



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT



Área académica de Ciencias de la Salud
Coordinación de la Maestría en Salud Pública

**NOMOFOBIA Y SU RELACIÓN CON BAJA AUTOESTIMA
Y ANSIEDAD EN INDIVIDUOS JÓVENES**

TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Área: Salud Comunitaria

Aspirante: Jesús Adrián López Morán



SISTEMA DE BIBLIOTECAS

Director de TRT: Dra. en C. Verónica Benites Godínez
Codirector: Dra. en C. Martha Xitlali Mercado Rivas

MAESTRÍA INCORPORADA AL PADRÓN DE EXCELENCIA CONACYT



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

15 de diciembre 2015

DEDICATORIAS

A MI ESPOSA Y A MI HIJA, MIS BLANQUITAS, MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO Y PACIENCIA, FUERON LA FORTALEZA EN TODO MOMENTO, LAS AMO.

A MIS PADRES, JESUS Y SARA, POR SUS VALIOSAS ENSEÑANZAS EN LA VIDA.

A MI DIRECTORA DE TESIS, MUCHAS GRACIAS DRA. VERONICA POR CONFIAR EN MI Y POR EL INMENSO APOYO QUE ME BRINDO EN TODO EL TRAYECTO

A MI CODIRECTORA DE TESIS, MARTHA, TE AGRADEZCO INFINITAMENTE TU APOYO INCONDICIONAL.

A MIS MAESTROS, POR COMPARTIR SUS EXPERIENCIAS Y GUIARNOS EN ESTOS DOS AÑOS.

A MIS AMIGOS Y AL PERSONAL DE LA COORDINACION DE LA MAESTRIA POR SU APOYO Y AMISTAD, LOS APRECIÓ MUCHO.

Índice General

Contenido	Páginas
1. RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MARCO TEORICO.....	3
3.1. Generalidades.....	3
3.2. Adicción.....	5
3.3. Nomofobia.....	7
3.4. Escalas de medición (instrumentos).....	9
3.4.1. Psicometría.....	9
3.4.2. Confiabilidad.....	10
3.4.3. Validez.....	10
3.5. Cuestionarios.....	11
3.6. Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS) y otras escalas.....	11
3.7. Ansiedad.....	13
3.8. State-Trait Anxiety Inventory (STAI).....	14
3.9. Autoestima.....	15
4. ANTECEDENTES.....	16
4.1. Problemas Social y de Salud.....	20
4.2. El Proceso de atención en salud mental en los servicios de salud.....	22
4.3. Uso de los teléfonos celulares y controversias.....	24
4.4. Determinantes sociales de la salud.....	28
4.5. Determinantes de la Salud (Lafonde).....	29
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	31

7. JUSTIFICACIÓN.....	32
8. OBJETIVOS.....	32
8.1. Objetivo general.....	32
8.2. Objetivos específicos.....	33
9. HIPOTESIS.....	33
10. MATERIAL Y METODOS.....	33
10.1. Diseño.....	33
10.2. Población y Muestra.....	33
10.3. Desarrollo del estudio.....	34
10.4. Criterios de Inclusión.....	35
10.5. Criterios de exclusión.....	35
10.6. Criterios de eliminación.....	35
10.7. Variables.....	35
10.7. Operacionalización de Variables.....	36
10.8. Análisis estadístico.....	37
10.9. Recursos financieros.....	37
10.10. Aspectos Éticos.....	38
10.12. Cronograma de actividades.....	39
11. RESULTADOS.....	40
12. DISCUSIÓN.....	46
13. CONCLUSIONES.....	48
14. SEGOS Y LIMITACIONES.....	49
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
16. ANEXOS.....	58

