

UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico



TESIS DOCTORAL

**LAS TIC Y LA DISCAPACIDAD: OPORTUNIDAD DE
INCLUSIÓN O FACTOR DE EXCLUSIÓN**

Programa Oficial de Doctorado en Psicología (B13.56.1; RD 99/2011)

PRESENTADA POR:

MARÍA ANGUSTIAS OLIVENCIA CARRIÓN

DIRECTORES:

DRA. D^a. FRANCISCA LÓPEZ TORRECILLAS
DR. D. MANUEL GABRIEL JIMÉNEZ TORRES

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: María Angustias Olivencia Carrión
ISBN: 978-84-9163-974-9
URI: <http://hdl.handle.net/10481/53162>

Agradecimientos

Quisiera dejar constancia de mi más profundo y sincero agradecimiento, a todas las personas que de una u otra manera han colaborado en las distintas etapas de este trabajo de tesis doctoral y en especial:

En primer lugar, mis directores de esta tesis doctoral, a la Profesora Dra. D^a. Francisca López Torrecillas, por ser la máxima responsable para que hoy haya llegado a mi mayor meta académica y profesional, por su entrega absoluta para apoyarme en todos mis pasos de este trabajo de manera desinteresada, por enseñarme tanto, por ser mi mayor referente, por creer y apostar siempre por mí, y a mi codirector, el Profesor Dr. D. Manuel Gabriel Jiménez Torres, por su dedicación, por ayudarme en mis tareas investigadoras, por saber transmitirme paz y tranquilidad en mis momentos de flaqueza y por ser un gran soporte en estos años de trabajo.

A mi Grupo de Investigación Psicología de Salud y Medicina Conductual (CTS-267) por su apoyo incondicional y dedicación para que este proyecto se haga hoy realidad.

A su directora, la Profesora Dra. D^a. Débora Godoy Izquierdo, por su entrega, fuerza, lucha, compromiso y apoyo al permitirme el desarrollo de investigaciones científicas en el seno de su grupo de investigación.

A su fundador, el Profesor Catedrático D. Juan Godoy García, por abrirme las puertas del laboratorio sin condiciones, por su confianza plena en mí, por su comprensión, por sus sabios consejos, por enseñarme la vocación investigadora de esta profesión, así como mostrarme una perspectiva de la discapacidad totalmente diferente hasta la vivida entonces.

Al Profesor Dr. D. Francisco Araque Serrano, por su disposición, colaboración permanente y compartir conmigo sus sabias experiencias en el arduo mundo de las drogodependencias al comienzo de este trabajo.

A mis compañeros y compañeras de Grupo de Investigación, en especial a la Dra. D^a. Adelaida Ogallar Blanco, Dra. D^a. Estefanía Navarrón Vallejo, Dra. D^a. María Ramírez Martín, Dra. D^a. M^a Luisa Vázquez y la Dra. D^a. Raquel Lara Moreno, por compartir durante cada reunión nuestras vivencias, experiencias y apoyo mutuo.

A la Profesora Dra. D^a. Nieves Pérez Marfil por acogerme en su despacho y realizar con sus alumnos la pasación de tests y cuestionarios y trabajar conjuntamente en pro de nuestra formación investigadora, de quien siempre he sentido su estimable colaboración.

A la Profesora Dra. D^a. Zoraida Callejas Carrión y a su alumno, Antonio Espinosa, por su colaboración en la elaboración de la aplicación de teléfono móvil para la intervención terapéutica para esta tesis doctoral y los conocimientos informáticos para poder desarrollarla.

Al equipo decanal de la Facultad de Psicología, en especial a su Decana, la Profesora Catedrática D^a. Francisca Expósito Jiménez, su Vicedecana de Infraestructuras, la Profesora D^a. Carmen Gómez Berrocal y la Secretaria de Facultad y Coordinadora de los estudiantes NEAE (Necesidades Específicas de Apoyo Educativo), la Profesora Dra. D^a. Humbelina Robles Ortega, por ser un pilar constante de motivación y ejemplo para la inclusión de los universitarios con discapacidad así como en la eliminación de barreras arquitectónicas para mejorar mi rendimiento en mi día a día siempre disponibles a colaborar en aquello que he necesitado.

A D^a. Antoñita Román, responsable de Negociado del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico por apoyarme siempre de manera altruista e ilimitada para desenvolverme en mis quehaceres académicos en la facultad.

Al personal de Biblioteca de la Facultad de Psicología, en especial a D^a. Matilde Monteagudo, por su disposición y absoluta amabilidad para ser mis brazos y mis pies para llevarme el material necesario hasta mi mesa siempre que lo he requerido de forma inmediata.

Al Secretariado de Inclusión y Diversidad del Vicerrectorado de Responsabilidad Social, Igualdad e Inclusión, en especial a su directora, la Profesora Dra. D^a. Esperanza Alcain Martínez, por su apoyo incalculable y apuesta hacia la plena inclusión de los universitarios con discapacidad en el ámbito académico.

Al Servicio de Asistencia al Estudiante del Vicerrectorado de Estudiantes y Empleabilidad, en especial a su trabajadora social, D^a. M^a. Carmen López Arboledas, por su apoyo impagable en pro de la igualdad de oportunidades de los estudiantes con discapacidad.

A D^a. Marta Castillo Díaz, Presidenta de la Federación Granadina de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (FEGRADI), y a D^a. M^a. Carmen Herrero Montero, Directora del Centro de Estancia Diurna y Centro de Terapia Ocupacional de la mencionada entidad por darme la oportunidad de trabajar en dicha institución como psicóloga para el cumplimiento del trabajo de intervención de mi tesis doctoral con las personas usuarias de dichos centros y cederme un espacio en donde tratar a los pacientes. Además, a sus monitoras, Lorena y Lola, por el trato recibido por su parte con las que trabajé codo con codo como si fuera una más de la empresa, así como el resto de monitoras y auxiliares, en especial a Paqui, Toñi, Carmen, Ana y María por su buena disposición para ayudarme para la correcta realización de mis tareas investigadoras y prácticas. Además, de aquellos que han sido mis conductores, en especial a Rafa, Ernesto, César, Justo, Javivi, Paco, Javier, Jorge y Antonio Arredondo entre otros, por su calidad humana durante los años que me han llevado a la facultad dándome compañía, ánimo, fuerza y aliento a lo largo de este arduo período.

A las asociaciones de personas con discapacidad de FEGRADI, en especial a la Asociación Universitarios con Necesidades Especiales (A.U.N.E.), a su Junta Directiva,

en especial a Beatriz, César, Francisco, Cristina, María, Ismail, Pablo y Femi así como a los socios y familiares de los mismos por su apoyo hacia mí y a la asociación Pisando Fuerte, a su presidente José Antonio Carmona y su Junta Directiva por brindarme la oportunidad de trabajar en la terapia con algunos de sus socios.

A todos los participantes que se ofrecieron voluntariamente para contribuir en las diferentes etapas de este trabajo de tesis doctoral, en especial, a aquellos que participaron para el estudio de la terapia a través de una aplicación del teléfono móvil.

A mis maestros de mi adolescencia, especialmente a D. José Rodríguez Romero y D^a. M^a Angustias Martín Arenas, por su motivación, por mostrarme su apoyo y por enseñarme la importancia de la transferencia del conocimiento tan fundamental hoy día para este trabajo siendo un gran ejemplo para mí.

A mis compañeros de carrera, en especial a Carmen, Belén, Migue, Mariola, Martina, Martha Patricia, y Sandra, y a mis amigos incondicionales Belén, Rosa, Antonio, Ana Puga, Celia, Carmen, Jorge, Fermín, Ade, Zacarías, Martina, Cósima, Anichu, Pili, Toté, Ana, Sandra, Emilio Luis, Ana y Antonio Espinola, de quienes me guiaron para no decaer y me regalaron siempre buenos consejos y ánimo en mi día a día.

Y por último, y no por ello menos importante, a mi familia, en especial a mi madre, por ser mi mayor apoyo incondicional y por estar siempre ahí, a mi padre por su paciencia y cariño, a mis hermanos, Demelza y Cristóbal, por acompañarme, cuidarme y quererme en estos últimos años de mi tesis doctoral, a mis cuñados Jesús y Marie por su cariño, fuerza y ánimos hacia mí, y a mis sobrinos Jesús y María por ser mi motor de cada día, a mis tíos, en especial a Nati, Juan José y Antonio por apoyarme y confiar siempre en mí para lograr esta meta, a mis primos, en especial a José Antonio, Olmo, Zoraida y Juanjo, y a mi familia de Jaén por toda su comprensión y por perdonarme mis ausencias en las reuniones familiares en mis momentos de fatigas y estrés. Y finalmente, al recuerdo emocionado de mis abuelos paternos, Antonio y María, y maternos, José y María, hoy ausentes pero muy presentes en mi corazón y en mi pensamiento, quienes estarían encantados de vivir este día conmigo. A todos mis familiares, muchas gracias por su abnegación, fuerza, confianza, cariño, comprensión, paciencia, compañía y apoyo impagable para que este trabajo que hoy finaliza se haya cumplido.

¡A TODOS, DE TODO CORAZÓN, SENCILLAMENTE.....GRACIAS!

Índice

Presentación

PARTE I: INTRODUCCIÓN GENERAL:CONCEPTO Y NORMATIVA RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD	2
1. Discapacidad y Uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación	14
2. Ventajas del Uso del Teléfono Móvil	29
3. Inconvenientes del Uso del Teléfono Móvil	32
4. Instrumentos de Evaluación de Adicción al Teléfono Móvil/Nomofobia	41
5. Personalidad y Adicción al Teléfono Móvil y/o Nomofobia	44
PARTE II: OBJETIVOS E HIPÓTESIS	56
PARTE III: METODOLOGÍA	
1. Estudio 1: Propuesta y Validación de un Cuestionario para Evaluar Nomofobia	59
1.1. Participantes	59
1.1.1. <i>Muestra y Recopilación de datos</i>	59
1.2. Desarrollo de la Escala y Procedimiento	60
1.3. Análisis	61
1.4. Resultados	63
1.4.1. <i>Análisis Factorial Exploratorio</i>	63
1.4.2. <i>Análisis Factorial Confirmatorio</i>	66
1.4.3. <i>Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Nomofobia</i>	67
2. Estudio 2: Nomofobia y Personalidad	69
2.1. Método	69
2.1.1. <i>Recopilación de datos</i>	69
2.1.2. <i>Preprocesamiento de datos</i>	70
2.1.3. <i>Ajuste de peso</i>	71
2.2. Instrumentos	72
2.3. Resultados	74
3. Estudio 3: Desarrollo de la App-Terapia para Personas con Discapacidad	77
3.1. Participantes	77
3.2. Instrumentos	78
3.3. Procedimiento	81
3.4. Resultados	84
4. Discusión	88
5. Conclusiones	101
Referencias	
Anexos	

PRESENTACION

La discapacidad se caracteriza por problemas severos y destacados en la capacidad, habilidad y oportunidad para funcionar e imposibilita a la persona para la marcha y el control de funciones corporales. Este impacto afecta al propio bienestar psicológico, al sistema de creencias, a la relación con el mundo y hasta la manera de actuar en lo cotidiano. La condición incapacitante va unida, en la mayoría de los casos, con déficits en la autoimagen, autoestima, autoeficacia y con un estigma social, provocando problemas en una interacción social normal. La introducción de la tecnología móvil ha creado una escena ideal para desarrollar innovadoras estrategias para intervenir en la salud. Las aplicaciones de tecnología móvil relacionadas con usos psicológicos y de cuidado de la salud han emergido rápidamente. Estas herramientas permiten a clínicos e investigadores diseñar intervenciones de bajo coste basadas en el control del tipo, cantidad y calidad de actividades diarias de los pacientes, ofreciendo nuevas posibilidades para mejorar las actividades de la vida diaria. Las intervenciones mediante teléfonos móviles (app-terapias) también pueden ayudar a mejorar estilos de vida, bienestar y estados físicos y de la salud y se han extendido en patologías tales como depresión, ansiedad, trastorno del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos y dolor crónico. Hasta la fecha no existen intervenciones con el teléfono móvil en el ámbito de la discapacidad aunque podría ser de gran ayuda para estas personas con porque su uso puede producir importantes cambios en sus vidas cotidianas. Las tecnologías móviles ofrecen una amplia gama de posibilidades a los profesionales de la salud gracias a las ventajas de poder estar conectado la mayor parte del tiempo, en el día a día, para la prevención y la educación. Aunque se puede producir un efecto inverso, el uso problemático del teléfono móvil. Dicho uso problemático se refiere principalmente al tiempo y a la atención empleados por los usuarios en sustitución de otras conductas o

actividades, con la consiguiente pérdida de control que desencadena reducción de la capacidad de realizar las actividades diarias, usar constantemente el dispositivo, mostrar un nerviosismo extremo y un comportamiento agresivo cuando no se puede utilizar el teléfono móvil. Junto con el deterioro progresivo de las actividades escolares o laborales, y disfunción social y familiar.

En este contexto, hemos estructurado esta Tesis Doctoral en tres partes bien diferenciadas. En la Primera, titulada Parte Teórica, presentamos un apartado 1 en el que se revisan los conceptos centrales para esta investigación, es decir, el concepto y normativa de la discapacidad. El apartado 2 versa sobre la discapacidad y su relación con las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). En los apartados 3 y 4 se revisan las ventajas e inconvenientes del uso del teléfono móvil. En el apartado 5 exponemos los principales instrumentos de evaluación de la adicción al teléfono móvil o nomofobia y por último, en el apartado 6 examinamos la relación entre personalidad y adicción al teléfono móvil o nomofobia. En la Segunda Parte de esta Tesis Doctoral, se describen los Objetivos e Hipótesis de la investigación y en la Tercera Parte, titulada Metodología, se presenta los 3 estudios que la componen la parte empírica de esta Tesis Doctoral, se describen los participantes, el procedimiento, los instrumentos y metodología así como los resultados, y por último en los apartados 4 y 5 se presenta la discusión de los resultados, las limitaciones y las conclusiones.

PARTE I

I. INTRODUCCION GENERAL: CONCEPTO Y NORMATIVAS RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD

La Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) sostiene que la discapacidad de un individuo se caracteriza por problemas severos y destacados en la capacidad (deficiencias en funciones y estructuras corporales), la habilidad (limitaciones en la actividad) y la oportunidad para funcionar (restricciones a la participación), lo cual imposibilita a la persona para la marcha y el control de algunas otras funciones corporales, limitando a su vez, la posibilidad de acceso a ciertos lugares, opciones y oportunidades. Este impacto puede afectar al propio bienestar psicológico, al sistema de creencias, a la relación con el mundo y hasta la manera de actuar en lo cotidiano. Por ello, áreas específicas de funcionamiento pueden verse afectadas, entre las que caben destacar, la salud, el ocio, la adaptación ambiental, las actividades académicas y/o laborales. El reto de una persona con discapacidad va más allá de enfrentarse a todos los aspectos médicos implicados; estas personas deben superar el estrés y los efectos psicológicos que le producen sus lesiones, mediante grandes esfuerzos de adaptación y afrontamiento. La condición incapacitante va unida, en la mayoría de los casos, con déficits en la autoimagen, autoestima, autoeficacia y con un estigma social, provocando problemas en una interacción social normal (Saavedra, 2017).

En España, actualmente las personas con discapacidad sensorial, física e intelectual suponen un 6% de la población [Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD, 2018)].

El desarrollo de las políticas públicas sobre discapacidad se inscribe en el marco más amplio del desarrollo de la política social como ámbito específico de la acción pública. Fue en el siglo XIX cuando en España se formularon políticas públicas encaminadas a dar respuesta a los problemas sociales y en los años 70 aparecen nuevos modelos sociales para garantizar la seguridad y el orden público que provocan un mayor crecimiento y estabilización. Este movimiento se puede explicar frente a la evolución de las conceptualizaciones sobre la discapacidad, desde un modelo arcaico basado en la caridad y caracterizado por la invisibilidad, hasta los planteamientos actuales que enfocan el fenómeno de la discapacidad como una cuestión de derechos y no discriminación. En la década de los 60 se crearon las primeras asociaciones representativas de las personas con discapacidad que se distinguieron por una participación activa en el diseño y gestión de los recursos y servicios, produciéndose consecuentemente, avances en las políticas sociales sobre discapacidad (Lara y García, 2010). Estos cambios producidos sobre las percepciones sociales hacia la discapacidad y en su conceptualización han generado efectos integradores, sobre todo en materia legislativa y pueden calificarse de sustanciales por su capacidad para generar concienciación social, sirvan de ejemplo las leyes que comentamos a continuación.

En primer lugar, nos encontramos con la **Ley 13/1982 de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)**, siendo esta una ley pionera en el reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad a trabajar en el mercado laboral normalizado, y que responsabilizaba a las empresas a asumir su parte activa en este nuevo escenario social, mediante la incorporación de trabajadores con discapacidad en sus plantillas. Para ello, todas las empresas españolas o allí establecidas, cuya plantilla fuera superior a los 50 trabajadores, debían tener una "cuota de reserva a favor de las personas con discapacidad" de un 2% de la plantilla, es decir, que este tanto por

ciento estaba reservado para personas con una discapacidad igual o mayor al 33%. De esta forma, esta ley promueve la inclusión de las personas con discapacidad en la empresa respondiendo a las necesidades de empleo ordinario y facilitando una verdadera inclusión laboral como fueron las adaptaciones del puesto de trabajo, acciones positivas para compensar las desigualdades de las personas con discapacidad y para garantizar la igualdad de oportunidades, accesibilidad y protección en el tratamiento de datos.

En segundo lugar, destacamos el **Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía** que fue publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE, de 26 de enero de 2000) que reguló el procedimiento para el reconocimiento de la discapacidad. Incluía un baremo por "factores sociales" Esta visión se asoció a un modelo médico de la discapacidad. Este decreto dispone en sus Artículos 4 y 5 que serán objeto de valoración tanto la discapacidad que presente la persona como los factores sociales (familiar y situación laboral, educativa y cultural) que dificulten su integración social. Además, este decreto establece los criterios técnicos para la valoración de la discapacidad y del grado de minusvalía, así como los que van a determinar la necesidad del concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida y las dificultades para utilizar transportes colectivos. El grado de minusvalía, que se expresa en porcentaje, se calcula teniendo en cuenta la puntuación obtenida en el baremo de factores sociales cuya puntuación máxima es de 15 puntos. Así pues, los grados de discapacidad quedan distribuidos de acuerdo a 5 grados. El Grado 1 es indicativo de Discapacidad nula (0-4%), con síntomas, signos o secuelas mínimos por lo que no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria. El Grado 2 es de Discapacidad leve (5-24%), con síntomas, signos o

secuelas que justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria aunque compatibles con la práctica de las mismas. El Grado 3 es de Discapacidad moderada (25-49%), con síntomas, signos o secuelas que causan una disminución y/o imposibilidad en la capacidad de la persona para realizar actividades de la vida diaria e independencia de autocuidado. El Grado 4 es de Discapacidad grave (50-95%), con síntomas, signos o secuelas que causan una disminución en la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada la capacidad de las actividades de autocuidado y finalmente, el Grado 5 es de Discapacidad muy grave (96-100%) con síntomas, signos o secuelas que imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria. En definitiva, destacar que el porcentaje mínimo de valoración de la discapacidad sobre el que se podrá aplicar el baremo de factores sociales complementarios no podrá ser inferior al 25%. En función del grado de Discapacidad se obtiene un Certificado de Discapacidad que es un documento oficial, destinado a personas con discapacidad psíquica, física o sensorial, que acredita la condición de persona con discapacidad. Es necesario tener reconocido un grado mínimo del 33% para que el certificado permita el acceso a ayudas sociales, para la contratación de la persona a través de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) y para el cómputo de estos trabajadores a efecto de cumplimiento de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI, 1982). La finalidad de este certificado es compensar las desventajas sociales que la discapacidad implica, proporcionando acceso a derechos y prestaciones, con vistas a equiparar oportunidades. La valoración la realiza un tribunal formado por un médico, un psicólogo y un trabajador social; para ello, se considera la limitación física, sensorial y/o psíquica y los factores sociales característicos de la persona, que obstaculizan o favorecen su desarrollo.

De acuerdo con el **Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre**, por el que se determina el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Las discapacidades pueden clasificarse en 3 grandes grupos diferenciados entre sí. El primero son las Discapacidades físicas que se relacionan con el cuerpo, miembros y órganos en general. Originadas en los sistemas musculoesquelético, nervioso, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema hematopoyético, aparato digestivo, aparato urogenital, sistema endocrino, piel y anejos y neoplasias. El segundo son las Discapacidades sensoriales que son las originadas en el aparato visual, oído, garganta y estructuras relacionadas con el lenguaje y finalmente, el tercero son las Discapacidades psíquicas que son originadas por retraso y/o enfermedad mental (por ejemplo, depresión, esquizofrenia y trastornos del espectro autista). Además, hay que tener en cuenta que pueden darse varias discapacidades a la vez, por ejemplo, una misma persona puede poseer una discapacidad física (ir en silla de ruedas), sensorial (padecer sordera) y mental (retraso mental) o puede tener una discapacidad de índole orgánica (un trasplante de riñón) y no por ello, poseer una discapacidad física propiamente dicha.

En tercer lugar, destacamos la **Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad (LIONDAU)** en la que se establecían dos medidas para garantizar la Igualdad de Oportunidades. Una fue la medida de acción positiva que hacía referencia a los tratos más favorables (en normas, criterios y prácticas); apoyos complementarios (prestaciones económicas, ayudas técnicas, asistencia personal y servicios especializados, entre otras) y la segunda fue la medida contra la discriminación que prohibía el acoso, conductas de abuso, maltrato, trato intimidatorio, hostil, degradante, entre otros. Además hacía referencia a exigencias de accesibilidad y no discriminación

en lo nuevo; diseño para todos en entornos, productos y servicios y ajustes razonables (sin que supusiera una carga desproporcionada). En definitiva, esta ley tuvo por objeto establecer medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución Española. A estos efectos, se entendió por igualdad de oportunidades la ausencia de discriminación, directa o indirecta, que tuviera su causa en una discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social. Además, esta ley se inspiró en los principios de vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil y transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.

En cuarto lugar, destacamos la **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)**. Es el primer tratado internacional de derechos humanos del siglo XXI de las Naciones Unidas destinado a proteger y reforzar los derechos, la igualdad de oportunidades y la dignidad de aproximadamente 650 millones de personas con discapacidad que se estima en el mundo. El texto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 en su Sede en Nueva York y que se firmó el 30 de marzo de 2007. Tras su aprobación por la Asamblea General, la Convención fue abierta a los 192 Estados Miembros para su ratificación y aplicación. La Convención entró en vigor cuando fue ratificada por 20 países, entre ellos España. En nuestro país entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Los objetivos de la Convención tenían la obligación de promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad y se legitima la igualdad ante la ley. Además, los países que se unieron a la Convención se comprometieron a elaborar y poner en práctica políticas, leyes y medidas

administrativas para asegurar los derechos reconocidos en la convención y a abolir las leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que constituían discriminación, por lo que establecieron ocho principios. El primero refería el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluyendo la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas; el segundo hablaba de la no discriminación; el tercero aludía a la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el cuarto aludía al respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; el quinto destacaba la igualdad de oportunidades; el sexto citaba la accesibilidad; el séptimo hacía referencia a la igualdad entre el hombre y la mujer; y finalmente el octavo se centraba en el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

En quinto lugar, señalamos, la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia de España, más conocida como «Ley de Dependencia»**, es una ley española que crea el actual Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que es el conjunto de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal, así como a la protección y atención a las personas, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados. El reto de esta ley fue atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación especial de vulnerabilidad, requerían apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer sus derechos de ciudadanía.

En sexto lugar, mencionamos la **Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía (LEA)**. Esta ley pretendía ser una norma para todos los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía y sentar las bases para lograr una sociedad más y

mejor formada y, en consecuencia, más democrática, más justa, más tolerante, solidaria y más respetuosa con el medio ambiente, dentro de los principios que nuestro Estatuto de Autonomía marca como valores fundamentales de la Sociedad Andaluza. Dicha Ley pretende avanzar en aspectos fundamentales para posibilitar una Educación Andaluza de mayor calidad. Asimismo, nació con la firme voluntad de contribuir a la creación de empleo y al desarrollo económico de Andalucía, en el marco de consenso de los acuerdos de concertación social, suscritos por la Junta de Andalucía, con las organizaciones empresariales y sindicales más representativas de la Comunidad Autónoma. Consideración especial merece la colaboración, cada vez más necesaria, de los medios de comunicación social con la Administración de la Junta de Andalucía para contribuir al proceso educativo de la infancia y la juventud, promoviendo fórmulas de colaboración en el desarrollo de programas o espacios de interés educativo. La ley se estructura en un título preliminar, ocho títulos, cinco disposiciones adicionales, nueve disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales. El Título Preliminar define el Sistema Educativo Público de Andalucía y establece los objetivos de la ley y los principios que fundamentan el sistema educativo andaluz. Entre los objetivos, se destaca la necesidad de aumentar, de forma significativa, las tasas de éxito escolar en las enseñanzas obligatorias y el porcentaje de alumnado escolarizado en la educación infantil y en las enseñanzas obligatorias. Por lo que se refiere a los principios de nuestro sistema educativo, se enfatiza la equidad, la mejora permanente, la convivencia como meta y las condiciones necesarias para el buen desarrollo del trabajo del alumnado y del profesorado. Se entiende la educación como un medio para lograr la formación integral en el ejercicio de la ciudadanía, la comprensión del mundo y de la cultura y el desarrollo de la sociedad del conocimiento. En la enseñanza básica se enfatiza la atención a la diversidad del alumnado, la detección de las dificultades de

aprendizaje, tan pronto como se produzcan, y la relación con las familias para apoyar el proceso educativo y profesional. En esta ley aparece el concepto de necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE). Este nuevo y gran concepto engloba al alumnado con necesidades educativas especiales debidas a diferentes grados y tipos de capacidades personales de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial a las que hay que añadir al alumnado con dificultades específicas de aprendizaje (DEA) como la dislexia, discalculia y/o Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), a los estudiantes que presentan trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) y los que presentan trastorno generalizado del desarrollo con síndrome de asperger. También, está incluido el alumnado con altas capacidades intelectuales y los que presentan diferentes enfermedades como el trastorno de la conducta alimentaria.

En séptimo lugar, señalamos la **Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación a la normativa española a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. Esta Ley refiere a la discapacidad como una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afecta a la forma de interactuar y participar en la sociedad. Esta ley pretendía impulsar los cambios normativos y de plazos, necesarios para el cumplimiento de los compromisos adquiridos por la ratificación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Respondía, para ello, a tres objetivos principales. El primero trataba de rrrla adaptación de la normativa española, en sus diversos ámbitos, a dichos compromisos. El segundo objetivo impulsaba el cumplimiento de los plazos comprometidos y finalmente, el tercero profundizaba en el modelo de discapacidad de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU). Por ello, se

modificó una amplia serie de normas españolas para adaptarlas a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En octavo lugar, mencionamos el **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social**. Este decreto reconoció a los derechos, previstos en la Convención Internacional, a las personas con discapacidad y estableció el régimen de infracciones y sanciones que garantizaban las condiciones básicas en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Esta ley refunde, aclara y armoniza en un único texto, las principales leyes en materia de discapacidad: la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad ya mencionadas anteriormente. Este decreto reconoce expresamente que el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad se realiza de acuerdo con el principio de libertad en la toma de decisiones, y se protege de manera singular a las niñas, los niños y las mujeres con algún tipo de discapacidad. Los ámbitos en que se aplica esta ley son los de telecomunicaciones y sociedad de la información, espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación, transportes, bienes y servicios a disposición del público y relaciones con las Administraciones públicas, administración de justicia, patrimonio cultural y empleo. Cada uno de estos ámbitos se trata en las normas de desarrollo de la ley, en la que se señala la obligación de que todos los entornos, productos y servicios deben ser abiertos, accesibles y practicables para todas las personas. En este Decreto se incluía un título dedicado a los derechos de las personas con discapacidad como la protección de la salud, (la atención integral, incluida la educación y el empleo), social (hasta la vida independiente y la participación en asuntos públicos) y de la educación (un sistema educativo inclusivo, prestando atención a la diversidad de necesidades

educativas del alumnado con discapacidad, mediante la regulación de los apoyos y ajustes correspondientes).

En noveno lugar, referimos la **Ley 4/2017 de Derechos y Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía**. A efectos de esta ley autonómica, se entiende por Discapacidad una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Por Atención Integral se entiende un proceso o cualquier otra medida de intervención dirigida a que las personas con discapacidad adquieran su máximo nivel de desarrollo y autonomía personal, y a lograr y mantener su máxima independencia, capacidad física, mental y social, y su inclusión y participación plena en todos los ámbitos de la vida. La igualdad de oportunidades se puede entender como la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por motivo o por razón de discapacidad, incluida cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones, por las personas con discapacidad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, laboral, cultural, civil o de otro tipo. De esta manera, se entiende por igualdad de oportunidades la adopción de medidas de acción positiva entre otras. Sus fines van dirigidos a promover un modelo de intervención social basado en la autonomía personal de las personas con discapacidad, atendiendo a su calidad de vida, al disfrute de sus derechos y respeto a la diferencia, a la incorporación de la perspectiva de género y a la aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad de la condición humana. Así, se define la Inclusión Social como el principio en virtud del cual la sociedad promueve valores compartidos orientados al bien común y a la cohesión social, permitiendo que todas las

personas con discapacidad tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar plenamente en la vida política, económica, social, educativa, laboral y cultural, y para disfrutar de unas condiciones de vida en igualdad con los demás.

Un intento de mejorar las condiciones de las personas con discapacidad, se apoya en el concepto general de Inclusión Social de Personas con Discapacidad, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2011) se define en el entorno educativo como el "derecho de todos los alumnos a recibir una educación de calidad que satisfaga sus necesidades básicas". En materia de inclusión, se puede hablar de diferentes conceptos en ámbito de lo social y el campo educativo. De acuerdo con Medina-García (2017) un modelo educativo inclusivo es el que permite gestionar con equidad y atender realmente a la diversidad del alumnado en grupos heterogéneos y donde el alumnado con discapacidad tenga realmente igualdad de oportunidades. Por tanto, el término *Inclusión* se asocia a calidad en las relaciones, está vinculado a las emociones, a la afectividad y se relaciona con la capacidad de las personas de aceptar al otro y convivir en armonía aceptando las diferencias. Existen una serie de conceptos relacionados tales como *Separación*, *Segregación*, *Exclusión* y *Equidad* que resulta esencial considerarlos para delimitar y entender el concepto de inclusión. En primer lugar, el término *Separación* hace referencia a la consideración del colectivo con discapacidad como un grupo aislado del resto de la población. En segundo lugar, el término *Segregación* es la lucha de grupos, la imposición del que tiene sobre el que no tiene; es el dominio de un sector social sobre otros que difícilmente tendrán opciones de imponerse o cambiar su status; es la clasificación en segmentos bien diferenciados donde los roles no pueden traspasar las fronteras de lo que decida el grupo dominante. En tercer lugar, con el término *Exclusión* nos referimos a la situación de marginación o segregación que afecta a las personas con

discapacidad y finalmente, en cuarto lugar, nos referimos a la *Equidad* como la acción, la demostración de sentir al grupo de iguales cerca, considerar los principios inclusivos como norma. Es crear espacios de intercambio donde todos sean tratados según sus capacidades y necesidades. Hablamos de empatía y resiliencia, de justicia natural, de derechos y deberes consensuados y aceptados.

1. Discapacidad y Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el mundo actual ganan cada vez más influencia en los diferentes aspectos de la vida de las personas. De hecho, las nuevas tecnologías han proporcionado un claro apoyo a las personas con discapacidad en el logro de una mayor autonomía e independencia (Igal, Plaza, Medrano y Rubio, 2014). Las personas con discapacidad siguen enfrentándose a múltiples obstáculos a la hora de integrarse en la sociedad. De hecho, uno de los principales problemas que tienen las personas con discapacidad es la exclusión social. Se enfrentan a barreras no sólo físicas, sino también financieras y de formación, que dificultan su participación en la sociedad. Desde otra perspectiva, resulta hoy evidente, que la utilización de los nuevos recursos tecnológicos está muy a menudo vinculada con la calidad de vida, la normalización y la inclusión en la sociedad de las personas con discapacidad.

Los datos obtenidos por la Encuesta Adecco (2016) reflejan que un 80% de la población española con discapacidad utiliza las nuevas tecnologías, siendo el 60% el uso del teléfono móvil. El uso de este dispositivo, así como de tabletas y libros electrónicos, varía en función del tipo de discapacidad. Las personas con discapacidad física se encuentran cerca del nivel de uso de las que no tienen discapacidad en el uso del teléfono móvil. Las personas con discapacidad intelectual destacan por un uso más

bajo de tabletas y libros electrónicos y más alto del teléfono móvil, en comparación con las personas con discapacidad sensorial. Con respecto a Internet, el uso oscila entre el 92% para la población sin discapacidad y el 80% para la población con discapacidad; el porcentaje se eleva en un 91% en la discapacidad física, seguido de la discapacidad auditiva, la visual y por último, la intelectual.

Durante la última década, ha habido avances en la tecnología que han transformado significativamente varios aspectos de la asistencia sanitaria. La *eSalud* (*electronicHealth* -o eHealth, en su terminología en inglés) es el término con el que se define al conjunto de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) que, a modo de herramientas, se emplean en el entorno sanitario en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, así como en la gestión de la salud, ahorrando costes al sistema sanitario y mejorando la eficacia de este. Los teléfonos móviles (o aplicaciones móviles), ofrecen la posibilidad de expandir el acceso a los servicios de salud mental (Free et al., 2013) y se usan cada vez más para las intervenciones terapéuticas. Este tipo de intervenciones permite a los participantes el acceso a una amplia gama de material con sólo tocar un botón. Muchas personas también indican mayor preferencia por obtener información relacionada con la salud a través de las nuevas tecnologías (Casey, Joy y Clough, 2013). Dada la amplia disponibilidad de tecnología móvil, existe un creciente interés en el potencial de las intervenciones que utilizan estas tecnologías para realizar tratamientos (Gustafson et al., 2014). El advenimiento de la eSalud y su influencia en la práctica de la asistencia sanitaria también implica que hay un cambio de paradigma en la forma en que los profesionales de la salud trabajan.

La revolución tecnológica que se ha producido en las últimas dos décadas ha permitido el desarrollo de dispositivos que pueden facilitar casi cualquier tarea

(Doughty, 2011), desde buscar un restaurante o leer un libro, hasta compartir todo tipo de contenido multimedia. Esta revolución es definida por Kischinhevsky (2009) como la cultura de la portabilidad, marcada por la aparición y la democratización de dispositivos de altas prestaciones como teléfonos móviles que han redefinido su significado en nuestra cotidianeidad. El teléfono móvil se ha convertido en uno de los dispositivos más necesario para afrontar la vida diaria de manera normal. De acuerdo con la Sociedad Digital de España (2017), desde 2014 se ha producido un rápido incremento del uso del teléfono móvil con unas cifras aproximadas de un billón de usuarios en 2012, y de cerca de dos en 2017. El mercado español ha vivido un crecimiento exponencial (pasando de un 29% en 2012 a un 70%) en un periodo de 5 años.

