**

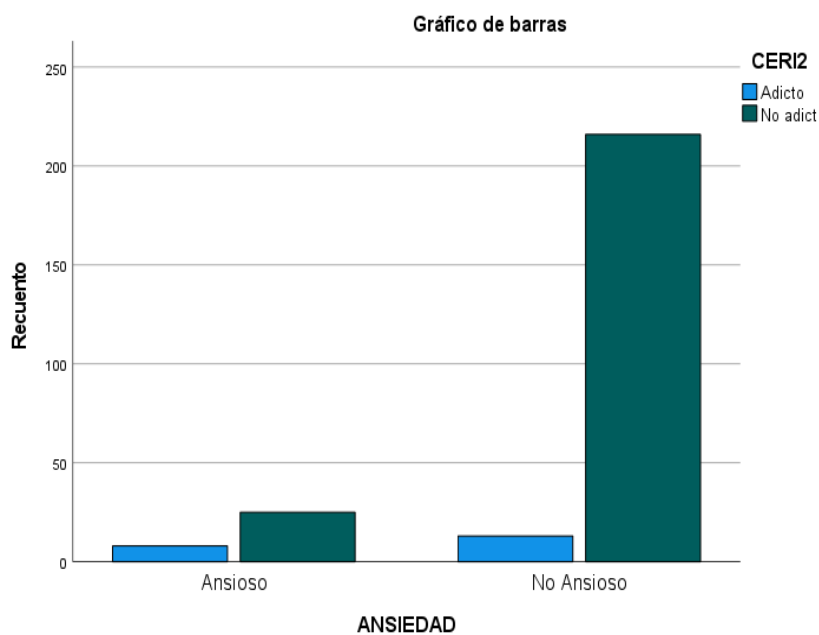
			CER12		Total
			Adicto	No adict	
ANSIEDAD	Ansioso	Recuento	8	25	33
		% dentro de ANSIEDAD	24,2%	75,8%	100,0%
		% dentro de CER12	38,1%	10,4%	12,6%
		% del total	3,1%	9,5%	12,6%
	No Ansioso	Recuento	13	216	229
		% dentro de ANSIEDAD	5,7%	94,3%	100,0%
		% dentro de CER12	61,9%	89,6%	87,4%
		% del total	5,0%	82,4%	87,4%
Total		Recuento	21	241	262
		% dentro de ANSIEDAD	8,0%	92,0%	100,0%
		% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	8,0%	92,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,484 <sup>a</sup>	1	<,001		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	11,084	1	<,001		
Razón de verosimilitud	9,880	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,002	,002
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,65.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



**ANEXO 22: SENSIBILIDAD Y ADICCIÓN A INTERNET**

**Tabla cruzada SENSIBILIDAD\*CER12**

		CER12		Total	
		Adicto	No adict		
SENSIBILIDAD	No Sensible	Recuento	20	238	258
		% dentro de SENSIBILIDAD	7,8%	92,2%	100,0%
		% dentro de CER12	95,2%	98,8%	98,5%
		% del total	7,6%	90,8%	98,5%
	Sensible	Recuento	1	3	4
		% dentro de SENSIBILIDAD	25,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de CER12	4,8%	1,2%	1,5%
		% del total	0,4%	1,1%	1,5%
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de SENSIBILIDAD	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

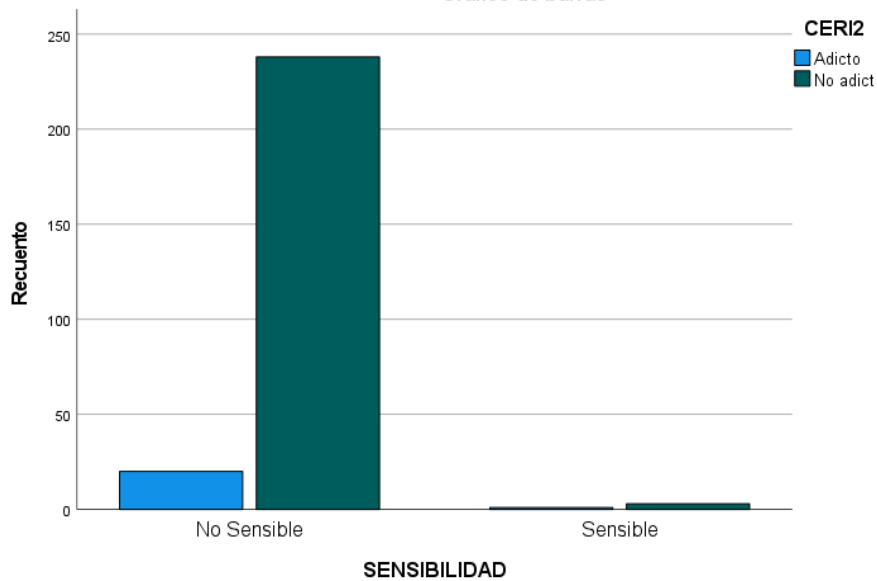
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,589 <sup>a</sup>	1	,207		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,111	1	,739		
Razón de verosimilitud	1,075	1	,300		
Prueba exacta de Fisher				,286	,286
N de casos válidos	262				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,32.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**