Índice de cuadros y graficas

Contenidos	Páginas
Cuadro No 1. Escala de medición del STAI tomado del manual original	15
Figura No 1. Determinantes sociales segun el modelo de Dahlgren y Whitehead	29
Operacionalización de variables	36
Cronograma de actividades (diagrama de Gantt)	39
CUADRO No 1. Frecuencia por edad expresada en porcentajes en jóvenes de la UAN	40
CUADRO No 2. Distribución por género expresado en porcentajes en jóvenes de la UAN	40
CUADRO No 3. Frecuencia por estado civil expresado en porcentajes en jóvenes UAN	41
CUADRO No 4. Frecuencia de nomofobia expresado en porcentajes en jóvenes UAN	41
CUADRO No 5. Frecuencia de la Clasificación del uso del celular segun la escala MPPUS expresado en porcentajes en jóvenes UAN	41
CUADRO No 6. Frecuencia de ansiedad estado (AE) segun escala de STAI expresado en porcentajes en jóvenes UAN	42
CUADRO No 7. Frecuencia de ansiedad rasgo (AR) segun la escala de STAI expresado en porcentajes en jóvenes UAN	42
CUADRO No 8. Frecuencia del grado de autoestima segun la escala de Rosenberg expresado en porcentajes en jóvenes UAN	42
CUADRO No 9. Frecuencia de autoestima baja segun la escala de Rosenberg expresado en porcentajes en jóvenes UAN	42
CUADRO No 10. Media y desviación de la edad en jóvenes con y sin nomofobia UAN	43
CUADRO No 11. Relación entre nomofobia y género en jóvenes UAN	43
CUADRO No 12. Relación entre nomofobia y estado civil en jóvenes UAN	44
CUADRO No 13. Relación entre nomofobia y ansiedad estado (AE) en jóvenes UAN	44
CUADRO No 14. Relación entre nomofobia y ansiedad rasgo (AR) en jóvenes UAN	44
CUADRO No 15. Relación entre nomofobia y autoestima en Jóvenes UAN	45
CUADRO No 16. Relación entre ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR) en jóvenes UAN	45
CUADRO No 17. Valores de p entre todas las variables estudiadas en Jóvenes de 18-24 años de edad UAN 2015	46
CUADRO No 18. Valores de p entre la variables dependiente e independiente estudiadas en jóvenes UAN	46

Abreviaturas

APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical of Mental Disorder
EAR	Escala de Autoestima de Rosemberg
ER	Escala de Rosemberg
MPPUS	Mobile Phone Problem Use Scale
NOMOPHOBIA	No Mobile Phone Phobia (acrónimo), español: nomofobia
OMS	Organización Mundial de la Salud
SMS	Mensajería de Texto
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TIC	Tecnología de información y comunicación
UAN	Universidad Autónoma de Nayarit

1. RESUMEN

Antecedentes: vivimos en una época con grandes avances científicos y tecnológicos, los cuales han traído muchos beneficios a la población humana, así como nuevos problemas en la población por el uso inadecuado o abuso de estas tecnologías. Uno de ellos es la adicción a nuevas tecnologías, entre los cuales destaca el uso de teléfonos celulares. Este fenómeno es considerado un tipo de adicción llamado *nomofobia* o *nomophobia* (de la abreviación en inglés *no mobile phoneobia*), y consiste en un trastorno de ansiedad desencadenada por el miedo irracional a separarse del teléfono celular, y es cada día más frecuente entre la población joven.

Objetivo: analizar la relación entre nomofobia, ansiedad y autoestima en individuos jóvenes de 18 a 24 años de edad. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal correlacional con una muestra de estudiantes 361 de la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN) con edad entre 18 a 24 años. Se utilizó estadística descriptiva (porcentajes) e inferencial no paramétrica para variables cualitativas (Chi cuadrada de Pearson y prueba exacta de Fisher). Para valorar relación entre variables se consideró una significancia estadística con valor de $p \leq 0.05$, IC=95% y $\alpha = 1.96$.

Resultados: se incluyeron 361 estudiantes, se encontró una distribución por género de 69.9% mujeres y 39.1% hombres; por estado civil el 94.7% fueron solteros. La frecuencia de nomofobia encontrada fue 2.8%, de ansiedad estado 48.8%, ansiedad rasgo 42.9 % y baja autoestima de 38.2%. Las relaciones significativas se presentaron entre nomofobia con ansiedad rasgo y ansiedad estado, ambas con un valor de $p = 0.001$. **Conclusiones:** existe nomofobia en nuestro contexto, aunque la frecuencia encontrada es muy baja a comparación de otros estudios en diferentes países, de igual manera la ansiedad y la baja autoestima no representaron factores fuertemente asociados a la nomofobia en este estudio.