La introducción de la tecnología móvil ha creado una escena ideal para desarrollar innovadoras estrategias para intervenir en la salud. Las aplicaciones de tecnología móvil relacionadas con usos psicológicos, médicos y de cuidado de la salud han emergido rápidamente (Lee et al., 2015). Estas herramientas permiten a clínicos e investigadores diseñar intervenciones de bajo coste basadas en el control del tipo, cantidad y calidad de actividades diarias de los pacientes, ofreciendo nuevas posibilidades para mejorar las actividades de la vida diaria (Donker, Petrie, Proudfoot, Clarke, Birch y Christensen, 2013).

Las intervenciones mediante dispositivos móviles también pueden ayudar a mejorar estilos de vida, bienestar y estados físicos y de la salud. En este sentido, cabe mencionar el estudio realizado por Yan, Zhang, Zhou, Huang, Zhang y Yang (2017) quienes desarrollaron una aplicación de telefonía móvil con el objetivo de llevar a cabo una intervención conductual a pacientes con SIDA y con enfermedades de transmisión sexual. Encontraron que la intervención basada en la aplicación del teléfono móvil era

más eficaz en cuanto a la relación coste-eficacia en comparación con las intervenciones habituales presenciales. Por tanto, los autores concluyen que estas aplicaciones son beneficiosas para la autogestión de las personas en condiciones crónicas, para la promoción de la actividad física y para otros comportamientos relacionados con la salud. Campbell y Ling (2009) sostienen que el uso del teléfono móvil ayuda a las personas con discapacidad, al igual que las personas sanas, a contrarrestar las limitaciones temporales y espaciales durante la realización de las actividades diarias y Perry, O'Hara, Sellen, Brown y Harper (2001) señalan que la disponibilidad del teléfono móvil en cualquier momento y en cualquier lugar permite que las personas estén en contacto con otras personas y la obtención de información de manera más fácil y eficiente. En personas con movilidad reducida, los teléfonos móviles posibilitan el control de sus necesidades personales en el manejo en las tareas diarias, provocando sentimientos de seguridad, con un considerable restablecimiento de autonomía personal en dichas tareas. Por tanto, recientemente existe un creciente desarrollo de intervenciones (eSalud) mediante dispositivos móviles (app-terapias) en ámbitos tales como enfermedades de origen orgánico y trastornos mentales. Así, en materia de prevención se han desarrollado un gran número de aplicaciones para aumentar la adherencia al tratamiento. En el metanálisis realizado por Chen, Pan, Qu, Liu, Yao y Xiang (2015) encontraron que las intervenciones mediante teléfonos móviles realizadas a pacientes con epilepsia y tuberculosis mejoraban la adherencia y aumentaban la aceptación del tratamiento en comparación, con las intervenciones clásicas presenciales. De los 70 artículos identificados a partir de 6601 búsquedas iniciales, los autores concluyeron que entre el 56% y 82% de los pacientes estaban dispuestos a aceptar la comunicación mediante el teléfono móvil. La edad avanzada y la alfabetización no fueron factores limitantes ni decisivos a la hora de participar en este tipo de

intervenciones. Estas intervenciones ayudaron a los pacientes con epilepsia y tuberculosis a superar barreras como el estigma social, la pérdida de privacidad, las limitaciones de transporte y las cargas asociadas con las intervenciones tradicionales, por lo que consecuentemente, los pacientes se sintieron mejor atendidos y fueron más responsables con su tratamiento. Por tanto, los autores concluyeron que, en comparación con las intervenciones presenciales, las intervenciones con teléfonos móviles mejoraban significativamente la adherencia al tratamiento de la epilepsia y tuberculosis. Por su parte, Bonet et al. (2017) realizaron un metanálisis para analizar el estado de la investigación en el ámbito de las intervenciones eSalud en pacientes con psicosis para la mejora de la adherencia al tratamiento. Seleccionaron 20 artículos de 431 estudios iniciales donde se diferenciaron 3 tipos de intervenciones: 1) Análisis de calidad y usabilidad; 2) mejora de la adherencia, síntomas y reducción de hospitalizaciones del paciente y 3) análisis de la sintomatología del paciente. Encontraron que la mayoría de los participantes se sintieron satisfechos con las intervenciones a través del teléfono móvil, las consideraron útiles, beneficiosas y fáciles de utilizar. Además descubrieron que sirven para evaluar, de forma más eficiente, la evolución de los síntomas psicóticos y que mejoraban la adherencia al tratamiento, se disminuían los síntomas y las hospitalizaciones. Los autores concluyeron que las intervenciones con teléfonos móviles son viables y fáciles de utilizar en pacientes con psicosis. En un metanálisis realizado más recientemente por Bright (2018) se demuestra que los contactos mediante el teléfono móvil se han utilizado para mejorar el cumplimiento de la toma de la medicación en personas con enfermedad mental severa y que son capaces de proporcionar cuatro tipos de apoyo social (instrumental, informativo, emocional y de evaluación). El autor concluye que cuando los contactos

telefónicos, especialmente los mensajes de texto, se utilizan como complemento de otras intervenciones, se obtiene una mejor adherencia a la medicación.

Las intervenciones con el teléfono móvil (app-intervenciones) se han extendido en patologías tales como depresión (Ly, Carlbring y Andersson, 2012; Proudfoot et al., 2013; Watts et al., 2013), ansiedad (Villani, Grassi, Cagnetta, Toniolo, Cipresso y Riva, 2013); trastorno del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos (Ainsworth et al., 2013; Ben-Zeev, Kaiser, Brenner, Begale, Duffecy y Mohr, 2013; Granholm, Ben-Zeev, Link, Bradshaw y Holden, 2012; Macias et al., 2015; Palmier-Claus et al., 2012); trastornos adictivos (Ben-Zeev, Kaiser y Krzos, 2014) así como dolor crónico (Kristjánsdóttir et al., 2013).

Específicamente, Ly et al. (2012) aplicaron una intervención, de 8 semanas de duración, con teléfono móvil, que incluía estrategias cognitivo-conductuales, a 120 pacientes con diagnóstico de depresión (divididos en 2 grupos, de intervención y control). El grupo de intervención recibía la app-terapia y al grupo de control una breve educación para el manejo de los síntomas depresivos en línea, en ambos grupos el contacto con el terapeuta era mínimo. La intervención consistía en psicoeducación a través de la web y una aplicación de teléfono móvil. Las medidas utilizadas para este estudio fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer y Williams, 2001), la Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (MINI; Sheehan et al., 1998) y la Escala de Mejora de la Impresión Clínica Global (CGI; Guy, 1976). Encontraron que el grupo de app-terapia reducía los síntomas depresivos en comparación con el grupo control.

Proudfoot et al. (2013) demostraron la eficacia de una intervención en línea (con una duración de 7 semanas) en la sintomatología depresiva, de ansiedad y estrés, así como, el funcionamiento laboral y social. En su estudio participaron 720 depresivos que fueron asignados a tres grupos (terapia en línea de autoayuda *myCompass*, intervención en control atencional y condición lista de espera). Todos los participantes fueron evaluados al inicio, después de la intervención y a los tres meses de seguimiento con la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [(The Depression, Anxiety and Stress Scales Measure, DASS-21; Lovibond, 1995)] y la Escala de Trabajo y Ajuste Social [(The Work and Social Adjustment Scale, WSAS; Mundt, Marks, Shear y Greist, 2002)]. El programa *myCompass* consiste en el aprendizaje de manejo de síntomas y recordatorio de tomar la medicación. Para el manejo de síntomas, los participantes del grupo de intervención *myCompass* elegían 3 síntomas diarios para controlar una lista de 20 y se presentaban 12 módulos basados en los ejercicios característicos de la terapia cognitivo conductual, de resolución de problemas, psicoterapia interpersonal y psicología positiva. Los autores encontraron que el grupo de intervención *myCompass* mostraba una mejora significativamente mayor en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés así como en el funcionamiento laboral y social en comparación con los grupos intervención en control atencional y grupo lista de espera. Finalmente, destacar que en el estudio de Watts et al. (2013) se investigó la eficacia de una intervención basada en el teléfono móvil en 35 pacientes (80% mujeres) con depresión mayor. Querían demostrar la eficacia del programa para la depresión, [*The Get Happy Program, versión del programa The Sadness Program* (Perini, Titov y Andrews, 2009)], basado en los principios de la Terapia Cognitiva Conductual, a través de su aplicación móvil. Los participantes seguían la historia de Jess, un personaje cómico con depresión, y a través de su historia aprendían cómo llegaba a manejar sus síntomas y así poder aplicar estos

principios a su propia vida. Los participantes, asignados al azar a la intervención con la aplicación móvil (n=22) o al programa a través del ordenador (n=30), completaron las 6 lecciones del programa durante 8 semanas, asignaciones de tareas semanales y recibían contacto semanal por correo electrónico de un psicólogo clínico o psiquiatra hasta la finalización de la lección 2. Después de la lección 2, el contacto por correo electrónico sólo se proporcionó en respuesta a la solicitud del participante o en respuesta a un deterioro en las puntuaciones de malestar psicológico. Al finalizar cada lección, se alentaba a los participantes a llevar a cabo las actividades relevantes de la tarea y a revisar la lección. El programa también disponía de recursos adicionales, como información sobre habilidades de asertividad e higiene del sueño e historias de experiencias previas de participantes. Los participantes contestaban a las sesiones de intervención, recibían comentarios, recordatorios y afirmaciones motivacionales en su teléfono móvil. La principal medida de resultado fue el Cuestionario de Salud del Paciente 9 (Patient Health Questionnaire 9, PHQ-9; Kroenke et al., 2001). De los 35 participantes, el 68,6% completó las 6 lecciones y el 65,7% completó el seguimiento de 3 meses. Los autores encontraron mejoras significativas con el tratamiento para ambas condiciones experimentales. Estos resultados proporcionan un apoyo preliminar para el uso de programas en línea en teléfonos móviles y otros dispositivos tecnológicos. Por su parte, Villani et al. (2013) usaron una aplicación a través del teléfono móvil para regular y manejar las emociones en 30 enfermeras de oncología con trastornos de ansiedad. La metodología de entrenamiento fue la inoculación al estrés que sirvió como base para respaldar la experiencia del manejo del estrés a través del uso de teléfonos móviles. Para probar la eficacia del protocolo, se comparó el grupo experimental, que recibía entrenamiento de inoculación de estrés a través de teléfono móvil, con el grupo control que solo recibía un video neutral a través del teléfono móvil. Se evaluó el estrés, el nivel

de ansiedad, los componentes del trabajo, el estrés percibido y las habilidades de afrontamiento. Para ello, utilizaron el Cuestionario de Estrés Percibido [Measure du Stress Psychologyque (MSP; Di Nuovo, Rispoli y Genta, 2000)] que valora las dimensiones de pérdida de control e irritabilidad, sentimientos psicofisiológicos, sensación de esfuerzo y confusión, ansiedad y depresión, dolor y problemas físicos, hiperactividad, y comportamientos acelerados. La ansiedad se evaluó con el Inventario Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorus y Lushene, 1970), las habilidades de afrontamiento se analizaron en términos de afrontamiento activo y negación con el Inventario de Afrontamiento (COPE; Carver, 1997), la capacidad en el trabajo se valoró en términos de demandas de trabajo psicológico, decisión laboral y apoyo social mediante el Cuestionario de Capacidades del Trabajo (JCQ; Karasek y Theorell, 1990). También se realizaron evaluaciones de seguimiento a los 3 meses de la intervención. Encontraron que las participantes mejoraban sus habilidades de afrontamiento al estrés en comparación con el grupo control. Por consiguiente, los hallazgos indicaron mejora psicológica del grupo experimental en términos de reducción de la ansiedad estado y rasgo y de la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento.

Con respecto a los trastornos psicóticos, el estudio de Palmier-Claus et al. (2012) evaluó la psicosis utilizando los teléfonos móviles. Para ello se plantearon dos objetivos, el primero fue calcular la validez de la evaluación de la aplicación de teléfono móvil, a través de correlaciones de respuestas de ítems, con los ítems derivados de una entrevista realizada de manera presencial (cara a cara) y el segundo objetivo fue examinar el cumplimiento del proceso de evaluación en pacientes con psicosis de diversa gravedad. En el estudio participaron 44 esquizofrénicos que completaron 14 ítems de autoinforme relacionadas con síntomas psicóticos a través de un teléfono móvil con pantalla táctil usando una alarma seis veces cada día, durante una semana (definidas

como evaluación de control ambulatoria); la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS; Kay, Opler y Fiszbein, 1986); la Escala de Depresión de Calgary (CDS; Addington, Addington y Schissel, 1990) de manera presencial (cara a cara). La evaluación con el teléfono móvil fue realizada por los participantes antes y después de la evaluación presencial. Los resultados obtenidos mostraron una tasa de cumplimiento del 82% y los ítems realizados mediante el teléfono móvil mostraron una correlación alta y significativa con los de las escalas realizadas de manera presencial. Las calificaciones realizadas 6 veces al día revelaron una excelente fiabilidad test-retest y sensibilidad al cambio. Los autores concluyeron que la evaluación de control ambulatorio, de los síntomas registrados varias veces al día, utilizando aplicaciones con el teléfono móvil, representa una forma viable y válida de evaluar los síntomas psicóticos con fines de investigación y clínicos. Asimismo, Granholm et al. (2012) desarrollaron tres intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación, la socialización y las alucinaciones auditivas a través de mensajes de texto con el teléfono móvil para pacientes con esquizofrenia. Participaron en el estudio 55 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo aunque 13 presentaban síntomas negativos más severos, menor funcionamiento y menor coeficiente de inteligencia premórbido y no completaron la intervención. La aplicación móvil [Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS)] empleaba métodos de control ambulatorio e intervenciones de terapia cognitivo conductual y los participantes recibían hasta 840 mensajes de texto durante 12 semanas, que fue la duración de la intervención. Se encontró una tasa de participación del 86% y la adherencia a la medicación mejoró significativamente, el número de interacciones sociales aumentó significativamente y la gravedad de las alucinaciones disminuyó. Por tanto, los autores concluyeron que las intervenciones con mensajes de texto de baja intensidad como MATS son

intervenciones factibles y efectivas para mejorar la sintomatología y el nivel de funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia. En la misma línea, Ainsworth et al. (2013) compararon dos modalidades de evaluación en 24 pacientes con trastornos psicóticos (22 esquizofrenia y 2 con trastorno esquizoafectivo). Una modalidad fue la aplicación móvil y la otra modalidad fue de mensajes de texto tipo SMS. De acuerdo con las hipótesis del estudio, los autores encontraron que ambas modalidades de evaluación eran factibles (practicables) y fáciles de usar. Aunque no hubo diferencias significativas en cuanto a la preferencia del uso de las modalidades, la mayoría de los participantes prefería la aplicación móvil porque les resultaba más funcional y fácil de usar. Concluyeron que los mensajes de texto (SMS) en las aplicaciones basadas en teléfonos móviles son métodos valiosos para realizar evaluaciones, en tiempo real, en pacientes con esquizofrenia. Otro estudio interesante es el realizado por Ben-Zeev et al. (2013) quienes desarrollaron y validaron una aplicación para el teléfono móvil (FOCUS) diseñada para la autogestión de los síntomas que presentaban los pacientes con esquizofrenia. El estudio constaba de tres etapas, en la primera etapa, 904 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo completaban una encuesta sobre su uso de teléfonos móviles e interés en servicios eSalud. En la segunda etapa desarrollaron una aplicación con una intervención mediante teléfono móvil (FOCUS) y en la tercera etapa los participantes contestaban a las preguntas relativas a la usabilidad de la intervención FOCUS. Los resultados indicaron que un 63% de los participantes tenían interés en los servicios eSalud y que los participantes presentaron mayores niveles de adherencia a la medicación, mejoró su estado de ánimo, el sueño, el funcionamiento social y el manejo de alucinaciones auditivas. Con respecto a los resultados de la tercera etapa, se encontró que las pruebas de usabilidad revelaron que, incluso aquellos participantes sin experiencia previa con teléfonos móviles, aprendían a usar la aplicación FOCUS y

todos lo consideraron fácil y muy útil. Los autores concluyeron que el uso de la aplicación móvil FOCUS y el nivel de aceptación de la misma estaban directamente relacionados con las reducciones de la sintomatología psicótica, depresiva, alteraciones de sueño y alucinaciones auditivas, después de un período de un mes de seguimiento. El nivel de aceptabilidad y usabilidad de las aplicaciones mediante el teléfono móvil ha sido analizada también por Macias et al. (2015) quienes diseñaron una aplicación con el teléfono móvil para promover el bienestar físico en 10 pacientes con trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor). A través de esta aplicación con teléfono móvil se trataba de promover el ejercicio físico (caminar) a la vez que se ofrecían otras actividades que incluían mensajes de texto motivadores para animar a la realización del ejercicio físico y una biblioteca digital de lecturas y vídeos relacionados con el manejo de los síntomas relativos a sus trastornos. También, se evaluó semanalmente la calidad de la salud, por medio del control de la salud percibida y la percepción del progreso en la realización del ejercicio físico. Las medidas conductuales registradas, a través de la aplicación, fueron la fecha y la hora de cada paseo, la duración en minutos, el recuento de pasos y la velocidad del ejercicio realizado. Se encontró que siete de los diez participantes realizaron un promedio de 2 a 7 caminatas por semana, comenzando con caminatas de 5 minutos y terminando con 20 minutos o más. Los otros tres participantes realizaron una media de 2 a 5 caminatas a la semana. La motivación para la realización del ejercicio fue de moderada a alta para los diez participantes. La tasa de uso promedio de la aplicación móvil fue del 94% y la tasa de respuesta promedio en el cumplimiento de las tareas requeridas del 73%. Los autores demuestran la utilidad del teléfono móvil para la promoción del ejercicio físico (caminar regularmente). Concluyeron que la intervención con teléfono móvil es una herramienta eficaz para fomentar estilos de vida saludables. Otro estudio que analiza el nivel de

viabilidad y aceptabilidad de las intervenciones con teléfonos móviles fue el realizado por Ben-Zeev et al. (2014) quienes, a través de mensajes de texto enviados por teléfono móvil, realizaron una intervención durante 12 semanas. Dicha intervención fue realizada a 17 pacientes con patología dual (esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y consumo de drogas) durante un período de 12 semanas. En la fase de evaluación, los participantes completaron las medidas de autoinforme y entrevista que incluía información demográfica, medidas de síntomas de esquizofrenia, síntomas de depresión y creencias sobre medicamentos. En la fase de intervención los participantes recibían tres mensajes diarios, recordatorios para que tomaran la medicación y tenían la opción de preguntar sobre dudas o problemas que pudieran aparecer relacionados con el manejo de la sintomatología. Dichas cuestiones eran atendidas por un trabajador social. Dos semanas antes de finalizar la intervención se enviaban mensajes motivadores (por ejemplo: estás haciendo un gran trabajo, es muy importante que lo continúes después de que terminemos en dos semanas. Una vez finalizada la intervención los participantes respondieron a cuestiones acerca de la facilidad de uso y satisfacción con la intervención y sobre la alianza terapéutica. Se encontró que los participantes respondieron al 87% de los mensajes de texto durante la fase de intervención y más del 90% de ellos consideraron que la intervención había sido útil, gratificante, entretenida y de gran ayuda para el afrontamiento de sus vidas diarias. También, afirmaron que la intervención les había ayudado a ser más eficaces y productivos en sus vidas. Concluyeron que los mensajes de texto, a través del teléfono móvil, pueden ser una opción eficaz y viable para las personas con trastornos psicóticos y de abuso de sustancias y sugieren que pueden ser efectivos para fortalecer los modelos sanitarios, mejorar los resultados con los pacientes y reducir costes.

Kristjánsdóttir et al. (2013) realizaron una intervención terapéutica, a través teléfono móvil, para el seguimiento de 140 mujeres que habían estado hospitalizadas por dolor crónico y que fueron divididas en dos grupos, el grupo 1 con y el grupo 2 sin intervención. Se encontró que el grupo 1 (que había recibido tratamiento a través del teléfono móvil) presentó menor número de síntomas, menos ideas de catastrofismo y angustia emocional y mayor manejo del dolor así como mejor funcionamiento diario. Se concluye que la intervención a través de un teléfono móvil con diarios y comentarios personalizados reduce el catastrofismo y ayuda a evitar deterioro funcional y síntomas relacionados con el dolor en mujeres con dolor crónico generalizado después de la rehabilitación hospitalaria.

Hasta la fecha no existen intervenciones con el teléfono móvil en el ámbito de la discapacidad aunque algunos autores (Dobransky y Hargittai, 2006) destacan los beneficios del uso de la telefonía móvil para el desarrollo de sus tareas cotidianas. El primer beneficio sería la superación de barreras para la salud, especialmente para las poblaciones con movilidad reducida dado que ofrece un gran potencial para el diagnóstico a distancia, seguimiento y tratamiento. El segundo es que, al permitir fijar los objetivos de cambios en el estilo de vida diario, mejora el autocontrol y la autoeficacia. El tercero es que permite a los profesionales sanitarios y a los investigadores controlar el tipo, cantidad y calidad de las actividades diarias de los pacientes en tratamiento y de los participantes que son sometidos a ensayos clínicos, con el fin de mejorar el manejo en sus actividades diarias. El cuarto es que el teléfono móvil proporciona conexiones instantáneas, personales y globales, independientemente del tiempo y del lugar, promoviendo así un estilo de vida flexible, en el que se reducen los umbrales del espacio y del tiempo.

El teléfono móvil puede ser de gran ayuda para las personas con discapacidad porque su uso ha producido importantes cambios en sus vidas cotidianas. De acuerdo con Söderström (2009), el teléfono móvil ha facilitado la construcción de sus identidades propias porque permite ocultar deficiencias físicas y enfatizar en sus cualidades como personas “*normales*”. A diferencia de la interacción cara a cara, donde el deterioro o el estigma de la discapacidad se hace patente, la comunicación con el teléfono móvil permite la reconstrucción de la identidad de las personas con discapacidad. Por consiguiente, las personas con discapacidad usan el teléfono móvil como una tecnología de empoderamiento para sustituir su deterioro físico convirtiéndose este en un agente de normalización. Una consecuencia importante del uso del teléfono móvil en las personas con discapacidad es la posibilidad de crear y mantener relaciones sociales, afectando a la identidad y a la seguridad percibida en entornos inexplorados. Todo esto hace que mejoren en calidad de vida mediante la ampliación de su zona de confort y de la movilidad, promoviendo, por tanto, un estilo de vida flexible. En este sentido, Söderström (2011) investigó las diferencias en la percepción de la importancia del teléfono móvil en la vida diaria en jóvenes con y sin discapacidad. Su objetivo era conocer la percepción de los jóvenes sobre el teléfono móvil y su influencia en la resolución de los problemas diarios, es decir, cómo utilizan los teléfonos móviles para afrontar los desafíos diarios. Para ello, se realizó un estudio basado en una entrevista semiestructurada, con jóvenes de edades comprendidas entre los 16 y 20 años, doce de ellos con discapacidad física y doce sin discapacidad. Se encontró que los participantes sin discapacidad percibían el potencial social de la telefonía móvil como su cualidad más importante, mientras que los participantes con discapacidad percibían como más importante su capacidad de formar entornos de seguridad. Ambos grupos compartían el interés por el potencial social de la telefonía

móvil pero en el caso de las personas con discapacidad cobra especial importancia el hecho de poder comunicarse de manera inmediata, desde cualquier sitio en caso de necesitar ayuda, pues esto les aumentaba la posibilidad de movimiento en un rango espacial más amplio, y se relacionaba con sentimientos de mayor seguridad, control y libertad. En la misma línea, Chib y Jiang (2014) examinaron la comunicación social a través del teléfono móvil de 25 personas con movilidad reducida. El estudio se centró en analizar la diversidad de las experiencias de comunicación mediante el teléfono móvil entre las personas con discapacidad, específicamente, de movilidad reducida. Los resultados manifestaron que el uso del teléfono móvil mejoraba el grado de movilidad, la sensación de control y las oportunidades de escapar del estigma de la discapacidad. El uso del teléfono móvil posibilitaba la gestión de identidades personales en las redes sociales, lo que conllevaba a tener una sensación de mayor control y un sentido de empoderamiento; de hecho utilizaban las sandalias aladas del Dios griego Hermes como metáfora de las posibilidades que ofrece hoy en día el teléfono móvil a las personas con discapacidad. Las identidades que se creaban eran más normalizadas.

2. Ventajas del Uso del Teléfono Móvil

En los últimos años, existe un creciente interés en el estudio del impacto de las tecnologías y sus aplicaciones, siendo el teléfono móvil una de las que cobra un papel relevante en diferentes colectivos, como el de las personas con movilidad reducida (Suriá-Martínez, 2016). El mercado de aplicaciones móviles para ayudar a las personas a mejorar su estilo de vida, bienestar, estado físico y su salud ha aumentado considerablemente, de hecho, las aplicaciones móviles de salud son una de las tres principales tendencias en los servicios de salud, especialmente en las intervenciones terapéuticas (Free et al., 2013; Sort, 2017). Este tipo de intervenciones permiten a los participantes el acceso a una amplia gama de material con sólo tocar un botón. Las

aplicaciones del teléfono móvil pueden facilitar el acceso a información psicoeducativa de alta calidad y herramientas de autogestión independientes de la participación profesional, permitir intervenciones en vivo en tiempo real, reducir el tiempo del terapeuta y superar las limitaciones geográficas (Mohr, Burns, Schueller, Clarke y Klinkman, 2013). Como hemos visto en el apartado anterior, se ha demostrado la utilidad de las aplicaciones móviles en intervenciones en una gran variedad de trastornos mentales y como herramienta prometedora para mejorar la adherencia a la medicación. Las tecnologías móviles ofrecen una amplia gama de posibilidades a los profesionales de la salud gracias a las ventajas de poder estar conectado la mayor parte del tiempo, en el día a día, para la prevención y la educación.

Además, muchas personas también indican mayor preferencia por obtener información relacionada con la salud a través de las nuevas tecnologías (Casey et al., 2013). El beneficio más notable de la utilización de dispositivos móviles para atención médica es que ya no hace falta desplazarse hasta la consulta del médico o del especialista para cualquier tipo de asistencia médica, ya sea de consulta, seguimiento, e incluso en gran medida de la evaluación y el tratamiento. El teléfono móvil, en particular, abarca mucho más que una simple comunicación, permite el acceso a la información, notificaciones y novedades de la salud (Doughty, 2011). Asimismo, en la actualidad, la eSalud así como la telemedicina y otros servicios basados en la tecnología facilitan apoyo a los servicios de salud mental y pueden considerarse parte de un espectro de atención de la salud mental. Los recursos basados en Internet brindan una gran oportunidad para que los pacientes aumenten el bienestar y la calidad de vida y reduzcan, al máximo posible, el sufrimiento de enfermedades. Las aplicaciones móviles ofrecen la posibilidad de acceso en cualquier momento y en cualquier lugar, son más ergonómicas, frente a los ordenadores de sobremesa tradicionales y tienen

características adicionales; por ejemplo, aplicaciones sensibles al contexto y sensores con retroalimentación en tiempo real.

La literatura basada en la evidencia (Sort, 2017) demuestra que muchas personas utilizan las nuevas tecnologías para autoayudarse, cambiando comportamientos y contratando servicios clínicos adicionales. Por tanto, de acuerdo con los autores (Amichai-Hamburger, Klomek, Friedman, Zuckerman y Shani-Sherman, 2014; Chib y Jiang, 2014; Igual, Medrano, Martin y Plaza, 2013) podemos resumir en 9 apartados las ventajas de las intervenciones con teléfonos móviles en comparación con el tratamiento tradicional cara a cara: 1) Ayudan al terapeuta y a los pacientes a controlar el progreso en el proceso terapéutico debido a que las sesiones se graban de forma inmediata; 2) Son más disponibles y accesibles en el tiempo en cuanto a las citas, así como en la reducción del tiempo de lista de espera. Además, para aquellos usuarios que tienen poco tiempo o son viajeros frecuentes, poder recibir terapia en su propia casa o en su oficina es de gran valor. El tratamiento es más barato porque se reduce el tiempo y los gastos de viaje. También permiten el acceso a personas con discapacidad que de otro modo no podrían beneficiarse de la psicoterapia tradicional, por ejemplo, las personas que no pueden salir de casa porque tienen alguna discapacidad física o movilidad reducida; 3) Son percibidas como un entorno más seguro que el mundo físico por lo que creará una relación terapéutica más satisfactoria para el usuario; 4) Reduce la sensación de vergüenza y ansiedad por lo que la evolución a un nivel más íntimo se anticipa; 5) Reduce el estigma asociado a la patología; 6) Contribuye a iniciar la psicoterapia tradicional y 7) Facilita las traducciones y las adaptaciones culturales. En el caso de pacientes con una cultura minoritaria o con una creencia religiosa concreta, estas intervenciones facilitan el acceso a terapeutas que comparten dichas culturas o creencias, incluso aunque el terapeuta resida en otro país; 8) Son fácilmente

personalizadas, intuitivas, no intrusivas, extremadamente fácil de usar, cumplen con las necesidades de los usuarios, permiten un alto nivel de personalización, ayudan a aumentar la seguridad y tienen una alta aceptación por las personas dependientes y sus cuidadores; 9) Permiten que las personas con discapacidad se sientan personas “normales”, el aumento de la confianza en sí mismo y la construcción de la imagen de la persona más relacionada con la propia personalidad.

Por su parte, Menon, Rajan y Sarkar (2017) realizaron una revisión sistemática sobre intervenciones psicoterapéuticas con teléfonos móviles en el ámbito de la salud. Esta revisión analizó la eficacia de las intervenciones con el teléfono móvil en 24 estudios (8 de trastornos de ansiedad, 5 de trastornos por uso de sustancias, 4 de trastornos depresivos, 3 de trastornos bipolares, 3 de esquizofrenia y trastornos psicóticos y 1 de intento de suicidio). De esta revisión, los autores concluyen que las psicoterapias basadas en la telefonía móvil son una opción de tratamiento factible, viable y aceptable para los pacientes con trastornos mentales. El teléfono móvil ofrece una solución simple, flexible, conveniente y una plataforma ampliamente accesible para los servicios de atención de la salud y los sistemas de apoyo a las decisiones. Permite a los pacientes y a los profesionales de la salud, el seguimiento de síntomas y cambios tempranos de una manera colaborativa lo cual facilita la asignación de recursos basada en la necesidad. En conclusión, los autores sugieren que esta tecnología es una gran promesa para los países con menores recursos económicos. Destacan el potencial de los teléfonos móviles para transformar los servicios de asistencia sanitaria. La evidencia revisada concluye que la tecnología móvil será un complemento útil para el tratamiento psicoterapéutico en una amplia gama de patologías.

3. Inconvenientes del Uso de los Teléfonos Móviles

A pesar de las ventajas comentadas sobre la utilización del teléfono móvil, su uso indebido y excesivo puede provocar distintos problemas personales y sociales. Por ello, en este apartado trataremos los inconvenientes relacionados con los teléfonos móviles.

Mientras que los teléfonos móviles son extremadamente atractivos como herramienta para la comunicación y la interacción interpersonal, ha habido un aumento significativo de su uso problemático. En un estudio realizado por Smetaniuk (2014) se encontró una tasa de prevalencia de uso problemático del teléfono móvil de entre el 10% al 25%. En Europa, los estudios (Bohler y Schuz, 2004; Jenaro, Flores, Gómez-Vela, González-Gil y Caballo, 2007; Muñoz-Rivas y Agustín, 2005; Pelizza y Melegari, 2006) encuentran una prevalencia de dependencia del teléfono móvil del 10,4%. En España, Pedrero-Sánchez, Rodríguez-Monje y Sánchez-Ruiz de León (2012) sostienen que la tasa de prevalencia oscila entre el 0% y el 38% en función de la muestra de estudio. En cuestiones de sexo y edad, las chicas y los adolescentes de mayor edad sufren más problemas relacionados con el abuso del teléfono móvil (Moral y Suárez, 2016).

Los resultados negativos asociados con el abuso del teléfono móvil, incluyen dependencia y síntomas similares a la adicción (Bianchi y Phillips, 2005; Billieux, Van der Linden y Rochat, 2008; Billieux, Van der Linden, d'Acremont, Ceschi y Zermatten, 2007), interferencia del sueño (Thomé, Harenstam y Hagberg, 2011), problemas financieros (Billieux et al., 2008), uso peligroso como llamadas mientras se conduce (Barkana, Zadok, Morad y Avni, 2004; Billieux et al., 2008; White, Eiser y Harris, 2004), uso prohibido como llamadas en áreas prohibidas (Billieux et al., 2008; Nickerson, Isaac y Mak, 2008) y conductas agresivas con los teléfonos móviles como el acoso cibernético (Nicol y Fleming, 2010).

De los problemas mencionados, uno de los más comunes asociados con el uso disfuncional del teléfono móvil es la dependencia que se produce en muchas personas, especialmente en los jóvenes, con las consiguientes dificultades relacionadas con la adicción (Ahmed, Qazi y Perji, 2011; Chóliz, 2010; Koo y Park, 2010). Consideramos que otro colectivo especialmente vulnerable es el de las personas con discapacidad. El uso del teléfono móvil puede constituir un arma de doble filo en esta población, por un lado, ayuda a estas personas a ampliar su red y por otro, puede generar dependencia y estrechamiento espacial de las relaciones sociales (Chib y Jiang, 2014). Las personas con discapacidad se encuentran con más problemas para hacer nuevos amigos, por lo que tienen una necesidad mayor de cuidar las relaciones existentes. En consecuencia, el teléfono móvil se puede convertir en objeto de dependencia para este fin y restringirse el resto de las actividades diarias (familiares, escolares, laborales, de autocuidado, entre otras). Por tanto, la tecnología móvil obstaculizaría el desarrollo de nuevas relaciones sociales, reforzaría las condiciones de aislamiento social y desencadenaría dependencias sociales en las personas con discapacidad.

Las razones que han llevado a definir el uso problemático del teléfono móvil (o conducta adictiva) se refieren principalmente al tiempo y a la atención empleados por los usuarios en sustitución de otras conductas o actividades, con la consiguiente pérdida de control (Ahmed et al., 2011; Bianchi y Phillips, 2005; Chóliz, 2012; Hong, Chiu, Huang, 2012; Jenaro et al., 2007; Labrador y Villadangos, 2010; Ling, 2005; Martinotti et al., 2011; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010; Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst, 2008; Srivastava, 2005; Turner, Love y Howell, 2008).

Aunque todavía no se ha consensuado una definición de abuso de teléfono móvil, algunos investigadores (Billieux, Philippot, Schmid, Maurage, De Mol y Van, 2015) definen la dependencia del teléfono móvil como la reducción de la capacidad de

realizar las actividades diarias, usar constantemente el dispositivo, mostrar un nerviosismo extremo y un comportamiento agresivo cuando no se puede utilizar el teléfono móvil. Junto con el deterioro progresivo de las actividades escolares o laborales, y disfunción social y familiar.

El abuso del teléfono móvil es más prevalente en las mujeres que en los hombres y se asocia con altos niveles de economía familiar (Sánchez-Martínez y Otero 2009). Este consumo problemático conlleva a fracaso escolar, depresión, ansiedad y problemas de sueño (Flores-Robaina, Jenaro-Río, González-Gil, Martín-Pastor y Poy-Castro, 2013; Sahin, Ozdemir, Unsal y Temiz, 2013). Presenta tolerancia a su uso y cuando se desconectan experimentan síntomas de abstinencia tales como pérdida de control y ansia *-craving-* (Billieux et al., 2015) que son los mismos procesos que aparecen en el caso de la adicción a sustancias.

