



*Universitat
Abat Oliba CEU*

VARIABLES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A MAYOR
RIESGO DE PADECER ADICCIÓN A REDES SOCIALES
EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE BARCELONA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Autor: Lucas Puig Jové
Tutor: Joan Seguí Montesinos
Cotutora: Clara Valls Vidal
Máster Universitario en: Psicología General Sanitaria
Año: 2018

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

Firma:

Lucas PUIG JOVÉ

*Se ha vuelto terriblemente obvio que nuestra tecnología ha superado nuestra
humanidad.*
ALBERT EINSTEIN

Resumen

En este Trabajo Fin de Máster se pretende definir las características sociodemográficas y psicológicas que se correlacionarían con mayor vulnerabilidad en población joven para padecer adicción a las redes sociales. Apostamos también por una propuesta de intervención y por observar qué características neurobiológicas hay implicadas en esta adicción. Para ello, en primer lugar hemos realizado una revisión de fuentes secundarias y primarias que analizan la relación entre estas variables y en segundo lugar la realización de un estudio empírico transversal que cuenta con una muestra de 212 estudiantes de universidades de Barcelona a quienes se les administró un protocolo *ad hoc* en aras a medir diferentes variables psicológicas como ciertos patrones de comportamiento y autoestima y su relación con la adicción a redes sociales. Los resultados del estudio advierten que existen ciertos rasgos de personalidad y vulnerabilidades psicológicas que podrían predecir mayor riesgo a padecer la adicción. Se pone, por tanto, en evidencia la fragilidad de los jóvenes ante esta reconocida nueva adicción y las consecuencias que ello conlleva para la futura investigación.

Palabras claves

Adicción a Internet – Perfil adictivo – Personalidad – Neurobiología – Población joven – estudio empírico transversal

Resum

En aquest Treball Fi de Màster es pretén definir les característiques sociodemogràfiques i psicològiques que es correlacionarían amb major vulnerabilitat en població jove per patir addicció a les xarxes socials. Apostem també per una proposta d'intervenció i per observar quines característiques neurobiològiques hi ha implicades en aquesta addicció. Per a això, en primer lloc hem fet una revisió de fonts secundàries i primàries que analitzen la relació entre aquestes variables i en segon lloc la realització d'un estudi empíric transversal que compta amb una mostra de 212 estudiants d'universitats de Barcelona als que se'ls va administrar un protocol *ad hoc* a fi a mesurar diferents variables psicològiques com certs patrons de comportament i l'autoestima i la seva relació amb l'addicció a xarxes socials. Els resultats de l'estudi adverteixen que existeixen certs trets de personalitat i vulnerabilitats psicològiques que podrien predir major risc a patir l'addicció. Es posa,

per tant, en evidència la fragilitat dels joves davant aquesta reconeguda nova addicció i les conseqüències que això comporta per a la futura investigació.

Paraules clau

Adicció a Internet – Perfil addictiu – Personalitat – Població jove – Neurobiologia - estudi empíric transversal
--

Abstract

In this Final Master's Project, the aim is to define the sociodemographic and psychological characteristics that would correlate with greater vulnerability in the young population to suffer addiction to social networks. We also bet on a proposal for intervention and for observing what neurobiological characteristics are involved in this addiction. To do this, firstly we have reviewed secondary and primary sources that analyze the relationship between these variables and, secondly, a cross-sectional empirical study that has a sample of 212 students from Barcelona universities who were given an *ad hoc* protocol in order to measure different psychological variables such as certain patterns of behavior and self-esteem and their relationship with addiction to social networks. The results of the study warn that there are certain personality traits and psychological vulnerabilities that could predict a higher risk of suffering from addiction. It therefore evidences the fragility of the young people in front of this recognized new addiction and the consequences that this entails for the future investigation.

Keywords

Internet addiction - Addictive profile - Personality – Neurobiology - Young population - transversal empirical study
--

Sumario

1. Introducción	7
2. BLOQUE I	9
2.1. Redes sociales y nuevas tecnologías.....	9
2.1.1- Tipos de redes sociales	9
2.1.2 - Historia de la adicción a redes sociales y nuevas tecnologías.....	11
2.1.3 - Prevalencia	16
2.2. <i>Mecanismos explicativos y modelos adictivos</i>	21
2.2.1.- Factores de riesgo	23
2.2.2.- Comorbilidad	27
2.3. Cerebros en línea	29
2.3.1.- Consecuencias neurobiológicas de la adicción a Internet.....	29
2.3.1.- Efectos psicológicos y físicos de la adicción a Internet.....	33
2.4. Propuesta de intervención	37
3. BLOQUE II	39
3.1. Justificación estudio empírico.....	39
3.2. Objetivos e hipótesis.....	39
3.3. Método.....	41
3.3.1. Participantes	41
3.3.2. Instrumentos	42
3.3.3. Procedimiento.....	44
3.3.4. Análisis de datos.....	45
3.4. Resultados.....	46
3.5. Discusión	55
4. Conclusión, una mirada reflexiva.	61
Bibliografía	63
Anexos	67
Anexo I. Consentimiento informado.....	67
Anexo II. Protocolo utilizado en estudio.....	69

1. Introducción

Vivimos en un mundo globalizado donde Internet y el avance tecnológico han hecho huella histórica en nuestra civilización, convirtiéndose en piezas prácticamente imprescindibles para nuestra vida cotidiana, redefiniendo nuestras tareas intelectuales y nuestro modo de comunicación e interacción, hasta llegar a ser un vehículo de información y conocimiento que sirve de relevo de una generación a otra. Es por ello, imprescindible prestarse a conocerlo para dar cuenta del poder creativo del ser humano y la capacidad que posee para expandir sus horizontes intelectuales, sin olvidar la responsabilidad que esto conlleva. El ser humano tiene la asombrosa capacidad de crear y construir cosas que escapan a su control. Con ello, deberíamos tener presente que elegimos las decisiones que tomamos pero no escogemos las consecuencias que se derivan de las mismas.

Partimos de la premisa de que el ser humano, desde que tenemos referencias históricas contrastadas, ha estado estrechamente relacionado con la búsqueda y experimentación de sensaciones, externas e internas. De hecho, sabemos que nuestro cerebro está predispuesto o, mejor dicho, neurobiológicamente diseñado para estar abierto al mundo que lo rodea, conectado e interactuando constantemente con este. Desde esta perspectiva temporal podríamos razonablemente afirmar que, cualquier comportamiento o consumo adictivo (a un estímulo externo), resulta ser prácticamente inherente a la esencia del hombre (Echeburua y Corral, 2010).

En esta misma línea, sabemos que, por naturaleza, necesitamos relacionarnos socialmente. El ser humano es un ser gregario, un ser social que vive en comunidad y necesita imperiosamente sentirse relacionado y comunicado con el resto. La comunicación es una necesidad primaria en el ser humano. El cerebro es un órgano social que se construye interactuando con otro cerebro y, este hecho, no deberíamos olvidarlo (lamentablemente, muchos niños y adolescentes interactúan más con una pantalla que con otro ser humano). Hoy en día además, tras la revelación empírica, está suficientemente acreditado que el término adicción, no es aplicable únicamente al consumo de drogas; validando la posibilidad de que también puedan presentarse aquellas adicciones que no implican intervención de sustancias químicas, las llamadas adicciones conductuales, en las que más adelante profundizaremos.

Así pues, si bien sabemos que el ser humano es propenso a mostrar conductas y

consumo adictivo por las repercusiones bioquímicas que tiene ello en nuestro cerebro y que su necesidad natural le empuja a estar conectado socialmente con el resto de su especie, lo próximo sería plantearse lo que da título y esencia a este trabajo, la adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías. Es preciso por ello, conocerlas de antemano para, posteriormente, poder aproximarnos a aquello que podría subyacer a su gran poder adictivo. Para esto, la investigación se apoya de una revisión bibliográfica sobre el tema.

Si antiguamente la sociedad era controlada a través de las emociones del miedo y la culpa, hoy vivimos esclavizados en una ilusa búsqueda de la felicidad y alegría perenne. Todo parece ir encaminado a alcanzar la felicidad a toda costa, como si fuera un objetivo a lograr. Pues bien, las redes sociales crean el espejismo de una vida feliz. Te presentas al mundo con un mensaje ficticio de que “todo va bien, todo está bien” o “estoy en un estado permanente de alegría”. Cuánta más felicidad nuestro más “soy”. La felicidad y la emoción de alegría son convertidas en un camino perpetuo (“Siempre debemos estar alegres y felices”), en lugar de ser el final de un camino. Al convertirse prácticamente en una imposición social, se debe conseguir a cualquier coste, provocando peligrosamente atajos que nos hacen caer en adicciones a sustancias, a comportamientos potencialmente peligrosos para la integridad física y psíquica... Y, en concretamente lo que nos atañe aquí, a una adicción a las redes sociales y a las nuevas tecnologías...

Con este nuevo reto social, que llama a la curiosidad científica, se motiva el consecuente estudio empírico transversal que realizamos en este trabajo. Para esta investigación nos servimos de una muestra universitaria española de 212 participantes que cursan matriculados las carreras de Magisterio y Psicología en la Universidad de Barcelona y en la Universidad Abad Oliba CEU con el objetivo de definir las variables psicológicas y personales que determinan o predicen un perfil vulnerable y más propenso a la adicción de redes sociales y nuevas tecnologías. Dichas características psicológicas las entendemos como la personalidad y autoestima del sujeto, mientras que las personales serían variables como la edad, sexo, practicar deporte y horas de sueño. Recabaremos la información mediante la pasación de un protocolo, el cual se compone de una serie de test: el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 1997), la escala de autoestima de Rosemberg (EAR) y el Test de Adicción a Redes Sociales (TARS), además de otras preguntas pertinentes para conocer variables personales de los participantes como sus horas de sueño, de práctica de deporte o ejercicio físico y otros comportamientos relevantes.

2. BLOQUE I

2.1. Redes sociales y nuevas tecnologías

Si quisiéramos una definición de Redes Sociales, acertada y fácilmente inteligible, podríamos decir que las redes sociales son una herramienta social que permite a las personas estar vinculadas virtualmente a través de diferentes tipos de relaciones sociales tales como amistad, parentesco, intereses comunes, negocios o que comparten costumbres, ideologías, creencias, hobbies o conocimiento. Ya no es sólo por qué nos relacionamos con el resto sino cómo. Podemos hablar, por tanto, de un espacio virtual donde se permite a los usuarios interactuar de distintas formas e intercambiar el contenido que deseen pudiendo, en dicho espacio web, crear comunidades según la finalidad de las mismas (Castañeda y Gutiérrez, 2010).

Por lo general, en las redes sociales suele crearse un perfil, con más o menos transparencia, en el que el usuario facilita de forma deliberada datos personales e información sobre sus intereses. Las redes sociales permiten la participación libre de los usuarios, facilitando una herramienta para la interacción a nivel general. También, sirven para generar debates, conversaciones y, como vehículos informativos, para compartir conocimientos. A través de ellas se potencia la participación activa de los usuarios, promocionamos tendencias y modas, y el compartir conocimientos, actitudes y experiencias. Las redes sociales pueden estar dirigidas a un público especializado posibilitando que las personas acudan a ellas debido a un interés en común o algo que les une (Castañeda y Gutiérrez, 2010).

2.1.1- Tipos de redes sociales

Existen una multiplicidad de redes sociales por lo que se hace necesaria una clasificación. Una primera agrupación sería según su finalidad. Atendiendo a su razón de ser, se catalogan según si son profesionales, de entretenimiento u ocio o bien mixtas, siendo estas últimas una fusión de las anteriores (Castañeda y Gutiérrez, 2010).

La intención de las redes sociales profesionales es compartir información específicamente laboral-académica. En ellas se puede presentar un perfil propio curricular para mejorar la empleabilidad y originar relaciones de interés profesional-laboral. Se muestran además ofertas de empleo pudiendo hacerse estudio de la bolsa de trabajo de un sector en concreto. Incluye redes como LinkedIn o blogs temáticos siendo LinkedIn la red social profesional más popular contando con cerca

de 200 millones de usuarios registrados en todo el mundo. Estas redes son muy usadas por población adulta y son de poco interés para los más jóvenes, de ahí que su uso no sea tóxico o desadaptativo (Castañeda y Gutiérrez, 2010).

Las redes de entretenimiento, más encaradas al ocio, tienen como propósito congrega a personas que comparten actividades o *hobbies*, además de intereses comunes, como pueden serlo los deportes, la música y los videojuegos. Algunos ejemplos son Wiple. Esta es una red social para *gamers*¹ donde se encuentran todos los juegos favoritos o de moda, consolas y amigos con los que jugar *on-line* (Castañeda y Gutiérrez, 2010).

En referencia al sujeto, podemos clasificarlas en redes sociales “temáticas”, redes sociales de contenido y las redes personales o de contacto. Las redes sociales temáticas, de gran utilidad para las empresas ya que las utilizan para realizar publicidad de sus productos o servicios, fomentan la interacción entre individuos de acuerdo a sus gustos, intereses, y actividades en general. El contenido o contexto de estas redes sociales pueden ser el cine, viajes, libros, fotografía, etc. Entre ellas se encuentran, por ejemplo: Dopplr o Instagram. Dopplr es el sitio para personas que viajan mucho y quieren saber si sus amigos van a estar en los mismos destinos que ellos visitan, su función es el seguimiento de viajes, y ayuda a planificar el mismo. No obstante, la más popular es Instagram creada por Kevin Systrom y Mike Krieger en 2010. Esta aplicación nos permite subir fotografías y videos además de aplicar efectos fotográficos como filtros, marcos, colores y luego compartir la fotografía en la misma red social o en otras. El perfil es público o privado, bajo decisión del internauta, y los usuarios pueden comentar en las fotografías y vídeos de sus contactos así como enviarse mensajes privados o etiquetar a contactos en sus fotografías o videos (Castañeda y Gutiérrez, 2010).

En las redes sociales de contenido el interés reside precisamente en el contenido que se publica en la red. Una de las más populares es Youtube donde se pueden ver gran variedad de vídeos, música e incluso películas dando la opción de comentarlo, descargarlo o compartirlo. En cuanto a contenido fotográfico existen Pinterest y Flickr entre otros, los cuales permiten guardar imágenes y también compartirlas (Castañeda y Gutiérrez, 2010).

¹ Gamers es un término anglosajón que hace referencia a aquellos aficionados al mundo de los videojuegos

Dentro de las redes sociales personales encontramos Facebook, Tuenti y Twitter. Facebook, creada por Mark Zuckerberg en 2004, aunque con un propósito inicial menos ambicioso, a día de hoy es mundialmente reconocida como la red social con más usuarios, en la actualidad seguida muy de cerca por Instagram. La principal intención es, tras crearse un perfil personal, conectar usuarios, localizar amigos, mantener el contacto con viejas amistades así como conocer a nuevas personas. A parte de ese uso se han ido desarrollando otros como participar en grupos temáticos, compartir pensamientos, fotografías, vídeos, enviar mensajes, organizar eventos, buscar trabajo o pareja y no solamente se pueden utilizar vía ordenador sino que también se dispone de su servicio en el Smartphone lo que hace que el uso incremente notablemente (Castañeda y Gutiérrez, 2010; Echeburúa, 2012). Menos popular sería Tuenti, que también permite al usuario crear su propio perfil, añadir a otros usuarios como amigos e intercambiar mensajes, fotos, vídeos, páginas o eventos. Tiene servicio de chat (individual y en grupo) y videochat (Castañeda y Gutiérrez, 2010).

Twitter, con un uso más limitado pero una expansión igual de potente que las anteriores se basa principalmente en publicar mensajes breves y concisos (sólo se permiten un máximo de 140 caracteres). Fue creada por Jack Dorsey en el año 2006 y tiene un potente valor informativo y mediático (Castañeda y Gutiérrez, 2010).

2.1.2. - Historia de la adicción a redes sociales y nuevas tecnologías

La historia nos invita a la reflexión. Como venimos reiterando, en los últimos años Internet se ha convertido en una de las más importantes herramientas académicas y recreativas para adolescentes y adultos. Su uso es cada vez más ilimitado, proporcionando un acceso fácil e inmediato a la información así como a una comunicación interpersonal directa, lo que implica un flujo continuo e inmediato de recompensas recibidas. Pues bien, partimos de la premisa de que cuanto más hemos avanzado en tecnología y más se ha apostado por una comunicación e interacción virtual, más se han pronunciado los problemas del uso desadaptativo o problemático de estas nuevas tecnologías (Echeburua y Corral, 2010). Siguiendo a Echeburua y Corral (1994) cualquier comportamiento que resulte al individuo o sea percibido por este como placentero, aunque aparentemente inofensivo, es susceptible de tornarse adictivo. Por ello, sería acertado pensar que esta incesante e ininterrumpida lluvia de estímulos audiovisuales que nuestro cerebro recibe, pueda conducirnos a un consumo cada vez más adictivo y descontrolado de las nuevas tecnologías e internet. Nos encontramos entonces con que muchos convierten lo

que era un medio a nuestro servicio en un fin en sí mismo, como cualquier objeto adictivo (Echeburua y Corral, 2010). Por ello, aunque ciertamente estas nos aporten mucho avance y comodidad, una pérdida de control sobre el uso de Internet podría traernos innegables impactos negativos en la función de la vida diaria, nuestras relaciones sociales y en nuestra estabilidad emocional. Este fenómeno ha sido descrito como la adicción a Internet o el uso problemático de Internet y, tras la investigación que se presenta, se sugiere que se plantee como un tipo de adicción conductual, como lo son el juego patológico, la cleptomanía, la ninfomanía, la adicción al trabajo o las compras compulsivas (Cía, 2013; Li, O'Brien, Snyder y Howard, 2015).

Recientemente, con el crecimiento exponencial de los usuarios de Internet en todo el mundo, la adicción a internet y redes sociales se ha convertido en la pandemia de esta nueva era. Podríamos encontrarnos ante una emergente alarma social entre las consumistas y tecnológicamente avanzadas sociedades occidentales y orientales por la mencionada adicción a internet. Una adicción que crece cada vez más entre la población mundial, echando raíz en nuestra sociedad y sin dejar a nadie a salvo. Particularmente problemático sería lo vulnerables que quedarían expuestos cerebros, todavía en neurodesarrollo, de niños y adolescentes ante esta adicción que ni siquiera está socialmente estigmatizada, sino todo lo contrario. Por consiguiente es de obligación moral y científica poner nuestro foco de atención e investigación en este importante fenómeno conductual, acercándonos a conceptualizarlo para conocer las variables que lo definen, predicen o subyacen

El problema social y con el que nos encontramos en estos momentos, radica en que tradicionalmente se ha concebido el término adicción asociándolo únicamente a una sustancia psicoactiva. Sin embargo, contrariamente a esta perspectiva, diferentes investigadores postulan, cada vez con más respaldo empírico, que el desarrollo de un proceso adictivo no necesariamente se produce implicando dichas sustancias. De este modo, abrimos el concepto entendiendo que, si bien la adicción puede originarse debido a la intervención de una sustancia, también puede motivarse por la reiteración de una conducta que se caracteriza por un descontrol, tolerancia y una relación de dependencia con el objeto adictivo que genera una marcada interferencia en la vida cotidiana del sujeto (Echeburúa y Corral, 2009).