## ANEXO 23: ANSIEDAD FÓBICA Y ADICCIÓN A INTERNET

**Tabla cruzada ANSIEDADFÓBICA\*CER12**

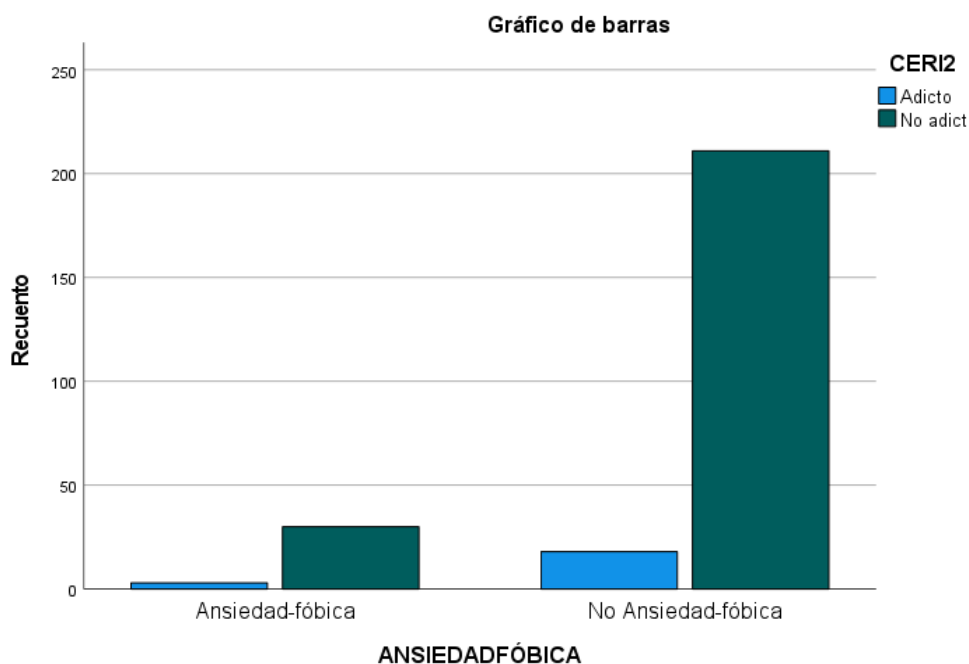
			CER12		Total	
			Adicto	No adict		
ANSIEDADFÓBICA	Ansiedad-fóbica	Recuento	3	30	33	
		% dentro de ANSIEDADFÓBICA	9,1%	90,9%	100,0%	
		% dentro de CER12	14,3%	12,4%	12,6%	
		No Ansiedad-fóbica	% del total	1,1%	11,5%	12,6%
	Recuento		18	211	229	
	% dentro de ANSIEDADFÓBICA		7,9%	92,1%	100,0%	
	% dentro de CER12		85,7%	87,6%	87,4%	
	Total	% del total	6,9%	80,5%	87,4%	
Recuento		21	241	262		
% dentro de ANSIEDADFÓBICA		8,0%	92,0%	100,0%		
% dentro de CER12		100,0%	100,0%	100,0%		
		% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,059 <sup>a</sup>	1	,808		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,057	1	,811		
Prueba exacta de Fisher				,735	,509
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,65.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



## ANEXO 24: IDEACIÓN PARANOIDE Y ADICCIÓN A INTERNET

**Tabla cruzada IDEACIÓN PARANOIDE \* CER12**

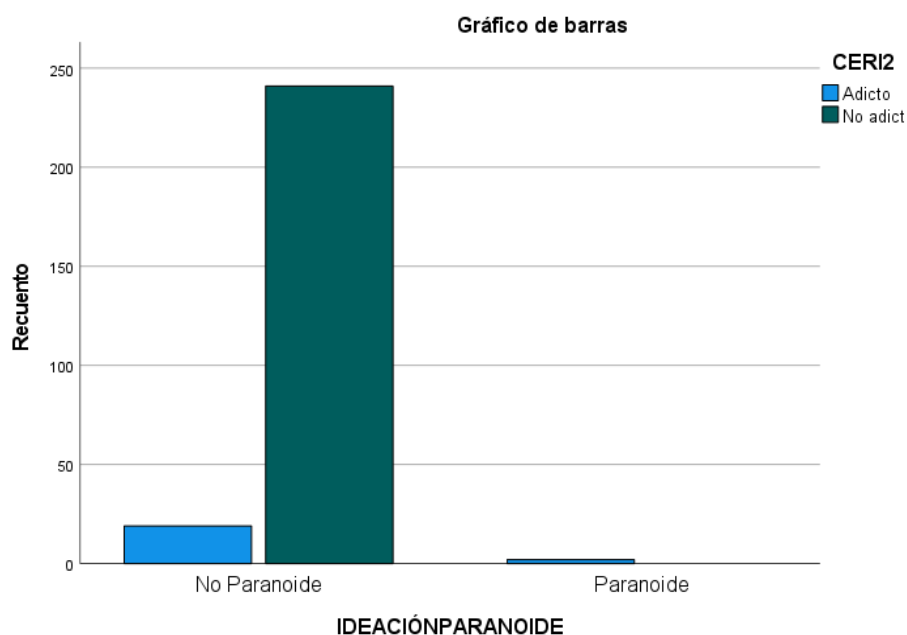
		CER12		Total	
		Adicto	No adict		
IDEACIÓN PARANOIDE	No Paranoide	Recuento	19	241	260
		% dentro de IDEACIÓN PARANOIDE	7,3%	92,7%	100,0%
		% dentro de CER12	90,5%	100,0%	99,2%
		% del total	7,3%	92,0%	99,2%
	Paranoide	Recuento	2	0	2
		% dentro de IDEACIÓN PARANOIDE	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de CER12	9,5%	0,0%	0,8%
		% del total	0,8%	0,0%	0,8%
	Total	Recuento	21	241	262
		% dentro de IDEACIÓN PARANOIDE	8,0%	92,0%	100,0%
		% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	8,0%	92,0%	100,0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,129 <sup>a</sup>	1	<,001		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	12,265	1	<,001		
Razón de verosimilitud	10,277	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,006	,006
N de casos válidos	262				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2





**ANEXO 25: PSICOTICISMO Y ADICCIÓN A INTERNET**

**Tabla cruzada PSICOTICISMO\*CER12**

		CER12		Total	
		Adicto	No adict		
PSICOTICISMO	No Psicótico	Recuento	18	232	250
		% dentro de PSICOTICISMO	7,2%	92,8%	100,0%
		% dentro de CER12	85,7%	96,3%	95,4%
		% del total	6,9%	88,5%	95,4%
	Psicótico	Recuento	3	9	12
		% dentro de PSICOTICISMO	25,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de CER12	14,3%	3,7%	4,6%
		% del total	1,1%	3,4%	4,6%
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de PSICOTICISMO	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

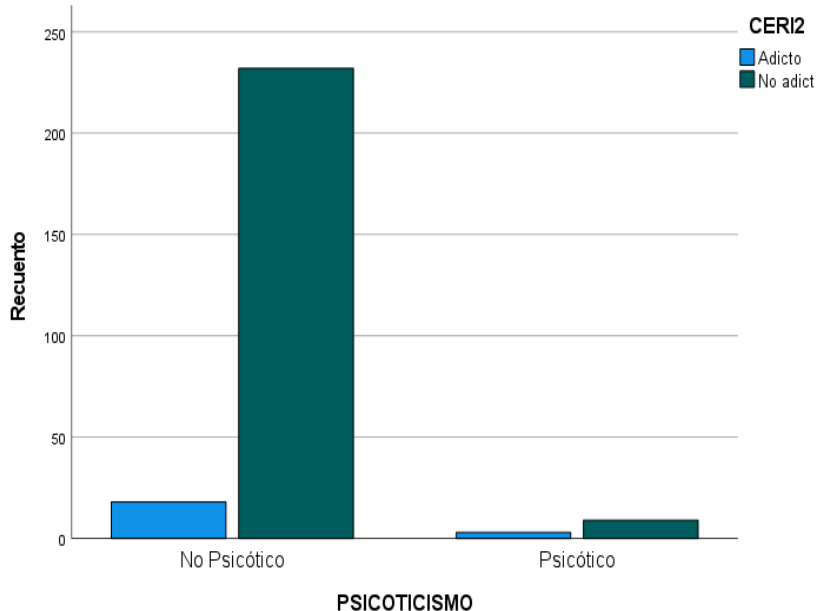
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,921 <sup>a</sup>	1	,027		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,803	1	,094		
Razón de verosimilitud	3,383	1	,066		
Prueba exacta de Fisher				,061	,061
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,96.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**