Encontramos un desarrollo progresivo de estudios sobre el fenómeno del uso problemático del teléfono móvil englobados bajo el término, cada vez más generalizado, “nomofobia” (No-Mobile Phone-Phobia), que literalmente se refiere al miedo de no poder usar el teléfono móvil, estar desconectado o fuera de cobertura (Bragazzi y del Puente, 2014; King, Valença, Silva, Baczynski, Carvalho y Nardi, 2014; SecurEnvoy, 2012). La nomofobia se define como el miedo a estar fuera del contacto con el teléfono móvil y se considera una fobia de la edad moderna. Es el resultado de la interacción entre las personas y las tecnologías de la información y comunicación con teléfonos móviles (Nagpal y Kaur, 2016). La nomofobia se refiere a los sentimientos de incomodidad, ansiedad, nerviosismo o angustia que resultan de estar fuera de contacto con un teléfono móvil (Kuss y Griffiths, 2017; Yildirim y Correia, 2015). King et al. (2014) definen la nomofobia como un trastorno del mundo moderno, y solo recientemente se ha usado para describir la incomodidad o ansiedad causada por la falta

de disponibilidad del teléfono móvil. La nomofobia es un término que se refiere a un conjunto de comportamientos o síntomas relacionados con el uso del teléfono móvil. Las personas con nomofobia o nomofóbicos tendrían un miedo irracional a estar fuera de contacto con el teléfono móvil o a no poder usarlo y tratan de eliminar las posibilidades de no poder usarlo. Si no hubieran podido usar su teléfono móvil, tendrían sentimientos intensos de ansiedad, nerviosismo y angustia (Szyjkowska, Gadzicka, Szymczak y Bortkiewicz, 2014; Thomée et al., 2011). Las evidencias de la literatura (Hashemipour, Yarbakht, Gholamhosseinian y Famori, 2014; Movvahedi et al., 2014; Stothart, Mitchum y Yehnert, 2015) relacionan el abuso del teléfono móvil o la nomofobia con problemas de salud comunes, como dolor de cabeza, problemas para concentrarse, pérdida de memoria, pérdida de audición y fatiga en el uso de su teléfono móvil. También se encuentran entre los nomofóbicos otros problemas físicos y psicológicos como rigidez, dolores musculares, afecciones oculares (Aggarwal, 2013), ilusiones auditivas de oír el terminal, o táctiles de sentir su vibración (Lin, Lin, Li, Huang y Chen, 2013; Verma, Rajiah, Cheang y Barua, 2014), así como dolores y debilidad en pulgares y muñecas (Ali, Asim, Danish, Ahmad, Iqbal y Hasan, 2014).

La nomofobia ha sido referida en general como dependencia a los teléfonos móviles (Dixit et al., 2010) o adicción a los teléfonos móviles (Forgays, Hyman y Schreiber, 2014). Aunque existen argumentos en contra de la adicción al teléfono móvil, el término nomofobia se utiliza para referirse a la adicción o dependencia al teléfono móvil.

Es común la discusión de si el uso problemático del teléfono móvil/nomofobia puede considerarse una adicción conductual o un trastorno de ansiedad (Billieux et al., 2015; Chóliz, Villanueva y Chóliz, 2009; De-Sola, Rodríguez de Fonseca y Rubio, 2016; Foerster, Roser, Schoeni y Rööslí, 2015; Pedrero-Pérez et al., 2012). En las

décadas pasadas, las adicciones comportamentales estaban incluidas en el epígrafe de Trastornos del Control de los Impulsos del DSM-IV-TR (APA, 2002) y, de ellas, sólo el juego patológico era considerado como categoría diagnóstica independiente, quedando el resto incluidas en el capítulo “Trastornos del control de los impulsos no especificados”. En DSM-5 (APA, 2013) se propuso la creación de la categoría “Uso de sustancias y trastornos adictivos” en la que finalmente apareció sólo el juego patológico, pero no el resto de las propuestas adicciones sin sustancia o comportamentales. Por tanto, no existen criterios diagnósticos específicos y consensuados para estas adicciones, ni en el DSM-5 (APA, 2013) ni en la CIE-10 (2016) aparecen, aunque el uso abusivo de las nuevas tecnologías es un problema real que afecta gravemente a las personas que lo padecen (Sánchez-Carbonell et al., 2008), por lo que los estudios relacionados con las adicciones comportamentales, y entre ellas la adicción al móvil/nomofobia, se están incrementando en la actualidad. En realidad, el teléfono móvil o la nomofobia actualmente incorporan todo aquello que hasta no hace mucho se relacionaba con la adicción a Internet (Ishii, 2004), de modo que debe considerarse en el momento actual como una plataforma potencialmente multiadictiva en la medida en que ofrece una gama inagotable de fuentes de reforzamiento, que se traduce en una gran aceptación entre los más jóvenes (Walsh, White y Young, 2008).

Las adicciones conductuales, como el juego patológico, se caracterizan por el mantenimiento de la conducta abusiva a pesar de sus consecuencias adversas igual que en la adicción a las drogas en donde las recompensas a corto plazo se obtienen a partir de la ingesta de sustancias químicas. En las adicciones conductuales, la realización de la conducta conlleva efectos similares, desde el punto de vista emocional y neurológico (Clark y Limbrick-Oldfield, 2013). Hasta la fecha, el juego patológico es la adicción no relacionada con sustancias que ha recibido más atención y que ha sido ampliamente

examinada (Navas, Billieux, Perandrés-Gómez, López-Torrecillas, Cándido y Perales, 2017; Walther, Morgenstern y Hanewinkel, 2012).

Una conducta adictiva implica la pérdida de la capacidad de elegir libremente si detener o continuar el comportamiento (pérdida de control) y conduce a la experiencia de consecuencias adversas relacionadas con el comportamiento (Contreras-Rodríguez et al., 2016). En otras palabras, la persona se vuelve incapaz de predecir con seguridad cuándo ocurrirá el comportamiento, cuánto tiempo pasará, cuándo se detendrá o qué otros comportamientos pueden asociarse con el comportamiento adictivo. Como consecuencia, se renuncia a otras actividades o, si se continúa, ya no se experimentan como tan agradables como lo fueron una vez. Otras consecuencias negativas de la conducta adictiva pueden incluir la interferencia con el desempeño de roles de vida (por ejemplo, trabajo, actividades sociales o aficiones), deterioro de las relaciones sociales, problemas legales, participación en situaciones peligrosas, lesiones físicas y deterioro, pérdida financiera y problemas emocionales.

Diversos estudios (Contreras-Rodríguez et al., 2016; Navas et al., 2017; Walther et al., 2012) sostienen que existen una serie de similitudes entre lo patológico y las adicciones relacionadas con sustancias en cuanto a su fenomenología, epidemiología, factores de personalidad, genética, procesos neurobiológicos, recuperación y tratamiento.

Recientemente, un número creciente de estudios (Müller, Koch, Beutel, Dickenhorst, Medenwaldt y Wölfling, 2013; Pedrero-Pérez et al., 2012; Peirce, Brooner, Kolodner y Schacht, 2012) encuentran una serie de conductas potencialmente adictivas, comportamientos que no implican el consumo de sustancias, sino que resultan de nuestra sociedad tecnológica. Los chats de Internet, la compra compulsiva, la pornografía y/o adicción al sexo, el abuso de la televisión, la adicción al teléfono

móvil/nomofobia están provocando numerosos casos de dependencia en personas que obtienen, de estas herramientas, un refugio que las aleja de sus problemas emocionales o familiares. Se trata de conductas repetitivas que resultan placenteras en las primeras fases, pero que después no pueden ser controladas por el individuo. Como ya hemos comentado en el párrafo anterior, no existen criterios diagnósticos específicos y consensuados para estas adicciones, aunque la experiencia clínica pone de manifiesto que el uso excesivo de las nuevas tecnologías resulta un problema real que afecta gravemente a algunas personas (Müller et al., 2013; Pedrero-Pérez et al., 2012; Peirce et al., 2012). Una vez más, la historia se repite, como lo aconteció con la ludopatía o juego patológico, cuyo reconocimiento como una entidad nosológica propia data de 1980, cuando la APA la introdujo bajo la denominación de «juego patológico» en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III; APA, 1980). El DSM-IV-TR (APA, 2002) consideró el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos y la persona que padecía este trastorno se convertía, de forma crónica y progresiva, en alguien incapaz de resistir el impulso de jugar, y se clasificó junto a otros trastornos en un epígrafe general denominado Trastornos en el Control de los Impulsos no Clasificados en otros Apartados. En la clasificación actual, en el DSM-5 (APA, 2013) se tratan como trastornos inducidos por sustancias, mientras que el resto de adicciones sin sustancia (compras, sexo, internet y teléfono móvil/nomofobia), por su reciente aparición, siguen siendo objeto de controversia y confusión. No existen para estas nuevas adicciones criterios diagnósticos específicos y consensuados; sin embargo, desde la experiencia clínica, se pone de manifiesto que el uso abusivo de las nuevas tecnologías es un problema real que afecta gravemente a las personas que lo padecen (De-Sola, Talledo, Rubio y Rodríguez de Fonseca, 2017; Vanyukov et al., 2012).

Estudios recientes (Abebe, Hafstad, Brunborg, Kumar y Lien, 2015; Van Rooij, Kuss, Griffiths, Shorter, Schoenmakers y Van de Mheen, 2014) han revelado una asociación entre el policonsumo y la coocurrencia con otras conductas de riesgo entre los jóvenes. Por ejemplo, el consumo excesivo de alcohol, cannabis y tabaco parecen ser más prevalentes en los jóvenes y consumo conjunto de alcohol y cannabis predice el consumo de otras drogas como cocaína y drogas de diseño (Osuch, Vingilis, Ross, Forster y Summerhurst, 2013; Viola, Tractenberg, Wearick-Silva, Rosa, Pezzi y Grassi-Oliveira, 2014; Vorspan, Mehtelli, Dupuy, Bloch y Lépine, 2015). El consumo de estas sustancias tiende a acompañarse de problemas con el juego (Larsen, Curtis y Bjerregaard, 2013; Minguéz y Becoña, 2015). Adicionalmente varios autores (Biolcati, 2015; Grant y Chamberlain, 2014; Lee, Lee, Gyeong, Yu, Song y Kim, 2013; Mattebo, Tydén, Häggström-Nordin, Nilsson y Larsson, 2013; Mudry et al., 2011; Schuster, Mermelstein y Wakschlag, 2013; Van Rooij et al., 2014; Yau, Crowley, Mayes y Potenza, 2012) han señalado la relación entre las cantidades de tiempo que los jóvenes pasan jugando, el abuso del teléfono móvil/nomofobia, la adicción a Internet, la adicción al videojuego, la compra compulsiva y la adicción sexual y el aumento del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas como de diseño y cocaína.

El reconocimiento de las adicciones conductuales se remonta a Marlatt, Baer, Donovan y Kivlahan (1988), quienes informaron de un patrón de hábito repetitivo que aumenta el riesgo de enfermedad y/o problemas personales y sociales asociados. Las conductas adictivas se caracterizan por una pérdida de control y la conducta se ejecuta a pesar de los intentos volitivos de abstenerse o de realizarla de manera moderada. Incluso, en la última década han crecido los estudios (Billieux, Gay, Rochat y Van Der Linden, 2010; Mentzoni et al., 2011) que establecen similitudes psicológicas y neurobiológicas entre la práctica excesiva de estos comportamientos (compras, sexo,

internet, videojuegos, alimentación, teléfono móvil/nomofobia). La investigación sobre la neurobiología de la adicción también ha encontrado la existencia de un mecanismo común entre las adicciones a sustancias y las adicciones conductuales (Leeman y Potenza, 2013; Weinstein y Lejoyeux, 2015). En cuanto a las similitudes entre el abuso del teléfono móvil/nomofobia y la adicción a sustancias, los estudios (Cheung y Wong 2011; Gao et al., 2018; Jenaro et al., 2007; Morissette, Ouellet-Plamondon y Jutras-Aswad, 2014; Ozturk, Ekinci, Ozturk y Canan, 2013; Reed, Day, Keen y Strang, 2015; Thomée et al., 2011) resaltan una variedad de efectos adversos para la salud tales como depresión, ansiedad social, insomnio e hiperactividad.

4. Instrumentos de Evaluación de Adicción al Teléfono Móvil/Nomofobia

Se han elaborado múltiples instrumentos con el fin de evaluar la adicción a los teléfonos móviles/nomofobia y los problemas asociados con su uso disfuncional. A partir de 2004 se inició el estudio del uso del teléfono móvil como dependencia tecnológica con el desarrollo del primer instrumento de medida el Cuestionario de Dependencia del Teléfono Móvil [Mobile Phone Dependence Questionnaire (MPDQ; Toda, Monden, Kubo y Morimoto, 2004)] destinado a la población universitaria y validado también en población de estudiantes de secundaria por Kawasaki et al. (2006). Para población adulta contamos con la Escala de Uso Problemático del Teléfono Móvil [Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS; Bianchi y Phillips, 2005)]; con una versión breve reciente (Foerster et al., 2015) y con otra versión para adolescentes [Mobile Phone Addiction Scale (MPAS; Leung, 2008)]. Esta escala se ha traducido al japonés (Takao, Takashi y Kitamura, 2009) y al español por López-Fernández, Honrubia-Serrano y Freixa-Blanxart (2012), aunque previamente Ruiz-Olivares et al. (2010) habían traducido al español algunos ítems para medir el uso del teléfono móvil en población universitaria española. Si bien este último instrumento es uno de los más utilizados para evaluar la

adicción al teléfono móvil, también existen otros que son el Cuestionario de Uso del Teléfono Móvil [Mobile Phones Using the Mobile Phone Usability Questionnaire (MPUQ; Ryu y Smith-Jackson, 2006)], el Cuestionario de Diagnóstico de Uso Problemático de Mensajes de Texto [SMS Problem Use Diagnostic Questionnaire (SMS-PUDQ; Rutland, Sheets y Young, 2007)], el Cuestionario de Uso Problemático del Teléfono Móvil [Problematic Mobile Phone Use Questionnaire (PMPUQ; Billieux et al., 2008)], el Cuestionario de Implicación del Teléfono Móvil [Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ; Walsh, White y Young, 2010)], el Cuestionario del Uso Problemático del Teléfono Móvil [The Smarthphone Problematic Use Questionnaire (SPUQ; Rush, 2011)], basado en el Cuestionario de Implicación del Teléfono Móvil [Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ; Walsh et al. (2010)], la Prueba de Adicción al Teléfono Móvil [Mobile Addiction Test (MAT; Martinotti, et al., 2011)], el Uso Problemático de Teléfonos Móviles [Problematic Use of Mobile Phones (PUMP; Merlo, Stone y Bibbey, 2013)], la Escala del Uso Problemático del Teléfono Móvil [Problematic Mobile Phone Use Scale (PMPUS; Güzeller y Coşguner, 2012)], la Escala de Gratificación de Mensajes de Texto [Text Messaging Gratification Scale (TMG; Grellhesh y Punyanunt-Carter, 2012)] y la Escala de Propensión a la Adicción al Teléfono Móvil [Smarthphone Addiction Proneness Scale (SAPS; Kim, Lee, Lee, Nam y Chung, 2014)].

En países orientales se han desarrollado seis escalas que son el Inventario de Dependencia del Teléfono Móvil [Mobile Phone Dependence Inventory (MPDI; Xu, Wu, Lan y Chen, 2008)]; el Estudio del Uso Excesivo del Teléfono Móvil [Excessive Cellular Phone Use Survey (ECPUS; Ha, Chin, Park, Ryu y Yu, 2008)], la Escala de Auto percepción de Dependencia de Mensajes de Texto (SMS) [Self-perception of Text-message Dependency Scale, (STDS; Igarashi, Motoyoshi, Takai y Yoshida, 2008)], la

Escala de Adicción al Teléfono Móvil [Cell Phone Adicction Scale, (CPAS; Koo, 2009)] destinada a adolescentes; el Cuestionario del Uso Problemático del Teléfono Móvil [Problem Cellular Phone Use Questionnaire, (PCPU-Q; Yen et al., 2009)] y la Escala de Adicción al Teléfono Móvil [The Smartphone Addiction Scale (SAS-SV; Kwon, Kim, Cho y Yang, 2013)].

En la actualidad disponemos de cuatro instrumentos en versión española, el primero, ya mencionado anteriormente [MPPUS de Bianchi y Phillips (2005)] que ha sido adaptado por López-Fernández et al. (2012); el segundo es la Escala de Abuso del Teléfono Móvil [Cell Phone Over Use Scale (COS; Jenaro et al., 2007)] para la población universitaria; el tercero es el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Teléfono Móvil [(Questionnaire of Experiences Related to the Mobile Phone, (QERMP; Beranuy-Fargues, Chamarro-Lusar, Graner-Jordania y Carbonell-Sánchez, 2009)] para la población adulta y finalmente, el cuarto, es el Test de Dependencia del Teléfono Móvil [The Test of Mobile Phone Dependence (TMD; Chóliz, 2012)] para adolescentes.

Un problema importante de la investigación en la adicción al teléfono móvil es que los instrumentos de medida disponibles actualmente se relacionan con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002) que consideraba que las adicciones conductuales (juego) y por ende la adicción al teléfono móvil dentro de los trastornos de control de impulsos; sin embargo, el DSM-5 (APA, 2013) incluye las adicciones comportamentales dentro de los trastornos adictivos y además incorpora otro criterio diagnóstico que es el *craving* que podemos definirlo como ganas compulsivas o deseo irracional de consumir una determinada sustancia psicoactiva o realizar una determinada conducta.

Consideramos, por lo tanto, que el uso problemático del teléfono móvil puede derivar en un proceso de adicción comparable al de las drogas, afectando no solo a jóvenes y adolescentes sino a toda la población adulta y en especial a personas con discapacidad. El problema que tenemos es que no podemos saber si habrá alguien adicto a los comportamientos porque este desorden no está incluidos en el DSM-5 (APA, 2013). Además, a pesar de la importancia que está adquiriendo este fenómeno entre la población con discapacidad, apenas existen estudios que lo aborde. Todo esto nos compromete a avanzar en el camino de la investigación de la Adicción al Teléfono Móvil y/o Nomofobia. Además, no existen muchos estudios de las medidas de nomofobia que nos permitan esclarecer el significado de nomofobia (Dixit et al., 2010; Nagpal y Kaur, 2016). A pesar de la necesidad de comprender a fondo la nomofobia, las medidas desarrolladas hasta el momento parecen haberse centrado en el abuso, dependencia o adicción al teléfono móvil.

5. Personalidad y Adicción al Teléfono Móvil y/o Nomofobia

El uso adictivo de una conducta placentera implica el control de la misma por reforzadores negativos (evitación del malestar provocado por los síntomas del síndrome de abstinencia); el uso no adictivo, por el contrario, está asociado al control por reforzadores positivos debido a los efectos que provocan (sensación de bienestar, placer y relajación). Todas las adicciones psicológicas están relacionadas con déficits en el control de los impulsos y con problemas de autocontrol (Hye-Jin, Jin-Young, Kyoung-Bok, Tae-Jin y Yoo, 2018; Marco, 2014). Las razones que han llevado a considerar el abuso del teléfono móvil una conducta adictiva se refieren principalmente al tiempo empleado en su uso, la sustitución de otras actividades y la pérdida de control. Los estímulos condicionados desempeñan un papel importante en el mantenimiento de las adicciones comportamentales. Los estímulos condicionados externos pueden variar de

una adicción a otra, por ejemplo, el sonido de una máquina tragamonedas, en el caso de un jugador patológico; el olor a alimentos, en el caso de un adicto a la comida; la vista de una mujer sola, en el caso de un adicto al sexo; los anuncios publicitarios, en el caso de un adicto a las compras; el sonido de la entrada de un whatsapp, en el caso de un adicto al teléfono móvil. Sin embargo, los estímulos condicionados internos son muy similares en todas las adicciones. La disforia es, sin duda, el más importante; de hecho, la mayoría de los adictos tienden a recaer cuando se encuentran deprimidos. Se considera, por tanto, que lo que caracteriza a una adicción psicológica no es el tipo de conducta implicada, sino el tipo de relación que la persona establece con ella (Witkiewitz y Bowen, 2010).

Diversos estudios (Ahmed et al., 2011; Beranuy-Fargues, Sánchez-Carbonell, Graner-Jordania, Castellana-Rosell y Chamarro-Lusar, 2006; Bianchi y Phillips, 2005; Chóliz, 2012; Hong et al., 2012; Jenaro et al., 2007; Kim et al., 2016; Leung, 2007; Mok et al., 2014; Olivencia-Carrión, Pérez-Marfil, Ramos-Revelles y López-Torrecillas, 2016; Turner et al., 2008; Wu, Cheung, Ku y Hung, 2013) han puesto de manifiesto que ciertas características de personalidad aumentan la vulnerabilidad psicológica para el desarrollo de una conducta adictiva.

Específicamente, Bianchi y Phillips (2005) llevaron a cabo un estudio con 194 participantes (132 mujeres y 62 varones), con edades entre 18 y 85 años, cuyo objetivo fue relacionar el uso versus abuso del teléfono móvil con la personalidad. Para evaluar dicha relación se utilizó la Escala de Potencial de Adicción. (APS; Weed, Butcher y McKenna, 1992), el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith (1989), el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ; Eysenck y Eysenck, 1991) y la Escala de Uso Problemático del Teléfono Móvil (MPPUS; que fue desarrollada para esta investigación). Los resultados mostraron que la extraversión y la autoestima explicaban

tanto el uso general, como el uso problemático (evaluado por el tiempo que el usuario dedica al uso del teléfono móvil). Puntuaciones altas en neuroticismo y bajas en autoestima estaban relacionadas con el uso problemático del teléfono móvil. En un estudio realizado por Beranuy et al. (2006) se analiza si el uso desadaptativo de las TIC se puede considerar un trastorno mental y en caso afirmativo, de qué tipo. Para ello utilizaron una muestra de 625 adolescentes y jóvenes de 13 a 25 años que cumplimentaron el Cuestionario de Problemas Relacionados con Internet (PRI; De Gracia, Vigo, Marc, Fernández-Pérez y Marcó, 2002) y el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERM; diseñado para el estudio). Los autores encontraron que el 97,6 % de los jóvenes usaban el teléfono móvil más de 2 horas mientras que un 39,5 % lo usaba menos de 2 años. La diferencia del tiempo de uso entre ambos grupos de edad fue altamente significativa. El mensaje de texto (SMS) fue el servicio más usado por ambos grupos de edad. Después siguieron las llamadas y, con diferencia, Internet, juegos y chat. Los jóvenes usaban los mensajes de texto (SMS) y las llamadas con más frecuencia que los adolescentes, y los adolescentes utilizaban Internet, juegos y chat desde el teléfono móvil con más frecuencia que los jóvenes. En el mensaje de texto (SMS), la tendencia fue enviar menos de 4 mensajes diarios. El 72% de los adolescentes gastaba menos de 30 euros al mes mientras que entre los jóvenes el gasto aumentó: el 46% gastó menos de 30 euros y el 40% entre 30 y 70 euros. Se consideró adicto al teléfono móvil un 22,1% de los adolescentes y un 27,9% de los jóvenes. Un 6,8% de los adolescentes y un 7,2% de los jóvenes habían restringido el uso del teléfono móvil debido a un uso previamente excesivo del mismo, más de 4 horas al día. La pérdida de la noción del tiempo fue la consecuencia valorada con más frecuencia en ambos grupos. El sentimiento de culpa por invertir mucho tiempo fue la segunda característica más frecuente entre los jóvenes. Un 10,5 % de éstos y sólo un 5,6% de los adolescentes la

habían sufrido entre bastantes veces y casi siempre. Mientras que, los intentos fallidos al no conectarse fue la segunda característica más frecuente para los adolescentes. Además, el uso general del teléfono móvil aumenta con la edad de forma significativa, es decir, con los años el uso del teléfono móvil aumenta. También con la edad aumentaron las consecuencias negativas. La percepción subjetiva de adicción al teléfono móvil no disminuía con la edad; un 23,9% de los participantes se consideraban adictos al teléfono móvil. El afrontamiento de estados emocionales negativos fue una estrategia que estaba presente en los adictos al teléfono móvil. Se concluyó que el uso excesivo del teléfono móvil representaba una alteración de tipo adictiva que afectaba sobre todo a adolescentes y jóvenes con estados emocionales negativos como la depresión y ansiedad. En la misma línea, Leung (2007) analizó las variables de personalidad para predecir el comportamiento adictivo en el uso del teléfono móvil. Los participantes fueron 624 jóvenes con edades comprendidas entre 14 y 28 años que respondieron a una entrevista telefónica de 27 ítems desarrollada a partir de dos escalas de Adicción al Teléfono Móvil, una de Bianchi y Phillips (2005) y la otra de Young (1996). Se encontró que la adicción al teléfono móvil estaba inversamente relacionada con la autoestima y directamente relacionados con la búsqueda de sensaciones y el aburrimiento. Se señaló también que las características más comunes en los patrones de uso del teléfono móvil fueron los mensajes de texto (SMS), el entretenimiento y la búsqueda de información. El estudio de Jenaro et al. (2007) evaluó el abuso de Internet y del teléfono móvil en una muestra de 337 estudiantes universitarios. En este estudio se desarrollaron dos medidas, la primera fue la Escala de Abuso de Internet (IOS) y la segunda la Escala de Abuso del Teléfono Móvil (CDS). Otras medidas utilizadas fueron el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck y Steer, 1993a), el Inventario de Depresión de Beck (Beck y Steer, 1993b) y el Cuestionario General de Salud-28 de Lobo, Pérez-

Echeverría y Artal (1986). Hallaron que el abuso de Internet estaba asociado con altos niveles de ansiedad y que el abuso del teléfono móvil estaba asociado con altos niveles de ansiedad e insomnio. Encontraron también diferencias de sexo, las mujeres abusaban más del teléfono móvil que los hombres. Siguiendo en la misma dirección, Turner et al. (2008) realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar cómo las características de personalidad de los individuos se relacionaban con el uso versus abuso de la telefonía móvil. La muestra incluyó a 184 estudiantes universitarios (58 hombres y 126 mujeres) con una edad entre 17 y 43 años. Se utilizó la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark, Tellegen, 1988), el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-RA; Francis, Brown y Philipchalk, 1992) y el Cuestionario de Actitudes Generales del Uso de Teléfono Móvil (Howell, Love y Turner, 2005). Se encontró una relación entre psicoticismo e inhibición reducida sobre el uso del teléfono móvil en el contexto social y que el neuroticismo y la extraversión influían en el abuso del teléfono móvil; la extraversión se relacionó con una mayor frecuencia de uso del teléfono móvil pero no con las habilidades como facilidad de uso social o de confort al realizar y recibir llamadas en lugares públicos. En el estudio de Ahmed et al. (2011) se analizaron los patrones de comportamiento adictivos del abuso del teléfono móvil (a través de una entrevista diseñada para este estudio) en una muestra de 400 estudiantes (38,2% hombres) de edades comprendidas entre 18 y 26 años. Encontraron que el 62,7% de la muestra analizada fracasaba en sus esfuerzos por reducir el uso del teléfono móvil, el 27,8% preferían el contacto del teléfono móvil y evitaban el contacto cara a cara con sus amigos, el 36,8% afirmaron que los demás se quejaban acerca de su uso excesivo, el 31,1% sufría una disminución en sus actividades académicas y/o laborales debido al uso del teléfono móvil. Concluyeron que la mayoría de los jóvenes utilizaban el teléfono móvil como estrategia de afrontamiento de estados emocionales negativos tales como

aburrimiento o disforia. Destacar también, el estudio de Chóliz (2012) que tuvo como objetivo analizar las características de personalidad que aumentan la vulnerabilidad para el desarrollo de adicciones psicológicas. El autor desarrolló un cuestionario basándose en los criterios de dependencia de los trastornos adictivos del DSM-IV-TR (APA, 2002) para diagnosticar la adicción al teléfono móvil en función de la abstinencia, falta de control, tolerancia e interferencia con las actividades académicas, laborales, familiares y sociales. Encontraron una relación directa entre el grado de dependencia, bajas puntuaciones de control de los impulsos y de autoestima y altas puntuaciones de búsqueda de sensaciones. Además, el teléfono móvil se usaba como estrategia de afrontamiento para evitar los estados de ánimo desagradables. Igualmente, Hong et al. (2012) analizaron con una muestra de 269 estudiantes universitarias (mujeres) la relación entre la personalidad y el uso adictivo del teléfono móvil. Utilizaron la Escala de Medición para el Comportamiento de Uso del Teléfono Móvil (Walsh, White, Cox y Young, 2011), la Escala de Adicción al Teléfono Móvil (MPAS; Young, 1998), la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) y Escala de Personalidad de Lai y Lai (2003). Los resultados indicaron que la extraversión y la ansiedad predicen, de manera positiva, la adicción al teléfono móvil y que la autoestima predice, en sentido inverso, la adicción al teléfono móvil. Otras variables tales como los problemas para el manejo del tiempo y las dificultades académicas están relacionadas con dicho comportamiento adictivo. Wu et al. (2013) analizaron la autoeficacia y la impulsividad en jóvenes con adicción al teléfono móvil. Para ello, se reclutaron 267 jóvenes (116 hombres y 161 mujeres) con una edad media de 26,62 años que rellenaron un autoinforme en línea sobre su uso en las redes sociales a través del teléfono móvil. En el estudio se recogió información sociodemográfica como sexo, edad, estado civil, estado laboral, nivel educativo y número medio de horas diarias de uso de las redes sociales a través del

teléfono móvil. En la segunda parte del estudio, los participantes debían informar sobre la frecuencia de sus obsesiones, compulsiones o problemas relacionados con el uso en las redes sociales. Además, se midieron las expectativas de resultados positivos del uso de las redes sociales mediante el Cuestionario de Expectativas de Uso de Internet (Cheong, 2001). Un ejemplo de expectativa positiva era que el uso de las redes sociales permite tener más oportunidades de comunicación con los demás y un ejemplo de expectativa negativa era que el uso de las redes sociales pone en peligro la privacidad. La autoeficacia se evaluó con la Escala de Autoeficacia en Internet (Eastin y LaRose, 2000) y la impulsividad con la Escala de Impulsividad de Eysenck y Eysenck (1991). Se encontró que los participantes que pasaban más tiempo en las redes sociales presentaban mayor nivel de adicción al teléfono móvil. La adicción al teléfono móvil correlacionaba de manera positiva con las expectativas de resultados y con la impulsividad y de manera negativa con la autoeficacia en Internet. Mok et al. (2014) analizaron la relación entre la adicción al teléfono móvil, estado de ánimo, ansiedad y personalidad en 448 estudiantes universitarios (178 hombres y 270 mujeres). Para ello cumplieron el Test de Adicción a Internet de Young (IAT; Young, 1996); la Escala de Adicción a Teléfonos Móviles (SAS; Kwon et al., 2013); el Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1961); el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ; Eysenck y Eysenck, 1975) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-R; Spielberger, 1983). Encontraron que las mujeres eran más propensas a la adicción a los teléfonos móviles, presentando también mayores niveles de depresión, ansiedad rasgo, psicoticismo y neuroticismo. Un estudio más reciente, realizado por Kim et al. (2016) tuvo como objetivo identificar los factores de personalidad que predicen la adicción al teléfono móvil. Los participantes fueron 4.854 coreanos (2.573 hombres y 2.281 mujeres) con edades comprendidas entre los 20 a 49 años. Los participantes completaron la Escala

Coreana de Susceptibilidad a la Adicción de los Teléfonos Móviles para Adultos (K-SAPS; Kim et al., 2014); La escala de los Sistemas de Inhibición Conductual/Activación Conductual (BIS/BAS; Gray, 1981; 1982) basadas en la Teoría de la Sensibilidad del Reforzamiento de Gray (RST; Carver y White, 1994); el Cuestionario de Impulsividad Disfuncional de Dickman (DDII; Dickman, 1990) y la Escala Breve de Autocontrol (BSCS; Tangney, Baumeister y Boone, 2004). También se tuvo en cuenta el patrón de uso de teléfono móvil (horas de uso promedio durante la semana en días laborables o fin de semana y uso principal). Se encontró que la adicción al móvil se relacionaba con ser mujer, puntuaciones elevadas de búsqueda de sensaciones, respuestas positivas a las recompensas anticipadas, impulsividad disfuncional y bajo autocontrol. En nuestro caso (Olivencia-Carrión et al., 2016) hemos examinado las variables de personalidad asociadas al uso versus abuso del teléfono móvil. La muestra estuvo compuesta por 165 estudiantes de Psicología de la Universidad de Granada, con edades comprendidas entre los 18 y 21 años. Los participantes fueron divididos en tres grupos en función del tiempo de uso diario del teléfono móvil, el Grupo 1 usaba el teléfono móvil menos de una hora al día, el Grupo 2 usaba el teléfono móvil menos de dos horas al día, y el Grupo 3 usaba el teléfono móvil más de cuatro horas al día. Utilizamos el Cuestionario Factorial de Personalidad (16-PF-5; Cattell, Cattell y Cattell, 2005) para evaluar la personalidad. Encontramos que el Grupo 3 presentaba puntuaciones bajas en estabilidad, atención a las normas, perfeccionismo y autocontrol y puntuaciones altas en animación y extraversión y el grupo 2 presentaba puntuaciones altas en extraversión y ansiedad.

Para finalizar este apartado, nos gustaría mencionar dos estudios (Labrador y Villadangos, 2010; Ruiz-Olivares et al., 2010) que aunque no analizan las variables de personalidad si van en la línea de los considerados. Concretamente en el objetivo del

estudio de Ruiz-Olivares et al. (2010) fue conocer los hábitos relacionados con posibles conductas adictivas (juego patológico, Internet, compras y uso del teléfono móvil) que pueden presentar los jóvenes estudiantes de la Universidad de Córdoba y relacionar dichos comportamientos con variables como la edad, el sexo, el curso y las macroáreas de conocimiento (letras y ciencias). Con un diseño ex post facto de grupo único (Montero y León, 2007), se elaboró un cuestionario de datos sociodemográficos en el que se incluía el Test de Adicción a las Compras y el Test de Adicción a Internet de Echeburúa (2003), el Cuestionario Breve de Juego Patológico de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1997) y algunos ítems sobre el uso del teléfono móvil (Bianchi y Phillips, 2005). Participaron 1011 estudiantes, 42,7% hombres y 57,3% mujeres, con un rango de edad entre los 18 y 29 años. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación media obtenida en los cuestionarios y variables como la edad, el sexo y el área de conocimiento. Ser mujer fue un factor protector para la adicción a internet y al juego. Estudiar ciencias fue un factor de riesgo para la adicción al juego, estudiar dentro de la especialidad de letras y tener más edad fueron factores de riesgo de adicción a las compras. Se hallaron también que el 32,6% (326) de los jóvenes universitarios reconocían fracasar a la hora de reducir el gasto de teléfono móvil, el 22,6% (223) pasaban más de una hora al día hablando por el teléfono móvil, el 3% (30) pasaban entre 3 y 5 horas, el 75,3% (746) mandaba menos de cinco mensajes de texto (SMS) al día, el 17,1% (169) mandaba de seis a diez al día y el 7,6% (75) mandaba más de diez. Los autores concluyeron que los estudiantes encuestados realizaban un uso moderado de conductas como navegar por internet, el juego, las compras y el teléfono móvil, siendo un grupo muy reducido de jóvenes los que tenían adicción a los comportamientos analizados. Por otro lado, con resultados opuestos destacamos el estudio llevado a cabo por Labrador y Villadangos (2010) que tuvo como objetivo

evaluar la percepción subjetiva de peligro derivada del uso de las Nuevas Tecnologías (NT) en los menores, y la identificación de conductas indicadoras de un posible problema de adicción a NT. La muestra estuvo comprendida por 1710 estudiantes de la Comunidad de Madrid, con edades entre 12-17 años. Utilizaron el Cuestionario de Detección de Nuevas Adicciones (DENA, diseñado para este estudio). Encontraron una correlación positiva entre el tiempo de uso y la percepción del problema. También, que la edad correlacionaba positivamente con esta percepción. La televisión es la tecnología que genera mayor percepción de problema en los menores. En cuanto a posibles síntomas de adicción, se constató que las NT generan conductas similares a las consideradas características en las adicciones establecidas. Entre ellas, destaca la relajación producida por el uso o el malestar si no puede utilizarse. Se constató la presencia de otros comportamientos exclusivos de este tipo de tecnologías así como la comprobación constante del teléfono móvil. Los autores concluyen que estas conductas tienen un evidente parecido con los síntomas de la abstinencia del juego patológico.