Atendiendo a este dilema científico, observamos que ya desde hace tiempo se lleva planteando la necesidad de este análisis, siendo Goolberg en 1995 uno de los pioneros en tratar el tema de desorden de adicción a Internet. Pocos años después,

en esta misma línea, Griffiths (1999) defendía con firmeza la existencia de unas denominadas adicciones tecnológicas, que entendía como aquellas que no eran provocadas por sustancias químicas consumidas sino que implicaban una relación interactiva de dependencia descontrolada irrefrenable, automática e inconsciente, entre el hombre, sujeto adicto, y la máquina, objeto adictivo. Este autor sugirió seis síntomas que consideraba imprescindibles para poder entender que un comportamiento rozaba el término adictivo, a saber: importancia sobrevalorada al objeto adictivo, alteración del ánimo, tolerancia, abstinencia, conflicto y recaída ante la tentativa de desprenderse de éste. Más tarde propuso la valoración de siete áreas específicas para adicción a Internet en concreto:

- Generar tolerancia
- Gastar más tiempo del planeado en Internet
- Gastar la mayor parte del tiempo en actividades que permitan estar en línea
- Gastar más tiempo en Internet que en actividades sociales o recreativas
- Persistencia en el uso de Internet a pesar de dificultades laborales, académicas, económicas o familiares
- Intentos fallidos para detener o disminuir el uso de Internet
- Abstinencia.

Según este autor, el diagnóstico debe hacerse con la presencia de tres o más de las áreas descritas (Navarro-Mancilla y Rueda-Jaimes, 2007). Sin embargo, bajo esta postura, se podía llevar al problema clínico de dejar sin matizar si lo que realmente suscitaba la adicción era el dispositivo mediante el cual nos conectamos a Internet o la misma conexión a Internet.

A pesar de ello fue Young (1998) el primero en alertar de la considerada primera adicción conductual, el juego patológico, que ganó su merecido hueco en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV (DSM-IV), dando así paso a la inclusión de otras adicciones conductuales en posteriores manuales diagnósticos dentro de la categoría diagnóstica de "Trastornos no relacionados a sustancias". Así pues, rompió con los esquemas de que el término adicción sólo comportaba dependencia a sustancias. Basándose en criterios establecidos ese mismo año, Young (1998) formalizó por fin el trastorno proponiendo que el uso de Internet se podría calificar como una conducta adictiva cuando se presentaban los siguientes síntomas:

- Privarse de sueño -dormir menos de cinco horas- para estar conectado a la red, a la que se dedican unos tiempos de conexión anormalmente altos.
- Descuidar otras actividades importantes como el contacto con la familia, las relaciones sociales, el estudio o el cuidado de la salud.

- Recibir quejas en relación con el uso de la red de alguien cercano, como los padres o los hermanos.
- Desarrollar pensamientos sobre la red constantemente, incluso cuando no se está conectado a ella e irritabilidad excesiva cuando la conexión falla o resulta muy lenta.
- Intentar limitar el tiempo de conexión sin conseguirlo, perdiendo la noción del tiempo.
- Mentir sobre el tiempo real que se está conectado o jugando a un videojuego.
- Aislarse socialmente, mostrarse irritable y disminuir el rendimiento en los estudios.
- Sentir una euforia y activación anómalas cuando se está delante del ordenador.

Pues bien, estas posturas, tras el paso de los años, generaron cierta controversia y crispación entre la comunidad científica, colisionando de forma directa con el planteamiento de autores como Matute (2001) que más adelante se posicionó como defensor de la inexistencia de este tipo de adicciones conductuales. Postulaba que las adicciones sin sustancias, como es el caso de Internet, conducen al equívoco entre dos términos aparentemente distintos: el uso excesivo y la adicción propiamente dicha. A la suma, se denunciaba que muchos de los criterios que se habían propuesto para describir las adicciones conductuales eran en realidad prestados de otros trastornos ya reconocidos, sosteniendo entonces que las adicciones conductuales, como la adicción a Internet, no eran un trastorno propiamente dicho sino, como mucho, derivaciones clínicas de otros trastornos. En resumidas cuentas, lo que para unos resultaba ser un hecho que evidenciaba la necesidad de tratar estos trastornos como entidades clínicas independientes por su semejanza clínica con otros trastornos reconocidos, para otros era visto como una burda copia exagerada de los criterios diagnósticos de trastornos ya estipulados y consensuados.

A la vez que la confusión se mantenía, este tipo de adicciones continuaba expandiéndose por la sociedad siendo ello alarma y presión para llegar a un acuerdo y consenso entre la comunidad científica que zanjase este tema. Hasta día de hoy, se ha llegado a conceptualizar esta adicción conductual por diversas nomenclaturas entre las que se incluyen "Desorden de adicción a Internet" (Goolberg, 1995), "Trastorno de adicción a Internet", "Uso patológico de Internet", "Uso problemático de Internet" y a veces incluso hasta nomofobia (Argumosa-Villar, Boada-Grau y Vigil-

Colet, 2017; Li, O'Brien, Snyder, Howard, 2015). Pues bien, a lo largo de los años se ha seguido intentado construir criterios diagnósticos específicos para esta adicción en aras a crear herramientas diagnósticas o de *screening* para la pronta detección de un problema clínico que ya se encuentra entre los más jóvenes de nuestra sociedad. Con el tiempo se definió o se llegó a considerar como uso patológico de Internet el tener cinco o más de los nueve síntomas considerados característicos de esta adicción, a saber:

- 1.- Preocupación por el uso de Internet.
- 2.- Presencia de tolerancia (es decir, la compulsión de usar Internet cada vez durante más tiempo).
- 3.- Esfuerzos repetidos pero no exitosos para controlar, reducir o detener el uso de Internet.
- 4.- Presencia de signos de abstinencia (inquietud y la irritabilidad) cuando no se tiene acceso a internet.
- 5.- Deterioro significativo, influencia perjudicial o abandono de relaciones interpersonales, oportunidades de trabajo o académicas debido al uso descontrolado de internet.
- 6.- Mentir a amigos, miembros de la familia, y otros para ocultar el tiempo invertido en Internet.
- 7.- Utilizar el Internet como vía de escape o medida paliativa ante estados de ánimo disfóricos.

Con ello, podemos atisbar cómo realmente se guardan ciertas similitudes características con los criterios utilizados para determinar una adicción por consumo de sustancias o con el trastorno de control de impulsos. De hecho, estudios en el campo de las neurociencias postulan que el mismo modelo neurobiológico estaría implicado en ambas adicciones. No obstante, fue costoso contar con una definición operativa y consensuada por los profesionales afines a este campo. Como resultado, la necesidad de aclarar el problema clínico de la adicción a internet para su posterior consideración como trastorno psiquiátrico formal en la nomenclatura diagnóstica prospectiva, justificaría la atención empírica y la ampliación de las líneas de investigación sobre el tema (Cía, 2013; Li et al., 2015; Li, et al., 2016; Navarro-Mancilla y Rueda-Jaimes, 2007). Aun y a pesar de estar ante una alarmante e imparable propagación de Internet entre nuestras vidas, la adicción a Internet todavía sigue sin estipularse como trastorno psiquiátrico en la reciente publicación en 2013 de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) quedando, por tanto, en una especie de “limbo clínico-científico”

por la complejidad de determinar que conducta es normal/adaptativa y cual es adictiva o peligrosa. Otra posibilidad es que nos tapemos los ojos por no querer reconocernos a todos nosotros como adictos (Cía, 2013; Navarro-Mancilla y Rueda-Jaimes, 2007).

Consideramos pues, en un análisis más profundo del tema, que la adicción a Internet y redes sociales continúa siendo un constructo más amplio y complejo de lo que hemos planteado hasta el momento, abarcando desde el ocio y aplicaciones de Internet y otras formas de uso adictivo de Internet hasta el uso abusivo de las nuevas tecnologías como *tablets* y móviles de última generación², las cuales hoy día están al acceso de la mayoría de la población teniendo, por tanto, una “droga” al alcance de cualquiera. Nos encontramos entonces ante una potente adicción sin límites, con apenas ciertos convencionalismos que la limitan, pero sin ninguna norma social o ley que regulase su consumo o acceso al considerarla aparentemente inofensiva.

2.1.3.- Prevalencia

La creciente propagación de Internet en nuestras vidas ha hecho que la curiosidad científica indague en este problema para ver su grado de afectación y alcance en nuestra sociedad. Numerosos estudios empíricos avalan, no sólo la existencia de esta nueva adicción sino la preocupante extensión de ésta en la población.

Una revisión crítica de la literatura científica realizada por Navarro-Mancilla y Rueda-Jaimes (2007) recogía numerosas investigaciones empíricas que resaltaban la epidemiología de la adicción observando que la prevalencia de este problema clínico variaba ampliamente según el estudio. En esta revisión se recogía, entre otros, un estudio realizado con 3.237 adolescentes noruegos en 2004 en el que se mostró una prevalencia de 1,98%; con menor tamaño de muestra, otro estudio australiano identificó que entre 293 jóvenes universitarios australianos, el 9,6% padecía una adicción a internet de rango clínico. Por otra parte, se recoge en este mismo estudio una investigación realizada con 283 estudiantes de Estados Unidos en la que los investigadores encontraron que el 8,1% eran considerados como adictos a Internet. No obstante, nuestra mirada clínica debería detenerse en el estudio británico que encontró la prevalencia más alta hasta la fecha, hablando de un porcentaje de hasta el 18,3 % de una muestra de 371 estudiantes.

² También conocidos como *Smartphone*

Por otro lado, menos llamativo, un estudio realizado en Italia encontró que la tasa era de tan solo el 0,8% de la muestra participante (Poli y Agrimi, 2012). En lo que concierne concretamente a nuestro país, una revisión realizada en la Universidad autónoma de Barcelona que recogía diversos estudios empíricos españoles (realizados entre los años 2002 y 2011), expuso que los porcentajes reportados de prevalencia del consumo problemático de Internet entre población española joven varían entre el 3,7% y el 9,9% (Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst, 2012).

Otros estudios realizados en la sociedad asiática mostraron que en universidades chinas se contaba con una prevalencia de dependencia a Internet del 9,6% de los jóvenes universitarios chinos, mientras que de una muestra de 1.573 estudiantes de secundaria surcoreanos se observó que el 1,6% padecía adicción a internet. Un aspecto destacable de esta revisión epidemiológica, por su laboriosidad, sería un estudio que utilizó una entrevista directa, clínica y estructurada, como método de evaluación, evidenciando que 90 de los 454 participantes de dos colegios en la ciudad de Kaohsiung (China), es decir un 19,82 % de la muestra, padecía adicción a internet (Navarro-Mancilla y Rueda-Jaimes, 2007). Interesante también, en torno a la sociedad asiática, un metanálisis de diversos estudios empíricos realizados en Corea (entre los años 1999 y 2012) en el que se estimó que la prevalencia de la adicción a Internet oscilaba entre el 4,9% y el 10,7% de la población coreana, lo que representa unos índices marcadamente altos (Koo y Kwon, 2014).

En Latinoamérica existen dos estudios realizados en Perú: el primero halló un 7% de prevalencia de adicción entre usuarios a Internet; el segundo encontró que el 46,9% de una muestra de estudiantes universitarios de Lima estaba en riesgo alto de tenerla o ya tenía una adicción a internet (Navarro-Mancilla y Rueda-Jaimes, 2007).

Cabe señalarse que todas las prevalencias expuestas fueron halladas mediante escalas o cuestionarios validados y estandarizados. Sin embargo, probablemente la gran variabilidad observada entre las prevalencias no sólo se debiese a las propias características de las poblaciones estudiadas, sino también al tipo de instrumento y al distinto uso de metodologías (Navarro-Mancilla y Rueda-Jaimes, 2007).

Sería oportuno, en este apartado, atender a otras estadísticas que harían referencia a aspectos clínicos de este problema, como podría ser la tolerancia que se genera en esta adicción. Nos referimos al tiempo de acceso (o extrapolando a las sustancias químicas adictivas, la dosis consumida), el cual está estrechamente relacionado con el potencial adictivo. Es sabido que cuanto mayor es el tiempo de

acceso, mayor se presupondrá que será la adicción pues se generará más tolerancia, afectando al funcionamiento habitual y obligaciones del individuo para con la sociedad (Carbonell et al., 2012). Aunque sería apresurado realizar un diagnóstico con tan solo el tiempo de acceso a Internet, existen estudios que consideran adictos a Internet los que permanecen entre 8,5 horas y 21,2 horas por semana (Yang y Tung, 2007).

Interesante también observar la distribución por edades y sexo en referencia al tiempo de acceso, para ver qué grupos de edades encontraríamos con mayor problema de tolerancia, como bien se expone a continuación en las tablas 1 y 2. Nos encontramos con que en nuestro país, en el año 2016, hasta el 80,6% de la población, cuyas edades se enmarcaban entre los 16 y los 74 años, había utilizado Internet en los últimos tres meses (de los cuales un 82,5% eran hombres y un 78,6% mujeres). La cantidad de usuarios de Internet se ha elevado de forma notable en los últimos años tal y como queda expuesto en la tabla 1. El grupo de edad que focaliza en su mayoría el uso a internet son aquellos jóvenes cuyas edades comprenden entre los 16 y los 24 años, contando con el alto porcentaje del 98,6% en los hombres y un 98,2% en las mujeres (INE, 2016).

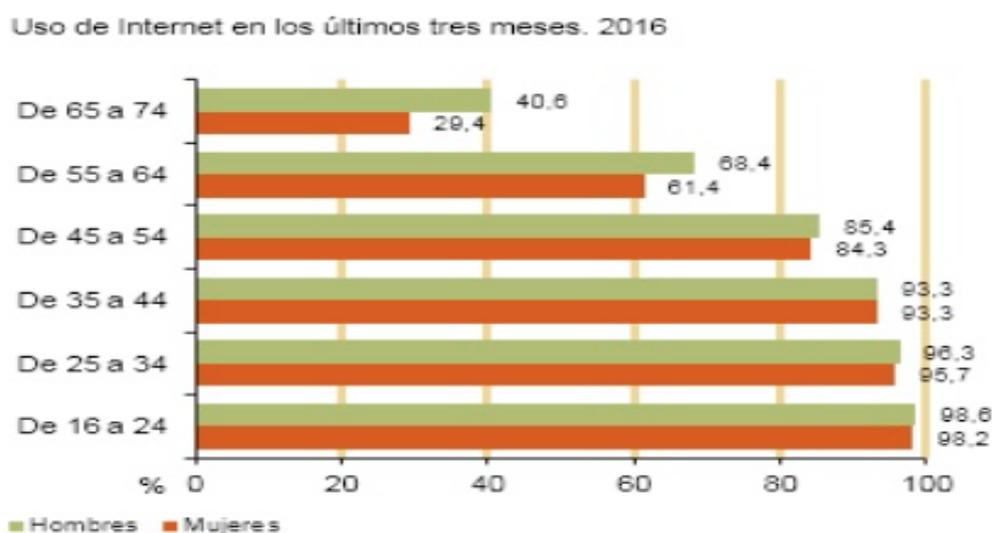
Tabla 1. Evolución anual (2011-2016) del porcentaje de población española, por edades y sexo, que ha utilizado Internet en los últimos 3 meses.

	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Hombres						
Total (de 16 a 74)	82,5	80,3	77,9	73,7	72,1	69,2
De 10 a 15	92,3	90,8	90,6	86,3
De 16 a 24	98,6	98,2	99,2	97,3	94,9	94,0
De 25 a 34	96,3	93,4	93,2	92,2	88,7	85,6
De 35 a 44	93,3	90,5	89,3	84,6	84,6	79,3
De 45 a 54	85,4	82,8	78,2	72,5	70,1	67,7
De 55 a 64	68,4	66,5	60,2	49,2	47,7	44,6
De 65 a 74	40,6	37,2	31,5	27,2	23,7	19,5
Mujeres						
Total (de 16 a 74)	78,6	77,1	74,5	69,6	66,8	63,8
De 10 a 15	91,6	93,0	91,9	87,9
De 16 a 24	98,2	98,9	97,5	97,5	96,8	95,2
De 25 a 34	95,7	95,7	94,2	92,0	86,7	87,0
De 35 a 44	93,3	92,8	90,4	82,6	81,3	75,9
De 45 a 54	84,3	81,2	78,2	69,9	64,7	61,5
De 55 a 64	61,4	56,5	50,9	43,8	40,1	31,5
De 65 a 74	29,4	26,1	21,5	17,2	14,9	13,3

Fuente: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la información y Comunicación en los Hogares. INE 2016

Si comparamos los porcentajes de hombres y mujeres españoles de 16 a 74 años (en el año 2015) que habían utilizado Internet en los últimos tres meses (80% de los hombres y 77% de las mujeres) con los porcentajes de la media de 28 países de la Unión Europea, cabe resaltarse que son inferiores (81% de hombres y 78% de mujeres) (INE, 2016).

Tabla 2. Porcentaje de población española, según edades y sexo, que ha utilizado Internet en los últimos 3 meses.



Fuente: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la información y Comunicación en los Hogares. INE 2016.

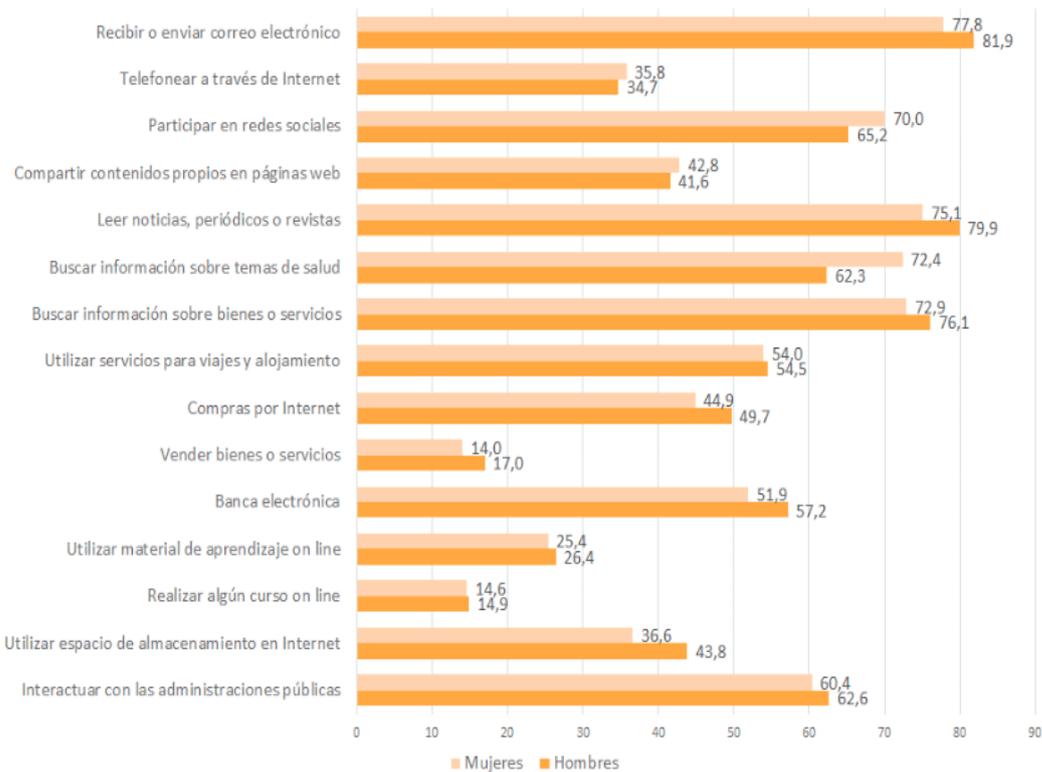
Tal y como vemos en este último gráfico, al aumentar la edad descende el uso de Internet en hombres y mujeres, siendo el porcentaje más bajo el que corresponde al grupo de edad de 65 a 74 años (un 40,6% para los hombres y un 29,4% para las mujeres) con la única diferencia considerable entre sexos en ese grupo de edad (INE, 2016).