**ANEXO 26: HOSTILIDAD Y ADICCIÓN AL MÓVIL**

**Tabla cruzada HOSTILIDAD\*CERM2**

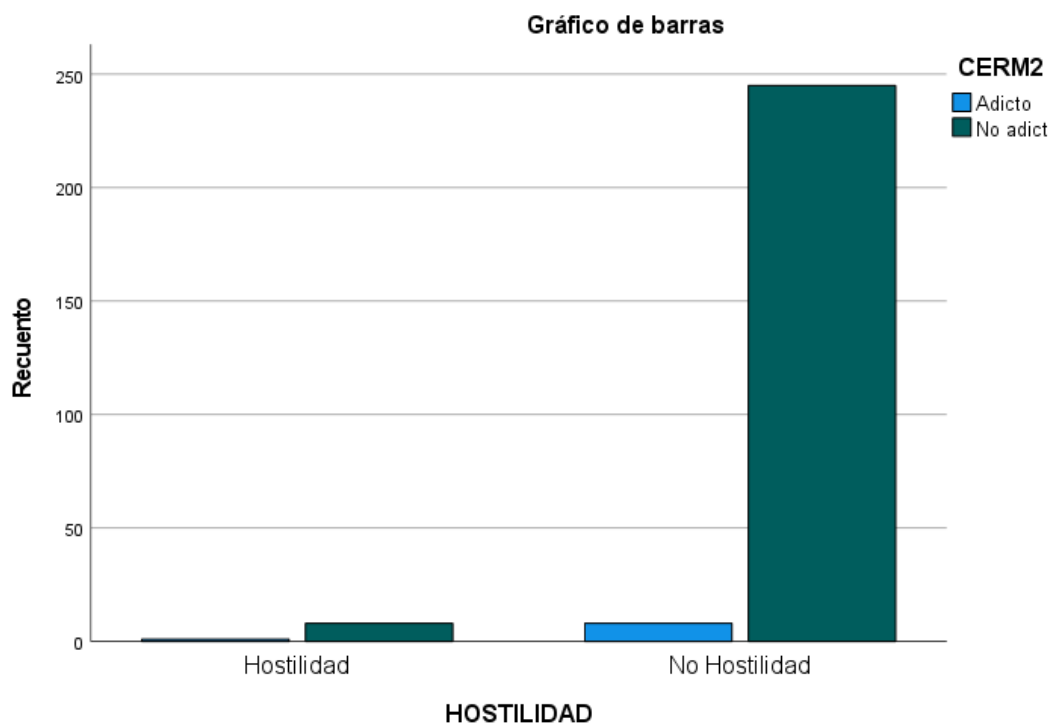
		CERM2		Total	
		Adicto	No adict		
HOSTILIDAD	Hostilidad	Recuento	1	8	9
		% dentro de HOSTILIDAD	11,1%	88,9%	100,0%
		% dentro de CERM2	11,1%	3,2%	3,4%
		% del total	0,4%	3,1%	3,4%
	No Hostilidad	Recuento	8	245	253
		% dentro de HOSTILIDAD	3,2%	96,8%	100,0%
		% dentro de CERM2	88,9%	96,8%	96,6%
		% del total	3,1%	93,5%	96,6%
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de HOSTILIDAD	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,656 <sup>a</sup>	1	,198		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,126	1	,722		
Razón de verosimilitud	1,081	1	,298		
Prueba exacta de Fisher				,274	,274
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,31.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



**ANEXO 27: SOMATIZACIÓN Y ADICCIÓN AL MÓVIL**

**Tabla cruzada SOMATIZACIÓN\*CERM2**

		CERM2		Total	
		Adicto	No adict		
SOMATIZACIÓN	No Somatizador	Recuento	8	246	254
		% dentro de SOMATIZACIÓN	3,1%	96,9%	100,0%
		% dentro de CERM2	88,9%	97,2%	96,9%
	% del total	3,1%	93,9%	96,9%	
	Somatizador	Recuento	1	7	8
		% dentro de SOMATIZACIÓN	12,5%	87,5%	100,0%
% dentro de CERM2		11,1%	2,8%	3,1%	
% del total	0,4%	2,7%	3,1%		
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de SOMATIZACIÓN	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

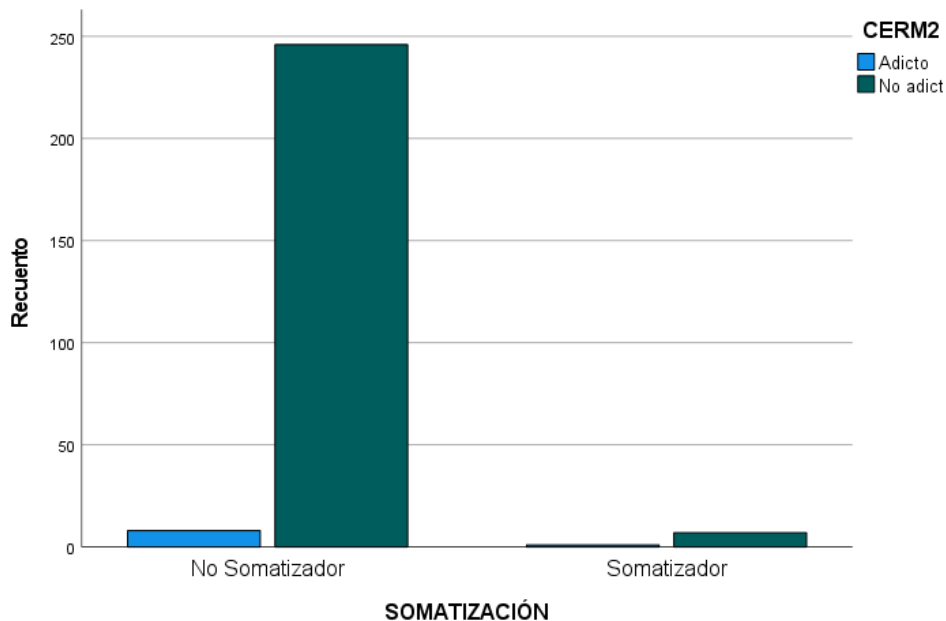
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,044 <sup>a</sup>	1	,153		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,197	1	,657		
Razón de verosimilitud	1,267	1	,260		
Prueba exacta de Fisher				,247	,247
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,27.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**