1. INTRODUCCIÓN

El teléfono móvil es un instrumento relativamente nuevo, versátil y accesible. Muy atractivo especialmente para los jóvenes, cuyo uso conlleva riesgo de abuso y comportamiento adictivo ⁽¹⁾.

La adicción a nuevas tecnologías llamadas TIC (tecnologías de información y comunicación) **se caracteriza por el uso indiscriminado o compulsivo de dispositivos electrónicos multimedia como los teléfonos móviles (celulares), tabletas electrónicas, computadoras portátiles, o cualquier dispositivo con recursos multimedia (música, videos, juegos, cámara fotográfica, etc.) con conexión a internet y redes sociales.** Este trastorno es cada día más frecuente entre los jóvenes, quienes son el grupo más vulnerable ⁽²⁾.

Este trastorno o fenómeno, es considerado por algunos expertos como Bianchi y Phillips (2005), como una adicción, denominada *nomofobia* (*nomophobia*= *no mobile phone fobia*) que es un trastorno desencadenado por el miedo irracional a separarse del teléfono móvil ⁽³⁾.

Es muy común observar de manera cotidiana que, a la hora de establecer una conversación con otras personas, exista un elemento distorsionante que disminuye la calidad de la conversación e interacción entre las personas, este elemento es el teléfono celular. En varias publicaciones, se ha observado que el uso del móvil, puede llegar a ser adictivo en población adolescente y el joven adulto joven, por ejemplo, en Europa, un 38% de los menores de edad con teléfono móvil, afirma padecer intranquilidad e incluso ansiedad cuando se **ve obligado a prescindir de su móvil** ^(4,5).

Actualmente existen cuestionarios o instrumentos confiables como el test Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS) para detectar si una persona o usuario del dispositivo móvil presenta adicción o abuso del mismo. Este problema global,

considerado por algunos autores, como la nueva epidemia del siglo XXI, está bien definido en los grupos sociales vulnerables, la población joven ⁽⁴⁾.

En el caso de los móviles, las razones que han llevado a su consideración adictiva se refieren principalmente a la eclosión en la esfera privada de niños y adolescentes, el tiempo y la atención empleados por estas poblaciones en el uso de los móviles, la sustitución de otras actividades y la pérdida de control. Es poca la información que se tiene acerca de este problema en nuestro país, y por lo consiguiente en nuestro Estado. No se tienen registros sobre la prevalencia real de este padecimiento mental, y por lo consiguiente pues no hay un parámetro que nos diga si el fenómeno está presente y en que magnitud ⁽⁵⁾.

Existe coincidencia científica de que el uso inadecuado y sin control de la telefonía móvil puede causar problemas de conducta, afectivos y sociales, y se caracteriza por los mismos elementos que el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-V) enumera para la consideración de una conducta como trastorno adictivo: síntomas de abstinencia, falta de control, problemas derivados del uso y la tolerancia e interferencia con otras actividades ^(6, 7, 8 y 10).

Es posible que el actual auge de los móviles y su capacidad de penetración en la población sean el producto de un momento concreto del desarrollo tecnológico y la dinámica de los mercados. Sin embargo, queda claro que se trata de una auténtica revolución en los procesos de comunicación interpersonal, para los cuales los paradigmas previos carecen de capacidad explicativa ⁽⁹⁾.

3. MARCO TEORICO

3.1. Generalidades

Las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) han facilitado a los niños y adolescentes un horizonte de conocimientos y experiencias, que son en general, beneficiosos para su desarrollo personal y social. Sin embargo, hay una preocupación creciente por los riesgos que estas oportunidades pueden traer consigo ^(2, 11).

Estas tecnologías **no son**, en realidad, nuevas. Así, la televisión, la radio, el teléfono y el cine pueden ser catalogados en esta categoría de medios de comunicación **que son** útiles y que resultan atractivos a una gran parte de la población. Sin embargo, las nuevas tecnologías digitales de entretenimiento parecen haber llevado el concepto de placer a un nuevo nivel y con una eficiencia, disponibilidad y facilidad de accesos nunca antes vistos en la sociedad moderna. Así, se puede abusar fácilmente de los ordenadores y, especialmente, de internet, de los teléfonos celulares y los videojuegos. Todos ellos pueden crear hábitos específicos de conducta y, en casos extremos, generar alteraciones en el estado de ánimo y en la conciencia, así como facilitar la adicción a algunas personas predispuestas⁽²⁵⁴⁾.