Otros datos de prevalencia que nos atañe considerar sería en qué tipo de actividad se invierte más tiempo o se tiene mayor consideración por parte de los internautas. Esto puede darnos un anticipo de qué es aquello que resultaría más adictivo de entre este mundo virtual. Asimismo, resulta interesante observar si con ello existen diferencias entre sexo que debamos tener en cuenta.

Si analizamos los tipos de actividades realizadas cuando se navega por Internet, se observa que, tanto en hombres como en mujeres, la práctica mayoritaria sería el recibir o enviar correo electrónico, leer noticias, periódicos o revistas de actualidad online y buscar información sobre bienes o servicios. Entre 2012 y 2016, la

diferencia de acceso a Internet entre hombres y mujeres ha bajado de 5,3 a 1,8 puntos, y la de uso frecuente se ha reducido de 6,9 a 1,5 puntos. En este sentido, cada vez nos parecemos más hombres y mujeres (INE, 2017).

Tabla 3. Porcentaje de usuarios de Internet en los últimos 3 meses por tipo de actividad realizada y sexo.



Fuente: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. INE 2017.

Las diferencias intersexuales en la adolescencia, en lo que refiere al tipo de actividad realizada en internet, podrían ser más evidentes en comparación con otros grupos de edad. Existen estudios donde se afirma que las mujeres tienen mayor necesidad de utilizar el Internet para comunicar sus emociones, pensamientos y experiencias a modo de socializarse (Malo, Figuer, González y Casas, 2005; Villadangos y Labrador, 2009) mientras que los hombres lo utilizan más para videojuegos online en los que pueden demostrar sus habilidades y competencias (González, Espada y Tejeiro, 2017; Malo et al., 2005; Villadangos y Labrador, 2009).

2.2.- Mecanismos explicativos y modelos adictivos

Tras ver la clínica y epidemiología del trastorno, el interrogante que puede surgirnos en estos momentos sería saber qué subyace al problema expuesto, es decir, qué ocurre para que nuestra mente desarrolle una adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías ¿Qué sucede para unas personas tengan un uso adaptativo y beneficioso de Internet, y otras desarrollen una adicción entorno a este? ¿Qué factores psicológicos y de personalidad juegan en nuestra contra? Otra cuestión, derivada de la anterior, sería conocer aquellos desequilibrios o vulnerabilidades psicológicas que, según la investigación científica, se suman con mayor facilidad a la mente adicta a redes sociales.

El proceso por el cual la mente de una persona se convierte en adicta generalmente implica una interacción entre factores relativos al objeto de la adicción (en este caso Internet y nuevas tecnologías), las características de la persona que la hacen vulnerable (esto es, atributos de personalidad y vulnerabilidades psicopatológicas) y al medio social y el constructo que éste realiza entorno al uso o consumo del mencionado objeto de la adicción (Luengo López, 2004).

En referencia a los primeros factores, aquellos circunstanciales al objeto de la adicción, nos encontraríamos con que las redes sociales cumplen múltiples cualidades que podrían contribuir al potencial de la adicción, a saber:

- **Protección:** el usuario se escuda tras una pantalla y una identidad virtual, total o parcialmente real, que lo protegen de ser descubierto o expuesto socialmente. Esto le permite, además, distanciarse de las personas provocando una frialdad y desinhibición en la interacción social, marcar a su antojo los límites de la misma, decidiendo en todo momento, cuando iniciar, interrumpir o zanjar una conversación con otra persona, sin que el otro pueda decidir. Así mismo, se tiende a la confusión entre lo íntimo y privado y lo público. (Cruzado, Matos y Kendall, 2006; Echeburúa 2012; Luengo López, 2004). Con esta protección se simplifica realizar actos moralmente tachables, desviados e incluso criminales como el visionado de imágenes obscenas, violentas e ilegales, facilitar las infidelidades (Echeburúa, 2012; Luengo López, 2004) y ofrecer un contexto de actuación seguro a aquellos menores que participan del conocido y problemático fenómeno escolar, el *cyberbullying* (Echeburúa, 2012).

- **Evasión:** el sujeto encuentra en la conexión a Internet, sobre todo en los videojuegos, una forma de evadirse y desconectar de la realidad, entrando en un mundo virtual en el que sus características personales son manipulables a su conveniencia y sus problemas reales, así como diversas normas que rigen la realidad, no existen durante el tiempo que dure la conexión (Cruzado et al., 2006; Berner y Santander, 2012).
- **Incremento de autoestima:** las redes sociales pueden hacer el efecto de aumentar la autoestima de la persona y el sentimiento de pertenencia a diferentes grupos sociales. En el caso de las redes sociales como Facebook o Instagram, los usuarios pueden sentir popularidad según el número de amigos y seguidores de los que disponen o el ratio de “likes” que reciben sus publicaciones ya sean estas fotografías o comentarios que manifiesten sus sentimientos, pensamientos o actitudes. En el caso de los videojuegos *online*, su poder adictivo radica precisamente en el poderoso reforzamiento social por parte de los otros jugadores, al constituirse un espacio para la manifestación y reafirmación de la identidad de los participantes, donde se da reconocimiento y poder a un jugador sobre otros subordinados. Es decir, el jugador que está inmerso en ese entorno alienante, adopta una identidad “poderosa” en base al nivel y logros alcanzados en el videojuego *online* que le otorgan una posición o clasificación superior respecto a otros jugadores, considerados en este mundo virtual, inferiores a este (Luengo López, 2004; Cruzado et al., 2006). Es más, se sabe que los videojuegos online tienen mayor potencial adictivo que los videojuegos en los que no compites con otros jugadores por ascender en un *ranking* (González et al., 2017; Cruzado et al., 2006).
- **Velocidad e inmediatez de recompensa rápida:** la rapidez, facilidad de acceso, bajo costo e intensidad de la información y estimulación audiovisual a la que se tiene acceso juegan un papel crucial en el proceso de adicción a Internet, del mismo modo que la rapidez de absorción de una droga o sustancia psicoactiva es directamente proporcional al potencial adictivo de la misma (Luengo López, 2004; Cruzado et al., 2006; Echeburúa, 2012).
- **Acceso a satisfacer otras adicciones:** esto implicaría que según el tipo de aplicaciones de Internet al que accedamos mayor será la adicción. Extrapolándose al ejemplo de las drogas, no toda sustancia psicoactiva tiene el mismo poder de adicción. Pues bien, el viaje que podemos hacer

por la red es realmente ilimitado, prácticamente todo lo que existe en la realidad o ha creado el hombre está presentado o accesible en Internet. Por un lado, Internet facilita y potencia otras adicciones conductuales que interaccionan con la misma adicción a internet como, por ejemplo, las compras compulsivas y la adicción al sexo. Internet posibilita las compras vía online. Esto implica no tener que desplazarse del domicilio y no tener un límite o autocontención, debido a la inmediatez y facilidad con que se puede realizar la compra. Por otro lado, hay multitud de chats que han sido diseñados específicamente para la interacción erótica, algunos de ellos, los más novedosos, incorporan vídeo en tiempo real e incluyen la pornografía. Estas aplicaciones permiten al usuario elegir la fantasía sexual que le plazca y se le antoje en ese momento. A la suma, en estos espacios virtuales, los usuarios se sienten libres de ataduras sociales, complejos y dificultades para la interacción social debido a la intimidad, el anonimato, y la sensación o convencimiento de que practican "sexo seguro" (Berner y Santander, 2012; Luengo López, 2004).

Se puede afirmar que Internet posibilita una nueva forma de entender la interacción humana y la relación que tenemos con el entorno que nos rodea. Como cualquier avance o novedad, presenta diversos aspectos desconocidos y retos asociados que debemos plantearnos: uno de ellos es la adicción a Internet. El debate acerca de su existencia probablemente se prolongará sin una respuesta unánime que convenza a todos. Sin embargo, con independencia de si finalmente este problema se acepta clínicamente como una verdadera adicción, es evidente que un cuantioso número de personas, por momentos creciente, está desarrollando una peligrosa relación con el Internet y las posibilidades que este ofrece, fomentándose un uso cada vez más desmesurado (Luengo López, 2004).

2.2.1.- Factores de riesgo

Tras analizar los aspectos más atractivos de Internet que pueden suscitar una adicción, lo próximo sería retroceder al interrogante que planteábamos anteriormente para saber, si bien es cierto que estas características nos afectan a todos, cómo es posible que haya personas que desarrollen una adicción a Internet y otras un uso adaptativo del mismo. Es por ello, que ahora nos toca investigar aquellos factores relativos a la personalidad del individuo que, en interacción con los acabados de exponer, son los desencadenantes de la adicción a Internet. Hasta este momento, aparentemente hemos vislumbrado que Internet, en gran parte de los casos que evidencian adicción o preocupante relación usuario-Internet, lo que hace

es suplir un déficit en la personalidad del adicto o compensar su socavada autoestima (Alonso y Romero, 2017; Luengo López, 2004). Así pues, Internet oferta algo contra lo que es difícil pujar, pues satisface dos intereses básicos que acogen a todo el mundo: la búsqueda de interacción social (chats, redes sociales, etc.) y/o la estimulación solitaria (búsqueda de información, sonido, imágenes, aplicaciones, juegos, etc.) dejando a Internet al amparo de cualquiera, convirtiéndose para muchos en un fin más que un instrumento que está a su servicio, terminando por invertir la relación de servicio entre el hombre y la máquina (Luengo López, 2004).

¿Podemos hablar entonces de “personalidad adicta”? ¿Hay ciertos perfiles psicológicos que son más propensos a generar adicciones? Son muchos los autores afines a este campo que, sin utilizar el término de “personalidad adicta”, postulan la existencia de una serie de déficits psicológicos que, en su combinación o presentación individual, aumentarían la probabilidad de que una persona sucumbiese al poder adictivo de Internet que hablábamos en el apartado anterior (Alonso y Romero, 2017; Koo y Kwon, 2014; Luengo López, 2004).

En primer lugar, nos adentraremos en este perfil de persona adicta atendiendo las variables sociodemográficas básicas, la edad y el sexo. Estas son las variables sociodemográficas de las que se tiene constancia que influirían considerablemente en generar una adicción. Por un lado, en cuanto a la edad, se sabe que cuanto menor es la edad mayor es el peligro de generar una adicción, sea cual fuere la naturaleza de la misma. Esto es debido, como ya se anticipó, a la vulnerabilidad neurobiológica que caracteriza a cerebros todavía en neurodesarrollo y al constructo social que existe entorno a las redes sociales y los más jóvenes. Además, a medida que aumenta la edad, encontramos personas que no están tan familiarizadas con las nuevas tecnologías y su uso de Internet se torna más profesional y, por ello, menos desadaptativo (Alonso y Romero, 2017; Cruzado et al., 2006; De la Villa y Suárez, 2016; González et al., 2017; Luengo López, 2004). En cuanto al sexo, hay estudios que informan de que existen diferencias intersexuales significativas para con esta adicción y con otras en general que exhiben el sexo masculino como un factor de riesgo a padecer adicciones. (Alonso y Romero, 2017; Malo et al., 2005; Villadangos y Labrador, 2009).

Secundariamente, en lo que refiere a las vulnerabilidades o déficits intrapersonales, apoyándose en los anteriormente expuestos factores de protección y evasión que ofrece Internet, las personas con baja autoestima y autoconcepto o con problemas de identidad encontrarían tras la pantalla un medio tras el que compensar estos

déficits y una vía de escape de sí mismos, de su propia identidad, que menosprecian y consideran indigna. Es por ese motivo por el que el factor autoestima se correlaciona negativamente con la adicción a Internet (Alonso y Romero, 2017; Cruzado et al., 2006; De la Villa y Suárez, 2016; Koo y Kwon, 2014; Luengo López, 2004).

Otro factor intrapersonal especialmente relevante cuando hablamos de mayor vulnerabilidad a padecer dependencia a Internet lo encontraríamos en el terreno de la personalidad. La literatura científica apuesta por rasgos de personalidad como la impulsividad y la inestabilidad emocional como los que más predispondrían al individuo a padecer una adicción a Internet por estar relacionados directamente con un bajo control de impulsos y reacciones poco planificadas, donde primaría la urgencia de un refuerzo inmediato, lo cual es denominador común en el modelo de adicción de adicciones tanto químicas como conductuales, como el juego patológico. (Alonso y Romero, 2017; Cruzado et al., 2006; De la Villa y Suárez, 2016; De Sola Gutiérrez, Rubio Valladolid y Rodríguez de Fonseca, 2013; Echeburúa, 2012; Koo y Kwon, 2014; Lee, Choi, Shin, Lee, Jung, Kwon, 2012; Luengo López, 2004). Aunque por prevalencia menos llamativos, otros rasgos de personalidad como la búsqueda exagerada de emociones y sensaciones fuertes (Alonso y Romero, 2017; De Sola Gutiérrez et al., 2013; Echeburúa, 2012; Koo y Kwon, 2014) y rasgos antisociales, que se traducen en un deseo desafiante y provocador de transgredir normas sociales o leyes (acceder a informaciones ocultas o llevar a cabo actividades explícitamente prohibidas) podrían correlacionarse de forma positiva con mayor abuso de Internet o un uso desadaptativo del mismo (Cruzado et al., 2006; Echeburúa, 2012).

Por añadidura, autores como Luengo López (2004) matizan que una introversión acusada podría facilitar que el sujeto navegue con más frecuencia por el mundo virtual. No obstante, tanto ese mismo autor como otros muchos señalan que el otro extremo, la extroversión y la apertura a la experiencia, también estaría conectado estrechamente con la adicción a Internet (Basteiro et al., 2013; Luengo López, 2004; Echeburúa, 2012). Se presupone que los extrovertidos utilizarían las redes sociales y el extenso y casi ilimitado poder de conexión social que poseen para generar más relaciones sociales mientras que los introvertidos utilizarían Internet por la baja exigencia social que caracteriza las relaciones virtuales y la fácil evasión que se permite en las mismas. Así pues, en esta línea, tanto por exceso como por defecto de este rasgo de personalidad, existiría una correlación con la adicción a redes sociales y nuevas tecnologías, lo que también explicaría su alta prevalencia en nuestra sociedad.

A nivel emocional, como cabría esperar, se sabe que los estados emocionales negativos se correlacionan positivamente con la adicción a Internet. Cuando hablamos de emociones negativas nos referimos a la ansiedad, la depresión (Alonso y Romero, 2017; Dong, Lu, Zhou y Zhao, 2011; Echeburúa, 2012; González et al., 2017; Koo y Kwon, 2014; Luengo López, 2004) y la agresión/hostilidad (Alonso y Romero, 2017; Echeburúa, 2012; Koo y Kwon, 2014). Se subraya el importante papel que juegan estas emociones en la adicción a Internet (Alonso y Romero, 2017; Echeburúa, 2012; Koo y Kwon, 2014). Pues bien, es altamente probable que ciertas personas que frecuentemente sufren emociones negativas asociadas con dificultades intrapersonales se vuelvan fácilmente susceptibles a la adicción a Internet cuando no consiguen gestionar o tolerar los estados emocionales mencionados (Echeburúa, 2012; González et al., 2017; Koo y Kwon, 2014).

Cabría mencionarse también, como factores intrapersonales, aquellos de naturaleza cognitiva. Aquí nos referimos a una de las funciones ejecutivas, la atención. Los individuos con atención dispersa, fantasía descontrolada y tendencia a la distracción pueden mostrar deficiencias en estrategias de planificación y autocontrol del comportamiento, lo que puede interferir con su control y regulación efectivos en relación a su uso de Internet. Este sería el ejemplo del estudiante inatento que mientras estudia consulta reiteradas veces su teléfono móvil por su escasa concentración en la tarea que realiza en ese momento. Por ello, muchos estudios correlacionan negativamente este factor cognitivo con las adicciones en general y la adicción a Internet en concreto (Alonso y Romero, 2017; De Sola Gutiérrez et al., 2013; Echeburúa 2012; Koo y Kwon, 2014). Por otro lado, el hecho de presentar como antecedentes personales y familiares, adicciones conductuales o a sustancias, se sumaría como un factor de riesgo más (Echeburúa, 2012; Sun, Johnson, Palmer, Arpawong, Unger y Xie, 2012).

En tercer lugar, encontraríamos aquellas variables interpersonales que acentuarían esa tendencia a generar mayor adicción a Internet. En este sentido, las personas con escasas habilidades sociales o ansiedad social suelen utilizar las redes sociales para compensar su torpeza social, para desatar su inhibición social o para apaciguar su temor a quedar expuestos ante un público, según ellos, evaluador y prejuicioso (Alonso y Romero, 2017; De la Villa y Suárez, 2016; Echeburúa, 2012, Koo y Kwon, 2014; Luengo López, 2004). En esta misma línea, se ha visto que aquellas personas con antecedentes de conflictos interpersonales, con patrones de comunicación disfuncionales y mayores conflictos familiares tienen mayor adicción a Internet. No

obstante, cabría matizar si esto es un factor predictor o efecto consecuente (Cruzado et al., 2006; Koo y Kwon, 2014).

2.2.2.- Comorbilidad

En relación con lo acabado de exponer, en este breve apartado trataremos de mostrar aquellos trastornos o problemas psicológicos que, de acuerdo con el bagaje que poseemos de literatura científica, se muestran más comórbidos con el tema que nos atañe, la adicción a Internet.

Según estudios, la comorbilidad psiquiátrica predominante de entre la población adicta a internet sería el trastorno depresivo seguido llamativamente de otras adicciones, tanto a objeto químico como de naturaleza comportamental. Esto da peso a lo que se venía advirtiendo en el apartado anterior acerca de la baja autoestima, temor al rechazo y aislamiento social (conceptos vinculados a un episodio depresivo o a lo que antaño se reconocía como “personalidad depresiva”) como factores de riesgo asociados a la adicción a Internet. Asimismo, la comorbilidad existente entre diferentes adicciones da fuerza al argumento por el que se entiende que las adicciones conductuales y las adicciones a sustancias presentan el mismo modelo de adicción así como, probablemente, la misma carga genética como hereditaria (Berner y Santander, 2012; Cruzado et al., 2006; Dong et al., 2011).