Por tanto, podemos concluir, de acuerdo con los estudios revisados que existen ciertas características de personalidad o rasgos de conducta que aumentan la vulnerabilidad psicológica a la adicción al teléfono móvil como baja autoestima y autoeficacia, puntuaciones altas de ansiedad, depresión, búsqueda de sensaciones, impulsividad, neuroticismo, psicoticismo, animación y extraversión y puntuaciones bajas en estabilidad, atención a las normas, perfeccionismo y autocontrol. Además, el teléfono móvil se utiliza como estrategia de afrontamiento de estados emocionales negativos tales como aburrimiento, disforia y estados de ánimo desagradables, como ocurre en la adicción a las compras o del juego patológico (Andreassen, Griffiths, Gjertsen, Krossbakken, Kvam y Pallesen, 2013; Zilberman, Yadid, Efrati, Neumark y Rassovsky, 2018).

PARTE II

OBJETIVOS E HIPOTESIS

A pesar de la existencia de entidad clínica y publicaciones científicas en torno a la adicción al teléfono móvil y/o nomofobia, en la actualidad existe una falta de consenso en torno a la delimitación de los términos y de reconocimiento como entidades nosológicas por parte de las organizaciones con autoridad internacional en el ámbito de la salud (APA u OMS). Es por ello, los objetivos de nuestro estudio están centrados en:

1) Desarrollar una medida en español de la frecuencia, tipo de uso, razón, tiempo de uso, motivación, efecto del abuso, efecto del no-uso, consecuencias del abuso, autopercepción y deterioro de las percepciones sociales.

2) Comprender la adicción a la telefonía móvil de la era moderna conocida como nomofobia y su relación con la personalidad en población adulta de Andalucía.

3) Analizar la efectividad que tiene la aplicación de una app-terapia de reestructuración de metas o propósitos en personas con discapacidad sobre la reducción de los niveles de depresión y ansiedad y la mejora de bienestar psicológico y satisfacción vital.

Hipótesis

Tomamos como punto de partida las siguientes hipótesis:

1) La escala de nomofobia tendrá buenos valores de fiabilidad y validez.

2) Existen variables de personalidad (temperamento y carácter) que protegen contra la aparición de la Nomofobia. Las variables de temperamento se reflejarán en puntuaciones más bajas en Búsqueda de Novedad, Evitación del Daño, Dependencia de Recompensa y Persistencia, mientras que las variables de carácter se verán reflejadas en las puntuaciones altas en Autodirección, Cooperación y Auto-trascendencia y viceversa para el riesgo de desarrollo de nomofobia.

3) Esperamos que la app-terapia ayude a los participantes con discapacidad a mejorar sus propósitos o metas en su vida, como las relaciones de familia y amigos, las actividades dirigidas a promoción de la salud, ser creativos en las actividades de ocio y ser productivos con el fin de reducir la depresión y ansiedad, y aumentar el bienestar psicológico y la satisfacción vital.

PARTE III

1. Estudio 1: Propuesta y Validación de un Cuestionario para Evaluar Nomofobia

Este estudio tiene como objetivo desarrollar una medida en español de la frecuencia, tipo de uso, razón, tiempo de uso, motivación, efecto del abuso, efecto del no-uso, consecuencias del abuso, autopercepción y deterioro de las percepciones sociales.

1.1. Participantes

La muestra para este estudio incluye 968 participantes de la población de Granada con una edad media de 23,19 años y una desviación estándar de 7,23. La mayoría de los encuestados eran mujeres (81,1%). Las características sociodemográficas se pueden ver en la Tabla 1. Los participantes fueron reclutados principalmente en su lugar de trabajo, a través de anuncios y correos electrónicos. A sus jefes/maestros se les enviaron correos electrónicos en los que se les pedía que nos ayudaran a reclutar a sus empleados/estudiantes. Fueron sus jefes/maestros quienes nos proporcionaron los empleados/estudiantes dispuestos a participar en el estudio. Los participantes fueron reclutados de diversos tipos de lugares de trabajo dentro de Granada, incluidas las autoridades locales, proveedores de atención médica y puntos de venta así como instituciones de educación superior y avanzada, y hubo heterogeneidad en sus entornos geográficos abarcando desde el centro de la ciudad a las zonas urbanas. Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y proporcionaron un consentimiento informado firmado. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Granada.

1.1.1. Muestra y recopilación de datos

El tamaño de la muestra se estimó en base a un error de muestreo de +5 puntos porcentuales y un nivel de confianza del 95%. Un total de 968 adultos jóvenes entre 17

y 55 años participaron en la encuesta. Un resumen de sus características sociodemográficas se puede encontrar en la Tabla 1.

Tabla 1: Resumen de variables sociodemográficas

Variable	Media	D. T.
Edad	23,19	+ - 7,23
Años de educación	14,07	+ - 4,12
	Porcentaje	Tamaño
Género		
Masculino	18,8%	N = 182
Femenino	81,1%	N = 785
Estudiando		
No	21,1%	N = 204
Sí	78,9%	N = 764
Trabajando		
No	81,3%	N = 787
Sí	18,7%	N = 181
Sector de trabajo		
Técnicos y negocios	3,3%	N = 32
Servicios y ejército	6,3%	N = 61
Labores manuales	9,0%	N = 87
Desempleo	81,4%	N = 788

1.2. Desarrollo de la Escala y Procedimiento

Con el propósito de establecer el Instrumento para Evaluar la Nomofobia (QANP), llevamos a cabo una revisión sistemática de la literatura (Beranuy-Fargues et al., 2009; Bianchi y Phillips, 2005; Billieux et al., 2008; Chóliz, 2012; Chóliz et al., 2016; Güzeller y Coşguner, 2012; Ha et al., 2008; Igarashi et al., 2008; Jenaro et al., 2007; Kwon et al., 2013; Leung, 2008; López-Fernández et al., 2012; Martinotti et al., 2011; Merlo et al., 2013; Rutland et al., 2007; Toda et al., 2004; Walsh et al., 2010; Yen et al., 2009) para examinar las medidas existentes hasta el momento. En este paso, tres expertos en psicología clínica, psicología educativa y psicometría colaboraron en aspectos de redacción, comprensión, claridad y consistencia en las definiciones de los criterios, aunque hemos agregado ítems relacionados con la nomofobia como los efectos

de no poder usar el teléfono móvil. Después de construir la herramienta, se realizó un estudio piloto utilizando el QANP y se recogieron datos de una muestra heterogénea de pequeño tamaño para representar al grupo objetivo relacionado e investigado. Se esperaba que los individuos del grupo de estudio expresaran sus sentimientos, ideas y actitudes hacia el uso del teléfono móvil. Finalmente, se determinó que la escala tenía 13 ítems originariamente, pero estudios posteriores demostraron que solo se podían usar 11 de ellos. Los ítems estaban relacionados con el abuso de mensajes de texto, alta frecuencia, pasar más de 4 horas al día usando el teléfono móvil, hacer frente a emociones negativas o problemas, sentirse mejor, sentirse extremadamente nervioso, tener un comportamiento agresivo cuando no puede utilizar el teléfono, deterioro progresivo en la escuela/trabajo, percepción de deterioro en el funcionamiento social y familiar, y percepción de deterioro en las relaciones sociales.

El análisis de escala se utilizó para evaluar las propiedades psicométricas de los ítems individuales y la escala como un todo. Cada ítem se puntuó de uno a cinco con respecto al uso y abuso o estructura de la afirmación nomofóbica. Se incluye una descripción más detallada de la escala en el Anexo.

1.3. Análisis

La muestra se dividió en dos partes para realizar un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) con la primera parte y un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) con la segunda parte. Este enfoque basado en datos se recomienda cuando no hay suficiente conocimiento previo sobre los posibles factores comunes y sus influencias (Fabrigar, Wegener, MacCallum y Strahan, 1999). Se llevaron a cabo varios pasos antes del AFE para probar la validez de la muestra para construir nuevas variables. La prueba de esfericidad de Barlett se realizó para probar si la matriz de correlación es equivalente a

una matriz de identidad y se aplicó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) con un umbral de 0,8 (Kaiser, 1970) para valores de Medida de Adecuación de la Muestra.

La rotación utilizada en el AFE se realizó con el algoritmo promax, que asume oblicuidad entre los ítems. La razón de esta elección fue explorar si había alguna relación fuerte entre los nuevos factores y si este no fuera el caso, se supondría en su lugar la ortogonalidad entre los ítems. El método de Máxima Verosimilitud (Maximum Likelihood, ML) fue el utilizado para obtener los factores, dado que las variables de entrada tenían una naturaleza métrica y eran continuas, lo que significa que los resultados serían muy similares a otros métodos de factorización con la ventaja de poder observar un mayor número de indicadores de bondad de ajuste (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). El AFE se llevó a cabo varias veces, con un umbral para cargas estandarizadas de 0,30 en cada uno (Cattell, 1988; McDonald, 1985), con el fin de encontrar una solución aceptable con el menor número de dimensiones. La aceptabilidad en este paso se midió según las medidas usuales en la validación de escala, como el Error Cuadrático Medio de Aproximación [Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)], el cual se considera que proporciona valores por debajo de 0,05 si el ajuste es bueno, aunque los valores alrededor de 0,08 o menos son indicadores de un ajuste aceptable (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). Otras medidas incluyeron el Índice de Tucker-Lewis de fiabilidad de factores (TLI) y la Raíz de la Media Cuadrática de los Residuos [Root Mean Square of the Residuals (RMSR)]. Los valores superiores a 0,95 para la media TLI significan que el ajuste es bueno, pero puede considerarse aceptable si está por encima de 0,90 (Baş, Kubiato y Sünbül, 2016). En el caso de RMSR, los valores de RMSR alrededor del inverso de la raíz cuadrada del tamaño de muestra se consideran indicadores de un buen ajuste (Kelley, 1935). El valor de la prueba Chi-Cuadrado se descartó, ya que tendería a proporcionar valores grandes

debido al gran tamaño de la muestra, lo que llevaría a conclusiones engañosas sobre la calidad del ajuste, incluso cuando las diferencias entre los datos y el modelo sean triviales (Fabrigar et al., 1999).

Considerando el modelo factorial ajustado en el primer paso, y después de evaluar su validez nomológica, se realizó un AFC en la segunda partición de la muestra. Para evaluar la bondad del ajuste en AFC, se usaron las mismas medidas utilizadas en el AFE más el Índice de Bondad de Ajuste (GFI), que presenta valores alrededor de 0,95 para ajustes buenos.

Se realizaron cálculos adicionales para evaluar la validez y fiabilidad, en sus diferentes dimensiones (convergente, discriminante y predictiva), de la escala confirmada por el AFC. Los coeficientes de consistencia interna Alfa de Cronbach se calcularon para los ítems que conforman cada factor, cuyos valores se consideran aceptables cuando están entre 0,60 y 0,70 o superiores (Baş et al., 2016; Cronbach, 1949). La correlación ítem-total se calculó para cada ítem para verificar que las variaciones en ellos fueran homogéneas (Churchill, 1979). Las pruebas t de Student se realizaron para evaluar las diferencias entre los grupos superiores e inferiores en cada ítem.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico R (Team, R.C., 2016) y los paquetes *psych* (Revelle, 2015), *lavaan* (Rosseel, 2012) y *psychometric* (Fletcher, 2010), además de las bibliotecas de base.

1.4. Resultados

1.4.1. Análisis Factorial Exploratorio

El procedimiento AFE se realizó en la primera submuestra para probar la validez estructural de la QANP con respecto a la medición de la nomofobia. Antes de este

procedimiento, se aplicó la prueba de esfericidad de Bartlett sobre los datos de la submuestra, obteniendo como resultado significación estadística [χ^2 (n = 484) = 1242,549, df = 55, p <0,0000] aceptando la hipótesis de que existe algún tipo de relación entre ítems. La adecuación del muestreo se evaluó con el procedimiento KMO, obteniendo una Medida de Adecuación de la Muestra general de 0,84, que significa que la relación conjunta de las variables es adecuada considerando el umbral de 0,80 para la Medida de Adecuación de la Muestra proporcionado por otro estudio (Kaiser, 1970).

La aplicación del AFE proporcionó como resultado que la escala tiene una estructura de cuatro factores con 11 ítems. Con base en los criterios del umbral de 0,30 para cargas estandarizadas, los ítems 2 y 3 se eliminaron del análisis (fuera de la escala original de 13 ítems) ya que su contribución no fue suficiente para cumplir con los requisitos especificados. El factor 1 (abuso del teléfono móvil) constaba de cuatro ítems (1, 3, 7 y 8) cuyas cargas de factor rotadas por el método promax estaban en el rango entre 0,52 y 0,86 y explicaban un 18% de la varianza. El Factor 2 (Pérdida de control) consistió en tres ítems (2, 5 y 6) cuyas cargas de factor rotados por promax variaron de 0,45 a 0,72, lo que explica un 11% de la varianza. El Factor 3 (Consecuencias Negativas) consistió en tres ítems (9, 10 y 11), con cargas factoriales rotadas por promax entre 0,52 y 0,71, lo que explicaba el 10% de la varianza. Finalmente, el Factor 4 (Interferencia del Sueño) estaba compuesto por un solo ítem (número 4) con un factor de carga de 0,67 rotado por promax, lo que explica un 6% de la varianza. Para una mejor información acerca de las cargas de factores con rotación promax véase la Tabla 2.

Tabla 2: Cargas factoriales rotadas para los factores

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1	0,86	-0,04	-0,13	0,10
2	0,15	0,68	0,01	-0,06

3	0,52	-0,01	-0,02	-0,09
4	0,17	-0,02	0,11	0,67
5	-0,19	0,72	-0,02	0,02
6	0,20	0,45	0,02	0,11
7	0,64	0,00	-0,05	0,18
8	0,58	0,10	0,11	-0,13
9	0,01	0,09	0,52	-0,05
10	0,14	-0,09	0,53	-0,03
11	-0,23	-0,01	0,71	0,12

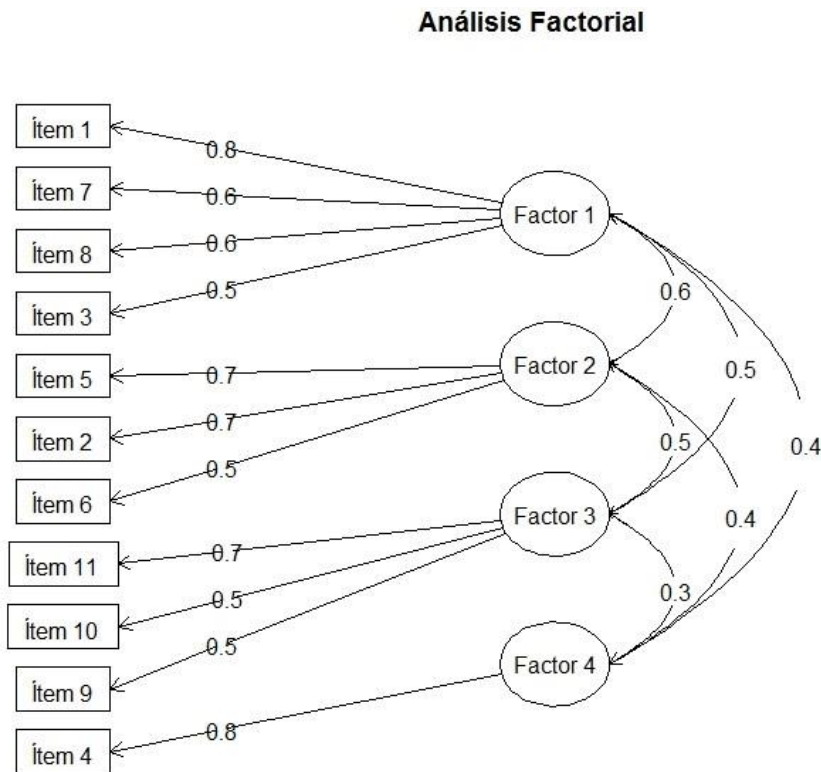
La varianza total explicada por la escala se encontró en un 45%, lo que podría ser considerado suficiente en los estudios de ciencias sociales según el autor (Kline, 1994). El Residuo Cuadrático Medio para AFE con cuatro factores fue de 0,02, lo que significa que quedan pocas relaciones por explicar, por lo que el ajuste es bueno. El índice Tucker-Lewis fue 0,976, que está por encima de los niveles de aceptación, y el Error Cuadrático Medio de Aproximación fue 0,033 con un intervalo de confianza del 90% de [0 - 0,057], que también está dentro de los límites de aceptación recomendados por las referencias mencionadas en el apartado 1.3. Como observación final para AFE, la matriz de correlación para los factores se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3: Coeficiente de correlación entre factores

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Factor 1	1	0,57	0,50	0,35
Factor 2	0,57	1	0,53	0,36
Factor 3	0,50	0,53	1	0,26
Factor 4	0,35	0,36	0,26	1

Es destacable que existen varias correlaciones importantes, como la correlación entre Factor 1 y Factor 2 (0,57) o entre Factor 2 y Factor 3 (0,53). Estos números demuestran que la suposición de oblicuidad es pertinente para el análisis factorial realizado.

En la Figura 1 se puede observar un diagrama resumido de las cargas factoriales de cada ítem, así como las correlaciones entre los factores.



1.4.2. Análisis Factorial Confirmatorio

El AFC se realizó sobre la estructura del factor obtenida en el AFE, para verificarlo, en la segunda división ($n = 484$) realizada sobre la muestra original. Como resultado, se pudieron observar los valores de las medidas de bondad de ajuste. Se halló un SRMR de 0,045, que está muy cerca de la inversa de la raíz cuadrada del tamaño de la muestra (con $n = 484$, el valor es 0,045), por lo que puede considerarse como evidencia de buen ajuste. El índice de bondad del ajuste (GFI) fue de 0,969, que puede considerarse evidencia de un buen ajuste ya que está por encima de 0,95 (el umbral considerado de ajuste perfecto). El Índice Tucker-Lewis (TLI) fue 0,941, que también está por encima del umbral de aceptación. Finalmente, el valor de RMSEA fue 0,053, con un intervalo

de confianza del 90% de [0,039 - 0,067]. Dado que los índices de RMSEA alrededor de 0,05 y 0,08 pueden considerarse suficientes, el valor obtenido para RMSEA en el AFC también es una evidencia de un ajuste aceptable.

1.4.3. Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Nomofobia

Se calculó la consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach para la escala total con todos los ítems con el fin de verificar la fiabilidad, obteniendo un valor de 0,80. También se calculó la consistencia interna de cada factor (excepto para el Factor 4, ya que consistía de un solo ítem), obteniendo coeficientes de 0,74 para el Factor 1, 0,64 para el Factor 2 y 0,57 para el Factor 3. Como se indicó (Cronbach, 1949), estos valores para los coeficientes de fiabilidad se pueden considerar suficientes.

La validez convergente se evaluó calculando los coeficientes de correlación ítem-total para cada ítem. Los resultados se pueden observar en la Tabla 4, así como la media y la desviación estándar para las puntuaciones de cada ítem. La prueba de correlación de Pearson concluyó que todas las correlaciones fueron significativas con un nivel de confianza superior al 99,99%.

Tabla 4: Estadísticas de resumen de ítems y correlación ítem-total

Items	Media	D. T.	Correlación ítem- total
1	4,51	1,19	0,688
2	2,57	1,35	0,701
3	2,11	0,95	0,490
4	2,42	1,23	0,596
5	1,49	1,18	0,471
6	2,45	1,25	0,672
7	3,01	1,13	0,667
8	2,52	0,95	0,632
9	1,56	1,16	0,496
10	1,48	0,81	0,514
11	1,21	0,63	0,383

Para evaluar la validez discriminante, se realizaron pruebas de hipótesis t de Student para analizar las diferencias entre los grupos del 27% de individuos con puntuaciones más altas y el del 27% de individuos con puntuaciones más bajas para cada ítem. Los resultados de las pruebas se pueden consultar en la Tabla 5.

Tabla 5: Validez Discriminante de la escala

Item	Superior a 27%		Inferior a 27%		valor-t	Grados de libertad	valor-p
	Media	D. T.	Media	D. T.			
Item 1	5	0	3,18	1,70	17,30	260	3,666244E-45
Item 2	4,25	0,43	1	0	121,49	261	1,011690E-231
Item 3	3,03	0,23	1	0	143,16	261	4,745320E-250
Item 4	4,14	0,35	1	0	144,29	261	6,337468E-251
Item 5	2,80	1,66	1	0	17,56	261	4,277777E-46
Item 6	4,00	1,79	1	0	61,26	261	6,562641E-157
Item 7	4,30	0,46	1,59	0,87	44,25	392,317	1,303952E-154
Item 8	3,22	0,42	1,02	0,14	81,05	316,765	7,309143E-214
Item 9	3,04	1,36	1	0	24,28	261	6,569342E-69
Item 10	2,51	0,82	1	0	29,59	261	2,277419E-85
Item 11	1,75	0,99	1	0	12,27	261	1,271764E-27

Se puede observar en la Tabla 5 que las puntuaciones del grupo con valores superiores son significativamente más altas que las puntuaciones del grupo con las puntuaciones más bajas para cada ítem de la escala, con un nivel de confianza superior al 99,99%. Estos resultados muestran que los ítems tienen un buen poder discriminante.

2. Estudio 2: Nomofobia y Personalidad

Este estudio tiene como objetivo comprender la adicción a la telefonía móvil de la era moderna conocida como nomofobia y su relación con la personalidad en población adulta de Andalucía.

2. 1. Método

2.1.1. Recopilación de datos

En este estudio se empleó una muestra de 968 encuestados de la ciudad de Granada (España). El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo con el diseño de muestreo utilizado, en base a un error de muestreo de +5 puntos porcentuales y un nivel de confianza del 95%. Los participantes fueron reclutados principalmente en su lugar de trabajo, a través de anuncios y correos electrónicos. A sus gerentes/maestros se les enviaron correos electrónicos en los que se les pedía que nos ayudaran a reclutar a sus empleados/estudiantes. Fueron sus gerentes/maestros quienes nos proporcionaron los detalles de los empleados/estudiantes dispuestos a participar en el estudio. Fueron reclutados de una variedad de tipos de lugares de trabajo en Granada, incluyendo autoridades locales, proveedores de servicios de salud y tiendas minoristas, así como instituciones de educación superior, y hubo heterogeneidad en sus entornos geográficos, los cuales abarcaban el centro de la ciudad y las zonas urbanas. Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y firmaron el consentimiento informado. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Granada.

Los participantes tenían una edad promedio de 23,19 años (SD 7,23), con edades comprendidas entre los 17 y los 55 años, y la mayoría (81,1%) eran mujeres. Las variables sociodemográficas revelaron que la mayoría de la muestra estaba desempleada

(81,3%), lo cual es más probable que sea una consecuencia de la gran proporción de estudiantes en la muestra (78,9%). De los encuestados que estaban empleados (18,7%), el 46,4% trabajaba en trabajos manuales, el 33,7% en el sector de servicios y ejército, y el 17,7% en los sectores tecnológico y empresarial. El promedio de años de educación para los encuestados fue de 14,07 años (SD 4,12).

2.1.2. Preprocesamiento de datos

Se realizó una búsqueda inicial de valores perdidos, pero solo se encontró uno en todas las variables predictoras (las siete dimensiones del TCI-R) y, por lo tanto, no se tomó ninguna medida. El participante que presentó el valor faltante fue luego excluido del análisis, ya que resultó ser un valor atípico. Se calcularon las medidas de asimetría para todas las variables (predictoras y a predecir) para detectar variables con altos niveles de asimetría, a fin de transformarlas de acuerdo con la naturaleza de la asimetría y de su gravedad. Se usaron transformaciones de raíz cuadrada y logarítmicas (Tabachnick y Fidell, 2007). Las variables con asimetría a la izquierda se reflejaron antes de las transformaciones, y una vez completada la corrección, se reflejaron nuevamente para recuperar su valor original (Osborne, 2005).

El criterio de Tukey (1977) usando el rango intercuartílico se utilizó para encontrar valores atípicos univariados extremos, de lo que resultó la exclusión de 3 participantes. En el caso de valores atípicos multivariados, se utilizó la distancia de Mahalanobis, dado que sigue aproximadamente una distribución de Chi-Cuadrado (Afifi y Azen, 1972), aunque se tuvo que utilizar la corrección de Sidak (1967) debido a las múltiples comparaciones que tienen lugar en el contraste de hipótesis. Así, con un valor final de 0,00014 para alfa, se excluyeron con este proceso 5 participantes.

Se calculó la matriz del coeficiente de correlación de Pearson para la verificación de la colinealidad múltiple en variables predictoras. Cada par de correlaciones estaba por debajo de los criterios de selección de 0,99 (Tabachnick y Fidell, 2007), lo que significa que no hay multicolinealidad en las variables predictoras.

2.1.3. Ajuste de peso

El reclutamiento de encuestados no fue probabilístico y podría generar estimaciones sesgadas ya que ciertos grupos están sustancialmente sub-representados. Además, el marco de muestreo no cubre toda la población a la que se extrapolarán los resultados de la encuesta. Estos errores se pueden corregir mediante el uso de técnicas de reponderación o calibración. La calibración se definió de acuerdo con Särndal (2007) como "la determinación de pesos o factores de expansión, incorporando información auxiliar para calcular factores de ajuste a los pesos originalmente definidos en el diseño muestral, el uso de estos pesos para calcular totales poblacionales y otros parámetros en población finita y el aprovechamiento de los ajustes de calibración para reducir significativamente la contribución del sesgo en presencia de falta de respuesta y otros errores no muestrales". El uso de estimadores de calibración asegura que las estimaciones de la encuesta sean coherentes con las que ya están en el dominio público, al tiempo que reduce el error de muestreo y la falta de cobertura (Cabrera-León et al., 2015; 2017).

Para la calibración realizada en este estudio se utilizaron como totales de variables auxiliares, los totales poblacionales de sexo, edad y años de escolaridad. Estas cantidades se obtuvieron de las cifras de población de 2013 proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el caso de género y edad, y del Censo de población y hogares 2011 (también realizado por el INE) en el caso de años de

escolaridad. La obtención se realizó para la región de Andalucía; dado que el marco de muestreo se ubicó dentro de este territorio, este enfoque es factible para que el estudio se realice con el menor sesgo posible.

Los nuevos pesos de muestreo obtenidos en la calibración se aplicarán a un modelo de regresión utilizando pesos de calibración de Raking con las tres variables auxiliares consideradas. El propósito de la regresión es obtener alguna medida del efecto que cada dimensión de la TCI-R tiene en el Cuestionario de Nomofobia, y la calibración juega un papel importante, ya que proporciona un cierto nivel de seguridad en términos de poder generalizar los efectos medidos a toda la población. Para probar la hipótesis de si los efectos son nulos o significativamente diferentes de nulos, se proporcionarán los p-valores de la prueba de Wald (Wald, 1943) y su corrección conocida como razón de verosimilitudes de trabajo (Rao y Scott, 1984), ya que son las pruebas recomendadas para aplicar cuando el diseño muestral es complejo (Lohr, 2010).

2.2. Instrumentos

Cuestionario para Evaluar la Nomofobia (QANP; Olivencia-Carrión, Ferri-García, Rueda, Jiménez-Torres y López-Torrecillas, 2018).

Este cuestionario fue desarrollado por Olivencia-Carrión et al. (2018) y consta de 11 elementos relacionados con el abuso de mensajes de texto, alta frecuencia de uso, pasar más de 4 horas por día usando el teléfono móvil, hacer frente a emociones negativas o problemas, sentirse mejor, sentirse extremadamente nervioso, tener un comportamiento agresivo cuando no puede utilizar el teléfono móvil, deterioro progresivo en la escuela/trabajo, percepción de deterioro en el funcionamiento social y familiar, percepción de deterioro en las relaciones sociales. Cada ítem se puntúa de uno a cinco y describen una estructura de cuatro factores de acuerdo con el Análisis Factorial Exploratorio (EFA) y

el Análisis Factorial Confirmatorio (CFA) realizados en la muestra de participantes descrita en la Sección 2.1.1: Factor 1 (Abuso del teléfono móvil) consta de cuatro elementos (1, 3, 7 y 8) que describen el 18% de la varianza. El Factor 2 (Pérdida de control) involucra tres ítems (2, 5 y 6) que explican el 11% de la varianza. Factor 3 (Consecuencias negativas) contiene tres elementos (9, 10 y 11) que explican el 10% de la varianza. Finalmente, el Factor 4 (Interferencia del sueño) consiste en un solo ítem (número 4) que explica el 6% de la varianza. Los índices de bondad de ajuste para EFA fueron 0,02 para RMSR, 0,976 para Índice Tucker-Lewis (TLI) y 0,033 para RMSEA [IC 90% 0-0,57], mientras que para CFA estos fueron 0,045 para SRMR, 0,969 para el Índice de Bondad de Ajuste (GFI), 0,941 para TLI y 0,053 para RMSEA [IC 90% 0,039-0,067]. El valor del coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach para la muestra del presente estudio fue 0,80. La validez convergente se evaluó con correlaciones ítem-total, todas significativas, mientras que la validez discriminante se evaluó probando la hipótesis nula de igualdad media entre los grupos superior e inferior de cada ítem, que fue rechazado para todos los ítems. Como se señaló anteriormente, la muestra de 968 participantes se utilizó tanto para el análisis de escala y factor como para el análisis de regresión ponderada.

Inventario de Temperamento y Carácter Revisado (TCI-R; Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993).

Consta de 240 ítems (5 de ellos de validez) que se contestan en una escala tipo Likert de 5 opciones. Las 7 dimensiones del modelo que evalúa el TCI-R son Búsqueda de Novedad (tendencia heredada a responder fuertemente a estímulos nuevos y señales que conducen a una actividad exploratoria en búsqueda de recompensas así como en la evitación de la monotonía y castigo), Evitación del Daño (tendencia a responder de forma intensa a las señales y estímulos aversivos, por lo que se aprende a inhibir la

conducta con el fin de evitar el castigo, la incertidumbre y la frustración), Dependencia de Recompensa (tiene que ver con el refuerzo social e implica variaciones neurobiológicas en cuanto a la sensibilidad a las señales sociales, el malestar en relación con la separación social y dependencia de la aprobación por otros) y Persistencia (mantenimiento de la conducta a pesar de refuerzos intermitentes) como rasgos temperamentales. Las 3 dimensiones de carácter son Autodirección (habilidad de la persona para controlar, regular y adaptar la conducta ajustándola a la situación de acuerdo con sus propias metas y valores), Cooperatividad (comportamientos éticos o prosociales, capacidad de aceptar, identificarse y colaborar con los demás) y Autotrascendencia (agrupa características de espiritualidad, misticismo, pensamiento mágico y religioso, así como la visión de uno mismo como parte integral del universo). Este instrumento ha sido validado en la población general española (Gutiérrez-Zotes et al., 2004) y tiene propiedades psicométricas satisfactorias (Pelissolo et al., 2005).

2.3. Resultados

Para cumplir los supuestos de normalidad requeridos, los Factores 2, 3 y 4 se transformaron logarítmicamente para reducir su asimetría original. Después de estas transformaciones, los residuos de cada modelo de regresión presentados en esta sección se distribuyen normalmente. Los modelos de regresión se calcularon utilizando R (Team, R.C., 2017) y los paquetes "sampling" (Tillé y Matei, 2015) y "survey" (Lumley, 2004; 2014). Las correlaciones parciales y los coeficientes R-cuadrado se obtuvieron utilizando el enfoque basado en SSE (Efron, 1978) y se calcularon en R utilizando el paquete "rsq" (Zhang, 2017). Los modelos de regresión lineal obtenidos para todos los factores de la escala que utilizan ponderación de calibración en los totales de población de Andalucía se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Modelos de regresión ponderados con Calibración de clasificación por grupo de edad, sexo y nivel de educación para Andalucía.

		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Escala total
		(Abuso Teléfono Móvil)	(Pérdida Control)	(Consecuencias Negativas)	(Interferencia sueño)	
(Interceptar)	β_0	11,55***	1,89***	1,57***	1,20***	24,10***
	Std.Err.	(0,14)	(0,02)	(0,02)	(0,02)	(0,32)
Búsqueda de la novedad	β_1	0,24	0,00	0,05**	-0,05	0,40
	Std. Err.	(0,20)	(0,04)	(0,02)	(0,03)	(0,48)
	Parcial cor.	0,1852	0,0990	0,2080	-0,1239	0,1449
Evitar daños	β_2	0,20	0,01	0,05*	-0,05	0,43
	Std. Err.	(0,22)	(0,04)	(0,02)	(0,05)	(0,57)
	Parcial cor.	0,1778	0,1003	0,1575	-0,0642	0,1423
Dependencia de recompensa	β_3	0,44**	0,06*	0,03 ⁺	0,01	1,04**
	Std. Err.	(0,17)	(0,02)	(0,01)	(0,02)	(0,36)
	Parcial cor.	0,2561	0,1947	0,1529	0,0000	0,2388
Persistencia	β_4	0,20	0,04	0,04 ⁺	-0,00	0,73 ⁺
	Std. Err.	(0,18)	(0,03)	(0,02)	(0,02)	(0,41)
	Parcial cor.	0,1862	0,1529	0,1694	0,0000	0,1806
Autodirección	β_5	0,29	-0,02	0,01	0,01	0,26
	Std. Err.	(0,19)	(0,03)	(0,02)	(0,03)	(0,45)
	Parcial cor.	0,1950	-0,1023	0,1126	0,0000	0,1386
Cooperativismo	β_6	-0,57**	-0,03	-0,04*	-0,03	-1,12*
	Std. Err.	(0,20)	(0,02)	(0,02)	(0,03)	(0,44)
	Parcial cor.	-0,2732	-0,1341	-0,1654	-0,0781	-0,2295
Autotrascendencia	β_7	0,05	-0,01	0,07***	-0,03	0,24
	Std. Err.	(0,15)	(0,02)	(0,02)	(0,03)	(0,35)
	Parcial cor.	0,1689	-0,1026	0,2540	-0,0619	0,1366
Basado en SSE R-cuadrado		0,0977	0,0474	0,1460	0,0530	0,0833
Desviación del modelo		5047,79	110,36	54,75	97,54	27106,17
Dispersión		5,26	0,12	0,06	0,10	28,27
Número de observaciones (n)		960	960	960	960	960

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, + $p < 0,1$

Los principales resultados que surgen de estos análisis de regresión son los siguientes: a) La Cooperación reduce significativamente los niveles nomofóbicos, particularmente para el Factor 1, y b) la Dependencia de Recompensa parece aumentar

los niveles nomofóbicos para todos los factores, pero principalmente para los Factores 1 y 2, donde su efecto es significativamente no nulo.