## ANEXO 28: DEPRESIÓN Y ADICCIÓN AL MÓVIL

**Tabla cruzada**

			CERM2		Total
			Adicto	No adict	
DEPRESIÓN	Depresión	Recuento	4	18	22
		% dentro de DEPRESIÓN	18,2%	81,8%	100,0%
		% dentro de CERM2	44,4%	7,1%	8,4%
		% del total	1,5%	6,9%	8,4%
	No depresión	Recuento	5	235	240
		% dentro de DEPRESIÓN	2,1%	97,9%	100,0%
		% dentro de CERM2	55,6%	92,9%	91,6%
		% del total	1,9%	89,7%	91,6%
	Total	Recuento	9	253	262
		% dentro de DEPRESIÓN	3,4%	96,6%	100,0%
		% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	3,4%	96,6%	100,0%

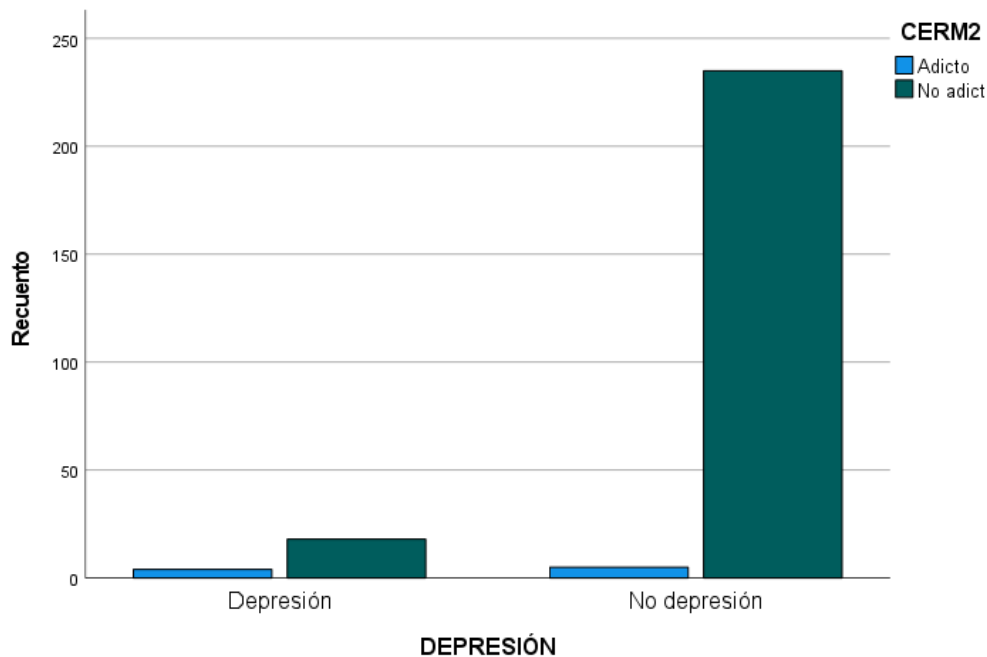
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,745 <sup>a</sup>	1	<,001		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	11,266	1	<,001		
Razón de verosimilitud	8,898	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,004	,004
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,76.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**



## ANEXO 29: OBSESIÓN-COMPULSIÓN Y ADICCIÓN AL MÓVIL

**Tabla cruzada**

		CERM2		Total	
		Adicto	No adict		
OBSESIÓNCOMPULSIÓN	No Obsesivo	Recuento	9	246	255
		% dentro de OBSESIÓNCOMPULSIÓN	3,5%	96,5%	100,0%
		% dentro de CERM2	100,0%	97,2%	97,3%
		% del total	3,4%	93,9%	97,3%
	Obsesivo-Compulsivo	Recuento	0	7	7
		% dentro de OBSESIÓNCOMPULSIÓN	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de CERM2	0,0%	2,8%	2,7%
		% del total	0,0%	2,7%	2,7%
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de OBSESIÓNCOMPULSIÓN	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

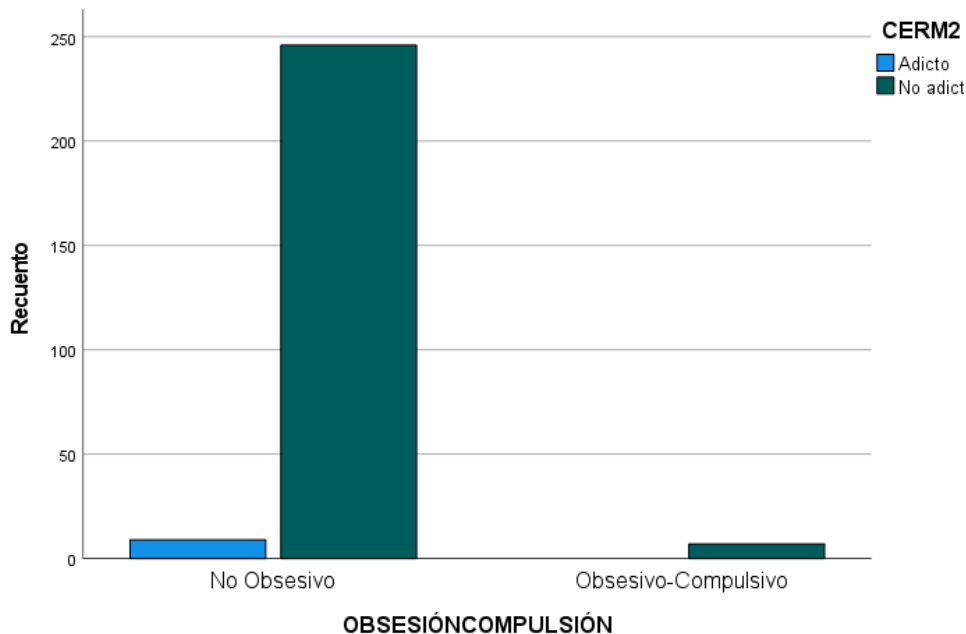
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,256 <sup>a</sup>	1	,613		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,496	1	,481		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,781
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**



## ANEXO 30: ANSIEDAD Y ADICCIÓN AL MÓVIL

**Tabla cruzada**

			CERM2		Total
			Adicto	No adict	
ANSIEDAD	Ansioso	Recuento	5	28	33
		% dentro de ANSIEDAD	15,2%	84,8%	100,0%
		% dentro de CERM2	55,6%	11,1%	12,6%
		% del total	1,9%	10,7%	12,6%
	No Ansioso	Recuento	4	225	229
		% dentro de ANSIEDAD	1,7%	98,3%	100,0%
		% dentro de CERM2	44,4%	88,9%	87,4%
		% del total	1,5%	85,9%	87,4%
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de ANSIEDAD	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