En referencia a los trastornos afectivos, además de las depresiones unipolares, se ha evidenciado que los trastornos bipolares también se presentan comórbidos a las adicciones en general debido a la inestabilidad emocional (factor de riesgo mencionado en el apartado anterior) que caracteriza estos síndromes clínicos (Cruzado et al., 2006). Otros autores alertan de que se han evidenciado en su investigación una tendencia significativa a presentar comportamientos obsesivo-compulsivos así como sintomatología ansiosa en aquellas personas que eran consideradas adictas a Internet y las nuevas tecnologías (Dong et al., 2011).

Otra entidad clínica frecuentemente anclada a la adicción a Internet sería el famoso trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) que acogería dos de los factores de riesgo señalados en el apartado anterior: la inatención/distracción y la impulsividad o poca planificación de respuesta (Berner y Santander, 2012; Cruzado et al., 2006; De la Villa y Suárez, 2016). También se han encontrado comorbilidades con trastornos de la conducta alimentaria. La explicación podría deberse a la frecuencia de que estos mismos, a su vez, sean comórbidos a trastornos de

personalidad de tipo Límite donde los factores de riesgo de impulsividad e inestabilidad emocional se convierten ahora en comorbilidades psiquiátricas que facilitan la adicción (Berner y Santander, 2012).

2.3.- Cerebros en línea

Tras revisar los factores de riesgo y comorbilidades asociadas a la adicción Internet y vista la gran similitud clínica con las adicciones a sustancias químicas, es preciso indagar en aquellas causas neurológicas que servirían de explicación subyacente a todo lo comentado hasta el momento. Asimismo, sería oportuno advertir de las repercusiones para con la salud mental y física de las personas que padecerían esta adicción referenciando algunas de las investigaciones en el campo de las neurociencias.

En los últimos años ha aumentado el número de investigaciones cuyo objetivo fundamental ha sido el identificar los cambios funcionales y estructurales que se producen en el cerebro de personas con adicción a internet y a las nuevas tecnologías para, en última instancia, poder comprender los efectos neurológicos y psiquiátricos que ésta provoca.

2.3.1.- Consecuencias neurobiológicas de la adicción a Internet

Aunque todavía queda mucho por ahondar en el campo de las neurociencias, está ampliamente reconocida la influencia de la neuroplasticidad cerebral en nuestras vidas. Hablamos de neuroplasticidad cerebral cuando nos referimos a la capacidad de nuestro cerebro para, con fines adaptativos, cambiar su estructura y su funcionamiento a lo largo de nuestra vida, como reacción a la diversidad del entorno. En decir, aun partiendo de una casi determinante base genética desde el momento en el que nacemos, nuestro sistema nervioso modelaría su arquitectura cerebral, variando la actividad de la misma, en función de lo que hacemos u hábitos que consolidamos a los largo de nuestras vidas. En resumidas cuentas, el cerebro nace pero también se hace (Aguilar, 2003; Kühn y Gallinat, 2014).

Partiendo de este hecho, revisado y referenciado en la literatura neurocientífica, lo próximo sería postular que se percibirían cambios estructurales y funcionales en el sistema nervioso de aquellas personas con adicción a Internet y nuevas tecnologías. Así pues, del mismo modo que se conoce que el cerebro de un futbolista o deportista de élite presenta ciertas diferencias neuroanatómicas con el de un talentoso músico, comprobaríamos si el cerebro de una persona con una adicción Internet es distinto del cerebro de aquellas personas que no presentan un comportamiento tan arraigado y dependiente de las nuevas tecnologías (Kühn y Gallinat, 2014).

Otra característica neuroadaptativa a tener en cuenta cuando hablamos de la

repercusión neurobiológica que tienen las adicciones conductuales, sería la tendencia evolutiva del cerebro por recompensar o reforzar aquellos comportamientos que considera que mejoran la supervivencia del individuo o de la especie, para fomentar su repetición. Pues bien, se postula que muchos hábitos en realidad nocivos se habrían “apoderado” de los circuitos neuronales encargados del procesamiento de la recompensa. En estos casos, la conducta que se refuerza es precisamente adictiva, provocando en el individuo un imperioso e irrefrenable deseo por repetir dicha conducta (Kühn y Gallinat, 2014).

Clarificando la explicación, pongamos el ejemplo del acto sexual. Todos sabemos el refuerzo positivo que se produce en nuestro cerebro cuando realizamos el acto sexual (interesa que este acto no sólo sea placentero *per se* sino que, de alguna forma, deje en nuestro cerebro una “huella” positiva para que lo volvamos a repetir, pues asegura la supervivencia de la especie). Sin embargo, ya no nos sorprende cuando observamos que lo que en teoría se pensaba que era ayuda para nuestra supervivencia y adaptación (reforzar conductas como el sexo) se torna en realidad nocivo cuando el individuo persigue la repetición descuidada y descontrolada de dicha conducta, en aras a reproducir el efecto positivo de ese comportamiento en su cerebro y cuerpo aun y a pesar de las consecuencias adversas que pudiesen haber.

Para ubicarnos en el complejo y misterioso mundo de la neurología de las adicciones, muchos autores se han referido a las neuronas dopaminérgicas como partícipes y responsables del aprendizaje y mantenimiento de aquellos comportamientos adictivos que buscan la recompensa que adquirimos. Es decir, el neurotransmisor que experimentaríamos una fuerte subida de sus niveles cuando consumimos una droga o realizamos un comportamiento placentero (por tanto, potencialmente adictivo) es el mismo, la dopamina (Berner y Santander, 2012; Gutiérrez, Rubio y Rodríguez, 2013; Holden, 2001; Kühn y Gallinat, 2014; Montag y Reuter, 2015). En relación a lo anteriormente comentado, en una investigación realizada por Liu y Lou (2015), se encontró una correlación positiva entre el tiempo semanal que pasaba conectada (“*on-line*”) una persona con adicción a internet y los niveles de dopamina en sangre. Sin embargo, respecto a esta correlación positiva, también se observó un punto de inflexión en el tiempo de conexión a Internet de la persona adicta, produciéndose a largo plazo el efecto contrario y demostrando, por tanto, que una alta y prolongada estimulación provocaría una disminución de los receptores de dopamina, lo que recuerda al fenómeno de la tolerancia. Por ello, se necesitarían más “dosis” de esa sustancia o conducta para alcanzar el mismo nivel de dopamina (Peper, 2009).

En términos neuroanatómicos, el comportamiento habitual y adictivo se ha asociado con los circuitos fronto-estriatales, incluidos las regiones cerebrales prefrontales, que ejercen un control descendente sobre el cuerpo estriado ventral que está, a su vez, involucrado en el procesamiento de la recompensa (Berner y Santander, 2012; Kühn y Gallinat, 2014; Montag y Reuter, 2015).

Pues bien, se ha observado que en aquellos con un alto nivel de dependencia a Internet, existe un marcado déficit de sustancia blanca y gris en el lóbulo frontal derecho, más concretamente, en la corteza orbitofrontal derecha (Kühn y Gallinat, 2014; Lin, Zhou, Du, Qin, Zhao, Xu y Lei, 2012; Yuan, Qin, Wang, Zeng, Zhao, Yang, Liu, Liu, Sun, Deneen, Gong, Liu y Tian, 2011). Si precisamos más en la localización neuroanatómica de este déficit o defecto, hablaríamos de una reducción de la sustancia blanca en áreas orbito-frontales y del fascículo fronto-occipital (Lin et al., 2012) y de una reducción de la materia gris en el córtex prefrontal dorso-lateral, área motora suplementaria, así como en el córtex orbito-frontal (Kühn y Gallinat, 2014; Yuan et al., 2011) encontrando por tanto un marcador biológico para la adicción.

En este sentido, hablamos de una localización neuroanatómica encargada, entre otras cosas, de funciones ejecutivas y de planificación de la tarea como la atención, que ya vimos implicada en el adicción a Internet. En este contexto, una reducción volumétrica de esta área podría dificultar tanto el mantenimiento de objetivos a largo plazo, como no tener en cuenta el tiempo que uno pasa en Internet, teniendo, por tanto, serias dificultades para dejar de navegar por la red o la percepción de que el tiempo que hemos pasado en conexión aparentemente no es tan exagerado como lo que refieren en nuestro entorno. Visto bajo esta luz, las personas con menor espesor cortical en el polo frontal podrían fácilmente ser esclavas de los reforzadores que ofrece Internet y experimentar el placer, que fomentaría la adicción, con mayor fuerza debido a la falta de control. No obstante, cabría estudiarse si esto es una condición neurobiológica previa que suscitaría el abuso y adicción a Internet o una consecuencia tras la prologada reiteración del comportamiento adictivo (Kühn y Gallinat, 2014).

No sólo encontramos distinciones estructurales sino funcionales también. En términos de conectividad neuronal, también se aprecian diferencias que no deberíamos pasar por alto. Se sabe que aquellos individuos que pasan más horas ante las pantallas y en conexión a Internet presentan una mayor conectividad entre el polo frontal derecho, antes mencionado, y el estriado ventral izquierdo. Este es, precisamente, el circuito neuronal (circuito fronto-estriatal) que postulábamos como candidato en relación a adicciones conductuales. En este sentido, al haber tanta

conectividad neuronal en el mencionado circuito, podemos afirmar y entender con el apoyo de estudios de neuroimagen funcional, que las personas adictas a Internet presenten mayor sensibilidad de recompensa. Para acabar de reforzar el argumento del parentesco entre adicciones conductuales y químicas, cabe advertirse que los sujetos que presentan marcada adicción a la nicotina, cocaína y/o alcohol, también muestran una sobreactivación del circuito estriado-ventral (Kühn y Gallinat, 2014) afirmándose que el uso continuado de internet provoca alteraciones estructurales y funcionales similares a las alteraciones provocadas por el consumo reiterado de sustancias (Berner y Santander, 2012; Holden, 2001; Kühn y Gallinat, 2014; Yuan et al., 2011).

En referencia al metabolismo cerebral encontramos también hallazgos relevantes a comentar. En una investigación realizada por Park y sus colegas (2010) se observaron diferencias en el metabolismo de la glucosa cerebral entre aquellos individuos que padecían adicción a Internet y aquellos que no la presentaban. Sabemos que las personas con alta dependencia a Internet y redes sociales tienen un aumento del metabolismo cerebral de la glucosa en la región orbitofrontal derecha, la ínsula de ese mismo hemisferio y el núcleo caudado izquierdo. Aparentemente, también se aprecia en estos individuos adictos a Internet, en contraposición, una disminución evidente del metabolismo de glucosa en el giro postcentral bilateral, giro precentral izquierdo y el córtex occipital bilateral si se comparan con cerebros no adictos a Internet. Pues bien, los resultados que arroja esta investigación presuponen que este comportamiento adictivo a las redes sociales y nuevas tecnologías, cada vez más común en nuestra sociedad, no sería tan inofensivo como parecería a simple vista pues conllevaría contrastadas alteraciones neurobiológicas en la corteza orbitofrontal, cuerpo estriado y regiones sensoriales, que estas son, en definitiva, áreas implicadas en el control de impulsos y el procesamiento de la recompensa y emociones interfiriendo, por tanto, gravemente en nuestro comportamiento habitual.

Interesante destacar también una investigación cuya finalidad fue evaluar la inhibición/impulsividad en personas con adicción a Internet en comparación con un grupo control utilizando para ello la conocida prueba Stroop color-palabra. Mientras los sujetos realizaban dicha prueba, se estudiaba su actividad cerebral mediante una resonancia magnética funcional. Los resultados observados fueron que las personas con adicción a Internet obtuvieron un mayor número de errores en la prueba que el grupo control (Dong et al., 2012). Así pues, sabiendo que la “habilidad” requerida para realizar esa prueba con éxito se asocia con la corteza cingular anterior y posterior, se presupone que las cerebros adictos a Internet presentan un peor

funcionamiento en esa región cerebral así como alteraciones en la misma. La corteza cingular anterior se ha demostrado relacionada en el control de conflictos (Carter y Van Veen, 2007) y la corteza cingular posterior con la atención (Leech y Sharp, 2014). Así pues, se presupone que las personas con adicción a Internet presentarían un evidente déficit en el control de la impulsividad y una acusada inatención tal y como advertíamos anteriormente (Dong et al., 2012; Zhu, Zhang y Tian, 2015).

No obstante, si hablamos de diferencias neuroanatómicas y funcionales, no todo se postula en contra de aquellos con adicción a Internet. Otros estudios han dejado demostradas ciertas “ventajas” en aquellas personas en consecuencia a su relación adicta con Internet y las nuevas tecnologías. Pues bien, en los adictos a Internet se detectan cambios en las regiones sensoriomotoras que se asocian a la prolongada exposición a pantallas y al reiterado comportamiento manipulando las nuevas tecnologías. Así pues, tras un gran número de horas en frente de una pantalla tecleando para chatear, se percibe a largo plazo una adaptación cerebral (como advertíamos anteriormente) en esas regiones sensoriomotoras (Kuss y Griffiths, 2012; Montag y Reuter, 2015). Según estos estudios las personas adictas a internet, videojuegos o redes sociales, se tornan más habilidosas y precisas en conductas como dar clic al ratón y escribir en el teclado (Kuss y Griffiths, 2012). Asimismo, también se perciben cambios con respecto a la neuroplasticidad en las regiones cerebrales relacionadas con el procesamiento visuoespacial que se deben a la exposición continuada a estímulos visuales (Montag y Reuter, 2015).

2.3.1.- Efectos psicológicos y físicos de la adicción a Internet

En cuanto a las consecuencias psicológicas y físicas de la adicción a internet y las redes sociales, existe suficiente evidencia empírica para demostrar que aquellos factores psicológicos o síntomas que se mostraban como predictores o facilitadores de una adicción son precisamente aquellos que más se pronuncian como consecuencia de la misma adicción. Así pues, si bien sabemos que el uso de internet está relacionado con puntuaciones más altas en ansiedad social y dificultades de habilidades sociales, especialmente relacionadas con la asertividad e introversión (Luengo López, 2004), lo que nos preguntamos ahora es de qué manera este aspecto predisponente surge también como un efecto potenciado de la adicción.

Una posible explicación es que aquellos que sufren síntomas de ansiedad social y tienen, como advertíamos anteriormente, mayor propensión a la adicción a Internet, invirtiendo una gran cantidad de tiempo en este espacio virtual. Pues bien,

encontrarse de forma prolongada en este espacio artificial en lo que se refiere a la comunicación humana, provoca una pérdida de oportunidades para socializarse de una forma óptima durante una etapa especialmente importante para que el adolescente interiorice y ponga en práctica habilidades enfocadas a la relación con otros. Esto provocaría a la larga esos déficits en habilidades sociales de los que hablábamos (Yen, Ko, Yen, Chen, Chung y Chen, 2008). En otras palabras, Internet no es la mejor escuela para que un adolescente aprenda las reglas básicas de la comunicación e interacción humana.

Asimismo, ocurre de forma similar con otros factores que implicaban vulnerabilidad a desarrollar adicción a Internet. Factores como la baja autoestima y un humor depresivo, también se ven potenciados por efecto de una prolongada adicción a Internet, lo que conlleva una mayor dificultad a la hora de establecer relaciones interpersonales y un mayor aislamiento social (Jiménez y Pantoja, 2007; Luengo López, 2004) que es, en definitiva, el efecto psicológico por el que en la mayoría de los casos de adicción a Internet se acaba solicitando ayuda profesional (Berner y Santander, 2012). No obstante, por otro lado, Mackenna y Bargh (1999) opinaban que el uso de internet no aumentaba la depresión sino más bien todo lo contrario, este disminuiría los niveles de soledad por la ilusa sensación del individuo de estar “conectado” con diversas personas y por ende mejoraría otros síntomas depresivos. En cualquier caso, lo que sí queda claramente demostrado es que la adicción a Internet provoca bruscos cambios de humor e irritabilidad que son condicionados por la interrupción y el ritmo de conexión a Internet dejando clara la peligrosa dependencia psicológica que se asocia a Internet (Luengo López, 2004).

En lo que se refiere a efectos físicos, cabría decirse de antemano que uno de los aspectos que distingue una adicción comportamental de una adicción a sustancias, es que las adicciones conductuales no provocan consecuencias físicas negativas tan severas y, en el peor de los casos, estas serían por un periodo de tiempo relativamente corto. Aun así, en relación a la adicción a internet también se han destacado algunas consecuencias negativas para la salud a tener presente. La consecuencias físicas más estudiadas y más señaladas por las personas con adicción a Internet serían sobre todo las derivadas de la privación del sueño (Berner y Santander, 2012; Golpe, Isorna, Gómez y Rial, 2017; Young, 1999). Existen diversas publicaciones que advierten que a partir de los quince minutos de exposición a la luz de pantallas, se reducen los niveles de melatonina, hormona del sueño, a la mitad (Kaneita, Ohida, Osaki, Tanihata, Minowa, Suzuki, Wada, Kanda y Hyashi, 2006; Suganuma, Kikuchi, Yanagi, Yamamura, Morishima, Adachi,

Kumanogo, Mikami, Sugita y Takeda, 2007) lo que provocaría problemas de conciliación del sueño (insomnio de primera fase), un peor ritmo de sueño (Choi, Son, Park, Han, Kim, Lee y Gwak, 2009; Kaneita et al., 2006; Sugauma et al., 2007) y consecuente somnolencia diurna (Choi et al., 2009), fatiga, hipoprosxia o incluso alteraciones del nivel de conciencia (Luengo López, 2004). Otra consecuencia derivada sería una bajada de las defensas del sistema inmunológico causada por la privación del sueño del adicto a Internet al ser éste incapaz de cortar la conexión a Internet y permanecer conectado hasta altas horas de la noche (Luengo López, 2004). También se destacan alteraciones en la alimentación (Golpe et al., 2017).

Otros efectos físicos evidenciados en la literatura científica sería una hiperactivación del sistema nervioso simpático como respuesta condicionada a la exposición de estar conectado a Internet, que provocaría síntomas como taquicardia e hipertensión arterial cuando los sujetos adictos a Internet tratasen de establecer conexión a Internet o tras la privación de la conexión (Luengo López, 2004; Lu, Wang y Huang, 2010).

2.4. Propuesta de intervención

El primer paso para resolver un problema, y de hecho el que resulta más costoso, es ser conscientes de que hay un problema. Partiendo de esta premisa, es necesario que el cometido principal de las terapias tradicionales para el tratamiento de la adicción a internet y a las redes sociales se base en que la persona sea consciente de las consecuencias negativas que conlleva su conducta adictiva para con su funcionamiento habitual como persona. Con ello nos acercamos a conseguir aumentar la motivación para cambiar dichas conductas y sustituirlas por otras más adaptativas. En este sentido, cabe recalcar que la finalidad última de las terapias consideradas eficaces por la investigación actual no es la abstinencia total sino un uso más adaptativo de Internet (Luengo López, 2004; Marco y Chóliz, 2013). Actualmente, existen numerosas publicaciones relacionadas con el tratamiento de personas con adicción a internet, algunas sugieren el uso de la entrevista motivacional y la psicoeducación para lograr lo comentado (Marco y Chóliz, 2013; Luengo López, 2004; Shek, Tang y Lo, 2009).