Los autores Echeburúa y Requesens consideran que la adicción a las nuevas tecnologías se caracteriza por un consumo abusivo de las nuevas tecnologías, ordenador, internet, móvil, videojuegos y redes sociales⁽²⁵⁵⁾. Las adicciones pueden afectar a todas las edades, pero suelen darse principalmente en los jóvenes, el uso de internet les permite comunicarse con otras personas de forma anónima, hablar de temas que cara a cara les sería difícil, expresar emociones, comunicarse virtualmente con personas desconocidas o mantener el contacto con amigos que de otra forma no podrían hacerlo⁽²⁵⁶⁾.

Antes de continuar debemos aclarar que se denomina joven a aquella persona que se encuentra en un período temprano de su desarrollo orgánico. El término proviene del término latino "*Juventus*", para referir a la edad situada entre la niñez y la edad adulta. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la extensión de la juventud puede abarcar desde los 10 a los 24 años, y abarca tanto la pubertad como la adolescencia tardía, hasta llegar a la juventud propiamente dicha.

La incorporación del teléfono móvil a la actividad cotidiana de los seres humanos ha supuesto uno de los acontecimientos con mayor impacto social en las dos últimas décadas, sólo-comparable a la aparición de Internet. El teléfono celular ha pasado de ser un mero instrumento de comunicación interpersonal a convertirse

en una plataforma de creciente complejidad, que impacta en la esfera privada y se proyecta a la esfera pública en condiciones difícilmente comprensibles sólo unos años atrás ⁽¹²⁾.

Si en un principio cabía considerar al celular como un teléfono inalámbrico privado, ahora ésa es sólo una de sus múltiples utilidades, debiendo considerarse en el momento actual como una plataforma que oferta servicios variados (especialmente dirigidos a los más jóvenes), como lo es la comunicación, juego, fotografía, participación en redes sociales, descarga y escucha de música, televisión, apuestas en línea (*online*), radio, noticias, descarga y visionado de películas, etc. Una *multioferta* de estas características, tan variada, atractiva e interesante no puede estar exenta de problemas, y como cualquier actividad gratificante es potencialmente adictiva ⁽¹²⁻¹³⁾.

En el caso de los móviles, las razones que han llevado a su consideración adictiva se refieren principalmente a la eclosión en la esfera privada de niños y adolescentes, el tiempo y la atención empleados por estas poblaciones en el uso de los móviles, la sustitución de otras actividades y la pérdida de control, fomentando sedentarismo, riesgos de accidentes por distracción (viales, peatonales, laborales) y trastornos mentales considerables ⁽¹⁴⁾.

3.2. Adicción

La adicción es una enfermedad compleja de naturaleza biológica, psicológica y social. Esto quiere decir que las causas de la adicción son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una adicción (del latín *addictio*) es una enfermedad física y emocional, que tradicionalmente se considera como una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación debido a la satisfacción que esta causa a la persona ⁽¹⁴⁾.

El término adicción, tal y como se comprende tanto en ámbitos cotidianos como académicos, es una construcción contextual y social, y cualquier actividad reforzante puede ser contemplada como potencialmente adictiva, pero solo las

actividades socialmente reprobadas por su "riesgo" asociado son percibidas como adicciones, mejor que como meros hábitos. Por tanto, la adicción será consecuencia de un juicio social en un momento determinado y esto condicionará su tratamiento legal, policial y sanitario ⁽¹⁵⁾.

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) las palabras

- **Adicción** se refiere a la dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico.
- **Dependencia** se refiere a la necesidad compulsiva de alguna sustancia, como alcohol, tabaco o drogas, para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación, y
- **Abuso** se refiere a hacer uso excesivo, injusto o indebido de algo o de alguien. ⁽¹⁶⁾

La naturaleza exacta de las adicciones continúa siendo motivo de análisis científico y cada día se hacen descubrimientos que nos facilitan la comprensión de este fenómeno. Estudios demuestran que existen cambios neuroquímicos involucrados en las personas con desórdenes adictivos y que además es posible que exista predisposición genética a desarrollar estas enfermedades ⁽¹⁷⁾.