El papel de las características de personalidad restantes presentes en TCI-R no está claro según los modelos. Sin embargo, vale la pena mencionar algunos resultados, de tal manera que la Búsqueda de Novedad era importante para el Factor 3 como característica que potencia la nomofobia. En segundo lugar, la Evitación del Daño, la Autotrascendencia y la Persistencia (de importancia marginal) fueron significativos para el mismo factor. Con base en los valores R-cuadrado, el modelo para el Factor 3 es el más explicativo (explicando 0,1460, es decir, el 14,6% de la variabilidad). Sin embargo, los valores R-cuadrado para todos los modelos son generalmente bajos, lo que significa que las variables no controladas podrían estar teniendo un gran impacto en la nomofobia.

El modelo utilizado para explicar el comportamiento de la escala total reveló que Dependencia de Recompensa y Cooperación contribuyen de manera estadísticamente significativa a la aparición de la nomofobia, siendo el primero positivamente vinculado y el segundo negativamente relacionado con la nomofobia. La persistencia también apareció de manera significativa como un potenciador de la nomofobia.

Estudio 3. Desarrollo de la app-Terapia para Personas con Discapacidad

El objetivo de este estudio fue analizar la efectividad que tiene la aplicación de una app-terapia de reestructuración de metas o propósitos en personas con discapacidad sobre la reducción de los niveles de depresión y ansiedad y la mejora de bienestar psicológico y satisfacción vital.

3.1. Participantes

Este estudio estuvo compuesto por 34 participantes, 18 hombres y 24 mujeres con una edad media de 33 años (Desviación típica de 10,45 años y rango de 19 a 59 años) que se reclutaron en la Federación Granadina de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (FEGRADI). Los criterios de inclusión fueron ser socio de FEGRADI, querer participar voluntariamente en el estudio, no ser mayor de 65 años y tener discapacidad de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud OMS (2001). Los criterios de exclusión fueron tener deterioro cognitivo [(presentar una puntuación igual o menor de 23, medido a través del Mini Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo, Saz y Marcos, 2002)], presentar historial de enfermedad neurológica grave, trastorno psiquiátrico, historia de abuso de sustancias, usar de manera crónica medicación psicoactiva o hipnótica y ser analfabeto. Los participantes, que cumplían los criterios de inclusión, firmaron el consentimiento informado para la participación en el estudio. Un asistente clínico no involucrado en el programa asignó aleatoriamente a los participantes a los grupos (experimental y control o de lista de espera). En la Tabla 1 pueden verse las características sociodemográficas y las variables clínicas de cada grupo. También se puede ver la homogeneidad entre los grupos (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, profesión, tipo y grado de discapacidad y puntuación de nomofobia). Este estudio

cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Granada.

Tabla 1: Variables sociodemográficas, relacionadas con la Discapacidad y Nomofobia

	Grupo Experimental	Grupo Control	<i>p</i>	F/ χ^2
Edad (<i>M</i> y <i>DT</i>)	32,06 (10,35)	33,94 (10,38)	0,270	0,607
Sexo (N)			0,000	1,000
Hombre	7	7		
Mujer	10	10		
Estado civil (N)			1,619	0,203
Casado o en pareja	2	5		
Soltero	15	12		
Nivel educativo (N)			1,571	0,666
Primaria	1	1		
Secundaria	3	4		
Grado o Licenciatura	12	9		
Master o Doctorado	1	3		
Profesión (N)			2,733	0,603
Liberales	4	2		
Técnicos, comerciales y administrativos	1	2		
Estudiantes	7	8		
Jubilado o baja laboral	1	3		
Desempleado	4	2		
Discapacidad Tipo (N)			9,524	0,217
Física	8	13		
Auditiva	1	1		
Visual	3	0		
Orgánica	0	1		
Espectro Autista	1	2		
Física y sensorial	1	0		
Sensorial y orgánica	1	0		
Visual y auditiva	2	0		
Grado de Discapacidad (<i>M</i> y <i>DT</i>)	60 (21,14)	67,82 (23,79)	1,027	0,318
Nomofobia (<i>M</i> y <i>DT</i>)	30,06 (6,43)	30,18 (6,40)	0,003	0,958

N= Número de participantes; M= Media; DT= Desviación típica

3.2. Instrumentos

Entrevista Sociodemográfica y datos sobre Discapacidad (diseñada para este estudio).

Se trata de una entrevista que evalúa las variables sociodemográficas de los participantes.

Dichas variables evaluadas son sexo, edad, estado civil, tipo de discapacidad, grado de

discapacidad y el nivel de estudios. Asimismo, se puntualiza si la persona se encuentra trabajando especificando el tipo de ocupación o profesión y si no está trabajando especificando cuál es su situación actual (p.ej., jubilada o baja temporal, pensionista o desempleada).

Mini Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo et al., 2002).

Es un instrumento de cribado de deterioro cognitivo que consta de 11 ítems en los que se valoran 5 áreas cognitivas: orientación espacio-temporal; memoria de fijación y reciente; atención-concentración y cálculo; lenguaje comprensivo y expresivo; pensamiento abstracto y construcción visoespacial. La puntuación máxima es de 30 puntos, que se obtienen mediante la suma de las puntuaciones de cada ítem. El punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos, las puntuaciones entre 23-21 indican una demencia leve, entre 20-11 una demencia moderada y menor de 10 de una demencia severa. Es una prueba muy utilizada para descartar la existencia de un posible deterioro cognitivo por contar con valores muy altos de fiabilidad y validez. En cuanto a la consistencia interna del instrumento oscila entre 0,82-0,84 y su fiabilidad interjueces es de 0,95 en pacientes con trastornos neurológicos. Con respecto a los criterios de validez se han encontrado correlaciones altas (entre 0,75 y 0,82) con el test de inteligencia para adultos de Weschler (WAIS; Lobo, Escobar, Ezquerria y Seva-Díaz, 1980).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996).

Es un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, y proporciona una puntuación final que se obtiene

sumando cada ítem que puede oscilar entre 0 y 63. Los puntos de corte son de 0 a 9 ausencia de depresión, 10-15 indica depresión ligera, 16-23 depresión moderada y 24-63 depresión grave. Esta prueba cuenta con elevados niveles de sensibilidad (94%) y de especificidad (92%). Su consistencia interna es de 0,87 (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008).

Fue desarrollado con la finalidad de medir, de una manera fácil y rápida, la ansiedad estado y rasgo. Está compuesto por dos escalas que miden dos dimensiones distintas de la ansiedad, la ansiedad como estado (escala A/E) que evalúa cómo se siente el participante en el momento de la realización de la prueba y la ansiedad como rasgo (escala A/R) que evalúa cómo se siente el participante generalmente. Cada una de ellas consta de 20 ítems que el participante responde en una escala de 0 a 3 (siendo 0 nada y 3 mucho). La adaptación española de la prueba presenta un coeficiente de fiabilidad de 0,94 y 0,86 para las escalas de A/E y A/R, respectivamente, y unos índices de consistencia interna que oscilan entre 0,90 y 0,93 para la escala A/E y entre 0,84 y 0,87 para la escala A/R (Spielberger et al., 2008).

Escala de Bienestar Psicológico (EBP; Sánchez-Cánovas, 2013).

Valora el grado de bienestar general de una persona a partir de la información acerca de su nivel de satisfacción en distintos ámbitos de su vida. Consta de 65 ítems que el participante responde en una escala de 1 a 5 (siendo 1 nada y 5 mucho). La escala está dividida en 4 subescalas. La primera es la Subescala de Bienestar Psicológico Subjetivo (BPS) que consta de 30 ítems y evalúa el sentido de la felicidad o bienestar. Su puntuación máxima es

de 150. La segunda es la Subescala de Bienestar Material (BM) que consta de 10 ítems y mide la percepción subjetiva que tiene el participante de su situación económica. Su puntuación máxima es de 50. La tercera es la Subescala de Bienestar Laboral (BL) que consta de 10 ítems y analiza la satisfacción con el trabajo o el empleo. Su puntuación máxima es de 50 y finalmente, la cuarta es la Subescala de Relaciones con la Pareja (BRP) que se compone de 15 ítems y evalúa la satisfacción con la pareja. Su puntuación máxima es de 75. En esta investigación no la incluimos debido a que gran parte de la muestra analizada carecía de pareja. La adaptación española de la prueba presenta un coeficiente de fiabilidad de 0,94 para la Subescala de Bienestar Subjetivo, de 0,87 para la Subescala de Bienestar Laboral, de 0,91 para la Subescala de Bienestar Material y de 0,87 para la Subescala de Bienestar en las Relaciones con la Pareja (Sánchez-Cánovas, 2013).

Escala de Satisfacción Vital (ESV; Atienza, Balaguer y García-Merita, 2003).

Esta escala aporta un índice general de satisfacción con la vida, entendida como un factor del constructo general de bienestar subjetivo. Consta de 5 ítems a los que el participante tiene que contestar en una escala tipo Likert de 7 puntos, que oscila desde muy en desacuerdo (1) hasta muy de acuerdo (7). El grupo de Atienza demuestran su estructura unifactorial así como una consistencia interna de 0,81 (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000; Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita, 2000; Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita, 2002).

3.3. Procedimiento

La metodología que se utilizó para alcanzar los objetivos propuestos se dividió en cuatro fases. En la fase 1 se llevó a cabo la configuración y el diseño de la aplicación para la app-terapia y se reclutó a los participantes que acudían voluntariamente al tratamiento. Esta fase constaba de 2 sesiones. En la **primera sesión** se recogieron los

datos sociodemográficos, sobre la discapacidad y los de cribado de deterioro cognitivo (MEC; Lobo et al., 2002) para determinar los criterios de inclusión y exclusión. Además, los participantes firmaron el consentimiento informado.

Para la configuración de la app-terapia en la **segunda sesión** utilizamos una versión adaptada de la metodología de análisis de proyectos personales de Little (2005) para evaluar las metas. Los proyectos personales se refieren a objetivos, actividades o inquietudes específicos en los que los participantes planificaban actividades de la vida diaria. A los participantes se les pedía que describieran diez proyectos personales o metas junto con las actividades que debían realizar para alcanzar dichas metas. Los proyectos personales se clasificaron en cuatro áreas: 1) Familia y Relaciones Sociales; 2) Salud; 3) Ocio y 4) Responsabilidades laborales (estudio y/o trabajo). Con esta información y con la ayuda de un informático se elaboró la app-terapia que consistía en una intervención para las personas con discapacidad sin tener un terapeuta de manera presencial. A través del teléfono móvil los participantes debían contestar cada día si habían realizado las actividades programadas de la semana para conseguir su meta. En el área de **Familia y Relaciones Sociales** las preguntas eran del tipo: ¿Has contestado educadamente?; ¿Has evitado sacar temas pasados conflictivos?; ¿Has respetado sus decisiones y opiniones e ideologías diferentes a las tuyas? y ¿Has planificado estrategias que podrías hacer para resolver el malestar transmitido por un familiar o amigo?. En el área de **Salud** las preguntas eran del tipo: ¿Has salido a andar ligero al menos dos veces por semana?; ¿Has andado adecuadamente por la calle; ¿Has corregido tu postura?; ¿Has hecho ejercicios de relajación?; ¿Has practicado los ejercicios hechos con el fisioterapeuta en casa?; ¿Has bebido al menos 1 litro de agua al día?; ¿Has hecho cinco comidas ligeras al día (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena)?; ¿Has tomado frutas y verduras (5 piezas al día)? y ¿Has tomado alimentos ricos en fibras

(productos integrales)?. En el área de **Ocio** las preguntas eran del tipo: ¿Has ido al teatro?; ¿Has ido al cine?; ¿Has salido a tapear, comer, cenar y/o tomar café?; ¿Has ido a la playa y/o al campo? y ¿Te has apuntado a cursos de fotografía, radio o pintura?. Y finalmente, en el área de **Estudio /Trabajo** las preguntas eran del tipo: ¿Has ido a clase todos los días?; ¿Has estudiado 1h al menos 4 días a la semana?; ¿Has preguntado dudas en clase?; ¿Has ido a tutorías?; ¿Has hecho las prácticas y actividades en grupo o individualmente, dependiendo de la propuesta del profesor?; ¿Has practicado en casa los ejercicios de clase?; ¿Has cumplido con el horario de estudio establecido?; ¿Has aumentado las horas de estudio diarias con el fin de no dejarlo todo para el último día, antes del examen?; ¿Has enviado el curriculum de tu perfil profesional?; ¿Has ido a la orientadora laboral?; ¿Te has inscrito en páginas de empleo en Internet así como en páginas específicas de empleo para personas con discapacidad? y ¿Has hecho cursos presenciales o en línea enfocados a tu perfil profesional y de informática o nuevas tecnologías?.

En la fase 2, se asignaron los participantes a los grupos (app-terapia y app-control) que fueron igualados teniendo en cuenta las variables sociodemográficas, el tipo y grado de discapacidad y se procedió, en una **tercera sesión**, a la evaluación pre-intervención con los instrumentos ya comentados [(BDI-II; Beck, et al., 1996; STAI-E/R; Spielberger et al., 2008; EBP; Sánchez-Cánovas, 2013; ESV; Atienza et al., 2003).

En la fase 3 se aplicó la app-terapia. En una **cuarta sesión**, a los participantes asignados a la app-terapia (grupo experimental), se les pedía que contestaran las preguntas, que aparecían a diario en el teléfono móvil, que consistían en comunicar si habían hecho las actividades diarias relacionadas con las metas programadas. Las preguntas se presentaron diariamente durante ocho semanas. La privacidad del participante es considerada al inicio de cada sesión de intervención con una contraseña

y asegurándonos que las respuestas generadas por los participantes no se almacenan en sus teléfonos móviles sino que se transferían a través de Internet con protocolos de seguridad para ser almacenados de forma segura en los servidores de la Universidad de Granada. Los participantes del grupo control recibían información sobre depresión, ansiedad o estrés y recomendaciones para su manejo en esta sesión pero no recibieron mensajes en su teléfono móvil.

En la fase 4 y en una **quinta sesión** se realizó la evaluación post-intervención que consistió en volver a evaluar con los mismos instrumentos utilizados en la pre-intervención, ya comentados en la fase 2.

3.4. Resultados

En la tabla 2 aparecen los porcentajes de cumplimiento de las metas, de los 17 participantes que componen el grupo experimental, durante las 8 semanas así como las puntuaciones pre y post-intervención obtenidas en Depresión, Ansiedad (Estado y Rasgo), Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital.

Se realizó un ANOVA de medidas repetidas (2*2), app-terapia versus control y pre versus post-intervención para comprobar si había habido cambios entre la pre-intervención y la post-intervención tanto en el grupo de app-intervención como en el grupo control de las variables analizadas [Depresión, Ansiedad (Estado y Rasgo), Bienestar (Psicológico, Material, Laboral y puntuación total) y Satisfacción Vital].

Los análisis revelaron efecto de la interacción para el factor momento de evaluación (intrasujeto) lo que indica que existen diferencias significativas en la evaluación pre-intervención y post-intervención en las variables Depresión ($F_{1,32}=77,99$; $Mce=82,721$; $p=0,009$), $\eta^2p= 0,196$ y Satisfacción Vital ($F_{1,32} =12,418$; $Mce=101,309$; $p=0,001$), $\eta^2p= 0,280$. También se encontraron diferencias significativas en el efecto

interacción para el factor app-terapia que indica que aparecen mejoras significativas después de la intervención en las variables estudiadas, Depresión ($F_{1,32} = 39,689$; $Mce = 5634,721$; $p = 0,000$), $\eta^2p = 0,554$; Ansiedad Estado ($F_{1,32} = 54,380$; $Mce = 72736,574$; $p = 0,000$), $\eta^2p = 0,63$; Ansiedad Rasgo ($F_{1,32} = 49,337$; $Mce = 75045,309$; $p = 0,000$), $\eta^2p = 0,607$; Bienestar Psicológico ($F_{1,32} = 876,124$; $Mce = 782174,250$; $p = 0,000$), $\eta^2p = 0,965$; Bienestar Material ($F_{1,32} = 358,163$; $Mce = 91617,882$; $p = 0,000$), $\eta^2p = 0,918$; Bienestar Laboral ($F_{1,32} = 1497,437$; $Mce = 96301,191$; $p = 0,000$), $\eta^2p = 0,979$; Puntuación total del Bienestar Psicológico ($F_{1,32} = 39,689$; $Mce = 5634,721$; $p = 0,000$), $\eta^2p = 0,554$ y Satisfacción Vital ($F_{1,32} = 1194,356$; $Mce = 2155936,235$; $p = 0,000$), $\eta^2p = 0,974$). Finalmente, como se puede comprobar, los tamaños del efecto en el grupo de app-terapia fueron elevados en todos los casos. En la tabla 3 se muestran las medias y desviaciones típicas de las subescalas [Depresión, Ansiedad (Estado y Rasgo), Bienestar (Psicológico, Material, Laboral y puntuación total) y Satisfacción Vital] recogidas en las mediciones pre y post-intervención. Asimismo, se incluyen los valores F y de tamaño del efecto (η^2) de la interacción en el ANOVA de medidas repetidas.

Tabla 2: Resumen de casos. Porcentaje de cumplimiento de las tareas durante las semanas y puntuación de las variables psicológicas analizadas

PARTICIPANTES	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO METAS DURANTE LAS SEMANAS								Depresión	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Bienestar Psicológico	Satisfacción Vital
	1	2	3	4	5	6	7	8	Pre- intervención (Post- intervención)				
1	45,52	74,13	88,03	88,03	90,85	90,85	96,51	100,00	12 (1)	11 (10)	20 (18)	149 (156)	16 (17)
2	34,06	25,98	41,95	41,95	50,89	33,66	63,85	70,97	20 (10)	45 (15)	53 (2)	203 (186)	24 (28)
3	76,08	85,52	75,50	75,50	81,44	79,46	80,99	79,71	0 (0)	2 (1)	2 (1)	214 (222)	33 (32)
4	29,77	47,04	71,99	71,99	81,59	77,53	91,76	93,59	6 (6)	11 (17)	43 (3)	196 (230)	28 (34)
5	49,55	48,36	46,58	46,58	48,98	86,60	76,28	76,28	8 (6)	18 (11)	60 (55)	189 (152)	29 (26)
6	65,79	75,93	91,65	91,65	96,12	94,61	94,28	93,16	12 (0)	53 (25)	63 (2)	195 (236)	26 (30)
7	80,21	70,40	69,11	69,11	65,93	68,79	87,88	87,88	5 (3)	73 (1)	88 (35)	191 (206)	18 (29)
8	65,49	63,75	64,37	64,37	61,37	62,35	67,64	69,34	10 (4)	5 (10)	48 (9)	191 (192)	24 (27)
9	57,48	79,79	87,33	87,33	96,14	94,36	94,79	94,79	5 (10)	20 (15)	35 (40)	164 (196)	20 (29)
10	62,16	53,04	75,42	75,42	77,28	75,36	87,52	90,47	2 (1)	30 (25)	25 (11)	185 (207)	27 (27)
11	74,88	65,68	48,90	48,90	89,72	63,14	66,44	83,58	2 (2)	68 (70)	5 (45)	181 (186)	25 (25)
12	45,97	45,97	49,88	49,88	46,25	46,25	45,36	93,59	4 (4)	50 (2)	11 (1)	195 (208)	23 (32)
13	43,15	48,37	39,32	39,32	40,02	33,70	35,93	33,68	21 (5)	73 (35)	83 (30)	182 (195)	17 (26)
14	74,49	69,35	67,10	67,10	72,43	76,23	80,69	72,76	3 (1)	45 (10)	1 (4)	160 (168)	26 (29)
15	70,18	74,02	82,35	82,35	89,07	89,07	90,72	90,72	21 (6)	70 (1)	5 (1)	139 (212)	15 (32)
16	82,74	39,65	28,30	28,30	28,31	23,57	41,22	41,22	16 (14)	5 (15)	48 (35)	149 (167)	24 (27)
17	72,86	72,24	71,31	71,31	66,48	81,17	81,65	74,99	1 (6)	45 (65)	1(17)	195 (185)	24(26)

Tabla 3: Estadísticos descriptivos y ANOVA de medidas repetidas

Variables	Grupo de Tratamiento		Grupo Control		F Interacción pre-post	p	Eta	F Interacción App-terapia	p	Eta
	pre	post	pre	post						
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)						
Depresión	8,71 (7,17)	4,65 (3,92)	11,35 (10,83)	11,71 (11,04)	7,799	0,009	0,20	39,686	0,000	0,55
Ansiedad Estado	36,61 (25,67)	19,29 (20,41)	43,04 (34,71)	31,88 (33,12)	0,459	0,503	0,014	54,380	0,000	0,63
Ansiedad Rasgo	34,61 (28,78)	18,15 (18,09)	42,89 (33,84)	37,24 (35,08)	2,018	0,165	0,059	49,377	0,000	0,60
Bienestar Psicológico	108,41 (19,55)	113,88 (20,01)	104,25 (25,02)	102,35 (24,82)	1,982	0,518	0,013	876,124	0,000	0,97
Bienestar Material	36,35 (7,80)	39,24 (7,58)	33,29 (9,04)	37,94 (22,93)	0,123	0,144	0,066	358,163	0,000	0,92
Bienestar Laboral	37,82 (6,72)	40,29 (4,79)	36,06 (7,10)	36,35 (6,91)	1,069	0,309	0,032	1497,437	0,000	0,98
Bienestar Psicológico Total	181,06 (21,22)	194,35 (24,37)	173,18 (35,49)	163,65 (48,33)	4,300	0,046	0,118	1194,356	0,000	0,974
Satisfacción Vital	23,47 (4,89)	28,00 (3,84)	23,41 (8,11)	23,06 (8,28)	12,418	0,001	0,28	520,532	0,000	0,94

4. Discusión

Discusión (1)

El principal objetivo de este estudio fue desarrollar y validar un cuestionario para evaluar la nomofobia. Este estudio también apoyó una estructura de cuatro factores para el Instrumento de autoinforme de 11 ítems para evaluar la Nomofobia (QANP).

El punto central a mencionar es que el Análisis Factorial Confirmatorio enfatizó que el QANP tiene un ajuste aceptable y mide cuatro factores. El factor 1 (Abuso del Teléfono Móvil) consistía en cuatro ítems (1, 3, 7 y 8) como frecuencia de uso, pago de facturas, con quién usar el teléfono móvil y efectos, que describen un 18% de la varianza. El Factor 2 (Pérdida de control) consistió en tres ítems (2, 5 y 6) sobre hacer frente a emociones negativas o problemas; comportamiento agresivo, sentirse mal o deprimido cuando se le priva o no poder utilizar el teléfono móvil, que explica un 11% de la varianza. El factor 3 (Consecuencias negativas) contiene tres ítems (9, 10 y 11) sobre la necesidad de ayuda debido al abuso del teléfono móvil y que explica un 10% de la varianza. Finalmente, el Factor 4 (Interferencia del sueño) se compone de un solo ítem (número 4) que se refiere a la interferencia con hábitos saludables como el sueño que explican el 6% de la varianza.

Este estudio confirmó y extendió resultados previos obtenidos con respecto a los síntomas propuestos previamente (Szykowska et al., 2014; Thomée et al., 2011; Hashemipour et al., 2014; Movvahedi et al., 2014). Sin embargo, nuestros resultados son novedosos porque no existe ningún instrumento de medida para evaluar la nomofobia. Un estudio (Nagpal y Kaur, 2016) examina las diferencias de género en la nomofobia y la impulsividad sin aclarar el instrumento utilizado para evaluar nomofobia. Hasta la fecha, solo están disponibles instrumentos para evaluar la adicción

al teléfono móvil (Beranuy-Fargues et al., 2009; Bianchi y Phillips, 2005; Billieux et al., 2008; Chóliz, 2012; Chóliz et al., 2016; Güzeller y Coşguner, 2012; Ha et al., 2008; Igarashi et al., 2008; Jenaro et al., 2007; Kwon et al., 2013; Leung, 2008; López-Fernández et al., 2012; Martinotti et al., 2011; Merlo et al., 2013; Rutland et al., 2007; Toda et al., 2004; Walsh et al., 2010; Yen et al., 2009).

La consistencia interna calculada con el Alfa de Cronbach fue 0,80 para la escala y para cada factor fue de 0,74 para el Factor 1, 0,64 para el Factor 2 y 0,57 para el Factor 3 (sin valor para el Factor 4 ya que consiste en un solo ítem). Como se indicó, de acuerdo con Cronbach (1949), estos valores, para los coeficientes de fiabilidad, pueden considerarse suficientes. Nuestro estudio propone un instrumento para evaluar la Nomofobia (QANP) que proporciona evidencia de que la medida es psicométricamente sólida.

La principal cuestión de este estudio se refería a una exploración de las propiedades psicométricas del Cuestionario para evaluar la Nomofobia (QANP), que proporcionó una evidencia sólida para respaldar la fiabilidad y validez de las cuatro subescalas. Abuso del teléfono móvil (Factor 1), Pérdida de control (Factor 2), Consecuencias negativas (Factor 3) e Interferencia del sueño (Factor 4). Los índices de fiabilidad basados en factores, incluidos los alfas de Cronbach, se calcularon como una medida de la fiabilidad de la consistencia interna. Se demostró que el cuestionario para evaluar nomofobia (QANP) tiene una fiabilidad entre buena y excelente. La validez de contenido fue respaldada por el uso de un proceso de revisión de panel experto en la generación de ítems de escala.

La evidencia de validez convergente se demostró en las fuertes correlaciones positivas entre los coeficientes de correlación ítem-total. La validez discriminante se vio

respaldada además por la evidencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con las puntuaciones más bajas de 27% y las puntuaciones superiores a 27% para cada ítem.

Finalmente, los estudios futuros deberían dilucidar los mecanismos que subyacen al uso problemático del teléfono móvil, para determinar si existe como fenómeno primario o como síntoma de otra patología subyacente (por ejemplo, trastornos de ansiedad, déficits de control de los impulsos, factores de la personalidad). El objetivo a largo plazo de la investigación sobre la nomofobia debería ser identificar y tratar eficazmente a los usuarios problemáticos o en riesgo de uso problemático y, en última instancia, maximizar la utilidad de comunicación de la tecnología móvil a la vez que se minimiza la disfunción resultante.

Nuestro estudio tiene implicaciones clínicas dado que la nomofobia podría ser una patología que debería definirse en términos de abuso de mensajes de texto, alta frecuencia de uso, pasar más 4 horas al día usando el teléfono móvil (usando el teléfono móvil todo el tiempo), usar el teléfono móvil para hacer frente emociones negativas o problemas, sentirse mejor; presentar extremo nerviosismo y comportamiento agresivo cuando se priva o no se puede usar el teléfono móvil; deterioro progresivo en la escuela /trabajo; percepción de deterioro en el funcionamiento social y familiar; percepción de deterioro en las relaciones sociales.

Discusión (2)

El objetivo principal del estudio 2 fue comprender la adicción a la telefonía móvil de la era moderna conocida como nomofobia y su relación con la personalidad en población adulta de Andalucía. Nuestro estudio mostró que la Cooperación (C) reduce significativamente los niveles de Nomofobia para dos de los diversos factores medidos

(Adicción al teléfono móvil y Consecuencias negativas), mientras que la Dependencia de la Recompensa (DR) parece aumentar los niveles nomofóbicos para todos los factores. Otras variables como la Búsqueda de Novedad (BN), Evitación del Daño (ED) y la Auto-Trascendencia (AT) también muestran una relación positiva, aunque más débil, con la nomofobia. Se han encontrado resultados similares en estudios previos sobre la adicción conductual (Farré et al., 2015). Nuestros resultados, sin embargo, tienden a refutar parcialmente otros hallazgos previos. En particular, en nuestro estudio no conseguimos encontrar diferencias significativas en términos de la dimensión Auto-Dirección (AD), aunque la dimensión de Persistencia (P) aparecía como un potenciador estadísticamente significativo de la Nomofobia.

La dimensión BN aumenta la puntuación en el factor Consecuencias Negativas. Estos resultados se han observado en otros estudios de diversas adicciones a sustancias y conductuales (Farré et al., 2015; Gutiérrez, Gárriz, Peri, Vall y Torrubia, 2016; Lee, Choi, Shin, Lee, Jung y Kwon, 2012; Lu, Katoh, Chen, Nagata y Kitamura, 2014; Reynolds, Ortengren, Richards y de Wit, 2006). BN se ha definido como la tendencia a buscar señales de recompensa y nuevas sensaciones fuertes sobre estímulos desconocidos. Las personas con alta BN tienden a ser impulsivos, entusiastas, exploradores y curiosos. Por lo tanto, las personas altas en BN es más probable que se impliquen en la comunicación a través del teléfono móvil, lo cual está directamente relacionado con la Nomofobia.

Con respecto a ED, el presente estudio confirmó que puntuaciones altas tienden a asociarse con un aumento en el factor de Consecuencias Negativas. ED se considera como la tendencia a responder con inhibición a los estímulos aversivos para evitar sufrimiento, castigo y frustración. Los individuos que presentan puntuaciones altas en ED se consideran personas que se preocupan en exceso, aprensivas y con fuertes

sentimientos de ansiedad en situaciones impredecibles (Cross, Copping y Campbell, 2011). No existen estudios que hayan encontrado que puntuaciones altas en ED estén relacionadas con la Nomofobia; sin embargo, los resultados actuales son consistentes con otros estudios que han encontrado relación entre ED o sentimientos de ansiedad con abuso de sustancias o adicciones comportamentales (Mok et al., 2014; Gutiérrez et al., 2016). Por lo tanto, en general parece que el temperamento y el carácter pueden tener un impacto sustancial en el trabajo, las relaciones y la salud mental.

Es importante señalar que en el estudio actual, la dimensión de DR fue muy elevada en los participantes con Nomofobia, principalmente en los factores de Adicción al Teléfono Móvil y Pérdida de Control. DR se define como la tendencia a responder constante e intensamente a las señales de recompensa y a evitar el castigo, mostrando una sensibilidad a señales de amenaza. También se ha clasificado como una tendencia al pesimismo y tener sentimientos de ansiedad en situaciones impredecibles. Existen muy pocos datos en la literatura sobre esta dimensión para determinar si este hallazgo podría estar relacionado con otros estudios. Hasta donde sabemos, el único estudio disponible para comparar con nuestros resultados es el realizado por Walther et al. (2012) que estableció niveles bajos de DR entre los adictos a Internet. Adicionalmente, Aluja y Blanch (2011) asociaron DR con extraversión. Por consiguiente, nuestros resultados son consistentes con el trabajo de otros autores (Olivencia-Carrión et al., 2016; Takao, 2014; Walther et al., 2012) quienes encontraron que la extraversión predice comportamientos adictivos.

La dimensión de carácter C aparece como una característica que reduce significativamente los niveles de Nomofobia, particularmente para los factores de Adicción al Teléfono Móvil y Consecuencias Negativas. En el presente estudio, los participantes no dependientes se caracterizaron por altos niveles de C, lo que sugiere

que esta categoría incluye a las personas que son más tolerantes socialmente, empáticas, serviciales y compasivas. Así que es más probable que tengan amigos con los que comunicarse (Lu et al., 2014) lo cual se ha sugerido como un factor de protección para la salud mental (Gutiérrez et al., 2016). Las personas con puntuaciones altas en C han sido descritas como tolerantes socialmente, empáticas, serviciales y compasivas, en lugar de intolerantes, insensibles, inútiles y vengativas. La Cooperación se ha utilizado para describir a las personas que muestran aceptación incondicional de los demás, empatía con los sentimientos de los demás y la voluntad de ayudar sin un deseo de dominación egoísta. Cloninger et al. (1993) consideraron que una puntuación elevada de C es un signo de madurez psicológica y desarrollo moral avanzado. La C se evalúa usando cinco subescalas en el Inventario de Temperamento y Carácter que son: 1) Aceptación social vs. Intolerancia (C1); 2) Empatía vs. Desinterés social (C2); 3) Utilidad frente a Falta de Ayuda (C3); 4) Compasión vs. Venganza (C4) y 5) Principios vs. Auto-beneficio (C5). Evren et al. (2007) hallaron que la drogodependencia se asociaba con puntuaciones muy bajas en C. También se ha encontrado que los pacientes con esquizofrenia tienen puntuaciones más bajas en C que los controles (Calvó de Padilla et al., 2006; Glatt, Stone, Faraone, Seidman y Tsuang, 2006; Molina et al., 2017). Del mismo modo, la mayoría de las personas con trastornos de personalidad (p. ej., Trastorno obsesivo compulsivo) tienen puntuaciones muy bajas en C y tienden a mostrar un funcionamiento interpersonal deficiente y son percibidos por los demás como intolerantes, narcisistas, hostiles o desagradables, críticos, no serviciales y vengativos (Kim et al., 2009).

Finalmente, la dimensión de carácter AT parece aumentar la puntuación en el factor Consecuencias Negativas. AT se puede definir como tener madurez espiritual y el deseo de realización espiritual, junto con la capacidad de meditación y pensamiento no

materialista. Además, se ha relacionado con altos niveles de satisfacción con la vida (Cloninger et al., 1993).

La Nomofobia se puede considerar dentro del marco de las adicciones al comportamiento sin sustancias. Podría describirse como un síndrome análogo a la adicción a sustancias aunque enfocado a un comportamiento determinado que, de forma similar al consumo de sustancias, produce una recompensa a corto plazo y puede persistir a pesar de las consecuencias perjudiciales (debido a una disminución de control sobre el comportamiento). El DSM-5 (APA, 2013) amplía la categoría de "Trastornos relacionados con sustancias" a "Uso de sustancias y Trastornos adictivos", incluidas las adicciones relacionadas con sustancias y sin sustancias. Sin embargo, las adicciones comportamentales sin sustancias actualmente solo incluyen el juego patológico.

No existen criterios diagnósticos específicos y acordados para las adicciones al comportamiento sin sustancias como la Nomofobia, aunque la experiencia clínica muestra que el uso excesivo de nuevas tecnologías es un problema real que afecta seriamente a las personas que lo padecen. Una vez más, la historia se repite, el juego fue reconocido como una entidad nosológica en 1980, cuando la APA lo introdujo bajo el nombre de "juego patológico"; sin embargo, su existencia fue reconocida por profesionales mucho antes. Actualmente, solo el juego de azar patológico se reconoce como una adicción comportamental sin sustancia, mientras que el resto de adicciones sin sustancias (como el uso de Internet y teléfono móvil) aún están sujetas a controversia y confusión. Sin embargo, desde la experiencia clínica, está claro que el uso abusivo de las nuevas tecnologías (teléfono móvil o internet) son un problema real que afecta gravemente a las personas que lo padecen (Sánchez-Carbonell et al., 2008).