Aunque se trata de un problema social reciente son muchos ya los estudios que apuestan por el tratamiento cognitivo conductual como abordaje más eficaz para tratar la adicción. Este mismo enfoque se ha mostrado igualmente eficaz tanto en su aplicación individual como en terapia grupal, donde se trabajaría en una dinámica similar a grupos de apoyo de otras adicciones, la capacidad de autorregulación y gestión del tiempo de los pacientes así como su estado emocional y comportamientos desadaptativos y adictivos, haciendo que sean a su vez conscientes de la peligrosidad de los mismos (Du, Jiang y Vance, 2010; Huang, Li y Tao, 2010; Marco y Chóliz, 2013). Desde el enfoque cognitivo-conductual, se busca que las personas con adicción a internet aprendan a organizar y gestionar su tiempo, reconocer los beneficios que aporta internet así como sus peligros, identificar posibles desencadenantes de los episodios de uso excesivo, aprender a controlar sus emociones y la impulsividad, mejorar las habilidades sociales y los estilos de afrontamiento, así como fomentar el interés por otro tipo de actividades y trabajar sobre los sesgos cognitivos que minimicen su problema de dependencia (Du et al., 2010).

En esta misma línea, hay autores que han investigado dentro del marco sistémico y cognitivo conductual una terapia familiar que busca suavizar conflictos entre adicto y entorno familiar y desarraigar al adicto de su comportamiento adictivo problemático. Estos autores postulan una serie de pautas de actuación para padres como limitar el acceso a Internet y uso de nuevas tecnologías negociando unas horas de uso con el

adicto, fomentar la relación con sus iguales y otro tipo de actividades lúdicas más saludables, mejorar la calidad de diálogo y comunicación de la familia (Du et al., 2010; Shek et al., 2009;). Otros autores defienden que la terapia psicológica que tratase esta adicción debería fortalecer factores protectores como realizar deporte asumiendo que cuanto más tiempo empleemos en otras actividades menos espacio dejaremos a Internet y sus aspectos potencialmente adictivos (Golpe et al., 2017).

Aunque resulte paradójico, desde una perspectiva tan innovadora como las nuevas tecnologías podemos tratar la adicción a las mismas. En un intento de estrechar lazos entre la Psicología y las nuevas tecnologías, la Psicoinformática asegura brindar ayuda para mejorar el tratamiento y diagnóstico de la adicción a internet. Este nuevo enfoque utiliza los métodos actuales de la informática dentro de la investigación psicológica, permitiendo una mayor profundización en los estados mentales de las personas, así como otras variables psicológicas. Un ejemplo de métodos empleados en este enfoque para el tratamiento de la adicción a internet y a las redes sociales sería el seguimiento de una conducta a través de una aplicación en un Smartphone que, a modo de registro, informaría al adicto del tiempo dedicado a las redes sociales. Con ello, el adicto podría poseer una herramienta que le ayudaría a observar con mayor facilidad, precisión y objetividad (ya no sería la "subjetividad" de su entorno cercano) si se producen fenómenos como la tolerancia o dependencia en función del aumento de frecuencia e intensidad en referencia al uso de Internet. Estas aplicaciones podrían, además, bloquear el teléfono durante un tiempo establecido para evitar distracciones mientras se realizasen otras actividades (Montag y Reuter, 2015).

Para la prevención de futuras recaídas en el adicto sería bueno elaborar y mantener un horario realista y pactado que permita al paciente gestionar y organizar el tiempo sin dejar grandes espacios que puedan facilitar una recaída. Nos referimos con esto a pactar conexiones breves y frecuentes mas siempre evitando un espacio de tiempo de muchas horas en el que el adicto pueda perder la noción del tiempo conectado. Con ello además se otorga al paciente una sensación de control sobre su conducta. Estaría indicada también la identificación de las aplicaciones o usos de Internet más problemáticos o a los que familia y el mismo adicto refieren mayor adicción para tener especial control sobre ellos (Luengo López, 2004). Otros puntos a señalar para evitar recaídas sería cuidar hábitos saludables como el deporte (Golpe et al., 2017) y el sueño (Luengo López, 2004).

3. BLOQUE II

3.1. Justificación estudio empírico

La razón que motiva la realización de este estudio empírico es la creciente expansión que mantiene Internet, y todos sus aspectos potencialmente adictivos, en nuestras vidas. Durante las últimas décadas hemos observado como se ha generado un fuerte constructo social en torno a Internet y las redes sociales, que lo protege y populariza, convirtiendo a esta herramienta, que aparentemente estaba a nuestro servicio, en objeto de discusión en la comunidad científica dada la dependencia y las relaciones patológicas que se establecen entre el ser humano e Internet. En cierto modo, podemos decir que Internet se ha apoderado de gran parte de nuestra sociedad aprovechando “debilidades” o determinados factores psicológicos de personas que, al parecer, han caído en las “redes” de una adictiva realidad virtual.

Tras la realización del estudio, se nos brinda la oportunidad de observar en una muestra de tamaño considerable qué variables predicen mayor riesgo para que una persona joven padezca lo que reconocemos como adicción Internet. Siendo esta una emergente alarma social, está relativamente poco estudiada en nuestro país, sin que se alerte de esta adicción y se intente establecer, a modo preventivo e informativo, una serie de factores de riesgo (rasgos de personalidad, autoestima, horas de sueño, horas de deporte...) que se correlacionen con la adicción a Internet. Por tanto, el hecho de que una persona los presentase podría concienciarnos sobre su fragilidad psicológica y personal ante esta adicción y, por consiguiente, de la facilidad que tendría esta persona en concreto para depender de Internet y todo aquello que éste le ofrece.

3.2. Objetivos e hipótesis

Por ello, a continuación se presenta el objetivo principal sobre el que parte el estudio empírico. Asimismo, también se presentan aquellos objetivos específicos y secundarios y las hipótesis planteadas y sometidas a verificación y validación de los resultados del estudio. Cabe mencionarse, de antemano, el hecho de que este estudio es el último de una línea de investigación iniciada en el año 2015. Es importante, por tanto, señalar los objetivos y hallazgos de cada uno de los trabajos que preceden al que se presenta a continuación.

En el primer trabajo final de master anexo a esta línea de investigación se abordaban como objetivos algunas variables generales relacionadas con una muestra pequeña de unos 60 alumnos de la Universidad Abad Oliba. Los resultados fueron en líneas generales y poco extrapolables pero consiguieron detectarse las primeras características de los adictos a Internet como la personalidad impulsiva entre otras. El siguiente trabajo concluyó que existía una relación entre bebidas energéticas y la adicción a Internet y, al demostrarse la correlación entre estas variables, está pendiente de publicarse. El posterior trabajo final de master que heredó la línea de investigación se centró primordialmente en la adicción a Internet con otras adicciones y, ahora, con el cierre de esta línea de investigación, los objetivos de este trabajo irán encaminados a realizar un estudio multivariante final y general que nos dará, para la muestra que contamos, las características de los posibles adictos a Internet. Por tanto, el objetivo principal de la investigación sería el siguiente:

- Establecer el perfil de mayor riesgo o las características personales que tienen mayor tendencia a asociarse con adicción a redes sociales a través de un estudio multivariante.

Por otra parte, los objetivos específicos serán los siguientes:

1. Establecer qué variables personales (sexo, edad, horas de sueño, horas de deporte, autoestima) son más características en el perfil de persona con adicción a Internet.
2. Establecer la relación que tienen los antecedentes psiquiátricos familiares en la presencia de adicción a Internet actual.
3. Establecer qué antecedentes psicopatológicos personales previos y actuales se correlacionan más con adicción actual a redes sociales.
4. Determinar qué rasgos de la personalidad influirían a un joven para ser más vulnerable a presentar una adicción a Internet.

Las hipótesis de estudio que nos hemos planteado:

1. Los participantes que practican menos horas de deporte tienen mayor vulnerabilidad a presentar adicción a Internet.
2. Los participantes que refieren dormir menos horas tienen mayor vulnerabilidad a presentar adicción a Internet o ya la presentan.
3. Los participantes con estados emocionales negativos actuales de depresión tienen mayor vulnerabilidad a presentar adicción a Internet.

4. Los participantes con estados emocionales negativos actuales de ansiedad tienen mayor vulnerabilidad a presentar adicción a Internet.
5. Aquellos participantes con antecedentes psiquiátricos personales y/o familiares tienen mayor vulnerabilidad a presentar adicción a Internet.
6. Los participantes con rasgos de personalidad obsesivo compulsivo tienen menor vulnerabilidad a padecer adicción a Internet.
7. Los rasgos de personalidad de tipo paranoide se correlacionan positivamente con mayor adicción a Internet.
8. Aquellos participantes con rasgos de personalidad por evitación tienen mayor vulnerabilidad a depender de Internet.
9. Los participantes con rasgos de personalidad antisocial se correlacionan con mayor adicción a Internet.
10. Los participantes con puntuación significativa en dependencia a sustancias en el MCMI-III tienen mayor adicción a Internet.
11. Los participantes con puntuación significativa en dependencia a alcohol en el MCMI-III tienen mayor adicción a Internet.

3.3. Método

3.3.1. Participantes

La muestra está formada por un total de 212 participantes, mujeres (n=166, 78,3%) y hombres (n=46, 21,7%), estudiantes de grado de psicología y magisterio de dos universidades españolas, la Universidad Abat Oliba CEU de Barcelona (n=141) y la Universidad de Barcelona (n=71). El rango de edad de los participantes se enmarcaban entre los 18 y los 31 años de edad, rondando la media sobre los 20 años.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes, a saber:

- Ser estudiante universitario en una de las dos universidades anteriormente mencionadas
- Ser mayor de edad
- Firmar el consentimiento informado (ver Anexo I) conforme participaban de forma voluntaria

Los criterios de exclusión que se establecieron son los siguientes, a saber:

- No ser estudiante universitario
- Negarse a participar en el estudio
- Negarse a firmar o no firmar el consentimiento informado
- No tener los conocimientos suficientes de español como para entender el consentimiento informado, la finalidad del estudio o las preguntas del protocolo

El 95,8 % de la muestra (n=203) era de nacionalidad española mientras que el 4,2% (n=9) afirmaba tener otra nacionalidad. El 50,5% de la muestra (n=107) refería estar cursando solamente estudios universitarios mientras que el 49,5% de la muestra (n=105) refería cursar una carrera universitaria además de estar activo en el mundo laboral. El 91% (n=193) de los participantes negaban padecer alguna enfermedad médica aunque el 9% (n=19) afirmaba padecer en la actualidad algún tipo de enfermedad médica.

3.3.2. Instrumentos

Para la recogida de información se elaboró un protocolo diseñado especialmente para a la realización de esta investigación. En dicho protocolo (Ver anexo) se formulan preguntas para recoger datos sociodemográficos (situación laboral, estado civil, tipo de residencia y nacionalidad), personales (edad, sexo, antecedentes psiquiátricos personales, horas de sueño y horas de deporte), psicológicos (rasgos de personalidad, síndromes clínicos, autoestima) y familiares (antecedentes psiquiátricos familiares). Seguidamente y para poder trabajar con la dependencia a las redes sociales y otras variables relevantes para el estudio como lo son los rasgos de personalidad, psicopatología y la autoestima del participante aparece una batería de test estandarizados para recoger información sobre dichos aspectos. A continuación se expone la validez y fiabilidad de cada uno de los test estandarizados que componen la batería.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Vázquez-Morejón, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004).

La escala consta de 10 ítems los cuales son frases con contenidos que se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. Cinco frases son enunciadas de forma positiva y cinco de negativa. El objetivo de esta escala es conocer los grados de autoestima. El tiempo de aplicación varía entre 5 y 10 minutos y puede realizarse aplicación tanto individual como colectiva pudiéndose aplicar también en adolescentes (a partir de los 12 años).

Se puntúa mediante una escala tipo Likert donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4=totalmente en desacuerdo).

La escala ha sido traducida y validada en castellano. En cuanto a la consistencia interna de la escala se valora entre 0,76 y 0,87 mientras que la fiabilidad es de 0,80 por lo que entendemos que es un herramienta psicométrica suficientemente válida y

fiable como para utilizarla en nuestro estudio.

Test de Adicción a las Redes Sociales (TARS) (Basteiro, Robles-Fernández, Juarros-Basterretxea y Pedrosa, 2013).

El TARS es un instrumento creado para evaluar el abuso de las redes sociales en donde los ítems se basan en los ocho criterios establecidos por Young (1998) a la hora de evaluar el uso adictivo. Consta de 36 ítems de formato dicotómico Verdadero y Falso en los que se debe indicar si se desarrolla cada conducta planteada por cada ítem. Los ítems verdaderos suman un punto mientras que los falsos no suman, a excepción del ítem 24 que es inverso. El tiempo de aplicación es de unos 10 minutos y es autoadministrado.

A partir de la suma de las respuestas se obtiene una puntuación directa que debe transformarse en decatipos en base al baremo que incluyen los autores.

La interpretación, debe hacerse mediante los decatipos y con una graduación de la dependencia de tal modo que se habla de mayor o menor dependencia a las redes sociales. No se pudo establecer punto de corte en el instrumento, ya que no se contó con una muestra clínica ni con un criterio externo que permitiese realizar una evaluación multi-método.

La fiabilidad mediante el coeficiente de α de Cronbach mostró un índice de 0,90 además de validez de constructo $-X^2 / gl = 2,74$ y $GFI = 0,94$.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) (Millon, Davis y Millon, 1997) (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011).

El MCMI-III consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso. La aplicación puede ser individual o colectiva, sin límite de tiempo de aplicación, aunque se suele completar en un tiempo de entre 20 y 30 minutos. El test consta de 4 índices que permiten evaluar la validez del protocolo y 24 escalas clínicas agrupadas de acuerdo con el nivel de gravedad: patrones clínicos de personalidad, patología grave de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves:

Los patrones clínicos de personalidad son los siguientes, a saber: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo (sádico), compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y autodestructivo.

En cuanto a la Patología grave de la personalidad nos encontraríamos con: esquizotípico, límite y paranoide. - Síndromes clínicos: ansiedad, somatoformo,

bipolar, distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias y estrés post-traumático. Los síndromes clínicos graves serían: trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante.

La corrección del MCMI-III se realiza de manera informatizada donde se introducen las respuestas del sujeto y automáticamente se genera un perfil donde nos aparecen las diferentes puntuaciones obtenidas en todas las escalas comentadas anteriormente.

En cuanto a las propiedades psicométricas, el inventario muestra fiabilidad y consistencia interna elevada la cual fue evaluada mediante el Coeficiente Alfa ($\alpha=0,66-0,89$) y validez moderada. La sensibilidad del inventario varía siendo la media de 0,60 y su poder predictivo del 0,69.

3.3.3. Procedimiento

La recogida de información se ha llevado a cabo tanto en la Universidad Abat Oliba CEU como en la Universidad de Barcelona una vez la finalidad y procedimiento de la investigación fuese aprobado por el Comité de Ética Asistencial (CEIC) del Hospital Universitari Sagrat Cor.

Se trata, como se comentaba anteriormente, de una línea de investigación iniciada el 2015. La recogida de datos se llevó a cabo en tres periodos de tiempo: durante los meses de marzo-abril de 2016, más tarde en noviembre de ese mismo año y finalmente se amplió la muestra para este estudio el posterior año 2017, durante los meses de septiembre y octubre.

El proceso que se ha seguido ha tenido lugar en ambas universidades, en varias visitas de recogida y durante las clases ordinarias de los participantes. Por tanto, hablamos, en cualquiera de los casos, de un muestreo accidental y de una administración grupal del protocolo. Para comenzar se explicó el carácter y finalidad de la investigación a todos los participantes, preguntando finalmente por su interés en participar y resolviendo las dudas presentadas. Se les explicó, a su vez, el carácter confidencial de la información que se obtendría en la investigación. Así mismo, se dio la posibilidad a aquel participante que estuviese interesado de recibir los resultados generales de toda la investigación.

Tras comprender las dimensiones del estudio y estar conformes con la participación en él, se repartieron los protocolos junto con el consentimiento informado, donde se recogía de nuevo y con más detalle los aspectos de la investigación. Se les señaló nuevamente la importancia de firmarlo participar en el estudio de forma voluntaria. Así pues, nos aseguramos de que la contribución por parte de los estudiantes a la

investigación fuese totalmente deliberada, informándoles igualmente que la abstención en la investigación no caería en perjuicio académico o personal y que en cualquier momento de la administración podían detenerse y solicitar deshacerse de los datos facilitados. Entendimos que aquellos estudiantes que se quedaban en clase tras la explicación y firmaban el consentimiento informado se comprometían con la investigación.

Por último, para preservar la confidencialidad de los participantes en todo momento durante la realización del estudio, los consentimientos firmados con su correspondiente protocolo cumplimentado fueron separados y codificados (asignando un código a cada protocolo y participante) en una base de datos protegida bajo contraseña. Además, la base de datos utilizada para el posterior y correspondiente análisis estadístico con toda la información personal sensible, era totalmente anónima.

3.3.4. Análisis de datos

El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico IBM SPSS Versión 23.

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo para evaluar las variables sociodemográficas y clínicas recogidas mediante la obtención tanto de medidas de tendencia central como de dispersión, así como medidas de recuento de casos absolutos y relativos. Posteriormente, se ha aplicado la prueba de Kolmogorov-Smirnov para contrastar el supuesto de Normalidad de algunas de las pruebas aplicadas y analizar las distribuciones de las distintas variables del estudio. Posteriormente se ha realizado el análisis inferencial para determinar la presencia o ausencia de diferencias y/o relaciones estadísticamente significativas.

Para el estudio de las relaciones se usó el coeficiente de correlación de Pearson dada la naturaleza no ordinal de la Escala TARS. Las pruebas utilizadas para determinar las diferencias entre grupos fueron T-Student de grupos independientes y el análisis de la varianza simple y univariado (ANOVA).

Finalmente se ha empleado la regresión múltiple por pasos hacia adelante para identificar la mejor solución o combinación de variables independientes mínimas que permiten explicar el mayor porcentaje de varianza de la variable dependiente adicción a internet.

3.4. Resultados

De forma descriptiva y refiriéndonos en un primer lugar a las variables personales, tal y como se muestra en la Tabla 1, atenderemos a los antecedentes psiquiátricos personales. En el 60,8% de la muestra (n=129) se refería ausencia de cualquier tipo de diagnóstico o antecedentes psiquiátricos personales, en el 8,5% (n=18) había antecedentes psiquiátricos personales de depresión, en el 8% (n=17) había antecedentes psiquiátricos personales de ansiedad, en el 5,7% (n=12) se referían antecedentes personales de trastorno adaptativo, en el 3,3% (n=7) había antecedentes personales de duelo patológico, en el 3,3% (n=7) habían antecedentes personales de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el 2,8% (n=6) habían acudido a profesionales de la salud mental debido a problemas familiares y en un 7,5% de la muestra (n=16) se referían otros antecedentes psiquiátricos personales. En lo que se refería de los antecedentes psiquiátricos familiares, el 50,5% (n=107) de la muestra negaba presencia de antecedentes psiquiátricos familiares clínicamente relevantes mientras que el 49,5% de la muestra (n=105) afirmaban tener algún familiar diagnosticado de alguna enfermedad psiquiátrica.

Tabla 1

Frecuencia de antecedentes psiquiátricos personales según motivo de consulta y antecedentes psiquiátricos familiares.