En forma general las adicciones se clasifican en dos grandes grupos

- **Las de ingestión de sustancias psicotrópicas:** como el alcohol, la nicotina y diferentes tipos de drogas.
- **Las de conducta:** adicción al internet, a los videos juegos, al gimnasio, a la televisión, al trabajo, a jugar, a las comidas o componentes comestibles, al sexo, a la pornografía, a mentir, a robar, al celular, al trabajo, y otros.

La definición de adicción no se menciona como categoría diagnóstica en el manual de la American Psychiatric Association (DSM-V) ni en el Catalogo Internacional de Enfermedades (CIE-10). Ya que consideran como patología a los trastornos derivado por el abuso de sustancias psicoactivas, y solo el DSM-V considera a la ludopatía como un trastorno mental ajeno a sustancias ^(17, 18, 19).

El grave problema de la adicción es que la persona es presa de su propio comportamiento, al que no es capaz de resistirse, a pesar del deterioro psicosocial que esta conducta le provoca. Cualquier tipo de adicción supone, en definitiva un atentado contra la libertad, es decir, un claro problema de dependencia. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Es caracterizada por episodios continuos o periódicos de: descontrol sobre el uso, uso a pesar de consecuencias adversas, y distorsiones del pensamiento, y sobre todo negación ^(11, 12, 14, 15).

En la actualidad se acepta como adicción cualquier actividad que el individuo sea incapaz de controlar, que lo lleve a conductas compulsivas y perjudique su calidad de vida, como puede ser la adicción al sexo, al juego (ludopatía), a la pornografía, a la televisión, a las nuevas tecnologías (tecnofilia) y a las comidas rápidas, que conducen a un estado psicofisiológico, caracterizado por la modificación del comportamiento, a causa de un impulso irrepresible por realizar cierta actividad o prescindir de un objeto ^(9, 10, 15).

Según sea la participación del sujeto, tenemos dos clases de adicción a las nuevas tecnologías:

- **La adicción pasiva** es la que está producida por la televisión que aísla al sujeto, éste pospone o abandona otros contactos sociales y se deja influir por sus contenidos.
- **La adicción activa** es la más grave porque produce aislamiento social, problemas de autoestima, económicos y diferentes afecciones al equilibrio psicológico del sujeto. Estas adicciones están principalmente causadas por internet y más en concreto se basa en la adicción al "sexo virtual", juego en línea, uso de chats o a las compras por internet. Es innegable que produce un desorden en el individuo que le provoca ciertos efectos negativos a nivel fisiológico, psicológico y social ^(1, 2, 3, 4, 8).

3.3. Nomofobia

Los sujetos que muestran una adicción a las nuevas tecnologías como es al internet, móvil, videojuegos, etcétera, muestran un comportamiento anormal en

diferentes entornos como son el hogar familiar cuando se resisten a dejar su hábito y no cooperan en las actividades familiares y se observa una falta de honestidad en ellos sobre la cantidad de tiempo que lo realizan, en el ámbito escolar como resultado de un bajo rendimiento académico, y en el laboral utilizando como excusa actividades propias de su trabajo y como consecuencia se observa un bajo rendimiento. La regulación fisiológica de la comida y del sueño se desequilibra, se saltan comidas y dejan de dormir por estar "enganchados" a su actividad⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A nivel psicológico también se observa en el sujeto una euforia excesiva e incapacidad para dejar su uso excesivo del celular, incluso para mantener relaciones interpersonales con la familia y amistades. Cuando se priva de su comportamiento adictivo se siente vacío, con un estado depresivo e irritado. Sin embargo, cuando está manteniendo su comportamiento tiene un sentimiento placentero parecido a cualquier adicción establecida⁽¹³⁻¹¹⁻¹⁶⁾.