El reconocimiento de las adicciones conductuales se remonta a Marlatt et al. (1988) quienes las consideraban un patrón de hábito repetitivo que aumenta el riesgo de

enfermedad y/o problemas personales y sociales asociados. Las personas que realizan comportamientos adictivos, a menudo, experimentan pérdida de control y persistencia del comportamiento, a pesar de los intentos volitivos de abstenerse o lograr un uso moderado. Además, en la última década, una cantidad cada vez mayor de investigaciones ha establecido similitudes psicológicas y neurobiológicas entre la práctica excesiva de estas conductas (por ejemplo, abuso del teléfono móvil/ nomofobia, compras, sexo, internet, videojuegos y comida) y patrones adictivos de uso (Billieux et al., 2010; Mentzoni et al., 2011). La investigación sobre la neurobiología de la adicción ha revelado la existencia de un mecanismo común entre las adicciones a sustancias y las adicciones conductuales (Leeman y Potenza, 2013; Weinstein y Lejoyeux, 2015). El problema es que la relación entre las sustancias incluidas dentro de los criterios diagnósticos y aquellos comportamientos que se supone que son adictivos es desconocida, porque estas últimas no están incluidas en el DSM-5 (APA, 2013). Sin embargo, ahora hay suficiente evidencia para sugerir que el alcohol, las drogas y el juego patológico no son las únicas adicciones inmovilizantes.

Las estadísticas de adicción son escasas porque muchos hábitos desadaptativos aún no se reconocen oficialmente como adicciones. Estos incluyen la adicción al teléfono móvil/ nomofobia, los videojuegos, la comida, las compras y el sexo, todos los cuales son problemáticos porque ocasionan deterioro de la salud y del funcionamiento social. Implican la manipulación directa del placer mediante el uso de productos que se ingieren en el cuerpo, como los trastornos por consumo de drogas y los trastornos relacionados con los alimentos. La dificultad que tenemos es que no sabemos en qué medida estos comportamientos son adictivos porque no están incluidos en el DSM-5 (APA, 2013) ni en ninguna otra herramienta diagnóstica. Sin embargo, el objetivo de nuestro estudio fue examinar la relación entre la personalidad y la Nomofobia. Nuestros

resultados nos permiten avanzar en el conocimiento y en la evaluación, prevención e intervención de la Nomofobia. Una definición de Nomofobia debería considerar los siguientes elementos: pasar más 4 horas al día usando el teléfono móvil (usando todo el tiempo el teléfono móvil), hacer frente a emociones negativas o problemas y sentirse mejor mediante el uso del teléfono móvil; sentirse extremadamente nervioso y tener un comportamiento agresivo cuando no se puede utilizar el teléfono móvil; deterioro progresivo en la escuela /trabajo; percepción de deterioro en el funcionamiento social y familiar y percepción de deterioro en las relaciones sociales.

Nuestros resultados deben evaluarse dentro de un contexto con un par de limitaciones. Primero, el Cuestionario para Evaluar la Nomofobia (QANP; Olivencia-Carrión et al., 2018) empleado en el presente estudio requiere una mayor evaluación psicométrica. Sin embargo, se ha encontrado que la escala tiene excelentes propiedades psicométricas y ofrece una medida concisa de la Nomofobia para su uso en estudios futuros. En segundo lugar, incluso aquellos individuos que están interesados en buscar cambio terapéutico y admiten características negativas de la personalidad a veces se muestran con una imagen muy positiva. Por consiguiente, una limitación de este estudio se refiere a la precisión de las respuestas de los participantes, ya que todas nuestras medidas eran de autoinforme.

Discusión (3)

El objetivo de este estudio fue analizar la efectividad que tiene la aplicación de una app-terapia de reestructuración de metas o propósitos en personas con discapacidad sobre la reducción de los niveles de depresión, ansiedad, la mejora de bienestar psicológico y satisfacción vital. Los resultados obtenidos sugieren que la aplicación de la app-terapia en personas con discapacidad ha sido satisfactoria mostrando la utilidad de este tipo de intervención.

Con respecto a la variable depresión, tal y como se esperaba, los resultados reflejaron una disminución de ésta en el grupo app-terapia después de la administración de la intervención. Los resultados de nuestro estudio coinciden con los obtenidos por otros autores (Ly et al., 2012; Proudfoot et al., 2013; Watts et al., 2013) quienes demuestran que la aplicación del teléfono móvil produce mejoras significativas en los síntomas depresivos. Encontramos, también que los síntomas depresivos se reducen en el grupo control, estas reducciones pueden ser debidas a que el grupo había practicado relajación, de acuerdo con las recomendaciones que habíamos dado en la fase 3 (cuarta sesión). Sin embargo, resaltamos la eficacia de las app-terapias para el alivio de la depresión tal y como ha sido demostrada por Ly et al. (2012) quienes aplicaron una intervención, de 8 semanas de duración, con teléfono móvil, que incluía estrategias cognitivo-conductuales y demostraron reducciones significativas en depresión. Resultados similares obtienen Watts et al. (2013) al demostrar la eficacia de una intervención realizada con el teléfono móvil a pacientes con depresión mayor y Proudfoot et al. (2013) quienes demostraron la eficacia de una intervención en línea en la sintomatología depresiva y ansiosa. Estos resultados proporcionan un apoyo preliminar para el uso de programas en línea con teléfonos móviles.

En segundo lugar, nuestros resultados demuestran que la app-terapia reduce la ansiedad estado y rasgo de las personas con discapacidad y son coincidentes con los encontrados por Villani et al. (2013) quienes usaron una aplicación a través del teléfono móvil para regular y manejar las emociones en participantes con trastornos de ansiedad. De manera similar, estos resultados son consonantes por Proudfoot et al. (2013) ya mencionados en el párrafo anterior.

En tercer lugar, resaltar las mejoras que produce la app-terapia en cuanto al bienestar psicológico, material, laboral y en su puntuación total, demostrándose así, las posibilidades que ofrecen los teléfonos móviles a las personas con discapacidad. Aunque no existen estudios que demuestren la eficacia de las app-terapias en personas con discapacidad nuestros resultados van en la línea de los encontrados por Macias et al. (2015) quienes comprobaron el nivel de aceptabilidad y usabilidad de una aplicación mediante teléfono móvil diseñada para promover el bienestar físico y fomentar estilos de vida saludables así como el bienestar psicológico.

Y finalmente, en relación con el cuestionario de satisfacción vital, encontramos diferencias significativas en la interacción, lo que demuestra, una vez más, que los participantes que recibieron app-terapia aumentaron sus puntuaciones. De nuevo, resaltar que nuestros resultados son bastante novedosos debido que es la primera vez que se realiza una app-intervención a personas con discapacidad, aunque son consonantes con Clough y Casey (2015) quienes sostienen que las app-terapias tienen la capacidad de mejorar la satisfacción vital de los usuarios debido a que las tecnologías móviles incrementan, en gran medida, el acceso de los pacientes, aceptación y participación en la intervención psicológica.

Para concluir, nuestros resultados son consonantes con la literatura revisada, destacándose los beneficios, factibilidad y aceptabilidad de aplicaciones psicoterapéuticas basadas en teléfonos móviles. La tecnología móvil tiene el potencial de desempeñar un papel clave en la transformación de los servicios de asistencia sanitaria. La evidencia empírica indica que la tecnología móvil será un complemento útil para la reducción de ansiedad y depresión. Así, el teléfono móvil puede transformar

a las personas con discapacidad produciéndose importantes cambios en sus vidas cotidianas en cuanto al bienestar psicológico y satisfacción vital.

El teléfono móvil ofrece una solución simple, flexible, conveniente y una plataforma ampliamente accesible para los servicios de atención de la salud y los sistemas de apoyo a las decisiones. Permite a los pacientes y a los profesionales de la salud, el seguimiento de síntomas y cambios tempranos de una manera colaborativa lo cual facilita la asignación de recursos basada en la necesidad, de tal modo que se indica que esta tecnología es una gran promesa para los países de menores recursos económicos.

Las posibilidades que los teléfonos móviles ofrecen a las personas con discapacidad son valiosas para el desarrollo personal y la toma de control, al ayudar a mantener fuertes lazos y fortalecer el desarrollo de sus capacidades para su independencia. De acuerdo con estudios previos (Campbell y Ling, 2009; McNaughton y Light, 2013), las personas con discapacidad con movilidad reducida utilizan los teléfonos móviles para desafiar la frontera entre "con capacidad" y "con discapacidad". Todo esto viene a demostrar que el uso del teléfono móvil ayuda a las personas con discapacidad, al igual que las personas sanas, a contrarrestar las limitaciones temporales y espaciales durante la realización de las actividades diarias. En conclusión, los teléfonos móviles y otros dispositivos móviles tienen el potencial de cambiar sustancialmente la forma en que diagnosticamos y prevenimos los problemas de salud mental, así como el potencial de contribuir positivamente en la intervención.

Nuestros resultados deberían comprenderse dentro del contexto de una serie de limitaciones entre las que caben destacar: En primer lugar, la muestra utilizada en este estudio fue pequeña aunque bastante homogénea con respecto a la edad y al nivel

educativo, por lo que en investigaciones futuras deberíamos ampliar el tamaño de la muestra. En segundo lugar, la intervención debería explorarse con respecto a una serie de variables psicológicas tales como la autoeficacia y el afrontamiento y con respecto al mantenimiento en el tiempo, es decir, realizar evaluaciones de seguimiento. El seguimiento realizado a los 3, 6 y 12 meses nos permitiría comprobar si los cambios producidos en el grupo experimental, en las variables analizadas, se mantienen en el tiempo y si los cambios producidos en la depresión en el grupo control se pueden generalizar. Sin embargo, este estudio ha abordado las deficiencias en las funciones de la vida diaria teniendo en cuenta las limitaciones asociadas a la discapacidad con el fin de mejorar la capacidad para manejar las actividades diarias, y consecuentemente se ha producido una mejora en los niveles de ansiedad y depresión así como, el aumento del bienestar psicológico y la satisfacción vital.

5. Conclusiones

(1) Se propone el Cuestionario para Evaluar la Nomofobia que permite conceptualizar la Pérdida de Control, Abuso, Interferencia del Sueño y Consecuencias Negativas. La fiabilidad y validez de la versión para la población española fue probada con éxito.

(2) Existe una relación entre Nomofobia y personalidad. En particular, la probabilidad de presentar Nomofobia aumenta cuando un individuo tiene altas puntuaciones de Dependencia de la Recompensa y disminuye cuando la persona tiene puntuaciones altas de Cooperación. Otras variables como Búsqueda de la Novedad, Evitación del Daño y Autotrascendencia también parecen mostrar relaciones positivas, aunque más débiles, con varios factores Nomofóbicos. Sin lugar a dudas, las técnicas de prevención y/o intervención deben centrarse en los rasgos de personalidad, ya que parecen tener un impacto en el desarrollo de la nomofobia.

(3) La tecnología móvil tiene el potencial de desempeñar un papel clave en la transformación de los servicios de asistencia sanitaria. La evidencia empírica indica que la tecnología móvil será un complemento útil para la reducción de ansiedad y depresión. Así, el teléfono móvil puede transformar a las personas con discapacidad produciéndose importantes cambios en sus vidas cotidianas en cuanto al bienestar psicológico y satisfacción vital.

Referencias

- Abebe, D. S., Hafstad, G. S., Brunborg, G. S., Kumar, B. N. & Lien, L. (2015). Binge drinking, cannabis and tobacco use among ethnic Norwegian and ethnic minority adolescents in Oslo, Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(4), 992-1001. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10903-014-0077-9>.
- Addington, D., Addington, J. & Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3(4), 247-251. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0920-9964\(90\)90005-R](http://dx.doi.org/10.1016/0920-9964(90)90005-R).
- Afifi, A. & Azen, S. P. (1972). *Statistical analysis: a computer oriented approach*. New York: Academic Press.
- Aggarwal, K. K. (2013). Twenty-six percent doctors suffer from severe mobile phone-induced anxiety: excessive use of mobile phone can be injurious to your health. *Indian Journal of Clinical Practice*, 24(1), 7-9.
- Ahmed, I., Qazi, T. F. & Perji, K. (2011). Mobile phone to youngsters: necessity or addiction. *African Journal of Business Management*, 5(32), 12512–12519. doi:<http://dx.doi.org/10.5897/AJBM11.626>.
- Ainsworth, J., Palmier-Claus, J., Machin, M., Barrowclough, C., Dunn, G., Rogers, A., Buchan, I., Barkus, E., Kapur, S., Wykes, T., Hopkins, R. S. & Lewis, S. (2013). A comparison of two delivery modalities of a mobile phone-based assessment for serious mental illness: Native smartphone application vs text-messaging only implementations. *Journal of Medical Internet Research*, 15(4), 43-55. doi:<http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2328>.
- Ali, M., Asim, M., Danish, S. H., Ahmad, F., Iqbal, A. & Hasan, S. D. (2014). Frequency of De Quervain's tenosynovitis and its association with SMS texting. *Muscles, Ligaments and Tendons Journal*, 4(1), 74-78. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1536685475?accountid=14542>.
- Aluja, A. & Blanch, A. (2011). The five and seven factors personality models: Differences and similitude between the TCI-R, NEO-FFI-R and ZKPQ-50-CC. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 659-666. doi:http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.14.
- American Psychiatric Association [APA, (1980)]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3^a ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association [APA, (2002)]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association [APA, (2013)]. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Panamericana.

- Amichai-Hamburger, Y., Klomek, A. B., Friedman, D., Zuckerman, O. & Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Computers in Human Behavior*, *41*, 288-294. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.016>.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Gjertsen, S. R., Krossbakken, E., Kvam, S. & Pallesen, S. (2013). The relationships between behavioral addictions and the five-factor model of personality. *Journal of behavioral addictions*, *2*(2), 90-99. doi:<http://dx.doi.org/10.1556/JBA.2.2013.003>.
- Atienza, F. L., Balaguer, I. & García-Merita, M. L. (2003). Satisfaction with Life Scale: analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, *35*(6), 1255-1260. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/57165177?accountid=14542> 1255-1260.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. & García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, *12*(2), 331-336.
- Barkana, Y., Zadok, D., Morad, Y. & Avni, I. (2004). Visual field attention is reduced by concomitant hands-free conversation on a cellular telephone. *American Journal of Ophthalmology*, *138*(3), 347-353. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajo.2004.04.016>.
- Baş, G., Kubiak, M. & Sünbül, A. M. (2016). Teachers' perceptions towards ICTs in teaching-learning process: Scale validity and reliability study. *Computers in Human Behavior*, *61*, 176-185. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.022>.
- Beck, A. T. & Steer, R. (1993a). Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993b). Manual for the Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*(6), 561-571. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.
- Ben-Zeev, D., Kaiser, S. M., Brenner, C. J., Begale, M., Duffecy, J. & Mohr, D. C. (2013). Development and usability testing of FOCUS: A smartphone system for self-management of schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(4), 289-296. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/prj0000019>.
- Ben-Zeev, D., Kaiser, S. M. & Krzos, I. (2014). Remote "hovering" with individuals with psychotic disorders and substance use: Feasibility, engagement, and therapeutic alliance with a text-messaging mobile interventionist. *Journal of Dual Diagnosis*, *10*(4), 197-203. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2014.962336>.

- Beranuy-Fargues, M., Chamarro-Lusar, A., Graner-Jordania, C. & Carbonell-Sánchez, X. (2009). Validation of two brief scales for internet addiction and mobile phone problem use. *Psicothema*, 21(3), 480-485. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/67506182?accountid=14542>.
- Beranuy-Fargues, M., Sánchez-Carbonell, X., Graner-Jordania, C., Castellana-Rosell, M. & Chamarro Lusar, A. (2006). Uso y abuso del teléfono móvil en jóvenes y adolescentes. Comunicación presentada al XXI Congreso Internacional de Comunicación. Pamplona, 9-10 de noviembre de 2006. Recuperado de: <http://www.unav.es/fcom/cicom/2006/es/grupostrabajo.htm>.
- Bianchi, A. & Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 39-51. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/t58633-000>.
- Billieux, J., Gay, P., Rochat, L. & Van Der Linden, M. (2010). The role of urgency and its underlying psychological mechanisms in problematic behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1085-1096. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.07.008>.
- Billieux, J., Philippot, P., Schmid, C., Maurage, P., De Mol, J. & Van Der Linden, M. (2015). Is dysfunctional use of the mobile phone a behavioural addiction? confronting symptom-based versus process-based approaches. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(5), 460-468. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1910>.
- Billieux, J., Van Der Linden, M., D'Acremont, M., Ceschi, G. & Zermatten, A. (2007). Does impulsivity relate to perceived dependence on and actual use of the mobile phone? *Applied Cognitive Psychology*, 21(4), 527-537. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/acp.1289>.
- Billieux, J., Van Der Linden, M. & Rochat, L. (2008). The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Applied Cognitive Psychology*, 26(9), 1195-1210. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/acp.1429>.
- Biolcati, R. (2015). Women between normality and dependence: a study of problematic consumption and dependence in women aged 30-50 years. *Journal of Substance Use*, 20(2), 143-150. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/14659891.2013.878759>.
- Böhler, E. & Schüz, J. (2004). Cellular telephone use among primary school children in Germany. *European Journal of Epidemiology*, 19(11), 1043-1050. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/67218083?accountid=14542>.
- Bonet, L., Izquierdo, C., Escartí, M. J., Sancho, J. V., Arce, D., Blanquer, I. & Sanjuan, J. (2017). Use of mobile technologies in patients with psychosis: A systematic review. *Revista De Psiquiatría y Salud Mental*, 10(3), 168-178. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.003>.

- Bragazzi, N. L. & Del Puente, G. (2014). A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 155–160. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S41386>.
- Bright, C. E. (2018). Integrative review of mobile phone contacts and medication adherence in severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(3), 209-222. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1078390318754986>.
- Cabrera-León, A., López-Villaverde, V., Rueda, M. & Moya-Garrido, M. (2015). Calibrated prevalence of infertility in 30- to 49-year-old women according to different approaches: A cross-sectional population-based study. *Human Reproduction* (Oxford, England), 30(11), 2677-2685. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dev226>.
- Cabrera-León, A., Rueda, M. & Cantero-Braojos, M. (2017). Calibrated prevalence of disabling chronic pain according to different approaches: A face-to-face cross-sectional population-based study in Southern Spain. *BMJ Open*, 7(1), e014033. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014033>.
- Calvo de Padilla, M., Padilla, E., González-Alemán, G., Bourdieu, M., Guerrero, G., Strejilevich, S., Escobar, J., Svarakic, N., Cloninger, C. R. & de Erausquin, G. A. (2006). Temperament traits associated with risk of schizophrenia in an indigenous population of Argentina. *Schizophrenia Research*, 83(2-3), 299-302. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.12.848>.
- Campbell, S. W. & Ling, R. (2009). Effects of mobile communication. *Media effects: Advances in Theory and Research*, (3rd ed.), 592-606. New York: Routledge.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi:https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6.
- Carver, C. S. & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319-333. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319>.
- Casey, L. M., Joy, A. & Clough, B. A. (2013). The impact of information on attitudes toward E-mental health services. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(8), 593-598. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2012.0515>.
- Cattell, R. B. (1988). The meaning and strategic use of factor analysis. In J. R. Nesselrode & R. B. Cattell (Eds.), *2nd ed.; handbook of multivariate experimental psychology* (2nd ed. ed., pp. 131-203, Chapter XXVIII, 966 Pages). Plenum Press, New York, NY. doi:http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-0893-5_4.
- Cattell, R. B., Cattell, A. K. S. & Cattell, H. E. P. (2005). *Cuestionario Factorial de Personalidad* (8ª Ed. Rev.). Madrid, España: TEA.

- Chen, S., Pan, Y., Qu, Y., Liu, Z., Yao, L. & Xiang, L. (2015). Mobile phone based interventions for promoting adherence to tuberculosis treatment: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 386(2), 29. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00867-3.
- Cheong, A. W. H. (2001). An exploratory study on the relation between Internet use and traditional media by university students in Macau. Paper presented in the Conference of Chinese Communication Society. (In Chinese).
- Cheung, L. M. & Wong, W. S. (2011). The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese adolescents: An exploratory cross-sectional analysis. *Journal of Sleep Research*, 20(2), 311-317. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2869.2010.00883.x.
- Chib, A. & Jiang, Q. (2014). Investigating modern-day talaria: Mobile phones and the mobility-impaired in Singapore. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 19(3), 695-711. doi:http://dx.doi.org/ 10.1111/jcc4.12070.
- Chóliz, M. (2010). Mobile phone addiction: a point of issue. *Addiction*, 105(2), 373–374. doi:https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02854.x.
- Chóliz, M. (2012). Mobile-phone addiction in adolescence: The test of mobile phone dependence (TMD). *Progress in Health Sciences*, 2(1), 33-44. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1335011974?accountid=14542>.
- Chóliz, M., Pinto, L., Phansalkar, S. S., Corr, E., Mujjahid, A., Flores, C. & Barrientos, P. E. (2016). Development of a brief multicultural version of the test of mobile phone dependence (TMD brief) questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-10. doi:http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00650.
- Chóliz, M., Villanueva, V. & Chóliz, M. C. (2009). Ellas, ellos y su móvil: uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(1), 74-88.
- Churchill, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16(1), 64-73. doi:http://dx.doi.org/10.2307/3150876.
- Clark, L. & Limbrick-Oldfield, E. H. (2013). Disordered gambling: a behavioral addiction. *Current opinion in Neurobiology*, 23(4), 655-659. doi:https://doi.org/10.1016/j.conb.2013.01.004.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990. doi:http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008.
- Clough, B. A. & Casey, L. M. (2015). The smart therapist: A look to the future of smartphones and mHealth technologies in psychotherapy. *Professional*

Psychology: Research and Practice, 46(3), 147-153.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/pro0000011>.

Contreras-Rodríguez, O., Albein-Urios, N., Vilar-López, R., Perales, J. C., Martínez-González, J. M., Fernández-Serrano, M. J., Lozano-Rojas, O., Clarke, L. & Verdejo-García, A. (2016). Increased corticolimbic connectivity in cocaine dependence versus pathological gambling is associated with drug severity and emotion-related impulsivity. *Addiction Biology*, 21(3), 709-718.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/adb.12242>.

Coopersmith, S. (1989). *Self-esteem inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Cronbach, L. J. (1949). *Essentials of psychological testing*. Harper, Oxford. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/615189954?accountid=14542>.

Cross, C. P., Copping, L. T. & Campbell, A. (2011). Sex differences in impulsivity: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 137(1), 97-130.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0021591>.

De Gracia, M., Vigo, Marc, M., Fernández-Pérez, M. J. & Marcó, M. (2002). Problemas conductuales relacionados con el uso de internet: un estudio exploratorio. *Anales De Psicología*, 18(2), 273-292. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1316717259?accountid=14542>

De-Sola, J., Rodríguez de Fonseca, F. & Rubio, G. (2016). Cell-phone addiction: a review. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 1-15.
doi:<https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00175>.

De-Sola, J., Talledo, H. Rubio, G. & Rodríguez de Fonseca, F. (2017). Psychological factors and alcohol use in problematic mobile phone use in the Spanish population. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 1-11. doi:<http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2017.00011>.

Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.95>.

Di Nuovo, S., Rispoli, L. & Genta, E. (2000). *Misurare lo stress. Il test MSP e altri strumenti per una valutazione integrata* (Vol. 19). FrancoAngeli.

Dixit, S., Shukla, H., Bhagwat, A., Bindal, A., Goyal, A., Zaidi, A. & Shrivastava, A. (2010). A study to evaluate mobile phone dependence among students of a medical college and associated hospital of central India. *Indian Journal of Community Medicine*, 35(2), 339-341. doi:<http://dx.doi.org/10.4103/0970-0218.66878>.

Dobransky, K. & Hargittai, E. (2006). The disability divide in internet access and use. *Information, Communication & Society*, 9(3), 313-334.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13691180600751298>.

- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R. & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11), e247. doi:http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2791.
- Doughty, K. (2011). SPAs (smart phone applications) - a new form of assistive technology. *Journal of Assistive Technologies*, 5(2), 88-94. doi:http://dx.doi.org/10.1108/17549451111149296.
- Eastin, M. S. & LaRose, R. (2000). Internet self-efficacy and the psychology of the digital divide. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 6(1). doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1083-6101.2000.tb00110.x.
- Echeburúa, E. (2003). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Editorial Bilbao: Desclée de Brouwer.
- EDAD (2018). Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Disponible en: <http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm.Estadistica>.
- Efron, B. (1978). Regression and ANOVA with zero-one data: Measures of residual variation. *Journal of the American Statistical Association*, 73(361), 113-121. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1311796642?accountid=14542>.
- Encuesta Adecco (2016). Disponible en: <http://fundacion.atresmedia.com/documents/2018/01/03/DA61F5DD-3F46-4CA4-B357-110AE737FA30/informe-infoempleo-adecco-2016.pdf>
- Evren, C., Evren, B., Yancar, C. & Erkiran, M. (2007). Temperament and character model of personality profile of alcohol- and drug-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 283-288. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.11.003.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior and adult)*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1991). *Manual of the Eysenck Personality Scales (EPS Adult)*. Londres, UK: Hodder & Stoughton.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C. & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299. doi:http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272.
- Farré, J., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Aragay, N., Mallorquí-Bague, N., Ferrer, V., More, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., Savvidou, L. G., Penelo, E., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M., Gunnarda, K., Romaguera, A., Menchón, J. M., Vallès, V. & Jiménez-Murcia, S. (2015). Sex addiction and gambling disorder: Similarities

- and differences. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 59-68. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.10.002>.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. & Báez, C. (1997). El cuestionario breve de juego patológico (CBJP): un nuevo instrumento de "screening". *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(76), 211-225.
- Ferrando, P. J. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Fletcher, T. D. (2010). Psychometric: Applied psychometric theory. *R package version*, 2(2).
- Flores-Robaina, N., Jenaro-Río, C., González-Gil, F., Martín-Pastor, E. & Poy-Castro, R. (2013). Adicción al móvil en alumnos de secundaria: efectos en la convivencia. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3(3), 215-225. doi: <http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v3i3.44>.
- Foerster, M., Roser, K., Schoeni, A. & Rössli, M. (2015). Problematic mobile phone use in adolescents: Derivation of a short scale MPPUS-10. *International Journal of Public Health*, 60(2), 277-286. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00038-015-0660-4>.
- Forgays, D. K., Hyman, I. & Schreiber, J. (2014). Texting everywhere for everything: Gender and age differences in cell phone etiquette and use. *Computers in Human Behavior*, 31, 314-321. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.053>.
- Francis, L. J., Brown, L. B. & Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the revised Eysenck personality questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 443-449. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90073-X](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(92)90073-X).
- Free, C., Phillips, G., Galli, L., Watson, L., Felix, L., Edwards, P., Patel, V. & Haines, A. (2013). The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: A systematic review. *PLoS Medicine*, 10(1), e1001362. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001362>.
- Gao, T., Li, J., Zhang, H., Gao, J., Kong, Y., Hu, Y. & Mei, S. (2018). The influence of alexithymia on mobile phone addiction: The role of depression, anxiety and stress. *Journal of Affective Disorders*, 225, 761-766. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.020>.
- Glatt, S. J., Stone, W. S., Faraone, S. V., Seidman, L. J. & Tsuang, M. T. (2006). Psychopathology, personality traits and social development of young first-degree relatives of patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 189(4), 337-345. doi:<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.105.016998>.

- Granhölm, E., Ben-Zeev, D., Link, P. C., Bradshaw, K. R. & Holden, J. L. (2012). Mobile assessment and treatment for schizophrenia (MATS): A pilot trial of an interactive text-messaging intervention for medication adherence, socialization, and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 414-425. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbr155>.
- Grant, J. E. & Chamberlain, S. R. (2014). Impulsive action and impulsive choice across substance and behavioral addictions: Cause or consequence?. *Addictive Behaviors*, 39(11), 1632-1639. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.022>.
- Gray, J. A. (1981). A critique of Eysenck's theory of personality. In *A model for personality* (pp. 246-276). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Gray, J. A. (1982). The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Clarendon Press/Oxford University Press, New York, NY. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/618227408?accountid=14542>.
- Grellhesl, M. & Punyanunt-Carter, N. (2012). Using the uses and gratifications theory to understand gratifications sought through text messaging practices of male and female undergraduate students. *Computers in Human Behavior*, 28(6), 2175-2181. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2012.06.024>.
- Gustafson, D. H., McTavish, F. M., Chih, M., Atwood, A. K., Johnson, R. A., Boyle, M. G., Levy, M. S., Driscoll, H., Chisholm, S. M., Dillenburg, L., Isham, A. & Shah, D. (2014). A smartphone application to support recovery from alcoholism: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 566-572. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4642>.
- Gutiérrez, F., Gárriz, M., Peri, J. M., Vall, G. & Torrubia, R. (2016). How temperament and character affect our career, relationships, and mental health. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 181-189. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.07.014>.
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R. & Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del temperamento y el carácter-revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 32(1), 8-15.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions, In ECDEU Manual, US Dept of Health and Human Services. 1976, NIMH, Rockville, MD, 217-222. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/e591322011-001>.
- Güzeller, C. O. & Coşguner, T. (2012). Development of a problematic mobile phone use scale for Turkish adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(4), 205-211. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2011.0210>.
- Ha, J. H., Chin, B., Park, D., Ryu, S. & Yu, J. (2008). Characteristics of excessive cellular phone use in Korean adolescents. *Cyberpsychology & Behavior: The*

Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society, 11(6), 783-784. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2008.0096>.

- Hashemipour, M. S., Yarbakht, M., Gholamhosseinian, A. & Famori, H. (2014). Effect of mobile phone use on salivary concentrations of protein, amylase, lipase, immunoglobulin A, lysozyme, lactoferrin, peroxidase and C-reactive protein of the parotid gland. *The Journal of Laryngology and Otology*, 128(5), 454-462. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0022215114000899>.
- Hong, F., Chiu, S. & Huang, D. (2012). A model of the relationship between psychological characteristics, mobile phone addiction and use of mobile phones by Taiwanese university female students. *Computers in Human Behavior*, 28(6), 2152-2159. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2012.06.020>.
- Howell, M., Love, S. & Turner, M. (2005). The impact of spatial metaphor and context of use on the usability of a speech-based mobile city guide service. *Behaviour & Information Technology*, 24(1), 67-78. doi:<https://doi.org/10.1080/01449290512331319058>.
- Hye-Jin, K., Jin-Young, M., Kyoung-Bok, M., Tae-Jin, L. & Yoo, S. (2018). Relationship among family environment, self-control, friendship quality, and adolescents' smartphone addiction in South Korea: Findings from nationwide data. *PLoS One*, 13(2), 1-18. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0190896>.
- Igarashi, T., Motoyoshi, T., Takai, J. & Yoshida, T. (2008). No mobile, no life: Self-perception and text-message dependency among Japanese high school students. *Computers in Human Behavior*, 24(5), 2311-2324. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2007.12.001>.
- Igual, R., Medrano, C., Martin, L. & Plaza, I. (2013). Mobile Phone-Based Fall Detectors: Ready for Real-World Scenarios? In *International Conference on Practical Applications of Agents and Multi-Agent Systems* (pp. 453-459). Springer, Berlin, Heidelberg. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-642-38061-7_42.
- Igual, R., Plaza, I., Medrano, C. & Rubio, M. A. (2014). Personalizable smartphone-based system adapted to assist dependent people. *Journal of Ambient Intelligence and Smart Environments*, 6(6), 569-593. doi:<http://dx.doi.org/10.3233/AIS-140285>.
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011). Censos de Población y Viviendas. http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm.
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013). España en cifras 2013. http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagenome=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis.
- Ishii, K. (2004). Internet use via mobile phone in Japan. *Telecommunications Policy*, 28(1), 43-58. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/57576935?accountid=14542>.

- Jenaro, C., Flores, N., Gómez-Vela, M., González-Gil, F. & Caballo, C. (2007). Problematic internet and cell-phone use: Psychological behavioral, and health correlates. *Addiction Research & Theory*, 15(3), 309-320. doi:http://dx.doi.org/10.1080/16066350701350247.
- Kaiser, H. F. (1970). A Second-Generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401-415. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1304592068?accountid=14542>.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/56414976?accountid=14542>.
- Kawasaki, N., Tanei, S., Ogata, F., Burapadaja, S., Loetkham, C., Nakamura, T. & Tanada, S. (2006). Survey on cellular phone usage on students in Thailand. *Journal of Physiological Anthropology*, 25(6), 377-382. doi:<https://doi.org/10.2114/jpa2.25.377>.
- Kay, S. R., Opler, L. A. & Fiszbein, A. (1986). Positive and negative syndrome scale. Multi-Health Systems. Inc, North Tonawanda, New York. doi:http://dx.doi.org/10.1037/t05056-000.
- Kelley, T. L. (1935). Essential traits of mental life. *Harvard Studies in Education*, 26, 145. Cambridge: Harvard University Press. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/615054052?accountid=14542>.
- Kim, S. J., Kang, J. I. & Kim, C. (2009). Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 567-572. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.009.
- Kim, Y., Jeong, J., Cho, H., Jung, D., Kwak, M., Rho, M. J., Yu, H., Kim, D. & Choi, I. Y. (2016). Personality factors predicting smartphone addiction predisposition: Behavioral inhibition and activation systems, impulsivity, and self-control. *PLoS ONE*, 11(8), e0159788. doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0159788.
- Kim, D., Lee, Y., Lee, J., JeeEun, K. N. & Chung, Y. (2014). Development of Korean smartphone addiction proneness scale for youth. *PLoS One*, 9(5), e97920. doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097920.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Silva, A. C., Sancassiani, F., Machado, S. & Nardi, A. E. (2014). "Nomophobia": Impact of cell phone use interfering with symptoms and emotions of individuals with panic disorder compared with a control group. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 28-35. doi:http://dx.doi.org/10.2174/1745017901410010028.
- Kischinhevsky, M. (2009). Cultura da portabilidade – Novos usos do rádio e sociabilidades em mídia sonora. *Observatorio (OBS*)*, 3(1), 223-238. doi:http://dx.doi.org/10.15847/obsOBS312009271.

- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. London and New York: Routledge.
Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/56609138?accountid=14542>.
- Koo, H. Y. (2009). Development of a cell phone addiction scale for Korean adolescents. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(6), 818-828.
doi:<http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2009.39.6.818>.
- Koo, H. Y. & Park, H. S. (2010). Factors influencing cell phone addiction in adolescents. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*, 16(1), 56-65.
doi: <http://dx.doi.org/10.4094/jkachn.2010.16.1.56>.
- Kristjánsdóttir, Ó. B., Fors, E. A., Eide, E., Finset, A., Stensrud, T. L., van Dulmen, S., Wigers, S. H. & Eide, H. (2013). A smartphone-based intervention with diaries and therapist-feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread pain: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(1), 125-146. doi:<http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2249>.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
- Kuss, D. J. & Griffiths, M.D. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 1-17. doi:<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph14030311>.
- Kwon, M., Kim, D., Cho, H. & Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *PloS One*, 8(12), e83558. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0083558>.
- Kwon, M., Lee, J., Won, W. Y., Park, J., Min, J. A., Hahn, C., Gu, X., Choi, J-H. & Kim, D. J. (2013). Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PLoS One*, 8(2), e56936. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0056936>.
- Labrador, F. J. & Villadangos, S. M. (2010). Adolescents and new technologies: Behaviours pointing a possible addiction problem. *Psicothema*, 22(2), 180-188.
Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/733181986?accountid=14542>.
- Lai, B. Z. & Lai, M. L. (2003). *New Lai's Personality Scale Guide Handbook*. Taipei, China: Chian Hua.
- Lara, A. J. & García, A. H. (2010). Políticas públicas sobre discapacidad en España. Hacia una perspectiva basada en los derechos/Public Policies on Disability in Spain. Towards a Perspective Based on the Rights. *Política y Sociedad*, 47(1), 137-152.
Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/89154197?accountid=14542>.
- Larsen, C. V. L., Curtis, T. & Bjerregaard, P. (2013). Harmful alcohol use and frequent use of marijuana among lifetime problem gamblers and the prevalence of cross-

- addictive behaviour among greenland inuit: Evidence from the cross-sectional inuit health in transition greenland survey 2006-2010. *International Journal of Circumpolar Health (Online)*, 72, 1-9. doi:<https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.19551>.
- Lee, H. W., Choi, J., Shin, Y., Lee, J., Jung, H. Y. & Kwon, J. S. (2012). Impulsivity in internet addiction: A comparison with pathological gambling. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(7), 373-377. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2012.0063>.
- Lee, K., Lee, H., Gyeong, H., Yu, B., Song, Y. & Kim, D. (2013). Reliability and validity of the Korean version of the internet addiction test among college students. *Journal of Korean Medical Science*, 28(5), 763-768. doi:<http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2013.28.5.763>.
- Lee, H., Sullivan, S. J., Schneiders, A. G., Ahmed, O. H., Balasundaram, A. P., Williams, D., Meeuwisse, W. H. & McCrory, P. (2015). Smartphone and tablet apps for concussion road warriors (team clinicians): A systematic review for practical users. *British Journal of Sports Medicine*, 49(8), 499-505. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2013-092930>.
- Leeman, R. F. & Potenza, M. N. (2013). A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions: An emerging area of research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 260-273. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/070674371305800503>.
- Leung, L. (2007). Unwillingness-to-communicate and College Students' Motives in SMS Mobile Messaging. *Telematics & Informatics*, 24(2), 115-129. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.tele.2006.01.002>.
- Leung, L. (2008). Linking psychological attributes to addiction and improper use of the mobile phone among adolescents in Hong Kong. *Journal of Children and Media*, 2(2), 93-113. doi:<https://doi.org/10.1080/17482790802078565>.
- Lin, Y. H., Lin, S. H., Li, P., Huang, W. L. & Chen, C. Y. (2013). Prevalent hallucinations during medical internships: phantom vibration and ringing syndromes. *PLoS One*, 8(6), e65152. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065152>.
- Ling, R. (2005). Mobile communications vis-à-vis teen emancipation, peer group integration and deviance. En R. Harper, A. Taylor & L. Palen (Eds.). *Social perspectives on SMS in the mobile age* (pp. 175-189). Londres, UK: Kluwer.
- Little, B. R. (2005). Personality science and personal projects: Six impossible things before breakfast. *Journal of Research in Personality*, 39(1), 4-21. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2004.09.003>.

- Lobo, A., Escobar, V., Ezquerra, J., & Seva-Díaz, A. (1980). El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 14(5), 39-57.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700002579.
- Lobo, A., Saz, P. & Marcos, G. (2002). *Adaptación del Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: Tea.
- Lohr, S. L. (2010). *Sample: Design and analysis* (2nd ed.). Boston, MA: Brooks/Cole.
- López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. & Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. *Adicciones*, 24(2), 123-130. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.104.
- Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychological Foundation.
- Lu, X., Katoh, T., Chen, Z., Nagata, T., & Kitamura, T. (2014). Text messaging: Are dependency and Excessive Use discretely different for Japanese university students?. *Psychiatry Research*, 216(2), 255-262. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.024.
- Lumley, T. (2004). Analysis of complex survey samples. *Journal of Statistical Software*, 9(1), 1-19.
- Lumley, T. (2014). Survey: analysis of complex survey samples. 2014. *R package version*, 3(2).
- Ly, K. H., Carlbring, P. & Andersson, G. (2012). Behavioral activation-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13(1), 1-6. doi:http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-13-62.
- Macias, C., Panch, T., Hicks, Y. M., Scolnick, J. S., Weene, D. L., Öngür, D. & Cohen, B. M. (2015). Using smartphone apps to promote psychiatric and physical well-being. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 505-519. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11126-015-9337-7.
- Marco, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online: Fundamentos de propuesta de tratamiento y estudio de caso. *Anales De Psicología*, 30(1), 46-55. doi:http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.150851.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M. & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252. doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003440.

- Martinotti, G., Vilella, C., Di Thiene, D., Di Nicola, M., Bria, P., Conte, G., Cassano, M., Petruccelli, F., Corvasce, N., Janiri, L. & La Torre, G. (2011). Problematic mobile phone use in adolescence: A cross-sectional study. *Journal of Public Health*, 19(6), 545-551. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10389-011-0422-6.
- Mattebo, M., Tydén, T., Häggström-Nordin, E., Nilsson, K. W. & Larsson, M. (2013). Pornography consumption, sexual experiences, lifestyles, and self-rated health among male adolescents in Sweden. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(7), 460-468. doi:http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0b013e31829c44a2.
- McDonald, R. P. (1985). *Factor analysis and related methods*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- McNaughton, D. & Light, J. (2013). The iPad and mobile technology revolution: Benefits and challenges for individuals who require augmentative and alternative communication. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 29(2), 107-116. doi:http://dx.doi.org/10.3109/07434618.2013.784930.
- Medina-García, M. (2017). La educación inclusiva como mecanismo de garantía de la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad: una propuesta de estrategias pedagógicas inclusivas. Universidad de Jaén, España.
- Menon, V., Rajan T. & Sarkar, S. (2017). Psychotherapeutic applications of mobile phone-based technologies: A systematic review of current research and trends. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(1), 4-11. doi:http://dx.doi.org/10.4103/0253-7176.198956.
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Mår Skouverøe, K. J., Hetland, J. & Pallesen, S. (2011). Problematic video game use: Estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(10), 591-596. doi:http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2010.0260.
- Merlo, L. J., Stone, A. M. & Bibbey, A. (2013). Measuring problematic mobile phone use: Development and preliminary psychometric properties of the PUMP scale. *Journal of Addiction*, 2013, 912807. doi:http://dx.doi.org/10.1155/2013/912807.
- Minguez, C. M. & Becoña, E. (2015). Do cigarette smoking and alcohol consumption associate with cannabis use and problem gambling among Spanish adolescents? *Adicciones*, 27(1), 8-16. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1680766910?accountid=14542>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10-ES). Revisión Modificación Clínica, 1ª Edición, Tomo I: Diagnósticos. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf

- Mohr, D. C., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G. & Klinkman, M. (2013). Behavioral intervention technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 332-338. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.03.008>.
- Mok, J., Choi, S., Kim, D., Choi, J., Lee, J., Ahn, H., Choi, E. & Song, W. (2014). Latent class analysis on internet and smartphone addiction in college students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 817-828. doi:<http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S59293>.
- Molina, J. L., Calvó, M., Padilla, E., Balda, M., Alemán, G. G., Florenzano, N., Guerrero, G., Kamis, D., Molina, B., Bourdieu, M., Strejilevich, S. A., Conesa, H. A., Escobar, J. I., Zwir, I. C., Cloninger, R. & De Erausquin, G. A. (2017). Parkinsonian motor impairment predicts personality domains related to genetic risk and treatment outcomes in schizophrenia. *NPJ Schizophrenia*, 3, 1-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1038/npjrsch.2016.36>.
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/621881111?accountid=14542>.
- Moral, M. V. & Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana De Psicología y Salud*, 7(2), 69-78. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rips.2016.03.001>.
- Morissette, A., Ouellet-Plamondon, C. & Jutras-Aswad, D. (2014). Craving as a core symptom in substance use disorders: Epidemiology, neurobiological substrates and clinical relevance. *Sante Mentale Au Quebec*, 39(2), 21-37.
- Movvahedi, M., Tavakkoli-Golpayegani, A., Mortazavi, S. A. R., Haghani, M., Razi, Z., Shojaie-Fard, M., Zare, M., Mina, E., Mansourabadi, L., Jahromi, N., Safari, A., Shokrpour, N. & Mortazavi, S. M. J. (2014). Does exposure to GSM 900 MHz mobile phone radiation affect short-term memory of elementary school students? *Journal of Pediatric Neurosciences*, 9(2), 121-124. doi:<http://dx.doi.org/10.4103/1817-1745.139300>.
- Mudry, T. E., Hodgins, D. C., el-Guebaly, N., Wild, T.C., Colman, I., Patten, S. B. & Schopflocher, D. (2011). Conceptualizing excessive behaviour syndromes: A systematic review. *Current Psychiatry Reviews*, 7(2), 138-151. doi:<http://dx.doi.org/10.2174/157340011796391201>.
- Müller, K.W., Koch, A., Dickenhorst, U., Beutel, M. E., Duven, E. & Wölfling, K. (2013). Addressing the question of disorder-specific risk factors of internet addiction: A comparison of personality traits in patients with addictive behaviors and comorbid internet addiction. *BioMed Research International*, 2013,1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2013/546342>.

- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464. doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>.
- Muñoz-Rivas, M. J. & Agustín, S. (2005). La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 13(3), 481-493. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/621128217?accountid=14542>.
- Nagpal, S. S. & Kaur, R. (2016). Nomophobia: The problem lies at our fingertips. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 7(12), 1135-1139. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1862867463?accountid=14542>.
- Navas, J. F., Billieux, J., Perandrés-Gómez, A., López-Torrecillas, F., Cándido, A., & Perales, J. C. (2017). Impulsivity traits and gambling cognitions associated with gambling preferences and clinical status. *International Gambling Studies*, 17(1), 102-124. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14459795.2016.1275739>.
- Nickerson, R. C., Isaac, H. & Mak, B. (2008). A multi-national study of attitudes about mobile phone use in social settings. *International Journal of Mobile Communications*, 6(5), 541-563. doi:<http://dx.doi.org/10.1504/IJMC.2008.019321>.
- Nicol, A. & Fleming, M. J. (2010). « i h8 u »: the influence of normative beliefs and hostile response selection in predicting adolescents' mobile phone aggression -A pilot study. *Journal of School Violence*, 9(2), 212-231. doi:<https://doi.org/10.1080/15388220903585861>.
- Olivencia-Carrión, M. A., Pérez-Marfil, M. N., Ramos-Revelles, M. & López-Torrecillas, F. (2016). Personalidad y su relación con el uso versus abuso del teléfono móvil/Relation Personality To Mobile Phone Use And Abuse. *Acción Psicológica*, 13(1), 109-118. doi:<http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17427>.
- Olivencia-Carrión, M. A., Ferri-García, R., Rueda, M. D. M., Jiménez-Torres, M. G. & López-Torrecillas, F. (2018). Reliability and Construct Validity of a Questionnaire to Assess the Nomophobia (QANP). *International Journal of Environmental Research and Public Health* (en prensa).
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001). Aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF). Resolución 54/21. De la 54 Asamblea Mundial de la Salud realizada en 22/05/01.
- Osborne, J. (2005). Notes on the use of data transformations. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 9(1), 42-50.
- Osuch, E., Vingilis, E., Ross, E., Forster, C. & Summerhurst, C. (2013). Cannabis use addiction risk and functional impairment in youth seeking treatment for primary mood or anxiety concerns. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 25(3), 309-314. doi:<http://dx.doi.org/doi:10.1515/ijamh-2013-0067>.

- Ozturk, F. O., Ekinci, M., Ozturk, O. & Canan, F. (2013). The relationship of affective temperament and emotional-behavioral difficulties to internet addiction in Turkish teenagers. *ISRN Psychiatry*, 2013, 2-6. doi:http://dx.doi.org/10.1155/2013/961734.
- Palmier-Claus, J., Ainsworth, J., Machin, M., Barrowclough, C., Dunn, G., Barkus, E., Rogers, A., Wykes, T., Kapur, S., Buchan, I., Salter, E. & Lewis, S. W. (2012). The feasibility and validity of ambulatory self-report of psychotic symptoms using a smartphone software application. *BMC Psychiatry*, 12, 1-10. doi:http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-12-172.
- Pedrero-Pérez, E. J., Rodríguez-Monje, M. T. & Ruiz-Sánchez- De León, J. M. (2012). Mobile phone abuse or addiction. A review of the literature. *Adicciones*, 24(2), 139-152. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.107.
- Peirce, J. M., Brooner, R. K., Kolodner, K., Schacht, R. L. & Kidorf, M. S. (2013). Prospective effects of traumatic event re-exposure and post-traumatic stress disorder in syringe exchange participants. *Addiction*, 108(1), 146-153. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04003.x.ohgfx.
- Pelissolo, A., Mallet, L., Baleyte, J. M., Michel, G., Cloninger, C. R., Allilaire, J. F. & Jouvent, R. (2005). The temperament and character inventory-revised (TCI-R): Psychometric characteristics of the french version. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(2), 126-133. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00551.x.
- Pelizza, L. & Melegari, M. (2006). Psycho-phone: Psicopatologia da telefonino. *Medicina Psicosomatica*, 51(3), 119-125. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/621569487?accountid=14542>.
- Perini, S., Titov, N. & Andrews, G. (2009). Clinician-assisted internet-based treatment is effective for depression: Randomized controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(6), 571-578. doi:http://dx.doi.org/10.1080/00048670902873722.
- Perry, M., O'hara, K., Sellen, A., Brown, B. & Harper, R. (2001). Dealing with mobility: understanding access anytime, anywhere. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 8(4), 323-347. doi:http://dx.doi.org/10.1145/504704.504707.
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I. & García-Merita, M. L. (2000). Satisfaction with Life Scale: analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills*, 91(1), 62-68. doi:http://dx.doi.org/10.2466/PMS.91.5.62-68.
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I. & García-Merita, M. L. (2002). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en personas de la tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Evaluación Psicológica*, 13(1), 71-82. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/619939901?accountid=14542>.

- Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M., Whitton, A. E., Parker, G., Manicavasagar, V., Harrison, V., Christensen, H., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). Impact of a mobile phone and web program on symptom and functional outcomes for people with mild-to-moderate depression, anxiety and stress: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, *13*, 1-12. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-312>.
- Rao, J. N. & Scott, A. J. (1984). On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *The Annals of statistics*, *12*(1), 46-60.
- Reed, K., Day, E., Keen, J. & Strang, J. (2015). Pharmacological treatments for drug misuse and dependence. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, *16*(3), 325-333. doi:<http://dx.doi.org/10.1517/14656566.2015.983472>.
- Revelle, W. (2015). *Psych: Procedures for Personality and Psychological Research*. Evanston: Northwestern University.
- Reynolds, B., Ortengren, A., Richards, J. B. & de Wit, H. (2006). Dimensions of impulsive behavior: Personality and behavioral measures. *Personality and Individual Differences*, *40*(2), 305-315. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.03.024>.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, *48*(2), 1-36. doi:<http://dx.doi.org/10.18637/jss.v048.i02>.
- Ruiz, M. A., Pardo, A. & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, *31*(1), 33-34.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J. & Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*, *22*(4), 301-310. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.171>.
- Rush, S. (2011). Problematic use of smart phones in the workplace: an introductory study. *BArts (Honours) thesis*. Central Queensland University, Rockhampton. Available: <http://hdl.cqu.edu.au/10018/914191>.
- Rutland, J. B., Sheets, T. & Young, T. (2007). Development of a scale to measure problem use of short message service: The SMS problem use diagnostic questionnaire. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, *10*(6), 841-843. doi:<https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9943>.
- Ryu, Y. S. & Smith-Jackson, T. L. (2006). Reliability and Validity of the Mobile Phone Usability Questionnaire (MPUQ). *Journal of Usability Studies*, *2*(1), 39-53.

- Saavedra, B. R. (2017). Cruzando barreras sociales desde la inclusión y la discapacidad hacia la compasión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(2), 1347-1363. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1930786469?accountid=14542>.
- Sahin, S., Ozdemir, K., Unsal, A. & Temiz, N. (2013). Evaluation of mobile phone addiction level and sleep quality in university students. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(4), 913-918. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1490731915?accountid=14542>.
- Sánchez-Cánovas, J. (2013). *Escala de Bienestar Psicológico* (3º Ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. & Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20(2), 149-160.
- Sánchez-Martínez, M. & Otero, A. (2009). Factors associated with cell phone use in adolescents in the community of Madrid (Spain). *CyberPsychology & Behavior*, 12(2), 131-137. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2008.0164>.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Särndal, C. (2007). The calibration approach in survey theory and practice. *Survey Methodology*, 33(2), 113-136. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/37013183?accountid=14542>.
- Schuster, R. M., Mermelstein, R. & Wakschlag, L. (2013). Gender-specific relationships between depressive symptoms, marijuana use, parental communication and risky sexual behavior in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1194-209. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9809-0>.
- SecurEnvoy (2012). 66% of the population suffer from nomophobia the fear of being without their phone. Recuperado en: <https://www.securenvoy.com/blog/2012/02/16/66-of-the-population-suffer-from-nomophobia-the-fear-of-being-without-their-phone/>.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Geoffrey, C. D. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Šidák, Z. (1967). Rectangular confidence regions for the means of multivariate normal distributions. *Journal of the American Statistical Association*, 62(318), 626-633. doi:<https://doi.org/10.1080/01621459.1967.10482935>.

- Smetaniuk, P. (2014). A preliminary investigation into the prevalence and prediction of problematic cell phone use. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 41-53. doi:http://dx.doi.org/10.1556/JBA.3.2014.004.
- Sociedad Digital de España (2017). Disponible en: https://www.fundaciontelefonica.com/arte_cultura/sociedad-de-la-informacion/sdie-2017.
- Söderström, S. (2009). The digital town square: Information and communication technology as an opportunity and a barrier to social relations for disabled youth. In C. A. Marshall, E. Kendall, M. E. Banks & R. M. S. Gover (Eds.). *Disabilities: Insights from across fields and around the world, vol 2: The context: Environmental, social, and cultural considerations; disabilities: Insights from across fields and around the world, vol 2: The context: Environmental, social, and cultural considerations* (pp. 61-80, Chapter XXII, 331 Pages). Praeger/ABC-CLIO, Santa Barbara, CA. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/622086062?accountid=14542>.
- Söderström, S. (2011). Staying safe while on the move: Exploring differences in disabled and non-disabled young people's perceptions of the mobile phone's significance in daily life. *Young*, 19(1), 91-109. doi:http://dx.doi.org/10.1177/110330881001900106.
- Sort, A. (2017). The role of mHealth in mental health. *MHealth*, 3, 1-3. doi:http://dx.doi.org/10.21037/mhealth.2017.01.02.
- Spielberger, C. D. (1983). *State-trait anxiety inventory for adults*. Mind Garden, Inc. doi:http://dx.doi.org/10.1037/t06496-000.
- Spielberger, C. D., Gorush, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *State Trait Anxiety Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (2008). *Manual STAI Cuestionario de ansiedad estado rasgo*. Madrid: TEA (orig. 1970).
- Srivastava, L. (2005). Mobile phones and the evolution of social behaviour. *Behaviour & Information Technology*, 24(2), 111-129. doi:http://dx.doi.org/10.1080/01449290512331321910.
- Stothart, C., Mitchum, A. & Yehnert, C. (2015). The attentional cost of receiving a cell phone notification. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 41(4), 893-897. doi:http://dx.doi.org/10.1037/xhp0000100.
- Suriá-Martínez, R. (2016). Análisis comparativo del uso excesivo de móvil entre jóvenes con y sin movilidad reducida. *Salud y drogas*, 16(2), 105-114.
- Szykowska, A., Gadzicka, E., Szymczak, W. & Bortkiewicz, A. (2014). The Risk of Subjective Symptoms in Mobile Phone Users in Poland-an Epidemiological Study.

International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 27(2), 293-303. doi:<https://doi.org/10.2478/s13382-014-0260-1>.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Allyn & Bacon/Pearson Education.

Takao, M. (2014). Problematic mobile phone use and big-five personality domains. *Indian Journal of Community Medicine*, 39(2), 111-113. doi:<http://dx.doi.org/10.4103/0970-0218.132736>.

Takao, M., Takahashi, S. & Kitamura, M. (2009). Addictive personality and problematic mobile phone use. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 12(5), 501-507. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2009.0022>.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/57169496?accountid=14542>.

Team, R. C. (2016). R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2016.

Team, R. C. (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2016.

Thomé, S., Härenstam, A. & Hagberg, M. (2011). Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults - a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 11, 1-11. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-66>.

Tille, Y. & Matei, A. (2015). Sampling: Survey Sampling R package version 2.7.

Toda, M., Monden, K., Kubo, K. & Morimoto, K. (2004). Cellular phone dependence tendency of female university students. *Nihon Eiseigaku Zasshi. Japanese Journal of Hygiene*, 59(4), 383-386. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/67185397?accountid=14542>.

Tukey, J. W. (1977). *Exploratory data analysis* (Vol. 2). Reading, MA: Addison-Wesley.

Turner, M., Love, S. & Howell, M. (2008). Understanding emotions experienced when using a mobile phone in public: The social usability of mobile (cellular) telephones. *Telematics and Informatics*, 25(3), 201-215. doi:<https://doi.org/10.1016/j.tele.2007.03.001>.

UNESCO (2011). Educación Especial e Inclusión Educativa. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/viii-jornadas-educacion-especial-montevideo.pdf>.

- Van Rooij, A. J., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Shorter, G. W., Schoenmakers, M. T. & Van de Mheen, D. (2014). The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 157-165. doi:http://dx.doi.org/10.1556/JBA.3.2014.013.
- Vanyukov, M. M., Tarter, R. E., Kirillova, G. P., Kirisci, L., Reynolds, M. D., Kreek, M. J., Conway, K. P., Maher, B. S., Iacono, W. G., Bierut, L., Neale, M. C, Clark, D. B. & Ridenour, T. A. (2012). Common liability to addiction and “gateway hypothesis”: Theoretical, empirical and evolutionary perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 123(1), S3-S17. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.018.
- Verma, R. K., Rajiah, K., Cheang, A. & Barua, A. (2014). Textaphrenia: An emerging silent pandemic. *African Journal of Psychiatry*, 17(2), 510-511. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1606066939?accountid=14542>.
- Villani, D., Grassi, A., Cognetta, C., Toniolo, D., Cipresso, P. & Riva, G. (2013). Self-help stress management training through mobile phones: An experience with oncology nurses. *Psychological Services*, 10(3), 315-322. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0026459.
- Viola, T. W., Tractenberg, S. G., Wearick-Silva, Rosa, C. S., Pezzi, J. & Grassi-Oliveira, R. (2014). Long-term cannabis abuse and early-onset cannabis use increase the severity of cocaine withdrawal during detoxification and rehospitalization rates due to cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 144, 153-159. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.09.003.
- Vorspan, F., Mehtelli, W., Dupuy, G., Bloch, V. & Lépine, J. (2015). Anxiety and substance use disorders: Co-occurrence and clinical issues. *Current psychiatry reports*, 17(2), 1-4. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s11920-014-0544-y.
- Wald, A. (1943). Tests of statistical hypotheses concerning several parameters when the number of observations is large. *Transactions of the American Mathematical society*, 54(3), 426-482.
- Walsh, S. P., White, K. M. & Young, R. (2008). Over-connected? A qualitative exploration of the relationship between Australian youth and their mobile phones. *Journal of adolescence*, 31(1), 77-92.
- Walsh, S. P., White, K. M. & Young, R. (2010). Needing to connect: The effect of self and others on young people's involvement with their mobile phones. *Australian Journal of Psychology*, 62(4), 194-203. doi:http://dx.doi.org/10.1080/00049530903567229.
- Walsh, S. P., White, K. M., Cox, S. & Young, R. (2011). Keeping in constant touch: The predictors of young Australians' mobile phone involvement. *Computers in Human Behavior*, 27(1), 333-342. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2010.08.011.

- Walther, B., Morgenstern, M. & Hanewinkel, R. (2012). Co-occurrence of addictive behaviours: Personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *European Addiction Research*, 18(4), 167-174. doi:http://dx.doi.org/10.1159/000335662.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063.
- Watts, S., Mackenzie, A., Thomas, C., Griskaitis, A., Mewton, L., Williams, A. & Andrews, G. (2013). CBT for depression: A pilot RCT comparing mobile phone vs. computer. *BMC Psychiatry*, 13, 1-9. doi:http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-49.
- Weed, N. C., Butcher, J. N. & McKenna, T. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: the APS and the AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 389-404. doi:http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15.
- Weinstein, A. & Lejoyeux, M. (2015). New developments on the neurobiological and pharmaco-genetic mechanisms underlying internet and videogame addiction. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 117-125. doi:http://dx.doi.org/10.1111/ajad.12110.
- White, M. P., Eiser, J. R. & Harris, P. R. (2004). Risk perceptions of mobile phone use while driving. *Risk Analysis*, 24(2), 323-334. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.0272-4332.2004.00434.x.
- Witkiewitz, K. & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362-374. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0019172.
- Wu, A. M. S., Cheung, V. I., Ku, L. & Hung, E. P. W. (2013). Psychological risk factors of addiction to social networking sites among Chinese smartphone users. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(3), 160-166. doi:http://dx.doi.org/10.1556/JBA.2.2013.006.
- Xu, H., Wu, X., Lan, Y. & Chen, Y. (2008). Development of mobile phone dependence inventory for college students. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 16(1), 26-27. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/621948648?accountid=14542>.
- Yan, J., Zhang, A., Zhou, L., Huang, Z., Zhang, P. & Yang, G. (2017). Development and effectiveness of a mobile phone application conducting health behavioral intervention among men who have sex with men, a randomized controlled trial: Study protocol. *BMC Public Health*, 17(1), 1-8. doi:http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4235-6.

- Yau, Y. H., Crowley, M. J., Mayes, L. C. & Potenza, M. N. (2012). Are Internet use and video-game-playing addictive behaviors?. Biological, clinical and public health implications for youths and adults. *Minerva Psichiatrica*, 53(3), 153-170.
- Yen, C., Tang, T., Yen, J., Lin, H., Huang, C., Liu, S. & Ko, C. (2009). Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan. *Journal of Adolescence*, 32(4), 863-873. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.10.006.
- Yildirim, C. & Correia, A. (2015). Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 49, 130-137. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.059.
- Young, K. S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the internet: a case study that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79(3), 899-902. doi:http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1996.79.3.899.
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1(3), 237-244. doi:http://dx.doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237.
- Zhang, X. D. (2017). *Matrix analysis and applications*. Cambridge University Press.
- Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y. & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82, 174-181. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.007.
- Zuithoff, N. P. A., Vergouwe, Y., King, M., Nazareth, I., van Wezep, M. J., Moons, K. G. M. & Geerlings, M. I. (2010). The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: Consequences of current thresholds in a cross sectional study. *BMC Family Practice*, 11, 1-7. doi:http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-11-98.

ANEXOS

Entrevista Sociodemográfica y Datos Sobre Discapacidad (diseñada para este estudio).

Nombre:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Tipo de Discapacidad:

Grado de Discapacidad:

Nivel de Estudios:

Si Trabajas en la actualidad especifica en qué:

Si no trabajas especifica tu situación actual:

MEC

INSTRUCCIONES

Las indicaciones en **negrita** deben ser leídas al sujeto en voz alta, despacio y de manera clara. Entre paréntesis se apuntan indicaciones complementarias y las respuestas esperables a algunos ítems. La exploración debe realizarse en privado y en el idioma materno del sujeto. Si este padece alguna limitación de tipo visual y auditivo, debe ponerse y/o ajustar la prótesis que utilice para corregirla (gafas, audífono). Marque con un círculo el 0 si la respuesta es incorrecta, y el 1 si la respuesta es correcta. Puede comenzar la exploración formulando alguna pregunta introductoria, como la siguiente:

¿Tiene algún problema con su memoria?

ORIENTACIÓN TEMPORAL RESPUESTA PUNTUACIÓN

	Respuesta	Puntuación	
Dígame, por favor...			
¿En qué año estamos?		0	1
¿En qué estación o época del año estamos?		0	1
¿En qué mes estamos?		0	1
¿Qué día de la semana es hoy?		0	1
¿Qué día del mes es hoy?		0	1

ORIENTACIÓN ESPACIAL

Pueden sustituirse los lugares originales por otros alternativos; anótelos si es así

¿En qué país estamos?		0	1
¿En qué provincia/comunidad autónoma estamos?		0	1
¿En qué población estamos?		0	1
¿Dónde estamos ahora?(establecimiento/casa: nombre de la calle)		0	1
¿En qué planta/piso estamos?(casa: piso o número de la calle)		0	1

FIJACIÓN

Pueden utilizarse series alternativas de palabras (p. ej., LIBRO, QUESO, BICICLETA) cuando tenga que reevaluarse al paciente; anótelos si es así

Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y	
---	--

deberá repetirlas cuando yo termine. ¿Preparado? Estas son las palabras: PELOTA CABALLO MANZANA	0	1
¿Me las puede repetir? (si es necesario, repetirlas hasta cinco veces, pero puntuar sólo el primer intento) Trate de recordar estas palabras; se las preguntaré de nuevo en unos minutos	0	1

ATENCIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas monedas le quedan? Siga restando de 3 en 3 hasta que le diga que pare		
30 menos 3.... (27)	0	1
... menos 3.... (24)	0	1
... menos 3.... (21)	0	1
... menos 3.... (18)	0	1
... menos 3.... (15)	0	1

MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (no facilitar pistas)		
PELOTA	0	1
CABALLO	0	1
MANZANA	0	1

NOMINACIÓN

Pueden utilizarse objetos comunes alternativos (p. ej.; gafas, sillas, llaves, etc.); anótelos si es así

¿Qué es esto? (mostrar un lápiz o bolígrafo)	0	1
Y esto, ¿qué es? (mostrar un reloj)	0	1

REPETICIÓN

Ahora le voy a decir una frase que deberá repetir ¿Preparado?		0	1
EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS			
¿Me la puede repetir, por favor? (si es necesario, repetirla hasta cinco veces, pero puntuar sólo el primer intento)			

COMPRENSIÓN

Tenga una hoja de papel a mano

Ahora escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo siguiendo mis instrucciones			
¿Preparado? (facilitar la hoja de papel)			
Coja este papel con la mano derecha...		0	1
...dóblelo por la mitad...		0	1
...déjelo en el suelo/mesa...		0	1

LECTURA

Ahora le voy a mostrar un papel con una frase; debe leerla y hacer lo que está escrito			
¿Preparado? (facilitar la hoja con la frase estímulo)			
CIERRE LOS OJOS		0	1

ESCRITURA

Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano

Ahora le voy a pedir que escriba una frase; lo que quiera, algo que tenga sentido (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo)			
--	--	--	--

Si la persona no responde, puede decirle, por ejemplo: Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy	0	1
--	---	---

DIBUJO

Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano

Ahora le voy a pedir que copie este dibujo (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo y mostrar la hoja con el dibujo estímulo)	0	1
---	---	---

PUNTUACIÓN TOTAL	/30
------------------	-----

BDI

INSTRUCCIONES

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- 1 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

- 2 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
 2 Me siento que no hay nada por lo que luchar.
 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

- 3 0 No me siento un fracasado.
 1 He fracasado más que la mayoría.
 2 Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
 3 Soy un fracaso total como persona.

- 4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

- 5 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.

- 2 Me siento en la mayoría culpable en bastantes ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente.
- 6 0 No creo que esté siendo castigado.
1 Siento que quizá esté siendo castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7 0 No estoy descontento de mí mismo.
1 Estoy descontento de mí mismo.
2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
3 Me detesto.
- 8 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2 Continuamente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme.
2 Desearía poner fin a mi vida.
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10 0 No lloro más de lo normal.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11 0 No estoy especialmente irritado.

- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2 He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3 He perdido todo mi interés por los demás.
- 12 0 No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2 He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3 He perdido todo interés por los demás.
- 13 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes.
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3 Me es imposible tomar decisiones.
- 14 0 No creo tener peor aspecto que antes.
- 1 Estoy preocupada porque parezco envejecida y poco atractivo.
- 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15 0 Trabajo igual que antes.
- 1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16 0 Duermo tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

- 17 0 No me siento más cansado de lo normal.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 He perdido completamente el apetito.

- 18 0 Mi apetito no ha disminuido.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.

- 19 0 No he perdido peso últimamente.
1 He perdido más de 2 kgs.
2 He perdido más de 4 kgs.
3 He perdido más de 7 kgs.

Estoy tratando intencionalmente de perder peso comiendo menos.

Sí.....No.....

- 20 0 No estoy preocupado por mi salud.
1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc; el malestar de estómago o los catarros.
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

- 21 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1 La relación sexual me atrae menos que antes.
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3 He perdido totalmente el interés sexual.

TCI-R

(Traducción española)

En este cuestionario encontrará una serie de frases que la gente utiliza normalmente para describir sus actitudes, opiniones, intereses u otros sentimientos personales. Intente describir cómo actúa y se siente “habitualmente”, y no tan sólo cómo se siente o actúa en este momento.

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor haga un círculo en el número que mejor describa como se siente o actúa habitualmente (sólo un número para cada pregunta):

1	2	3	4	5
Falso	Casi Seguro o probablemente seguro	Ni cierto ni falso, o igual de cierto que falso	Casi seguro o probablemente verdadero	Verdadero

Conteste a todos los enunciados aunque no esté completamente seguro de la respuesta. No es necesario dedicarle mucho tiempo a decidir ya que no hay respuestas correctas o incorrectas, sino que únicamente son descripciones de sus posibles opiniones personales o sentimientos.