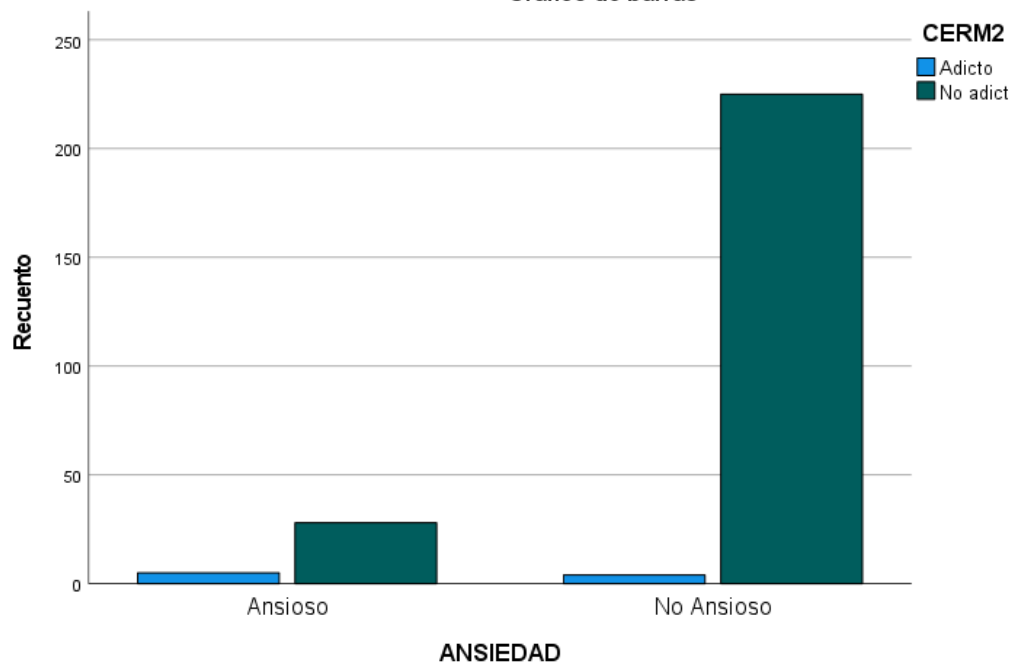
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,625 <sup>a</sup>	1	<,001		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	11,845	1	<,001		
Razón de verosimilitud	9,987	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,002	,002
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,13.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**



**ANEXO 31: SENSIBILIDAD Y ADICCIÓN AL MÓVIL**

**Tabla cruzada**

		CERM2		Total	
		Adicto	No adict		
SENSIBILIDAD	No Sensible	Recuento	9	249	258
		% dentro de SENSIBILIDAD	3,5%	96,5%	100,0%
		% dentro de CERM2	100,0%	98,4%	98,5%
		% del total	3,4%	95,0%	98,5%
	Sensible	Recuento	0	4	4
		% dentro de SENSIBILIDAD	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de CERM2	0,0%	1,6%	1,5%
		% del total	0,0%	1,5%	1,5%
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de SENSIBILIDAD	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

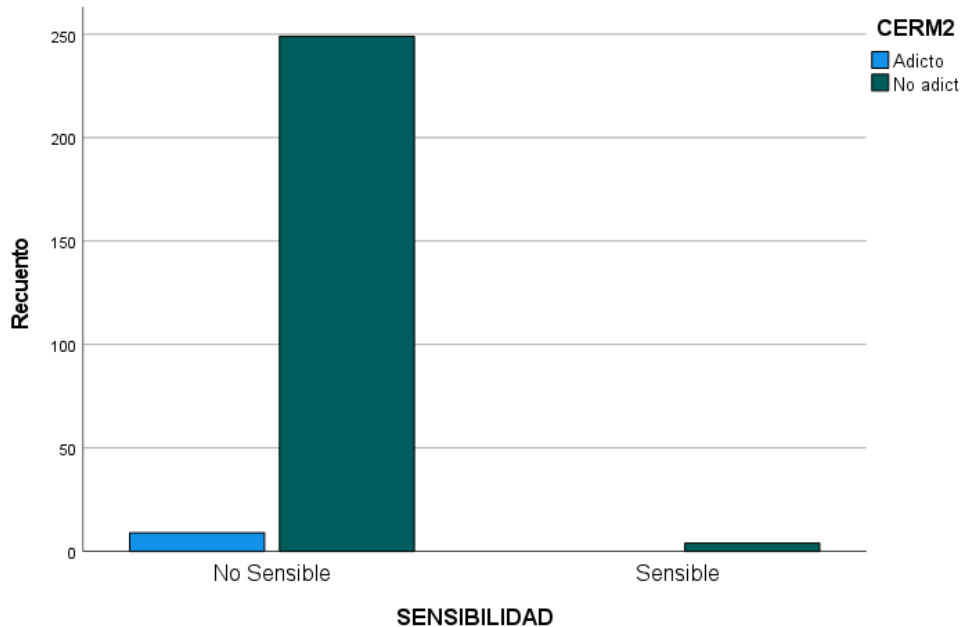
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,144 <sup>a</sup>	1	,704		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,282	1	,596		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,869
N de casos válidos	262				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**



## ANEXO 32: ANSIEDAD FÓBICA Y ADICCIÓN AL MÓVIL

**Tabla cruzada**

		CERM2		Total	
		Adicto	No adict		
ANSIEDADFÓBICA	Ansiedad-fóbica	Recuento	2	31	33
		% dentro de ANSIEDADFÓBICA	6,1%	93,9%	100,0%
		% dentro de CERM2	22,2%	12,3%	12,6%
		% del total	0,8%	11,8%	12,6%
	No Ansiedad-fóbica	Recuento	7	222	229
		% dentro de ANSIEDADFÓBICA	3,1%	96,9%	100,0%
		% dentro de CERM2	77,8%	87,7%	87,4%
		% del total	2,7%	84,7%	87,4%
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de ANSIEDADFÓBICA	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

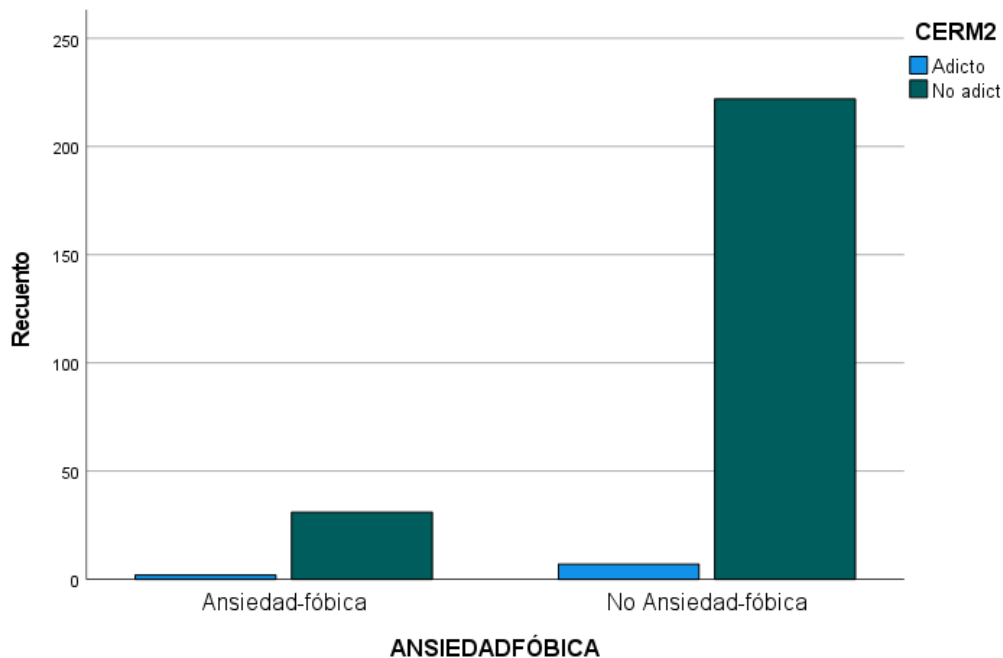
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,785 <sup>a</sup>	1	,376		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,140	1	,708		
Razón de verosimilitud	,665	1	,415		
Prueba exacta de Fisher				,316	,316
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,13.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**