En la 5ª edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-V), elaborado por la American Psychiatric Association (APA) se propuso la creación de la categoría "Uso de sustancias y trastornos adictivos" en la que finalmente parece que sólo se incluyó el juego patológico, pero no el resto de las propuestas "adicciones sin sustancia", o comportamentales⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

El uso excesivo del teléfono celular que conlleva a una conducta obsesiva que implica el miedo irracional a prescindir de él, es considerado por algunos autores como adicción al teléfono celular o teléfono móvil, generando trastornos en la conducta del individuo. Este trastorno es llamado **nomofobia**, que proviene de la abreviatura inglesa: No-Mobile-Phone-Fobia, que es un trastorno cada vez más frecuente en los adolescentes y adultos jóvenes⁽¹¹⁻¹²⁻¹⁶⁾.

Se ha asociado el uso del móvil, en función de las motivaciones subyacentes, a seis categorías de conducta: adictiva, compulsiva, habitual, dependiente, obligatoria (impuesta por los usos sociales) y voluntaria; así, los individuos pueden ser clasificados en una de estas categorías propuestas⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

El abuso o la adicción no son los únicos efectos nocivos que se han atribuido al uso de teléfonos móviles; se han investigado otros efectos perjudiciales relacionados con las distintas formas de acoso vía móvil y un aumento del riesgo de accidentes laborales y de tráfico, vinculados a la interferencia sensorial durante el uso simultáneo con otra actividad ^(20, 22, 23).

Por otro lado, y dado que el teléfono móvil funciona mediante emisión y recepción de ondas electromagnéticas de baja frecuencia (radiofrecuencias), se han realizado estudios para investigar los posibles efectos neurológicos y neuropsicológicos que pudiera ocasionar su aplicación en la superficie craneal, así como su posible relación con tumores intracraneales, en la medida en que algunas longitudes de onda del espectro electromagnético parecen tener efectos perjudiciales sobre la salud ^(2, 21, 22, 23).

Otros autores, sin embargo, consideran inadecuado hablar de adicción al móvil, estimando más adecuado el término abuso, en la medida en que no conduce a cambios emocionales rápidos y alternancia de falsas identidades, como sucede cuando el medio utilizado es Internet ^(22, 23).

3.4. Escalas de medición (instrumentos)

3.4.1. Psicometría

Una de las áreas en las que existe mayor información y textos producidos, es en el área de la psicometría; esta tiene como finalidad la medición de la conducta del ser humano lo que constituye uno de los pilares de la ciencia psicológica. El desarrollo de la Psicología como ciencia, ha sido necesario realizar estudios, a fin de determinar si difieren los seres humanos entre sí y en qué grado se presentan estas disparidades ^(24, 25).

Por ello, Morales en (1993), concibe la medición como el procedimiento mediante el cual se asignan números a las propiedades o características de los objetos. Lo anterior, parte de comprender que la medición en Psicología se inicia con la identificación de elementos del mundo real ^(25, 26).

Aiken (1996), refiere que las personas difieren en capacidades, personalidad y comportamiento, y que estas diferencias pueden evaluarse. Y según Brown (1991), en el contexto de las pruebas, medir es asignar números a la conducta de acuerdo a reglas, aclarando al mismo tiempo, que las mediciones psicológicas son más bien relativas que absolutas ⁽²⁷⁾.

Wolman (1993), define los atributos como la característica o propiedad que se predice de un sujeto. Igualmente, concibe a los rasgos como características heredadas o adquiridas que son consistentes, persistentes y estables. Los rasgos comunes, son el conjunto de características de personalidad que tienen la misma forma o patrón de expresión para todas las personas y con respecto a la cual, es posible asignar un valor numérico significativo a todos los individuos ^(25, 26, 27).

3.4.2. Confiabilidad

Ningún instrumento de evaluación puede tener valor, a menos que se mida algo en forma consistente. Para Coolican (1997), la confiabilidad consiste en la consistencia de una medida para producir resultados similares en diferentes ocasiones, pero que puedan ser comparables. Al respecto, el mismo autor menciona que los cuestionarios deben producir los mismos resultados, cuando se vuelven a aplicar a las mismas personas en momentos distintos. En resumen, podemos decir que la confiabilidad de un instrumento de medición, es el grado de uniformidad con que cumple su cometido ⁽²⁸⁾.

La confiabilidad se puede calcular mediante diversos procedimientos se determina a través de fórmulas que proporcionan coeficientes de confiabilidad, estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, donde 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad ^(25, 26, 27, 28).