NOMBRE:	
EDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
OCUPACIÓN LABORAL:	SEXO:
FECHA ACTUAL:	

1	A menudo hago cosas nuevas simplemente por diversión o emoción, aunque la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo.	1	2	3	4	5
2	Suelo confiar en que todo irá bien, incluso en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
3	Siento con frecuencia que soy una víctima de las circunstancias.	1	2	3	4	5
4	Suelo aceptar a los demás tal y como son, aunque sean muy diferentes a mí.	1	2	3	4	5
5	Me gustan más los retos que los trabajos fáciles.	1	2	3	4	5
6	Con frecuencia pienso que mi vida tiene poco sentido o propósito.	1	2	3	4	5
7	Me gusta ayudar a encontrar soluciones a los problemas para que todo el mundo salga beneficiado.	1	2	3	4	5
8	Generalmente, soy muy impaciente a la hora de empezar cualquier trabajo que tenga que hacer.	1	2	3	4	5
9	A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aún cuando otros piensen que no hay motivos para preocuparse.	1	2	3	4	5
10	Con frecuencia, hago cosas en función de cómo me siento en ese momento, sin pensar en cómo se han hecho en el pasado.	1	2	3	4	5
11	Suelo hacer las cosas a mi manera sin ceder a los deseos de los demás.	1	2	3	4	5
12	A menudo siento una poderosa sensación de unión con todas las cosas que me rodean.	1	2	3	4	5
13	Haría cualquier cosa, dentro de la legalidad, para llegar a ser rico y famoso, aunque con ello perdiese la confianza de algunos buenos amigos.	1	2	3	4	5
14	Soy más reservado y me controlo más que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
15	Me gusta hablar abiertamente de mis experiencias y sentimientos, con mis amigos, en vez de guardármelos para mí.	1	2	3	4	5
16	Tengo menos energía y me canso antes que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
17	Casi nunca me siento libre para elegir lo que quiero hacer.	1	2	3	4	5
18	Me parece que no comprendo muy bien a la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
19	Con frecuencia evito conocer a extraños, porque no me siento seguro con gente que desconozco.	1	2	3	4	5
20	Me gusta agradar a la gente todo lo que puedo.	1	2	3	4	5
21	A menudo, deseo ser más inteligente que el resto de la gente.	1	2	3	4	5
22	Ningún trabajo es lo suficientemente duro como para impedir que dé lo mejor de mí.	1	2	3	4	5
23	A menudo espero que otro me solucione mis problemas.	1	2	3	4	5
24	Con frecuencia, me gasto el dinero hasta quedarme sin nada, o me endeudo por pedir demasiados créditos.	1	2	3	4	5
25	Con frecuencia, cuando estoy relajado, tengo inesperados destellos de intuición o comprensión de las cosas.	1	2	3	4	5
26	No me preocupa mucho si yo, o mi manera de hacer las cosas, les gusta a la gente.	1	2	3	4	5
27	Suelo intentar conseguir lo que quiero para mí; ya que, de cualquier forma, es imposible satisfacer a todos.	1	2	3	4	5
28	No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista.	1	2	3	4	5
29	Algunas veces, me siento tan en contacto con la naturaleza que todo parece formar parte de un único ser vivo.	1	2	3	4	5
30	Cuando tengo que conocer a gente nueva, soy más tímido que la mayoría de las personas.	1	2	3	4	5
31	Soy más sentimental que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
32	Pienso que la mayoría de las cosas llamadas milagros son mera casualidad.	1	2	3	4	5

33	Cuando alguien de alguna forma me hace daño suelo intentar vengarme.	1	2	3	4	5
34	Mis acciones están determinadas mayoritariamente por influencias que están fuera de mi control.	1	2	3	4	5
35	Cada día intento dar un paso más hacia mis metas.	1	2	3	4	5
36	Por favor, haz un círculo en el número cuatro, este es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
37	Soy una persona muy ambiciosa.	1	2	3	4	5
38	Suelo estar tranquilo y seguro en situaciones que la mayoría de la gente encontraría físicamente peligrosas.	1	2	3	4	5
39	Pienso que no es inteligente ayudar a la gente débil que no puede ayudarse a sí misma.	1	2	3	4	5
40	No me siento tranquilo si trato a otra gente de forma injusta , aunque ellos hayan sido injustos conmigo.	1	2	3	4	5
41	Por lo general la gente me dice cómo se siente.	1	2	3	4	5
42	Algunas veces, he sentido que formo parte de algo que no tiene límites ni fronteras en el espacio o tiempo.	1	2	3	4	5
43	Algunas veces, siento una especie de contacto espiritual con otra gente que no puedo explicar con palabras.	1	2	3	4	5
44	Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin reglas estrictas ni normas.	1	2	3	4	5
45	Cuando fracaso en algo, todavía me esfuerzo más en hacerlo mejor.	1	2	3	4	5
46	Generalmente, me preocupo más que la mayoría de la gente de que algo pueda ir mal en un futuro.	1	2	3	4	5
47	Suelo pensar en todos los detalles antes de tomar una decisión.	1	2	3	4	5
48	Tengo varios malos hábitos que me gustaría poder dejar.	1	2	3	4	5
49	Los demás me controlan demasiado.	1	2	3	4	5
50	Me gusta ser útil a los demás.	1	2	3	4	5
51	Por lo general, consigo que la gente me crea, incluso cuando sé que estoy exagerando o diciendo cosas que no son ciertas.	1	2	3	4	5
52	Algunas veces, he sentido que mi vida era dirigida por una fuerza espiritual superior a cualquier ser vivo.	1	2	3	4	5
53	Tengo reputación de ser una persona muy práctica, que no se deja llevar por las emociones.	1	2	3	4	5
54	Me conmueven profundamente las peticiones de caridad (por ej. cuando alguien me pide ayuda para los niños minusválidos).	1	2	3	4	5
55	Suelo poner tanto empeño en las cosas, que continuo trabajando incluso después de que otras personas se han dado por vencidas.	1	2	3	4	5
56	He tenido momentos de gran felicidad, en los cuales repentinamente he tenido una clara y profunda sensación de unidad con todo lo que existe.	1	2	3	4	5
57	Sé lo que quiero hacer en mi vida.	1	2	3	4	5
58	A menudo, no me enfrento a los problemas porque no sé lo que hay que hacer.	1	2	3	4	5
59	Prefiero gastar dinero que ahorrarlo.	1	2	3	4	5
60	A menudo, me han llamado "adicto al trabajo" debido a mi entusiasmo por trabajar mucho.	1	2	3	4	5
61	Cuando me avergüenzan o me humillan, me recupero rápidamente.	1	2	3	4	5
62	Me gusta luchar por conseguir más y mejores cosas cada vez.	1	2	3	4	5
63	Por lo general, necesito muy buenas razones para cambiar mi manera habitual de hacer las cosas.	1	2	3	4	5
64	Suelo estar relajado y despreocupado, incluso en situaciones en que casi todo el mundo tiene miedo.	1	2	3	4	5
65	Las películas y las canciones tristes me parecen bastante aburridas.	1	2	3	4	5

66	A menudo, las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad.	1	2	3	4	5
67	Generalmente, disfruto siendo mezquino con gente que lo ha sido conmigo.	1	2	3	4	5
68	A menudo, me fascina tanto lo que estoy haciendo que pierdo la noción de todo, como si me desconectara en tiempo y lugar.	1	2	3	4	5
69	Pienso que no tengo un propósito claro en mi vida.	1	2	3	4	5
70	A menudo, me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aun cuando otros piensen que no existe peligro.	1	2	3	4	5
71	Suelo guiarme por mi intuición, corazonadas o instintos, sin considerar bien todos los detalles.	1	2	3	4	5
72	Me gusta destacar en todo aquello que hago.	1	2	3	4	5
73	A menudo, siento una fuerte conexión espiritual o emocional con la gente que me rodea.	1	2	3	4	5
74	Generalmente, intento ponerme en el lugar de los otros para poder comprenderles realmente.	1	2	3	4	5
75	Principios como la honestidad y la justicia tienen poca importancia en algunos aspectos de mi vida.	1	2	3	4	5
76	Soy más trabajador que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
77	Por lo general, insisto en que las cosas se hagan de una forma ordenada y meticulosa, aun cuando los demás piensen que no es importante.	1	2	3	4	5
78	Me siento seguro y confiado en la mayoría de las situaciones sociales.	1	2	3	4	5
79	A mis amigos, les resulta difícil conocer mis sentimientos porque raramente les comento lo que pienso.	1	2	3	4	5
80	Sé comunicar con facilidad mis sentimientos a los demás.	1	2	3	4	5
81	Tengo más energía y me canso menos que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
82	Con frecuencia, interrumpo lo que estoy haciendo debido a preocupaciones, aunque mis amigos me digan que todo saldrá bien.	1	2	3	4	5
83	A menudo deseo ser más poderoso que los demás.	1	2	3	4	5
84	A los miembros de un equipo raramente les toca lo que les corresponde.	1	2	3	4	5
85	No cambio mi manera de actuar por complacer a los demás.	1	2	3	4	5
86	No soy nada tímido con personas desconocidas.	1	2	3	4	5
87	Paso la mayor parte de mi tiempo haciendo cosas que parecen ser necesarias, pero que no tienen realmente importancia para mí.	1	2	3	4	5
88	No creo que, en las decisiones de negocios, deban influir principios religiosos o éticos sobre lo que está bien o mal hecho.	1	2	3	4	5
89	A menudo, intento dejar a un lado mis propios valores y opiniones, para que pueda entender mejor las experiencias de los demás.	1	2	3	4	5
90	Muchos de mis hábitos, me hacen difícil lograr metas que merezcan la pena.	1	2	3	4	5
91	He hecho verdaderos sacrificios personales para hacer de este mundo un lugar mejor donde vivir, tales como tratar de prevenir la guerra, pobreza e injusticia.	1	2	3	4	5
92	Tardo tiempo en abrirme a los demás.	1	2	3	4	5
93	Siento placer viendo a mis enemigos sufrir.	1	2	3	4	5
94	Me gusta empezar los trabajos enseguida, independientemente de que sean muy duros.	1	2	3	4	5
95	A menudo, la gente piensa que estoy en la luna porque soy poco consciente de lo que ocurre a mi alrededor.	1	2	3	4	5
96	Normalmente, me gusta ser frío y distante con los demás	1	2	3	4	5

97	Lloro con más facilidad que la mayoría de la gente cuando veo una película triste.	1	2	3	4	5
98	Me recupero con más rapidez que la mayoría de la gente de enfermedades leves y/o situaciones de estrés.	1	2	3	4	5
99	Con frecuencia, pienso que soy parte de una fuerza espiritual de la que depende toda la vida.	1	2	3	4	5
100	Antes de ser capaz de confiar en mí mismo ante situaciones difíciles, necesito más práctica para desarrollar hábitos adecuados.	1	2	3	4	5
101	Por favor, redondea el número uno, es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
102	Me gusta tomar decisiones rápidas, para ponerme cuanto antes a realizar lo que haya que hacer.	1	2	3	4	5
103	Normalmente, me siento confiado haciendo cosas que los demás considerarían peligrosas (como conducir un coche a mucha velocidad por una carretera mojada o helada).	1	2	3	4	5
104	Me gusta explorar nuevas maneras de hacer las cosas.	1	2	3	4	5
105	Disfruto más ahorrando que gastándome el dinero en ocio o diversión.	1	2	3	4	5
106	He tenido experiencias personales en las que me sentí como si estuviera en contacto con un poder divino y espiritual.	1	2	3	4	5
107	Tengo tantos defectos que hacen que no me gusto mucho.	1	2	3	4	5
108	La mayoría de la gente parece tener más recursos que yo.	1	2	3	4	5
109	Cuando creo que no me van a pillar, suelo desobedecer reglas y leyes.	1	2	3	4	5
110	Incluso con amigos, prefiero no abrirme mucho.	1	2	3	4	5
111	Cuanto más duro sea un trabajo más me gusta.	1	2	3	4	5
112	A menudo, al mirar cosas cotidianas, me sucede algo maravilloso: tengo la sensación de que las estoy viendo por primera vez.	1	2	3	4	5
113	Me suelo sentir tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo que me es poco familiar	1	2	3	4	5
114	Estoy impaciente por empezar cualquier tarea que me asignen.	1	2	3	4	5
115	Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes, aunque sepa que voy a sufrir las consecuencias.	1	2	3	4	5
116	Si me siento molesto o alterado, suelo sentirme mejor con amigos que estando solo.	1	2	3	4	5
117	Suelo llevar a cabo más cosas de las que la gente espera de mí.	1	2	3	4	5
118	Experiencias religiosas me han ayudado a entender el verdadero propósito de mi vida.	1	2	3	4	5
119	Generalmente, me esfuerzo más que el resto de la gente, porque quiero hacer las cosas lo mejor que puedo.	1	2	3	4	5
120	Por favor, redondea el número cinco, es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
121	Me suelo sentir con más energía y confianza que la mayoría de la gente, incluso después de situaciones de estrés y/o enfermedades leves.	1	2	3	4	5
122	Cuando no sucede nada nuevo, suelo buscar algo que me resulte excitante o novedoso.	1	2	3	4	5
123	Me gusta pensar las cosas durante mucho tiempo antes de tomar una decisión.	1	2	3	4	5
124	La gente que se relaciona conmigo tiene que aprender a hacer las cosas a mi manera.	1	2	3	4	5
125	Suelo establecer contactos afectuosos con la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
126	Suelen describirme como una persona ambiciosa	1	2	3	4	5
127	Prefiero leer un libro que hablar acerca de mis sentimientos con otra persona.	1	2	3	4	5
128	Disfruto vengándome de la gente que me ha hecho daño.	1	2	3	4	5

129	Si algo no sale como tengo previsto, tiendo más a abandonarlo que a seguir intentándolo durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
130	Es fácil para la gente acercarse a mí emocionalmente.	1	2	3	4	5
131	Probablemente, me encontraría relajado y a gusto quedando con gente desconocida, aunque me hubieran dicho que es gente poco amigable.	1	2	3	4	5
132	Por favor, redondea el número dos, es un ítem de validez	1	2	3	4	5
133	En general, no me gusta la gente que tiene ideas distintas a las mías.	1	2	3	4	5
134	Con frecuencia, me cuesta iniciar cualquier proyecto.	1	2	3	4	5
135	Por lo general, soy hábil deformando o exagerando la realidad a la hora de contar una historia divertida o gastar una broma a alguien.	1	2	3	4	5
136	Me es muy difícil adaptarme a cambios en mi forma habitual de hacer las cosas, porque me pongo nervioso, me canso o me preocupo.	1	2	3	4	5
137	Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
138	Con frecuencia, la gente piensa que soy demasiado independiente porque no hago lo que ellos quieren.	1	2	3	4	5
139	Se me da mejor ahorrar que a la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
140	A menudo, dejo una actividad si requiere más tiempo del que yo pensaba.	1	2	3	4	5
141	El que algo esté bien o mal es tan sólo una cuestión de opinión.	1	2	3	4	5
142	A menudo, aprendo mucho de otra gente.	1	2	3	4	5
143	Creo que la vida depende de un orden o poder espiritual que no puede ser explicado del todo.	1	2	3	4	5
144	Si no soy muy cuidadoso, a menudo las cosas me suelen ir mal.	1	2	3	4	5
145	Soy más lento que la mayoría de la gente a la hora de entusiasarme por ideas y actividades nuevas.	1	2	3	4	5
146	Probablemente, podría conseguir más cosas de las que logro, pero no veo la necesidad de exigirme más allá de lo estrictamente necesario.	1	2	3	4	5
147	Suelo permanecer alejado de situaciones sociales en las que tengo que conocer a gente nueva, incluso si se me asegura que serán amistosos.	1	2	3	4	5
148	A menudo, me siento tan en conexión con la gente que tengo a mi alrededor, que es como si no hubiera separación entre nosotros.	1	2	3	4	5
149	En la mayoría de las situaciones, mi forma natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado.	1	2	3	4	5
150	Con frecuencia, tengo que dejar lo que estoy haciendo porque comienza a preocuparme que algo salga mal.	1	2	3	4	5
151	Con frecuencia, me dicen que soy distraído porque me meto tanto en lo que estoy haciendo que pierdo la noción de todo.	1	2	3	4	5
152	Generalmente, tengo en cuenta los sentimientos de otras personas tanto como los míos.	1	2	3	4	5
153	Con frecuencia, soy descrito como muy poco ambicioso.	1	2	3	4	5
154	La mayor parte del tiempo, prefiero hacer cosas algo arriesgadas (como conducir en una zona montañosa con curvas escarpadas) que estar quieto o inactivo durante horas.	1	2	3	4	5
155	Alguna gente, piensa que soy demasiado tacaño o mirado con el dinero.	1	2	3	4	5
156	Prefiero las viejas formas de hacer las cosas, "ensayadas y correctas", que intentar formas "nuevas y mejores".	1	2	3	4	5
157	Con frecuencia, hago cosas para ayudar a evitar la extinción de animales y plantas.	1	2	3	4	5
158	A menudo, me esfuerzo hasta el agotamiento y/o intento hacer más de lo que realmente puedo.	1	2	3	4	5
159	Cuando me pillan haciendo algo mal, no soy muy bueno para salir del atolladero.	1	2	3	4	5

160	La práctica continuada de las cosas, me ha permitido adquirir buenos hábitos, que son más fuertes que la mayoría de los impulsos que me aparecen temporalmente.	1	2	3	4	5
161	Pienso que tendré suerte en el futuro.	1	2	3	4	5
162	Me abro fácilmente con las demás personas, aun cuando no las conozca demasiado.	1	2	3	4	5
163	Cuando fracaso en conseguir alguna cosa al principio, el poder conseguirla se convierte en mi reto personal.	1	2	3	4	5
164	No es necesario ser deshonesto para tener éxito en los negocios.	1	2	3	4	5
165	En las conversaciones, suelo ser mejor escuchando que hablando.	1	2	3	4	5
166	No sería feliz en un trabajo donde no pudiese comunicarme con otras personas.	1	2	3	4	5
167	Mis actitudes están determinadas mayoritariamente por influencias que están fuera de mi control.	1	2	3	4	5
168	A menudo, desearía ser el más fuerte .	1	2	3	4	5
169	Suelo necesitar siestas o periodos de descanso extra, porque me canso con facilidad.	1	2	3	4	5
170	Me cuesta mucho mentir, aunque lo tenga que hacer para no herir los sentimientos de otros.	1	2	3	4	5
171	Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sea cual sea el problema a superar.	1	2	3	4	5
172	Me cuesta disfrutar gastándome el dinero en mí mismo, aunque tenga mucho ahorrado.	1	2	3	4	5
173	A menudo, hago mi mejor trabajo bajo circunstancias difíciles.	1	2	3	4	5
174	Me gusta guardarme los problemas para mí.	1	2	3	4	5
175	Tengo una imaginación muy viva y desarrollada.	1	2	3	4	5
176	Me gusta más estar en casa que viajar o explorar nuevos lugares.	1	2	3	4	5
177	Las relaciones de amistad intensas con las demás personas son muy importantes para mí.	1	2	3	4	5
178	A menudo, tengo el deseo de seguir siendo siempre joven.	1	2	3	4	5
179	Me gusta leer antes todo lo que tengo que firmar.	1	2	3	4	5
180	Pienso que me sentiría confiado y relajado con desconocidos, aunque me dijeran que están enfadados conmigo.	1	2	3	4	5
181	Siento que es más importante ser afectivo y comprensivo con la gente que ser práctico e inflexible.	1	2	3	4	5
182	Con frecuencia, desearía tener poderes especiales como Superman.	1	2	3	4	5
183	Me gusta compartir con los demás lo que he aprendido.	1	2	3	4	5
184	Suelo considerar las situaciones difíciles como desafíos u oportunidades.	1	2	3	4	5
185	La mayoría de la gente que conozco sólo piensan en ellos mismos, sin importarles quien salga perjudicado.	1	2	3	4	5
186	Para recuperarme de enfermedades leves o situaciones de estrés, necesito mucho apoyo, descanso y tranquilidad.	1	2	3	4	5
187	Sé que existen principios en la vida que nadie puede violar, sin sufrir consecuencias a largo plazo.	1	2	3	4	5
188	No quiero ser más rico que los demás.	1	2	3	4	5
189	Cuando empiezo un trabajo, me gusta ir lentamente, aunque sea fácil de hacer.	1	2	3	4	5
190	Arriesgaría mi vida para hacer del mundo un lugar mejor.	1	2	3	4	5
191	Cuando la gente pasa mi trabajo por alto, me obstino aun más en lograr el éxito.	1	2	3	4	5
192	Con frecuencia, desearía detener el paso del tiempo	1	2	3	4	5
193	Odio tomar decisiones solamente basadas en mi primera impresión	1	2	3	4	5

194	Prefiero estar sola/o que tener que cargar con los problemas de otras personas.	1	2	3	4	5
195	No quiero ser más admirado que el resto de la gente.	1	2	3	4	5
196	Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen a tener buenas costumbres.	1	2	3	4	5
197	Me gusta hacer los trabajos rápidamente y después ofrecerme para hacer más.	1	2	3	4	5
198	Me cuesta tolerar gente que sea diferente a mí.	1	2	3	4	5
199	Cuando alguien me hace daño, prefiero ser amable que intentar vengarme.	1	2	3	4	5
200	Realmente, me gusta estar ocupada/o.	1	2	3	4	5
201	Intento cooperar lo máximo posible con los demás.	1	2	3	4	5
202	Gracias a mi ambición y a mi trabajo duro, suelo tener éxito.	1	2	3	4	5
203	Por lo general, es fácil que me caiga bien la gente que tiene valores distintos a los míos.	1	2	3	4	5
204	Las buenas costumbres se han convertido en parte de mí, y me salen de forma natural y espontánea casi todo el tiempo.	1	2	3	4	5
205	Odio cambiar mi manera de hacer las cosas, aunque me digan que hay formas nuevas y mejores de hacerlas.	1	2	3	4	5
206	Pienso que no es sabio creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente.	1	2	3	4	5
207	Estoy dispuesto a sacrificarme mucho para tener éxito.	1	2	3	4	5
208	Me gusta imaginarme a mis enemigos sufriendo.	1	2	3	4	5
209	Por favor, redondea el número tres, es un ítem de validez	1	2	3	4	5
210	Me gusta prestar atención a los detalles, en todo aquello que hago.	1	2	3	4	5
211	Por lo general, me siento libre para elegir lo que quiero hacer.	1	2	3	4	5
212	A menudo, me involucro tanto en lo que estoy haciendo, que llego a olvidar dónde estoy durante un instante.	1	2	3	4	5
213	Me gusta que los demás sepan que me preocupo por ellos.	1	2	3	4	5
214	La mayor parte del tiempo, preferiría hacer algo arriesgado (como lanzarme en paracaídas o ala delta), antes que tener que quedarme quieto e inactivo durante unas horas.	1	2	3	4	5
215	Debido a que suelo gastar de forma impulsiva mucho dinero, me cuesta ahorrar, incluso para cosas especiales como unas vacaciones.	1	2	3	4	5
216	A menudo, cedo a los deseos de mis amigos	1	2	3	4	5
217	Nunca me preocupo de las cosas terribles que puedan ocurrir en un futuro.	1	2	3	4	5
218	A la gente, le resulta fácil acudir a mí en busca de ayuda, simpatía y comprensión.	1	2	3	4	5
219	La mayoría de las veces, perdono con rapidez a quien me ha hecho daño.	1	2	3	4	5
220	Pienso que mi forma espontánea de actuar es consistente con mis metas y mis principios a largo plazo.	1	2	3	4	5
221	Al hacer cosas, prefiero esperar a que sea otro quien tome el mando.	1	2	3	4	5
222	Me divierte comprarme cosas.	1	2	3	4	5
223	He tenido experiencias que me han aclarado tanto mi papel en la vida, que me han hecho sentir muy feliz y emocionada/o.	1	2	3	4	5
224	Suelo respetar las opiniones de las/los demás.	1	2	3	4	5
225	Mi conducta se encuentra fuertemente guiada por determinadas metas que he establecido en mi vida	1	2	3	4	5
226	Suele ser tonto favorecer el éxito de otra gente.	1	2	3	4	5
227	A menudo, desearía poder vivir siempre.	1	2	3	4	5

228	Cuando alguien me señala mis fallos, suelo trabajar más duro para corregirlos	1	2	3	4	5
229	No dejaría de hacer lo que estoy haciendo, sólo por haber tenido varios fracasos seguidos.	1	2	3	4	5
230	Generalmente, tengo buena suerte en todo lo que intento.	1	2	3	4	5
231	Desearía ser más guapa/o que las/os demás.	1	2	3	4	5
232	Probablemente, las experiencias místicas son sólo deseos.	1	2	3	4	5
233	Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de cualquier grupo.	1	2	3	4	5
234	La falta de honestidad causa problemas, sólo si te descubren.	1	2	3	4	5
235	Los buenos hábitos me facilitan hacer las cosas en la forma en que quiero.	1	2	3	4	5
236	Los demás y las circunstancias suelen ser los responsables de mis problemas.	1	2	3	4	5
237	Suelo poder rendir "a tope", todo el día, sin tener que esforzarme.	1	2	3	4	5
238	Quiero ser la/el mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
239	Aunque los demás me pidan que tome una decisión rápida, casi siempre pienso en todos los hechos detenidamente antes de tomarla.	1	2	3	4	5
240	Cuando hay algo que debe hacerse, suelo prestarme rápidamente como voluntario.	1	2	3	4	5

STAI/E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

0.....NADA
1.....ALGO
2.....BASTANTE
3.....MUCHO

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me siento calmado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasosegado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy "atado" (como oprimido) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases. A-R

STAI/R
INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

- 0.....NADA
1.....ALGO
2.....BASTANTE
3.....MUCHO

21. Me siento bien 0 1 2 3
22. Me canso rápidamente..... 0 1 2 3
23. Siento ganas de llorar 0 1 2 3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros 0 1 2 3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto..... 0 1 2 3
26. Me siento descansado..... 0 1 2 3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada 0 1 2 3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas..... 0 1 2 3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia 0 1 2 3
30. Soy feliz..... 0 1 2 3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente..... 0 1 2 3
32. Me falta confianza en mí mismo..... 0 1 2 3
33. Me siento seguro 0 1 2 3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades 0 1 2 3
35. Me siento triste (melancólico)..... 0 1 2 3
36. Estoy satisfecho..... 0 1 2 3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia 0 1 2 3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos 0 1 2 3
39. Soy una persona estable0 1 2 3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales,
me pongo tenso y agitado..... 0 1 2 3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

EBP

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre sentimientos que las personas podemos experimentar en cualquier etapa de nuestra vida. Por favor, al leer cada frase vea si usted, **EN ESTA ETAPA DE SU VIDA, SE SIENTE ASÍ**. Conteste de forma espontánea y sincera. No es necesario que piense demasiado acerca de cada frase. De forma sencilla y rápida vea si usted en estos momentos de su vida se siente o no de esa manera.

Aparecerán frases parecidas a esta que se pone como

EJEMPLO:

“Me siento muy ilusionado”

Si usted, en esta etapa de su vida, no se siente así en ninguna ocasión, tendrá que marcar, en la Hoja de respuestas, una cruz en una de las casillas que están a continuación del recuadro donde dice **NUNCA**; si algunas veces sí que se siente ilusionado, pondrá una cruz frente al recuadro de **ALGUNAS VECES**; si esto le ocurre más a menudo, pondrá una cruz frente a **BASTANTES VECES**; si con mucha frecuencia se siente usted así pondrá una cruz frente a **CASI SIEMPRE**; si, prácticamente, usted se siente de esta forma en casi todos los momentos, pondrá una frente al recuadro **SIEMPRE**.

Suponemos que el que va a contestar jamás se siente ilusionado. Por eso, en la Hoja de respuestas, se ha puesto una cruz en la primera casilla, debajo de la palabra **EJEMPLO**.

Marque Vd. Una cruz en la casilla que mejor se ajuste a su caso después de leer cada una de las frases que aparecen en la página siguiente. Fíjese en que el número que está delante de cada frase es el mismo que el de la columna de la Hoja de respuestas en que va a contestar.

POR FAVOR NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. GRACIAS.

- 1) Acostumbro a ver el lado favorable de las cosas.
- 2) Me gusta transmitir mi felicidad a los demás.
- 3) Me siento bien conmigo mismo.
- 4) Todo me parece interesante.
- 5) Me gusta divertirme.
- 6) Me siento jovial.
- 7) Busco momentos de distracción y descanso.
- 8) Tengo buena suerte.
- 9) Estoy ilusionado/a.
- 10) Se me han abierto muchas puertas en mi vida.
- 11) Me siento optimista.
- 12) Me siento capaz de realizar mi trabajo.
- 13) Creo que tengo buena salud.
- 14) Duermo bien y de forma tranquila.
- 15) Me creo útil y necesario/a para la gente.
- 16) Creo que me sucederán cosas agradables.
- 17) Creo que como persona (madre/padre, esposa/esposo, trabajador/trabajadora) he logrado lo que quería.
- 18) Creo que valgo tanto como cualquier otra persona.
- 19) Creo que puedo superar mis errores y debilidades.

- 20) Creo que mi familia me quiere.
- 21) Me siento en forma.
- 22) Tengo muchas ganas de vivir.
- 23) Me enfrento a mi trabajo y a mis tareas con buen ánimo.
- 24) Me gusta lo que hago.
- 25) Disfruto de las comidas
- 26) Me gusta salir y ver a la gente.
- 27) Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo.
- 28) Creo que, generalmente, tengo buen humor.
- 29) Siento que todo va bien.
- 30) Tengo confianza en mí mismo/a.
- 31) Vivo con cierto desahogo y bienestar.
- 32) Puedo decir que soy afortunado/a.
- 33) Tengo una nueva vida tranquila.
- 34) Tengo lo necesario para vivir.
- 35) La vida me ha sido favorable.
- 36) Creo que tengo una vida asegurada, sin grandes riesgos.
- 37) Creo que tengo lo necesario para vivir cómodamente.
- 38) Las condiciones en que vivo son cómodas.
- 39) Mi situación es relativamente próspera.
- 40) Estoy tranquilo/a sobre mi futuro económico.

HOJA DE RESPUESTAS EBP

1	EJ.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Nunca o casi nunca	X																					
Algunas veces																						
Bastantes veces																						
Casi siempre																						
Siempre																						
1	EJ.	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
Nunca o casi nunca	X																					
Algunas veces																						
Bastantes veces																						
Casi siempre																						
Siempre																						

INSTRUCCIONES

Las siguientes frases describen posibles condiciones y efectos que las personas podemos experimentar en nuestro trabajo, sea este trabajo el propio de la casa o el trabajo fuera del hogar. Por favor, al leer cada frase vea si usted, **EN SU TRABAJO**, se ha sentido así. Conteste de forma espontánea y sincera. No es necesario que piense demasiado acerca de cada frase. De forma sencilla y rápida vea si lo afirmado en cada frase le sucede o no. Después de leer cada frase marque con una cruz, en la Hoja de respuestas, la casilla correspondiente a la contestación que mejor refleje las condiciones, efectos y sentimientos que usted experimenta en su trabajo.

Aparecerán frases parecidas a esta que se pone como

EJEMPLO:

“Mi trabajo me hace feliz”

Si usted, no se siente así en ninguna ocasión, tendrá que marcar, en la hoja de respuestas, una cruz frente al recuadro donde dice **NUNCA**; si en alguna ocasión sí que se siente de esta manera, ponga una cruz frente a **RARAS VECES**; si esto le ocurre de vez en cuando, ponga una cruz frente a **ALGUNAS VECES**; si con frecuencia se siente usted así, ponga una frente a **CON FRECUENCIA**, si lo que se afirma en la frase le sucede habitualmente, ponga una cruz frente al recuadro de **CASI SIEMPRE**.

Supongamos que el que va a contestar se siente con frecuencia feliz en su trabajo. Por eso, en la Hoja de respuestas, se ha puesto una cruz en la casi frente al recuadro **CON FRECUENCIA** bajo la columna **EJEMPLO**.

Marque Vd. Una cruz en la casilla que mejor se ajuste a su caso después de leer cada una de las frases que aparecen en la página siguiente. Fíjese en que el número que está delante de cada frase es el mismo que el de la columna de la Hoja de respuestas en que contestar.

**POR FAVOR NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.
GRACIAS.**

- 1) Mi trabajo es creativo, variado, estimulante.
- 2) Mi trabajo da sentido a mi vida.
- 3) Mi trabajo me exige aprender cosas nuevas.
- 4) Mi trabajo es interesante.
- 5) Mi trabajo es monótono, rutinario, aburrido.
- 6) En mi trabajo he encontrado apoyo y afecto.
- 7) Mi trabajo me ha proporcionado independencia.
- 8) Estoy discriminado/a en mi trabajo.
- 9) Mi trabajo es lo más importante para mí.
- 10) Disfruto con mi trabajo.

HOJA DE RESPUESTAS EBP

2	EJEMPLO	1	2	3	4	4	6	7	8	9	10
Nunca											
Raras veces											
Algunas veces											
Con frecuencia	X										
Casi siempre											

ESV

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará 5 afirmaciones sobre su vida. Señale con una X en la casilla correspondiente su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Señale lo que considere que es aplicable a su caso, lo que crea que es más cierto en su caso, y no lo que le gustaría que *fuese cierto* o lo que cree que *es mejor* contestar. Por favor, no piense demasiado su respuesta y, sobretodo, conteste a todas las afirmaciones y sea sincero.

Por ejemplo, si la afirmación fuese “Me gusta la música clásica” y está completamente de acuerdo con esta afirmación, marcaría una X en la casilla “Totalmente de acuerdo” así:

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
						X

A continuación encontrará las afirmaciones a las que debe responder:

1. En la mayoría de los aspectos, mi vida es como quiero que sea.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

2. Hasta ahora, he conseguido en la vida las cosas que considero importantes.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

3. Estoy satisfecho/a con mi vida.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

4. Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

5. Las circunstancias de mi vida son buenas.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

QANP

	Preguntas acerca del uso del teléfono móvil	Categorías de Respuestas				
		1	2	3	4	5
I01	¿Cuántas veces utilizas el teléfono móvil?	2 o 3 veces al mes	Semanalmente	Diariamente	2 horas al día	Más de 4 horas al día
I02	Señala las razones que tienes para usar el teléfono móvil	Sentirme feliz	Ser como mis amigos	Divertirme	Evadirme de mis problemas y estrés	Salir de mi tristeza, soledad y lastima de mí mismo/a
I03	¿Cómo consigues pagar la factura del teléfono móvil?	Trabajando	Con la tarjeta de crédito	De mi familia	De mi pareja	Robando
I04	¿A qué hora del día sueles usar el teléfono móvil?	Por la noche	Después de salir de clase o del trabajo	Durante las clases o el trabajo	Por la mañana, cuando me despierto	Me levanto durante la noche y lo suelo usar
I05	¿Por qué usas el teléfono móvil?	Para comunicarme con mis amigos/as	Porque me siento solo/a	Porque mis amigos lo usan	Para evadirme de mis problemas	Para salir de la rutina
I06	A veces me ocurre que...	Me cuesta seguir el ritmo del uso del teléfono móvil con mis amigos	Me cuesta contestar mensajes/whatsaps	Llamo de manera persistente a la misma persona	Me siento triste cuando no me contestan	Me deprimó o irrito si no puedo usar el teléfono móvil
I07	¿Con quién usas el teléfono móvil?	Con mis padres o familiares	Con mis hermanos o hermanas	Con mi pareja	Con mis amigos	Con desconocidos
I08	¿Qué sientes cuando usas el teléfono móvil?	Sensación de bienestar y relajación	Sensación de euforia	Conectado con los amigos/as	Muy pesado/a como si sufriera una enfermedad	Totalmente perdido/a, si no lo pudiera usar
I09	¿Cuáles han sido las consecuencias del uso del teléfono móvil a lo largo de tu vida?	Ninguna	Ha interferido en mis relaciones sociales	Ha evitado que tenga buenos momentos	Me he visto en apuros económicos	He tenido problemas con mis padres y/o pareja
I10	¿Cómo te sientes cuando te planteas tu uso de teléfono móvil?	No tengo problemas	Puedo controlarlo	Puedo controlarlo pero mis amigos me incitan al uso	Me siento mal cuando pienso en el uso	Necesito ayuda (tratamiento) para controlarme con el uso
I11	¿Cómo te perciben los demás en relación a tu uso con el teléfono móvil?	Lo normal para mi edad	Cuando lo uso descuido las responsabilidades con mi familia	Cuando lo uso descuido las responsabilidades con mis amigos	Mi familia o amigos me aconsejan controlar o reducir el uso	Mi familia o amigos ya han ido a buscar ayuda (tratamiento) por mi uso del teléfono móvil