## ANEXO 33: IDEACIÓN PARANOIDE Y ADICCIÓN AL MÓVIL

**Tabla cruzada**

		CERM2		Total	
		Adicto	No adict		
IDEACIÓN PARANOIDE	No Paranoide	Recuento	9	251	260
		% dentro de IDEACIÓN PARANOIDE	3,5%	96,5%	100,0%
		% dentro de CERM2	100,0%	99,2%	99,2%
		% del total	3,4%	95,8%	99,2%
	Paranoide	Recuento	0	2	2
		% dentro de IDEACIÓN PARANOIDE	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de CERM2	0,0%	0,8%	0,8%
		% del total	0,0%	0,8%	0,8%
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de IDEACIÓN PARANOIDE	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

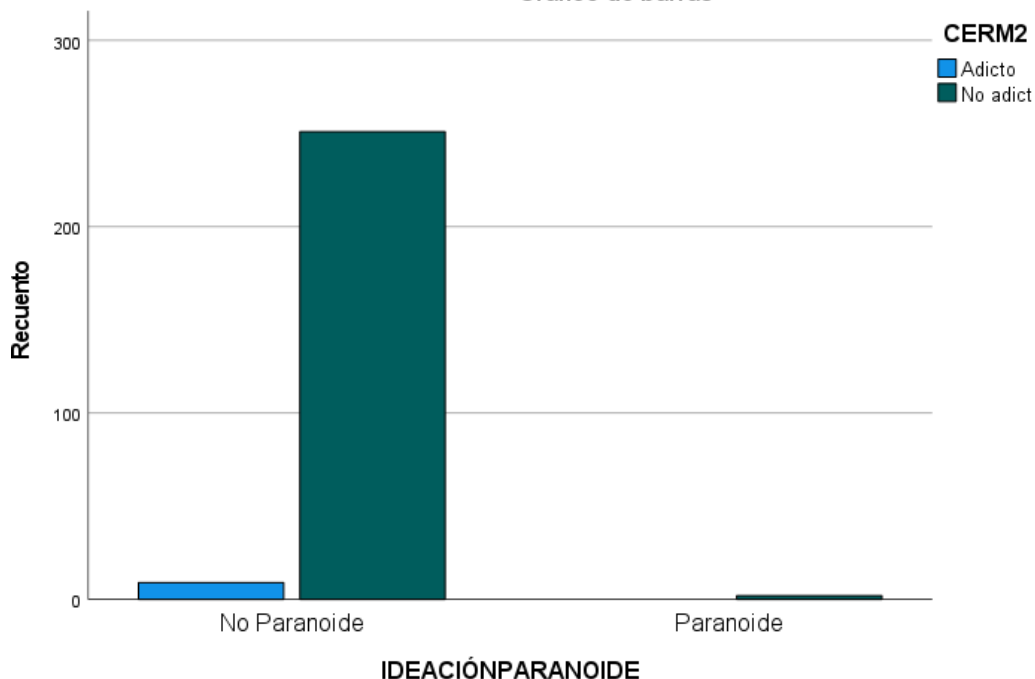
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,072 <sup>a</sup>	1	,789		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,140	1	,708		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,932
N de casos válidos	262				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**



## ANEXO 34: PSICOTICISMO Y ADICCIÓN AL MÓVIL

**Tabla cruzada**

		CERM2		Total	
		Adicto	No adict		
PSICOTICISMO	No Psicótico	Recuento	8	242	250
		% dentro de PSICOTICISMO	3,2%	96,8%	100,0%
		% dentro de CERM2	88,9%	95,7%	95,4%
		% del total	3,1%	92,4%	95,4%
	Psicótico	Recuento	1	11	12
		% dentro de PSICOTICISMO	8,3%	91,7%	100,0%
		% dentro de CERM2	11,1%	4,3%	4,6%
		% del total	0,4%	4,2%	4,6%
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de PSICOTICISMO	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

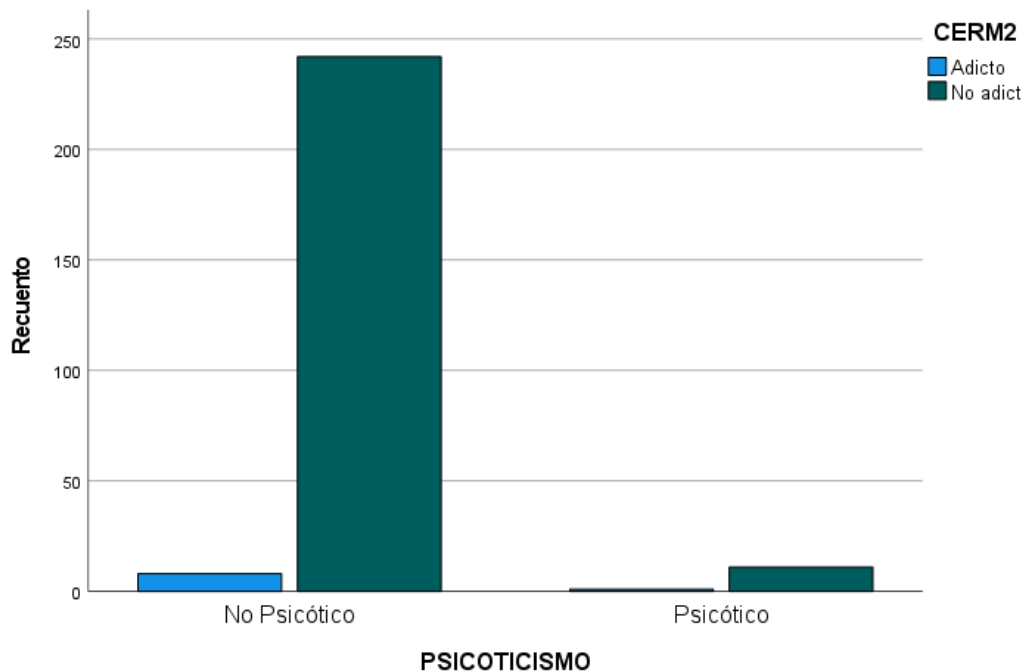
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,910 <sup>a</sup>	1	,340		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,020	1	,887		
Razón de verosimilitud	,670	1	,413		
Prueba exacta de Fisher				,349	,349
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,41.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**