Antecedentes psiquiátricos personales	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	129	60,8
Depresión	18	8,5
Ansiedad	17	8
Duelo patológico	7	3,3
Tr. Adaptativo	12	5,7
problemas familiares	6	2,8
TDAH	7	3,3
Otros	16	7,5
Antecedentes psiquiátricos familiares		
Presencia	105	49,5
Ausencia	107	50,5

Si nos referimos al perfil de personalidad de la muestra obtenido por el test MCMI-III (tan solo aquellos que obtuvieron puntuaciones altas, es decir, superiores al punto de corte de 75), los datos evidencian que un 39,6% de la muestra (n=84) presentaban rasgos de la personalidad de tipo Histriónico, un 19,8% de tipo Obsesivo-compulsivo (n=42), un 12,2% rasgos Narcisistas (n=26), el 7,5 % de tipo Dependiente (n=16), el 5,1% rasgos de personalidad depresiva (n=11), el 4,2% de tipo Evitativo (n=9), un 4,2% de tipo Paranoide (n=9), el 1,8% de tipo Negativista (n=4), el 1,4% rasgos de personalidad Antisocial (n=3) y un 0,5% rasgos de tipo Límite (n=1). Hubo porcentaje nulos en la muestra para los rasgos de personalidad

Esquizoide, Agresivo, Autodestructivo ni Esquizotípico.

Del mismo modo, en referencia a la presencia de psicopatología, participantes que superasen ese mismo punto de corte encontraríamos a un 22,1% de la muestra que presentaba ansiedad (n=47), un 10,8% presentaba Bipolaridad entendida como labilidad e inestabilidad emocional (n=23), el 3,7% puntuaban alto en Distímico (n=8), el 3,7% puntuaban alto en la categoría de Trastorno delirante (n=8), el 3,3% presentaban Dependencia a alcohol (n=7), el 2,3% presentaba síndrome Somatomorfo (n=5), un 2,3% destacaban en la categoría de Trastorno del pensamiento (n=5), el 1,8 % presentaban Depresión mayor (n=4), el 1,4% presentaban Dependencia a sustancias (n=3) y un 0,5% presentaban Trastorno por estrés postraumático (n=1). En la Tabla 2 se representan las medias y desviaciones típicas, además de mínimos y máximos de las variables de personalidad y psicopatología recién comentadas.

Tabla 2
Datos descriptivos de las variables de personalidad y psicopatología para el total de la muestra (N=211).

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
Esquizoide	0	74	31.7	20.4
Evitativo	0	90	33.1	24.8
Depresivo	0	95	26.5	21.9
Dependiente	0	102	37.7	25.1
Histriónico	1	99	67.1	18.2
Narcisista	11	115	63.5	13.6
Antisocial	0	81	48.4	19.5
Agresivo	0	72	43.7	21.1
Compulsivo	11	93	60.0	16.7
Negativista	0	330	43.1	28
Autodestructivo	0	71	25.2	22.2
Esquizotípico	0	73	29.1	24.3
Límite	0	76	31.2	22.7
Paranoide	0	101	43.4	25.2
Ansiedad	0	101	38.9	30.8
Somatomorfo	0	97	25.5	24.7
Bipolar	3	93	55.8	17.4
Distímico	0	85	18.5	21.6
Dep. a alcohol	0	90	44.1	23.5
Dep. a sustancias	0	91	47.7	21.3
TEPT	0	108	24.9	24.3
Tr. pensamiento	0	88	31.8	22.7
Dep. mayor	0	107	20.9	22.5
Tr. delirante	0	97	37.9	31.9

A) Variables sociodemográficas y adicción a Internet

Sexo

Los resultados de la comparación de medias (T-student) muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las redes sociales en función del Sexo $t(92.366) = 1.161$, $p = 0.249$. la puntuación media en la escala TARS para mujeres era de 6,4 con una desviación típica de 1,9 mientras que la puntuación media de los participantes de sexo masculino en la misma escala era de 6,1 con una desviación típica de 1,4. Cabría comentar que la muestra para este estudio no era equilibrada ya que el número de mujeres en el estudio triplicaba al de los hombres, lo cual podría haber sesgado el resultado. Tal y como se muestra en la Tabla 3, los resultados de las pruebas de Normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) muestran que las distribuciones no son normales.

Tabla 3

Resultados de las pruebas de Normalidad aplicadas a los resultados de la comparación de medias T-student (resultado en TARS en función del sexo).

		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TARS	Mujer	0,145	165	0,000	0,956	165	0,000
	Hombre	0,165	46	0,003	0,946	46	0,033

Dado el incumplimiento de la condición de aplicación de normalidad ($ks = 0.145$, $gl = 165$, $p < 0.001$); ($ks = 0.165$, $gl = 46$, $p = 0.003$), se aplicó la prueba de comparación de dos muestras independientes U – Mann Whitney. La cual mostró, tal como se expone en las tablas (Tabla 4 y Tabla 5), que no existen diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos respecto al resultado en adicción a las redes sociales ($U = 3254.500$, $p = 0.134$).

Tabla 4

Prueba de Mann-Whitney por Rangos.

		N	Rango promedio	Suma de Rangos
TARS	Mujeres	165	109,28	18030,50
	Hombres	46	94,25	4335,50

Tabla 5

Estadísticos de contraste de U-Mann Whitney y W de Wilcoxon.

	TARS
U de Mann-Whitney	3254,500
W de Wilcoxon	4335,500
Z	-1,497
Sig. Asintot. (bilateral)	0,134

Edad

Las correlaciones bivariadas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mostraron relaciones lineales, negativas y estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales y la Edad ($r = -0.295$, $p < 0.001$).

Horas de sueño

Las correlaciones bivariadas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mostraron relaciones lineales, negativas y estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales y las horas de sueño referidas por los participantes ($r = -0.235$, $p = 0.001$).

Horas de deporte

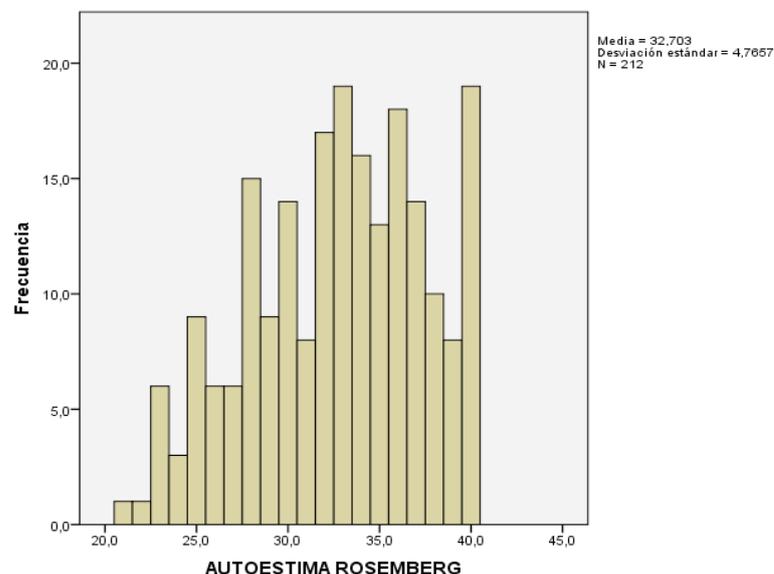
Las Horas de deporte ($r = -0.032$, $p = 0.648$) no resultaron estar asociadas de forma estadísticamente significativa con la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales.

Autoestima

Por un lado, las correlaciones bivariadas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mostraron que las relaciones no eran estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales y la Autoestima ($r = -0.159$, $p = 0.21$). En la Figura 1 queda representada la media y desviación estándar de la muestra teniendo en cuenta la variable de la autoestima.

Figura 1

Representación gráfica de la distribución de las puntuaciones de los participantes en el test de autoestima de Rosenberg



Antecedentes psiquiátricos personales y familiares

Por un lado, los resultados de ANOVA muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las redes sociales en función del motivo de consulta (antecedentes psiquiátricos personales) $F(7, 203) = 0.829, p = 0.564$. Haciendo referencia a los antecedentes psiquiátricos personales, en la siguiente tabla (Tabla 6) se muestran de cada grupo, según el motivo de consulta, las medias y desviaciones típicas en relación a las puntuaciones obtenidas en el test de adicción a redes sociales. En la tabla 7 se muestran las condiciones de aplicación de normalidad para cada uno de estos grupo.

Tabla 6

Medias y desviaciones típicas de cada grupo según las puntuaciones obtenidas en el test de adicción a redes sociales.

Motivo de consulta	Estadístico	
	Media	Desv. típ.
Ausencia de motivo de consulta	6,3	1,8
Depresión	5,7	2,2
Ansiedad	6,1	1,8
Duelo patológico	7,2	2,2
Tr. Adaptativo	6,8	1,4
Problemas familiares	7	1,7
TDAH	6,3	2,4
Otros	6,7	1,9

Tabla 7

Condiciones de aplicación de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para cada motivo de consulta.

Motivo de consulta	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Ausencia de motivo de consulta	0,143	129	0,000
Depresión	0,152	18	0,200*
Ansiedad	0,234	17	0,014
Duelo patológico	0,219	7	0,200*
Tr. Adaptativo	0,215	12	0,131
Problemas familiares	0,212	6	0,200*
TDAH	0,209	6	0,200*
Otros	0,238	16	0,016

En la Tabla 7 podemos observar como algunas se distribuyen de forma normal y otras no. Cabe matizarse que ANOVA es considerada una prueba paramétrica sólida contra la suposición de normalidad, lo que significa que admite regularmente alteraciones en su supuesto de normalidad de forma correcta. Es decir, esta prueba puede, en los datos de grupo, admitir distribuciones asimétricas o anormales (IBM, 2016).

Por otro lado, tampoco existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las redes sociales en función de la presencia o ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares $t(209) = 1.100$, $p = 0.273$. La puntuación media obtenida en TARS de los participantes que referían ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares era de 6,5 con una desviación típica de 1,8 mientras que la puntuación media obtenida en TARS de los participantes que referían antecedentes psiquiátricos familiares era de 6,2 con una desviación típica de 1,8. Tal y como se expone en la tabla (Tabla 8), los resultados de las pruebas de normalidad de los resultados acabados de comentar informan que no son distribuciones normales.

Tabla 8

Resultados de las pruebas de Normalidad aplicadas a los resultados en TARS en función de ausencia o presencia de antecedentes psiquiátricos familiares.

TARS		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Antecedentes psiquiátricos familiares	Ausencia	0,137	107	0,000	,957	107	0,002
	Presencia	0,165	46	0,000	,962	104	0,004

Dado el incumplimiento de la condición de aplicación de normalidad ($k_s = 0.137$, $gl = 107$, $p < 0.001$); ($k_s = 0.165$, $gl = 46$, $p < 0.001$), se consideró oportuno realizar, al igual que en el caso anterior, la prueba de comparación de dos muestras independientes U-Mann Withney que, tal y como se muestra en las tablas (Tabla 9 y Tabla 10), seguía demostrando que no existían diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos respecto al resultado en TARS ($U = 5133$, $p = 0.324$).

Tabla 9

Prueba de Mann-Whitney por Rangos.

		N	Rango promedio	Suma de Rangos
TARS	Ausencia	107	110,03	11773
	Presencia	104	101,86	10593

Tabla 10

Estadísticos de contraste de U-Whitney y W de Wilcoxon.

	TARS
U de Mann-Whitney	5133
W de Wilcoxon	10593
Z	-0,986
Sig. Asintot. (bilateral)	0,324

B) Relación entre adicción a internet y psicopatología/personalidad

Por un lado, las correlaciones bivariadas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mostraron relaciones lineales, negativas y estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en la escala Test de Adicción a Redes Sociales y la puntuación en Compulsivo ($r = -0.174$, $p = 0.011$). Por otro lado, las mismas correlaciones mostraron relaciones lineales, positivas y estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales y la puntuación en Depresión Mayor ($r = 0.157$, $p = 0.023$), la puntuación en Trastorno del Pensamiento ($r = 0.257$, $p < 0.001$), la puntuación en Dependiente ($r = 0.319$, $p < 0.001$), la puntuación en Histriónico ($r = 0.190$, $p = 0.006$), la puntuación en Antisocial ($r = 0.174$, $p = 0.011$), la puntuación en Agresivo ($r = 0.216$, $p = 0.002$), la puntuación en Negativista ($r = 0.281$, $p < 0.001$), la puntuación en Esquizotípico ($r = 0.144$, $p = 0.037$) la puntuación en Límite ($r = 0.242$, $p < 0.001$), la puntuación en Ansiedad ($r = 0.249$, $p < 0.001$), la puntuación en Somatomorfo ($r = 0.210$, $p = 0.002$), la puntuación en Bipolar ($r = 0.187$, $p = 0.007$) y la puntuación en TEPT ($r = 0.145$, $p = 0.035$) quedando cerca de la significación estadística la puntuación en Paranoide ($r = 0.134$, $p = 0.052$).

La asociación entre la adicción a internet y el Trastorno Delirante ($r = 0.067$, $p = 0.332$), Esquizoide ($r = -0.032$, $p = 0.648$), Evitativo ($r = 0.036$, $p = 0.607$), Depresivo ($r = 0.093$, $p = 0.180$), Narcisista ($r = 0.081$, $p = 0.243$), Autodestructivo ($r = 0.089$, $p = 0.199$) y Distímico ($r = 0.094$, $p = 0.175$) no resultaron estar asociadas de forma estadísticamente significativa con la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales. En la siguiente tabla (Tabla 11) quedan representados los valores acabados de comentar.

Tabla 11

Resultados Correlación de Spearman con TARS y otras variables.

MCMI-III	r_0	p
Patrones clínicos de personalidad		
Esquizoide	-0,032	0,648
Evitativo	0,036	0,607
Depresivo	0,093	0,180
Dependiente	0,319	0,001***
Histriónico	0,190	0,006***
Narcisista	0,081	0,243
Antisocial	0,174	0,011*
Agresivo	0,216	0,002*
Obsesivo-compulsivo	-0,174	0,011*
Negativista	0,281	0,001***
Autodestructivo	0,089	0,199
Patología grave de la personalidad		
Esquizotípico	0,144	0,037*
Límite	0,242	0,001***
Paranoide	0,134	0,052
Síndromes clínicos		
Ansiedad	0,249	0,001***
Somatomorfo	0,210	0,002**
Bipolar	0,187	0,007**
Distímico	0,094	0,175
Dependencia a alcohol	0,196	0,004**
Dependencia a sustancias	0,120	0,083
TEPT	0,145	0,035*
Síndromes clínicos graves		
Trastorno del pensamiento	0,257	0,001***
Depresión mayor	0,157	0,023*
Trastorno delirante	0,067	0,332

Nota: r_0 = coeficiente de correlación; p = significación. $p < 0,05$ *, $p < 0,01$ **, $p < 0,001$ ***

C) Relación entre adicción a redes sociales y la dependencia a alcohol y la dependencia a sustancias

Existe una relación lineal, positiva y estadísticamente significativa entre la puntuación obtenida en la escala Test de Adicción a Redes Sociales y la puntuación en Dependencia del Alcohol ($r = 0,196$, $p = 0,004$).

La relación entre la puntuación en el Test de adicción a las redes sociales y la Dependencia de Sustancias también quedó cerca de la frontera de la significación estadística ($r = 0,120$, $p = 0,083$). Los resultados de estas variables han quedado expuestos en la anterior tabla (Tabla 11).

D) Variables predictoras de la adicción a internet

A través de las variables que obtuvieron significación estadística en el análisis bivariado de las correlaciones, se propuso un modelo de regresión múltiple por pasos hacia adelante, con todas ellas como variables regresoras y la puntuación en el Test de Adicción a las Redes Sociales como variable dependiente.

Para el diagnóstico del modelo se obtuvo el estadístico de Durbin-Watson (no autocorrelación) ($p > 0.05$), la prueba Reset de Ramsey (no combinaciones, no lineales) ($p > 0.05$) y, como se anticipó anteriormente, la prueba de Kolmogorov-Smirnov para el supuesto de normalidad de los residuales ($p > 0.05$) mostrando el cumplimiento de los supuestos.

Los resultados obtenidos muestran como variables predictoras la puntuación en Dependiente ($B = 0.237$, $p = 0.002$), la puntuación en Histriónico ($B = 0.336$, $p < 0.001$), la Edad ($B = -0.248$, $p < 0.001$), las Horas de Sueño ($B = -0.176$, $p = 0.003$) y la puntuación en Trastorno del pensamiento ($B = 0.195$, $p = 0.013$). Los resultados del modelo muestran un porcentaje de varianza explicada del 28.7% ($R^2_{ajustado} = 0.287$). Los resultados acabados de comentar se presentan en la Tabla 12.

Tabla 12

Variables predictoras del estudio

	B	SE B	Sig.
(Constante)	9,515	1,461	0,000
Dependiente	0,018	0,006	0,002
Histriónico	0,034	0,007	0,001
Edad	-0,210	0,050	0,001
Horas de sueño	-0,335	0,113	0,003
Trastorno del pensamiento	0,16	0,006	0,013

Nota: SE B: error estándar; Sig.: significación estadística

3.5. Discusión

Revisando las hipótesis iniciales a verificar y aquellos objetivos en base a los que partía este estudio, podemos contrastar los resultados obtenidos con la bibliografía recabada sobre el tema.

En primer lugar, respecto a la primera de nuestras hipótesis que, según explicaba la bibliografía científica afirmaba que los participantes que practican menos horas de deporte tienen mayor vulnerabilidad a presentar adicción a Internet (Golpe et al., 2017). Pues bien, las horas de deporte ($r = -0.032$, $p = 0.648$) no resultaron estar asociadas de forma estadísticamente significativa con la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales y, por consiguiente, quedaría invalidada para este estudio.

Refiriéndonos a la segunda de nuestras hipótesis a verificar, que afirmaba que aquellos participantes que refieren dormir menos horas tienen mayor vulnerabilidad o presentan adicción a Internet (Berner y Santander, 2012; Choi et al., 2009; Golpe, et al., 2017; Kaneita et al., 2006; Suganuma et al., 2007; Young, 1999), queda verificada para esta muestra al observarse relaciones lineales, negativas y estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales y las horas de sueño referidas por los participantes ($r = -0.235$, $p = 0.001$).

Nuestra tercera hipótesis afirma, tal y como expresan diversos autores (Alonso y Romero, 2017; Dong et al., 2011; Echeburúa, 2012; González et al., 2017; Koo y Kwon, 2014; Luengo López, 2004), que los participantes con estados emocionales negativos como los de depresión tienen mayor vulnerabilidad a presentar adicción a Internet queda validada al mostrarse relaciones lineales, positivas y estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales y la puntuación en Depresión Mayor ($r = 0.157$, $p = 0.023$). No obstante, podría decirse que se verifica de forma parcial si atendemos al patrón de personalidad Depresivo, que no se correlaciona en este estudio de forma estadísticamente significativa ($r = 0.093$, $p = 0.180$).