**ANEXO 35: ESTADO CIVIL Y ADICCIÓN A INTERNET**

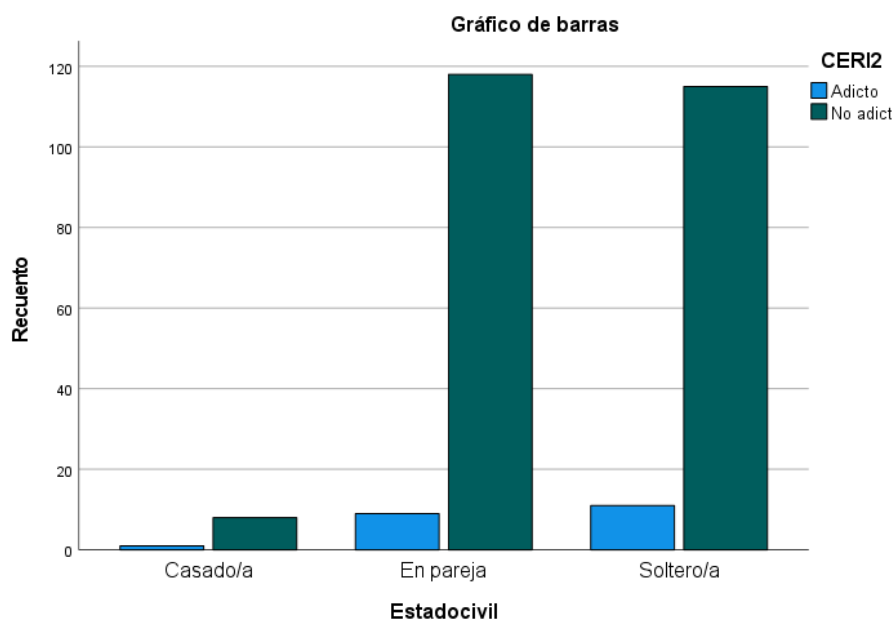
**Tabla cruzada Estadocivil\*CER12**

		CER12		Total	
		Adicto	No adict		
Estadocivil	Casado/a	Recuento	1	8	9
		% dentro de Estadocivil	11,1%	88,9%	100,0%
		% dentro de CER12	4,8%	3,3%	3,4%
		% del total	0,4%	3,1%	3,4%
	En pareja	Recuento	9	118	127
		% dentro de Estadocivil	7,1%	92,9%	100,0%
		% dentro de CER12	42,9%	49,0%	48,5%
		% del total	3,4%	45,0%	48,5%
	Soltero/a	Recuento	11	115	126
		% dentro de Estadocivil	8,7%	91,3%	100,0%
		% dentro de CER12	52,4%	47,7%	48,1%
		% del total	4,2%	43,9%	48,1%
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de Estadocivil	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,353 <sup>a</sup>	2	,838
Razón de verosimilitud	,345	2	,842
N de casos válidos	262		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,72.



**ANEXO 36: ESTADO CIVIL Y ADICCIÓN AL MÓVIL**

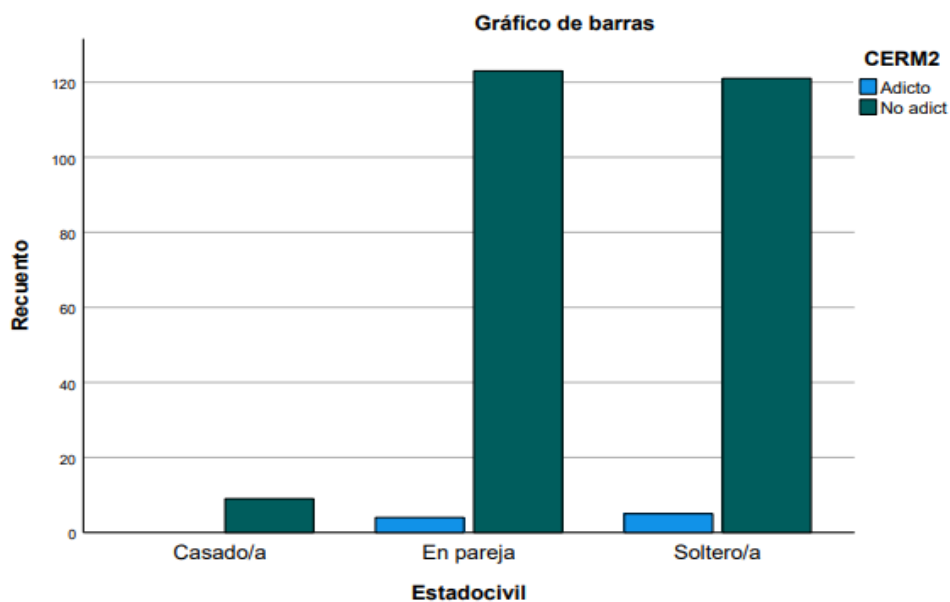
**Tabla cruzada Estadocivil\*CERM2**

		CERM2		Total	
		Adicto	No adict		
Estadocivil	Casado/a	Recuento	0	9	9
		% dentro de Estadocivil	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de CERM2	0,0%	3,6%	3,4%
		% del total	0,0%	3,4%	3,4%
	En pareja	Recuento	4	123	127
		% dentro de Estadocivil	3,1%	96,9%	100,0%
		% dentro de CERM2	44,4%	48,6%	48,5%
		% del total	1,5%	46,9%	48,5%
	Soltero/a	Recuento	5	121	126
		% dentro de Estadocivil	4,0%	96,0%	100,0%
		% dentro de CERM2	55,6%	47,8%	48,1%
		% del total	1,9%	46,2%	48,1%
Total	Recuento	9	253	262	
	% dentro de Estadocivil	3,4%	96,6%	100,0%	
	% dentro de CERM2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	3,4%	96,6%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,459 <sup>a</sup>	2	,795
Razón de verosimilitud	,764	2	,682
N de casos válidos	262		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,31.



## ANEXO 37: NIVEL DE ESTUDIOS Y ADICCIÓN A INTERNET

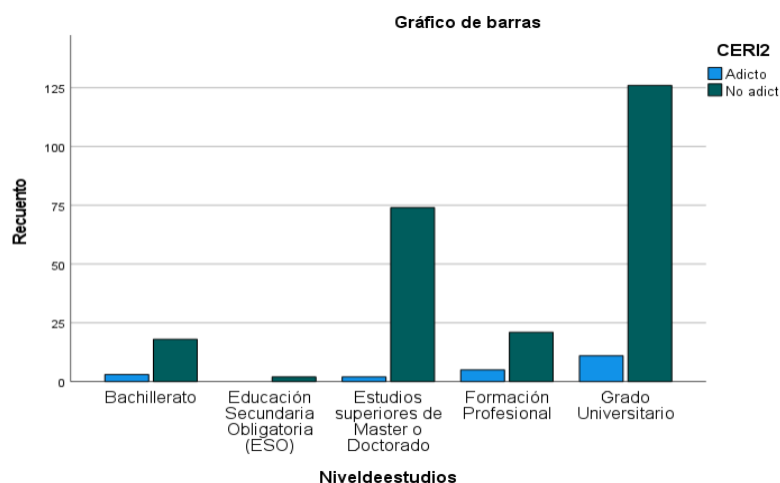
Tabla cruzada Nivel de estudios \* CER12

Nivel de estudios			CER12		Total
			Adicto	No adict	
Nivel de estudios	Bachillerato	Recuento	3	18	21
		% dentro de Nivel de estudios	14,3%	85,7%	100,0%
		% dentro de CER12	14,3%	7,5%	8,0%
		% del total	1,1%	6,9%	8,0%
	Educación Secundaria Obligatoria (ESO)	Recuento	0	2	2
		% dentro de Nivel de estudios	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de CER12	0,0%	0,8%	0,8%
		% del total	0,0%	0,8%	0,8%
	Estudios superiores de Master o Doctorado	Recuento	2	74	76
		% dentro de Nivel de estudios	2,6%	97,4%	100,0%
		% dentro de CER12	9,5%	30,7%	29,0%
		% del total	0,8%	28,2%	29,0%
Formación Profesional	Recuento	5	21	26	
	% dentro de Nivel de estudios	19,2%	80,8%	100,0%	
	% dentro de CER12	23,8%	8,7%	9,9%	
	% del total	1,9%	8,0%	9,9%	
Grado Universitario	Recuento	11	126	137	
	% dentro de Nivel de estudios	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	52,4%	52,3%	52,3%	
	% del total	4,2%	48,1%	52,3%	
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de Nivel de estudios	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,718 <sup>a</sup>	4	,069
Razón de verosimilitud	8,514	4	,074
N de casos válidos	262		

a. 4 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.



## ANEXO 38: NIVEL DE ESTUDIOS Y ADICCIÓN AL MÓVIL

Tabla cruzada Niveleestudios\*CERM2

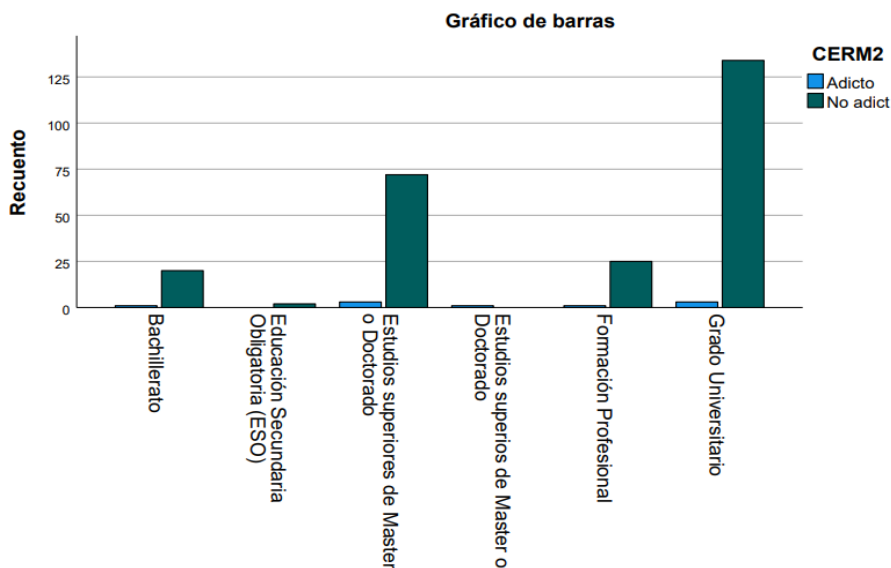
Niveleestudios	Bachillerato		CERM2	
			Adicto	No adict
		Recuento	1	20
		% dentro de Niveleestudios	4,8%	95,2%
		% dentro de CERM2	11,1%	7,9%
		% del total	0,4%	7,6%
	Educación Secundaria Obligatoria (ESO)	Recuento	0	2
		% dentro de Niveleestudios	0,0%	100,0%
		% dentro de CERM2	0,0%	0,8%
		% del total	0,0%	0,8%
	Estudios superiores de Master o Doctorado	Recuento	3	72
		% dentro de Niveleestudios	4,0%	96,0%
		% dentro de CERM2	33,3%	28,5%
		% del total	1,1%	27,5%

	Formación Profesional		CERM2	
			Adicto	No adict
		Recuento	1	25
		% dentro de Niveleestudios	3,8%	96,2%
		% dentro de CERM2	11,1%	9,9%
		% del total	0,4%	9,5%
	Grado Universitario	Recuento	3	134
		% dentro de Niveleestudios	2,2%	97,8%
		% dentro de CERM2	33,3%	53,0%
		% del total	1,1%	51,1%
Total		Recuento	9	253
		% dentro de Niveleestudios	3,4%	96,6%
		% dentro de CERM2	100,0%	100,0%
		% del total	3,4%	96,6%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,020 <sup>a</sup>	5	<,001
Razón de verosimilitud	7,796	5	,168
N de casos válidos	262		

a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.



## ANEXO 39: ADICCIÓN A INTERNET Y ADICCIÓN AL MÓVIL

**Tabla cruzada CERM2\*CER12**

		CER12		Total	
		Adicto	No adict		
CERM2	Adicto	Recuento	5	4	9
		% dentro de CERM2	55,6%	44,4%	100,0%
		% dentro de CER12	23,8%	1,7%	3,4%
		% del total	1,9%	1,5%	3,4%
No adict	Recuento	16	237	253	
	% dentro de CERM2	6,3%	93,7%	100,0%	
	% dentro de CER12	76,2%	98,3%	96,6%	
	% del total	6,1%	90,5%	96,6%	
Total	Recuento	21	241	262	
	% dentro de CERM2	8,0%	92,0%	100,0%	
	% dentro de CER12	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,570 <sup>a</sup>	1	<,001		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	22,283	1	<,001		
Razón de verosimilitud	14,593	1	<,001		
Prueba exacta de Fisher				<,001	<,001
N de casos válidos	262				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,72.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Gráfico de barras**