En lo que se refiere a la cuarta hipótesis, similar a la anterior siendo los mismos autores quienes lo expresan (Alonso y Romero, 2017; Dong et al., 2011; Echeburúa, 2012; González et al., 2017; Koo y Kwon, 2014; Luengo López, 2004), pretendía verificar si aquellos participantes con estados emocionales negativos de ansiedad

tienen mayor vulnerabilidad a presentar adicción a Internet. La hipótesis queda verificada para este estudio al presentarse relaciones lineales, positivas y estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales y la puntuación en Ansiedad ($r = 0.249$, $p < 0.001$).

Respecto a los antecedentes psiquiátricos personales y familiares incluidos, ambos en nuestra quinta hipótesis, no podemos afirmar para nuestro estudio, que el hecho de referir antecedentes psiquiátricos personales y/o familiares, tal y como refieren diferentes estudios (Cruzado et al., 2006; Echeburúa, 2012; Koo y Kwon, 2014; Sun et al., 2012), se relacione de forma estadísticamente significativa con en la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las redes sociales. Los resultados que arroja este estudio con ANOVA muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las redes sociales en función del motivo de consulta (antecedentes psiquiátricos personales) $F(7, 203) = 0.829$, $p = 0.564$. Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en el Test de Adicción a las Redes Sociales en función de la presencia o ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares $t(209) = 1.100$, $p = 0.273$ y, por lo tanto y a lo que respecta para este estudio, la hipótesis queda rechazada.

Atendiendo a la personalidad, con nuestra sexta hipótesis pretendíamos verificar si los rasgos de personalidad obsesivo compulsivo, al contrario que se comenta en la revisión bibliográfica (Dong et al., 2011), mostrarían una relación lineal negativa con la adicción a redes sociales. Los resultados, tal y como advertíamos en nuestra hipótesis dan relaciones lineales, negativas y estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en la escala Test de Adicción a Redes Sociales y la puntuación en Obsesivo compulsivo ($r = -0.174$, $p = 0.011$). Dado que nuestra hipótesis se refería a que la relación lineal era negativa queda, por tanto, validada para este estudio. La explicación podría ser que los rasgos obsesivos-compulsivos de la personalidad presentan un estilo cognitivo reflexivo siendo este la antítesis de lo que diversos autores citados en el estudio (Alonso y Romero, 2017; Cruzado et al., 2006; De la Villa y Suárez, 2016; De Sola Gutiérrez et al., 2013; Echeburúa, 2012; Koo y Kwon, 2014; Lee et al., 2012; Luengo López, 2004) explicaban cuando aseguraban que era la impulsividad e inestabilidad emocional lo que se correlacionaba con adicción a Internet.

Atendiendo a nuestra séptima hipótesis, que pretendía verificar si los rasgos de personalidad antisocial se correlacionaban positivamente con mayor adicción se han

encontrado, para este estudio, correlaciones lineales positivas y estadísticamente significativas entre las puntuaciones en TARS y la puntuación en Antisocial ($r = 0.174$, $p = 0.011$) y la puntuación en Negativista ($r = 0.281$, $p < 0.001$) siendo esto también apoyado por la literatura científica citada en el estudio (Echeburúa, 2012; Cruzado et al., 2006) como rasgos que podrían correlacionarse de forma positiva con mayor abuso de Internet o uso desadaptativo del mismo por la “mascara” y distancia emocional que ofrecen las redes sociales y la facilidad para cometer desde estas conductas moralmente tachables o delitos. Los resultados que se desprenden de este estudio son suficientes como para validar esta hipótesis y verificar esta tendencia.

En lo referente a los rasgos de personalidad paranoide, nuestra octava hipótesis afirmaba que dichos rasgos se correlacionaban positivamente con mayor puntuación en el test TARS pues presuponíamos que una personalidad desconfiada y recelosa como la paranoide utilizaría abusivamente las redes sociales para “tener bajo control” a las personas de su entorno pudiendo, desde estas mismas redes sociales, acceder a cualquier tipo de información sobre el estado, ubicación o conversaciones de otras personas. En nuestro estudio esta hipótesis ha estado cerca de ser aceptada quedando muy cerca de la significación estadística la puntuación en Paranoide ($r = 0.134$, $p = 0.052$) y la puntuación en la escala TARS.

Otra hipótesis a verificar afirma que los rasgos de personalidad por evitación tienen mayor vulnerabilidad de abusar de Internet, tal y como aseguran diversos autores (Alonso y Romero, 2017; De la Villa y Suárez, 2016; Echeburúa, 2012, Koo y Kwon, 2014; Luengo López, 2004), dada la acusada introversión que hace que el sujeto evite el contacto directo con otras personas y prefiere quedar refugiado tras la pantalla del mundo virtual donde la exigencia social es menor. En nuestro estudio no ha quedado validada al no resultar estar asociada de forma estadísticamente significativa la puntuación en evitativo con la puntuación obtenida en el TARS ($r = 0.036$, $p = 0.607$).

Las dos últimas hipótesis de nuestro estudio, que hacen referencia a la dependencia de sustancias y la dependencia a alcohol asumiendo que puntuaciones elevadas en el MCMI-III en ambos perfiles tendrían mayor adicción a Internet (Echeburúa, 2012; Sun et al., 2012). La relación entre la puntuación en TARS y la Dependencia de Sustancias quedó cerca de la frontera de la significación estadística ($r = 0.120$, $p = 0.083$) pero no podemos validarla en nuestro estudio. Cabe comentarse que esto puede deberse a la escasa variabilidad en la muestra en lo que respecta a la

variable dependencia a sustancias. Es decir, si sólo una minoría de la muestra tiene dependencia a sustancias la correlación, aunque existiera, es probable que no la percibamos como significativa.

Sin embargo, destacar también que según los resultados del estudio observamos que existe una relación lineal, positiva y estadísticamente significativa entre la puntuación obtenida en la escala TARS y la puntuación en Dependencia del Alcohol ($r = 0.196$, $p = 0.004$). Comentar además, que en nuestro estudio se ha demostrado asociada de forma lineal, positiva y estadísticamente significativa la puntuación en la escala TARS y las puntuación en personalidad Dependiente ($r = 0.319$, $p < 0.001$) frecuentemente asociada con generar dependencia de cualquier índole. Por ello, quedaría verificada para nuestro estudio la última hipótesis.

Tras quedar validadas o rechazadas las hipótesis de nuestro estudio podemos afirmar que hemos podido dar respuesta o lograr los objetivos específicos y, en definitiva, al objetivo principal de la investigación. A la suma, para acabar de responder al objetivo principal de la investigación recordamos que tras la realización del modelo de regresión múltiple por pasos hacia delante con las variables que obtuvieron significación estadística en el análisis bivariado de las correlaciones y la puntuación en TARS como variable dependiente, pudimos conocer cuáles fueron, para nuestro estudio, las variables predictoras de la adicción a Internet. Pues bien, sabiendo que los resultados obtenidos señalaron como variables predictoras la puntuación en Dependiente ($B = 0.237$, $p = 0.002$), la puntuación en Histriónico ($B = 0.336$, $p < 0.001$), la Edad ($B = -0.248$, $p < 0.001$), las Horas de Sueño ($B = -0.176$, $p = 0.003$) y la puntuación en Trastorno del pensamiento ($B = 0.195$, $p = 0.013$) logramos definir que en el 28,7% de las veces ($R^2_{ajustado} = 0.287$) podemos acertar el nivel de adicción de una persona conociendo sus puntuaciones en las variables predictoras mencionadas lo cual, junto a la verificación de las hipótesis recién comentadas, nos deja entrever un perfil de adicto a Internet.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, es importante reconocer ciertos aspectos indeseables durante la realización del trabajo. El primero de ellos, lo encontramos en la muestra, insuficientemente heterogénea en la variable del sexo (más de dos terceras partes de la muestra eran mujeres) como para poder trabajar la primera de nuestras hipótesis y, de forma parcial, el primero de nuestros objetivos específicos que incluía la variable sexo. Una muestra universitaria de estudiantes que cursaban dos carreras de claro predominio femenino no es la muestra más

adecuada para encontrar diferencias intersexuales en una variable en concreto, aunque no fuese uno de los objetivos planteados para el estudio.

Otra limitación a comentar sería, aun y a pesar de que se hubiese garantizado y cumplido la confidencialidad en todo momento, la existencia de un posible sesgo en los resultados debido a una deseabilidad social de los participantes, no controlable ni estimable, a la hora de responder ciertas preguntas del protocolo de carácter personal e íntimo. No debemos olvidar entonces que se trata de una recogida de información a través de una encuesta y que en las preguntas personales del protocolo (antecedentes psiquiátricos familiares, antecedentes psiquiátricos personales, horas de sueño y horas de deporte) ni en siquiera el TARS o la escala de autoestima de Rosenberg, contábamos con ninguna medida de control de la deseabilidad social. No obstante, matizar también que en el TARS no se esperaría un sesgo importante para la deseabilidad social dado que no hay estigma social contra la adicción a las redes sociales, por lo que el participante no debería tener la necesidad responder mintiendo para crear una imagen socialmente aceptable en este caso. Para el caso de la escala de autoestima de Rosenberg sería más un problema radicalmente opuesto, la devaluación del participante, aunque esta ya aportaría datos del paciente en términos de autoestima.

Otra limitación a señalar, no menos importante, sería advertir que el TARS, a pesar de considerarse la mejor opción para nuestro estudio por ser la única escala validada con muestra española, no dispone de un punto de corte que separe los sujetos adictos o dependientes de los no dependientes o no adictos pues en el momento de la creación del instrumento no se comparó con un grupo que cumpliera clínica de adicción a Internet, siendo este el motivo por el que en el trabajo tratamos esta variable como una graduación de menos a más dependencia (por decatipos) y que, por ello, no se ha podido establecer dos grupos claramente diferenciados de adictos y no adictos.

Por último, una limitación en esencia de este trabajo, es que se trata de un estudio transversal, meramente descriptivo y observacional, que ha buscado asociar correlaciones y asociaciones entre nuestras variables y la variable de adicción o dependencia a Internet sin permitirnos establecer una relación de causa-efecto entre esas variables. Para ello, sería conveniente realizar un estudio longitudinal. En este sentido, enfocando a las nuevas líneas de investigación sobre el tema, sería oportuno abrir una línea de investigación para un estudio longitudinal que estudiase un seguimiento a una muestra y permitiese establecer relaciones causa-efecto entre

las variables pudiendo, además, realizar inferencias también a nivel individual y valorar las transiciones a lo largo del tiempo entre los distintos estados de adicción/no adicción. Aunque debemos indicar que el TARS continuaría siendo un problema en este futuro estudio longitudinal al no tener punto de corte. No obstante, de conseguirse, esto ayudaría a la comunidad científica interesada a aproximarse, más allá de un perfil de persona adicta, a las causas predisponentes y desencadenantes para desarrollar una adicción entorno a Internet así como aquellos factores que jugaron a favor para que aquel considerado adicto en el estudio, más tarde dejase de serlo.

Sería beneficioso también que la muestra de un futuro estudio fuese más heterogénea que la presentada en este estudio para poder establecer diferencias intersexuales tanto en el uso como en el abuso o dependencia de Internet. Otro aspecto interesante, como posible candidato a un futuro estudio, sería la fuerte correlación lineal positiva que ha resultado ser estadísticamente significativa en nuestro estudio entre las variables de trastorno del pensamiento y adicción a redes sociales.

4. Conclusión, una mirada reflexiva

Es evidente que las redes sociales y las nuevas tecnologías están dejando mucho más que una huella en nuestra sociedad, nos dejan una nueva forma de vivir y de interactuar con el entorno. Un estilo de vida al que forzosamente, sin importar nuestro parecer, nos obliga a adaptarnos para no quedar socialmente “obsoletos”. Sin embargo, en este trabajo hemos podido ver las dos caras de la misma moneda: los beneficios y comodidades que ofrece Internet a nuestras vidas y los efectos perjudiciales y nocivos que pueden llegar a padecer muchas personas precisamente por quedar “encantadas y fascinadas” con dichos beneficios. Observamos perplejos cómo sigue creciendo el uso de Internet pero no la educación sobre el uso de las redes sociales ni las nuevas tecnologías en general y es que, en realidad, en términos de investigación nos encontramos en los primeros pasos para destapar esta nueva realidad virtual y novedosa que, con el tiempo y siguiendo esta progresión, podría solapar la misma realidad.

Para concluir el trabajo, diríamos que la mayoría de objetivos planteados al principio del mismo han sido satisfactoriamente alcanzados. Gracias a la numerosa empírica que lo demuestra y a la validación de nuestras hipótesis podemos hablar por fin, con cierto respaldo empírico, de un perfil de joven adicto a las redes sociales. El análisis de regresión múltiple que se ha realizado en este trabajo nos ha permitido establecer una relación funcional entre nuestra variable dependiente (adicción a redes sociales) y una serie de variables independientes o predictoras (rasgos de dependencia, histrionismo, pocas horas de sueño, menor edad y trastorno del pensamiento) que presuponíamos, tras el análisis bivariado de correlaciones, como fuertemente asociadas a la adicción a Internet. Con esto, podemos determinar a nuestro interés el efecto que las variaciones de las variables independientes de Dependencia, Histrionismo, Edad, Horas de sueño y Trastorno del pensamiento tienen sobre el comportamiento de nuestra variable de adicción a redes sociales. No obstante, al tratarse de un estudio transversal, tal y como se explicaba con anterioridad, no hay una relación causal entre nuestras variables, es decir, unas no necesariamente explican la causalidad de la otra, simplemente se encuentran fuertemente asociadas. Por lo tanto, en el caso inverso, podríamos también conocer la variación de las variables predictoras según la puntuación de esa persona en TARS.

En cualquier caso, lo que se ha dejado claro con este trabajo, siendo precisamente la aportación novedosa respecto a los trabajos también herederos de esta línea de investigación, es que por fin hemos podido establecer, aún con ciertas limitaciones, un perfil de joven potencialmente adicto a las redes sociales sin la necesidad de

valorar su adicción gracias al modelo de regresión múltiple utilizado.

A la postre, y a modo de resumen clarificador que concluya los resultados del estudio empírico, si atendemos al perfil de persona adicta hablaríamos de una persona joven, con ciertos problemas de insomnio o que duerme frecuentemente pocas horas, que tiende a presentar estados emocionales negativos de ansiedad y depresión, presenta psicopatología compatible con un trastorno del pensamiento, poco reflexivo sino más bien impulsivo y con tendencia a la inestabilidad y labilidad emocional (con rasgos característicos del *Cluster B*), agresivo y desafiante, con rasgos de personalidad antisocial y con dependencia al alcohol y tendencia a generar dependencia a otros objetos o personas.

Observamos, tanto en nuestro marco teórico como en el estudio empírico, que el patrón de personalidad más habitualmente asociado a la adicción a Internet y a otras adicciones sería el perteneciente al *Cluster B*, por su característica búsqueda de sensaciones novedosas e impulsividad. Sin embargo, nuestros resultados también sugieren la existencia de otro grupo de personas potencialmente adictas, con un patrón de personalidad propio del *Cluster C* que no destacaba tanto en su implicación con las adicciones químicas, pero que por su timidez y dependencia es imposible pasar por alto la facilidad que tienen para generar adicción a redes sociales.

En definitiva, podemos concluir en nuestro estudio que la adicción a Internet es similar a otras adicciones a sustancias o, como veníamos referenciando, adicciones químicas, al compartir similitudes tanto en los criterios diagnósticos que advertíamos en el marco teórico como en el perfil de adicción que observamos tras el estudio empírico. Es innegable que la multitud de adicciones que puede presentar una persona tienen una raíz común que las une. Esto pretende ser, por tanto, una reafirmación más de la identidad clínica de la adicción a redes sociales y un toque de atención a la sociedad para que tome conciencia de que la apariencia de inofensivo con la que se presenta la innovación tecnológica no está exenta de nuestra propia reflexión sobre sus consecuencias en nuestras vidas a largo plazo.

Bibliografía

- Aguilar, F. (2003). Plasticidad cerebral. Parte 1. *Rev. Med IMSS*, 4(1), 55-60. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32277198/Plasticidad_cerebral.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1520850993&Signature=exg%2FIn4Fz7kr7oAavFrBNWrnxY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRev_Med_IMSS_2003.pdf
- Argumosa-Villar, L., Boada-Grau, J. y Vigil-Colet, A. (2017). Exploratory investigation of theoretical predictors of nomophobia using the Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ) [Investigación exploratoria de teórica predictores de la nomofobia utilizando el cuestionario de participación de teléfonos móviles (MPIQ)]. *Journal of adolescence*, 56, 127-135. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197117300209>
- Berner G y Santander T. (2012). Abuso y dependencia de internet: la epidemia y su controversia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(3), 181-190. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- C. Alonso y E. Romero (2017). El uso problemático de nuevas tecnologías en una muestra clínica de niños y adolescentes. Personalidad y problemas de conducta asociados *Actas Esp Psiquiatr*;45(2):62-70. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/106/ESP/19-106-ESP-62-70-502038.pdf>
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A. y Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del psicólogo*, 33(2), 82-89. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/778/77823407001/>
- Castañeda, L. y Gutiérrez, I. (2010). Redes sociales y otros tejidos online para conectar personas. *Aprendizaje con redes sociales. Tejidos educativos para los nuevos entornos*, 17-39. Recuperado de http://mc142.uib.es:8080/rid=1MX54C554-WJ3R5J-2WQ/Redes_sociales%20y%20otros%20tejidos%20online.pdf
- Cruzado Diaz, L., Matos Retamozo, L. y Kendall Folmer, R. (2006). Adicción a internet: Perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental. *Revista Médica Herediana*, 17(4), 196-205. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2006000400003&script=sci_arttext
- De la Villa Moral, M. y 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. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206916300011>
- De Sola Gutiérrez, J., Rubio Valladolid, G. y Rodríguez de Fonseca, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?. *Salud y drogas*, 13(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/839/83929573007/>
- Dong, G., Lu, Q., Zhou, H. y Zhao, X. (2011). Precursor or sequela: pathological disorders in people with Internet addiction disorder [Precursor o secuela: trastornos patológicos en personas con trastorno de adicción a Internet]. *PloS one*, 6(2). Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0014703>
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). Las adicciones con o sin droga: una patología de la libertad. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (Eds.). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 29-44). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías ya las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2891/289122889001/>

- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: Más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1999-13358-001>
- Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la información y Comunicación en los Hogares. Instituto Nacional de Estadística INE 2016. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np991.pdf>*
- Encuesta sobre Equipamiento y Uso de las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Instituto Nacional de Estadística INE 2017. Disponible en http://www.ine.es/prensa/tich_2017.pdf*
- Goldberg, I. (1995). Internet addiction disorder. Diagnostic criteria [Desorden de adicción al internet. Criterios de diagnóstico]. Disponible en <http://www.iucf.indiana.edu/~brown/hyplan/add%20ict.htm>.
- Golpe Ferreiro, S., Isorna Folgar, M., Gómez Salgado, P. y Rial Boubeta, A. (2017). Uso problemático de Internet y adolescentes: el deporte sí importa. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (31). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3457/345750049010/>
- González, M., Espada, J. y Tejeiro, R. (2017). El uso problemático de videojuegos está relacionado con problemas emocionales en adolescentes. *Adicciones*, 29 (3), 180-185. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2891/289151752005/>
- Griffiths, M. (1999). Internet addiction: fact or fiction? [Adicción a Internet: ¿hecho o ficción?]. *The Psychologist*. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1999-13829-005>
- Huang, X. Q., Li, M. C. y Tao, R. (2010). Treatment of internet addiction [tratamiento de la adicción a Internet]. *Current psychiatry reports*, 12(5), 462-470. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/20697848>
- IBM. (2016). Manual del usuario del sistema básico de IBM SPSS Statistics. 24. IBM® SPSS® Statistics 24.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S. y Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literatura [La asociación entre Adicción a Internet y trastorno psiquiátrico: una revisión de la literatura]. *European Psychiatry*, 27(1), 1-8. Recuperado de [http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(10\)00119-7/abstract](http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(10)00119-7/abstract)
- Koo, H. J. y Kwon, J.-H. (2014). Risk and Protective Factors of Internet Addiction: A Meta-Analysis of Empirical Studies in Korea [Factores de riesgo y protección de la adicción a Internet: un metanálisis de estudios empíricos en Corea]. *Yonsei Medical Journal*, 55(6), 1691–1711. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205713/>
- Kühn, S. y Gallinat, J. (2015). Brains online: structural and functional correlates of habitual Internet use [Cerebros en línea: correlaciones estructurales y funcionales del uso habitual de Internet]. *Addiction Biology*, 20: 415–422. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adb.12128/full>
- Lee, H. W., Choi, J. S., Shin, Y. C., Lee, J. Y., Jung, H. Y. y Kwon, J. S. (2012). Impulsivity in internet addiction: a comparison with pathological gambling [Impulsividad en la adicción a internet: una comparación con juego patológico]. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 15(7), 373-377. Recuperado de <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/cyber.2012.0063>

- Li, W., O'Brien, J. E., Snyder, S. M. y Howard, M. O. (2015). Characteristics of internet addiction/pathological internet use in US university students: a qualitative-method investigation [Características de la adicción a internet / uso patológico de internet en estudiantes universitarios de EE.UU: una investigación de método cualitativo]. *PLoS one*, 10(2).
Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0117372>
- Li, W., O'Brien, J. E., Snyder, S. M. y Howard, M. O. (2016). Diagnostic Criteria for Problematic Internet Use among U.S. University Students: A Mixed-Methods Evaluation [Criterios de diagnóstico para el uso problemático de Internet entre estudiantes universitarios de EE. UU: una evaluación de métodos mixtos]. *PLoS ONE*, 11(1).
Recuperado de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709169/?log\\$=activity](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709169/?log$=activity)
- López, A. L. (2004). Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2(1), 22-52.
Recuperado de <http://www.jogoremoto.pt/docs/extra/BL5L6u.pdf>
- Malo, S., Figuer, C., González, M. y Casas, F. (2005). El telèfon mòbil: un ràpid canvi tecnològic i també de relació [El teléfono móvil: un rápido cambio tecnológico y también de relación]. *Perspectiva Escolar*, 299, 28-35
- Marco, C. y Chóliz, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos. *International journal of psychology and psychological therapy*, 13(3).
Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/560/56028282009/>
- Matute, H. (2001). La adicción a Internet no existe. *Divulc@ t: ciencia y tecnología*.
Recuperado de <http://novoyatirarlatoalla.blogdiario.com/i2006-12/10>
- Millon, T., Davis, R., y Millon, C. (1997). MCMI-III Manual, 2a ed. Minneapolis: National Computer Systems. Psychology, 50, 444-445.
- Monje, J. B., Fernández, A. R., Basterretxea, J. J. y Pedrosa, I. (2016). Adicción a las redes sociales: creación y validación de un instrumento de medida. *RIDPSICLO*, 1(3), 7.
Recuperado de <https://www.ridpsiclo.ull.es/index.php/ridpsiclo/article/view/35/26>
- Navarro-Mancilla, Á. A. y Rueda-Jaimes, G. E. (2007). Internet addiction: A critical review of the literature [Adicción a Internet: una revisión crítica de la literatura]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 691-700.
Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000400008
- Odrozola, E. E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Rev. Esp. Drogodepend [Internet]*, 4, 435-48.
Recuperado de http://aesed.com/descargas/revistas/v37n4_5.pdf
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. y Cerezo, M. V. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(1), 49-59.
Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/10350>
- Poli, R. y Agrimi, E. (2012). Internet addiction disorder: prevalence in an Italian student population [Trastorno de adicción a Internet: prevalencia en una población estudiantil italiana]. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(1), 55-59.
Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039488.2011.605169?scroll=top&needAccess=true>

- Sun, P., Johnson, C. A., Palmer, P., Arpawong, T. E., Unger, J. B., Xie, B. y Sussman, S. (2012). Concurrent and predictive relationships between compulsive Internet use and substance use: Findings from vocational high school students in China and the USA [Relaciones concurrentes y predictivas entre el uso compulsivo de Internet y el uso de sustancias: hallazgos de estudiantes de secundaria profesional en China y Estados Unidos]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 660-673. Recuperado de <http://www.mdpi.com/1660-4601/9/3/660/htm>
- Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R. y Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255. Recuperado de https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1
- Villadangos, S. M. y Labrador, F. J. (2009). Menores y nuevas tecnologías (NT): ¿Uso o abuso?. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 75-83. Recuperado de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_75-83.pdf
- Yang, S. C. y Tung, C. J. (2007). Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school [Comparación entre adictos a Internet y no adictos a Internet en un instituto taiwanés]. *Computers in Human Behavior*, 23(1), 79-96. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563204000883>
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder [Adicción a Internet: la emergencia de un nuevo desorden clínico]. *Cyberpsychology & behavior*, 1(3), 237-244. Recuperado de <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/cpb.1998.1.237>

Anexos

Anexo I. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Estudio sobre variables que predicen vulnerabilidad a padecer adicción a redes sociales y nuevas tecnologías

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr. Joan Seguí Montesinos

CENTRO: Hospital Universitario Sagrado Corazón

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. La intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación, Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar en consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio consiste en conocer las variables que se correlacionan con mayor adicción a redes sociales y nuevas tecnologías en estudiantes universitarios. Si usted accede a colaborar, le pediré que complete un cuestionario. Esto ocupará aproximadamente 45 minutos de su tiempo. La participación es totalmente voluntaria y en todo momento se mantendrá el anonimato del participante. La información utilizada será única y exclusivamente la recogida durante la administración del protocolo, habiendo compromiso firme de que estos datos de carácter personal solo serán utilizados en el marco de este proyecto de investigación.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Con este estudio se pretende poder describir un perfil sobre las conductas adictivas y un perfil psicológico de los estudiantes universitarios que participen y cuyos resultados servirán para ser contrastados con otros estudios similares.

CONFIDENCIALIDAD

La cesión de sus datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo establecido en la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, por lo que deberá dirigirse al responsable de la investigación.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en estos estudio, ninguno de los datos será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todos los datos.

Al firmar este consentimiento adjunto, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto. Si usted o su familia tiene alguna pregunta respecto al estudio pueden contactar con la investigador principal que realiza el estudio.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UTILIZAR DATOS DEL PARTICIPANTE

Estudio sobre conductas de consumo en estudiantes de la Universidad Abat Oliba.

Yo,

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con el Dr. Joan Seguí y/o equipo.

- Comprendo que mi participación y que los datos serán recogidos en las condiciones detalladas en la Hoja de Información al Paciente.

Firma del participante:

Anexo II. Protocolo utilizado en estudio

Protocolo

Estimado voluntario, esta encuesta es totalmente voluntaria y ANÓNIMA, se mantendrá la confidencialidad según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos. En caso de querer participar solo tiene que contestar de forma SINCERA, **TODAS** las preguntas (sin dejar ninguna en blanco) que se le hacen a continuación. La duración aproximada es de 45 minutos.

Sus datos serán recogidos, conjuntamente con otros, para participar en un estudio de investigación sobre adicción a redes sociales y nuevas tecnologías entre los jóvenes universitarios españoles, en colaboración con el Hospital Universitario Sagrat Cor de Barcelona.

Muchas gracias por su tiempo.

Datos Sociodemográficos

1. Edad _____
1. Sexo
 1. Mujer
 2. Hombre
1. Estado Civil
 1. Soltero
 2. Pareja
 3. Casado
 4. Divorciado
- Nacionalidad
 1. Española
 2. Otra. Especifique: _____
- Situación laboral
 1. Activo
 2. En paro
 3. Estudiante
 4. Estudios y trabajo
- Indique que estudios está realizando: _____

Datos Personales y familiares

2. Domicilio actual
 1. En casa de mis padres
 2. Vivo solo

3. Vivienda compartida

4. Con mi pareja

2. ¿Tiene alguna enfermedad médica?

1. Sí 2. No

En caso afirmativo, indique cual: _____

2. ¿ALGUNA VEZ ha ido al psicólogo y/o psiquiatra?

1. Sí 2. No

En caso afirmativo, indique el motivo: _____

- Algún familiar tiene o ha presentado en el pasado algún problema de salud mental? (puede marcar más de una respuesta)

1. Depresión

2. Ansiedad

3. Esquizofrenia

4. Tr. Alimentarios

5. Otros

Indique cual: _____

6. Ninguno

- ¿Practica algún deporte o va al gimnasio de forma regular?

1. Sí 2. No

- En caso afirmativo, número de horas a la SEMANA que realiza actividad física: _____

- ¿Suele estudiar después de las doce de la noche?

1. Sí 2. No

- ¿Cuántas horas duerme NORMALMENTE? _____

- Realiza una alimentación...

1. Dieta equilibrada

2. Vegana

3. Vegetariana

4. Ninguna de las anteriores

- Número de refrescos (Cocacola, Fanta, Sprite, etc) que consume durante la SEMANA habitualmente:

1. Nunca / casi nunca

2. Entre 1 y 2

3. Entre 3 y 4

4. Entre 4 y 5

5. Entre 5 y 6

6. Más de 6

- Número de OCASIONES por SEMANA que consume habitualmente bollería industrial o comida precocinada:

1. Nunca / casi nunca

2. Entre 1 y 2
3. Entre 3 y 4
4. Entre 4 y 5
5. Entre 5 y 6
6. Más de 6

- ¿Suele tomar medicación sin que se lo haya prescrito un médico, cómo por ejemplo: pastillas para el dolor, para dormir, anfetaminas para bajar de peso o concentrarse para estudiar, etc.?

1. Sí 2. No En caso afirmativo, especifique cual: _____

- ¿Después de haber bebido alcohol o haber tomado drogas, ha tenido alguna situación de riesgo usted mismo (por ejemplo gastos excesivos de dineros, apuestas, juegos peligrosos o de competición arriesgada, relaciones sexuales sin protección, accidentes, caídas, peleas, etc.)?

1. Siempre
2. Normalmente
3. Algunas veces En caso afirmativo, especifique cual: _____
4. Casi nunca
5. Nunca

- ¿Ha conducido después de haber bebido alcohol o haber tomado drogas, o ha ido con un conductor que si lo había hecho?

1. Siempre
2. Normalmente
3. Algunas veces
4. Casi nunca
5. Nunca

- ¿ALGUNA VEZ ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual (Herpes genital, gonorrea, clamidia, infección vaginal, etc.)?

1. Sí 2. No

- Cuando NO tiene pareja estable, ¿Utiliza preservativo en sus relaciones sexuales?

1. Siempre
2. Normalmente
3. Algunas veces
4. Casi nunca
5. Nunca

- ¿Mantiene relaciones sexuales habiendo consumido alcohol o drogas?

1. Siempre
2. Normalmente
3. Algunas veces
4. Casi nunca
5. Nunca

Escala de autoestima de Rosenberg

Marque (X) en la casilla correspondiente

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
74. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
75. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
76. Soy capaz de hacerlas cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
77. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
78. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
79. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
80. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
81. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
82. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
83. A veces creo que no soy buena persona.				

Redes sociales (escala TARS)

Marque con un círculo la casilla correspondiente: **Verdadero Falso**

84. Paso más tiempo conectado que con mis familiares	V	F
85. Pierdo la noción del tiempo cuando estoy conectado	V	F
86. Utilizo las redes sociales para evadirme de mis problemas	V	F
87. Suelo estar conectado mientras como	V	F
88. Suelo subir mis fotos a las redes sociales	V	F
89. Cuando me sucede algo lo comento inmediatamente en Internet	V	F
90. Necesito visitar mi red social antes de irme a dormir	V	F
91. No sabría qué hacer si se cancelasen todas mis cuentas online	V	F
92. Animo a todos mis amigos a que creen cuentas online	V	F

93. Me molesta cuando alguien rechaza mi solicitud de amistad	V	F
94. Necesito conectarme todos los días	V	F
95. Utilizo redes sociales para tontear con otras personas	V	F
96. Estoy más animado cuando estoy conectado	V	F
97. Me molesta que me vigilen mientras estoy conectado	V	F
98. Me molesta que la gente tenga su cuenta abierta sin estar delante del ordenador	V	F
99. Me gustan las redes sociales porque no es preciso cuidar la imagen en el momento de la interacción	V	F
100. Me resulta más fácil expresarme tal y como soy vía Internet	V	F
101. Mi rendimiento ha disminuido porque paso demasiado tiempo conectado	V	F
102. El uso de las redes sociales me ayuda a ser una persona más completa	V	F
103. Prefiero dormir menos para poder estar más tiempo conectado	V	F
104. Estoy conectado al mismo tiempo que estudio o trabajo	V	F
105. Soy menos tímido/a cuando me relaciono en las redes sociales	V	F
106. Mantengo las redes sociales abiertas mientras busco información en Internet	V	F
107. No me importa si tengo que estar largos periodos de tiempo sin conectarme	V	F
108. Me suscribo a casi todas las redes sociales que conozco	V	F
109. Utilizo las redes sociales como vía de escape	V	F
110. Utilizo las redes sociales para quedar con mis amigos	V	F
111. Suelo publicar en Internet lo que he hecho durante el día	V	F
112. No podría vivir sin las redes sociales	V	F
113. Las redes sociales son imprescindibles para tener amigos	V	F
114. Paso la mayor parte de mi tiempo libre conectado	V	F
115. Encuentro la estimulación que necesito en las redes sociales	V	F
116. Me molesta que la gente tarde en contestarme por el chat	V	F
117. Me siento decaído cuando paso largo tiempo sin conectarme	V	F
118. Suelo estar conectado a pesar de que no haya nadie más.	V	F

Datos sobre Personalidad (Inventario Clínico Multiaxial de Millon III)

Marque con un círculo la casilla correspondiente: **Verdadero Falso**

138. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana	V	F
139. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir	V	F
140. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar	V	F
141. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado	V	F

142. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.	V	F
143. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho	V	F
144. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.	V	F
145. La gente se burla de mi a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.	V	F
146. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita	V	F
147. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener	V	F
148. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino	V	F
149. Muestro mis emociones fácil y rápidamente	V	F
150. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.	V	F
151. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia	V	F
152. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo	V	F
153. Soy una persona muy agradable y sumisa	V	F
154. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.	V	F
155. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado	V	F
156. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal	V	F
157. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño	V	F
158. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo	V	F
159. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente	V	F
160. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo	V	F
161. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado	V	F
162. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón	V	F
163. Los demás envidian mis capacidades	V	F
164. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo	V	F
165. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado	V	F
166. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria	V	F
167. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas	V	F
168. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención	V	F
169. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva	V	F
170. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores	V	F
171. Últimamente he perdido los nervios	V	F
172. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien	V	F
173. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello	V	F
174. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo	V	F

175. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás	V	F
176. Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.	V	F
177. Creo que soy una persona miedosa e inhibida	V	F
178. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas	V	F
179. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado	V	F
180. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno	V	F
181. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo	V	F
182. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan	V	F
183. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente	V	F
184. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal	V	F
185. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente	V	F
186. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme	V	F
187. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo	V	F
188. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido	V	F
189. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí	V	F
190. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería	V	F
191. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón	V	F
192. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial	V	F
193. Últimamente me he sentido muy culpable porque yo no soy capaz de hacer nada bien	V	F
194. Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida	V	F
195. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas	V	F
196. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad	V	F
197. Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida	V	F
198. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen	V	F
199. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado	V	F
200. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años	V	F
201. No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás	V	F
202. En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces	V	F
203. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo	V	F
204. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales	V	F
205. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo	V	F
206. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme	V	F

207. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan	V	F
208. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto	V	F
209. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida	V	F
210. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes	V	F
211. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme	V	F
212. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso	V	F
213. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme	V	F
214. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso	V	F
215. Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí	V	F
216. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor	V	F
217. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos	V	F
218. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven	V	F
219. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado	V	F
220. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro	V	F
221. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo	V	F
222. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite	V	F
223. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme	V	F
224. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente	V	F
225. Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás	V	F
226. Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no	V	F
227. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo	V	F
228. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia	V	F
229. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así	V	F
230. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo	V	F
231. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión	V	F
232. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes	V	F
233. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas	V	F
234. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda"	V	F
235. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio	V	F
236. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido	V	F
237. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico	V	F
238. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería	V	F
239. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad	V	F

240. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado	V	F
241. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo	V	F
242. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos	V	F
243. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo	V	F
244. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir	V	F
245. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo	V	F
246. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos	V	F
247. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas	V	F
248. Parece que he perdido el interés por la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.	V	F
249. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven	V	F
250. Me he metido en problemas con la ley un par de veces	V	F
251. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas	V	F
252. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho	V	F
253. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya	V	F
254. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos	V	F
255. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas	V	F
256. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco	V	F
257. Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero	V	F
258. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana	V	F
259. Parece que hecho a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino	V	F
260. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste	V	F
261. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico	V	F
262. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas	V	F
263. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto	V	F
264. No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les vaya gustar	V	F
265. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra	V	F
266. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida	V	F
267. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias	V	F
268. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido	V	F
269. Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño	V	F

270. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal	V	F
271. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad	V	F
272. Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta	V	F
273. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales"	V	F
274. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio	V	F
275. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado	V	F
276. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas	V	F
277. Creo que hay una conspiración contra mí	V	F
278. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí	V	F
279. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco	V	F
280. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer	V	F
281. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo	V	F
282. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra	V	F
283. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo	V	F
284. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente	V	F
285. Pocas cosas en la vida me dan placer	V	F
286. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente	V	F
287. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido	V	F
288. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás	V	F
289. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito	V	F
290. Alguien ha estado intentando controlar mi mente	V	F
291. He intentado suicidarme	V	F
292. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy	V	F
293. No entiendo por qué algunas personas me sonríen	V	F
294. No he visto un coche en los últimos diez años	V	F
295. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño	V	F
296. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales	V	F
297. Mi vida actual se ve todavía afectada por "imágenes mentales" de algo terrible que me pasó	V	F
298. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado	V	F
299. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor	V	F
300. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi	V	F

trasero son demasiado grandes		
301. Hay terrible hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños	V	F
302. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia	V	F
303. Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera	V	F
304. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí	V	F
305. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta	V	F
306. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás	V	F
307. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que paso algo malo	V	F
308. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio	V	F
309. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral	V	F
310. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años	V	F
311. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo	V	F
312. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño	V	F

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE, POR FAVOR, QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.