3.4.3. Validez

La validez al igual que la confiabilidad es una de las condiciones psicométricas de mayor importancia que deben cumplir los instrumentos de medición. La validez consiste en la exactitud con la cual se pueden hacer las mediciones significativas y pertinentes, en el sentido de que el instrumento realmente quiere medir. Según

Nunnally (1978), las medidas psicológicas cumplen 3 funciones principales: 1) el establecimiento de una relación estadística con ciertas variables, 2) la representación de un universo específico de contenido, y 3) la medición de rasgos psicológicos. Existen tres tipos de validez a saber: 1) la validez predictiva, 2) validez de contenido, y 3) validez teórica ⁽²⁶⁾.

3.5. Cuestionarios

El cuestionario es el instrumento más utilizado para recolectar información. Es un documento necesario que se administra a un determinado colectivo, con el fin de que la información obtenida esté estructurada y sea homogénea. Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La naturaleza de la información buscada (tema específico y objetivo).
- Características de los entrevistados y su capacidad y disposición a brindar esa información.
- Las posibilidades y limitaciones del método de encuesta que se desea utilizar.

Un elemento que resulta útil es el pilotaje del cuestionario, el cual consiste en seleccionar una sub-muestra de la población objetivo y efectuar una aplicación del cuestionario. Con ello se comprueba la validez y la confiabilidad del mismo. El cuestionario así probado, permite conocer si las preguntas son claras para los entrevistados; si exploran con suficiencia la información requerida, si el tiempo de aplicación es apropiado o excesivo, si el lenguaje empleado es idóneo para esa población ^(25, 26, 27, 28).

3.6. Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS) y otras escalas

A partir de 2004, se inició el estudio del uso del teléfono celular como dependencia tecnológica con el desarrollo del primer instrumento de medida (Toda, Monden, Kubo y Morimoto, 2004). En Europa, la alerta parte de Muñoz-Rivas y Agustín (2005), quienes detectaron una alta frecuencia de "adictos al móvil" en la práctica de la psicología clínica, situando a los adolescentes y adultos jóvenes como grupos en riesgo por no tener un completo control de los impulsos y haber

aceptado el móvil como símbolo de estatus. Pelizza y Melegari (2006), realizaron un estudio epidemiológico y psicopatológico similar en Italia ⁽²²⁻²⁴⁾.

Estudios como el de Toda y colaboradores (2004), desarrollaron el primer cuestionario, el Cellular Phone Dependence Questionnaire (CPDQ), destinado a población universitaria y Kawasaki et al (2006), confirmaron su validez en estudiantes de secundaria. Bianchi y Phillips (2005), construyeron el Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS) para población adulta, detectando que los más jóvenes, extravertidos y con menor autoestima presentaban un patrón de uso más desadaptado ⁽¹⁹⁻²⁰⁻²⁵⁾.

Laramie (2007), aplicó el MPPUS a adultos y observó que los usuarios que enviaban más mensajes de texto (SMS), presentaban mayor soledad, ansiedad social y uso problemático, aunque no pudo discernir entre severidad y consecuencias negativas de esta problemática ⁽²⁰⁻²⁶⁾.

Jenaro, Flores, Gómez-Vela, González-Gil y Caballo (2007), crearon el Cell-phone Over-use Scale (COS), para población universitaria, obtuvieron una prevalencia del 10.4%, asociada a somatizaciones, insomnio, disfunción social, ansiedad y depresión, teniendo mayor prevalencia en mujeres. Leung (2008), realizó una versión breve del MPPUS para adolescentes, el Mobile Phone Addiction Scale (MPAS), detectando que altas puntuaciones en "adicción al móvil" se asociaban con baja autoestima, alta búsqueda de sensaciones y evitación del aburrimiento, siendo las adolescentes las de mayor riesgo ⁽²⁶⁻²⁸⁾.

Existen cuestionarios o instrumentos con cierto grado de confiabilidad para detectar si una persona o usuario de dispositivo móvil presenta adicción o abuso del mismo. Una de las más utilizadas y adaptadas al español es la Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS), desarrollada por Bianchi y Phillips en el 2005, la cual se considera como el "patrón de oro" en esta problemática, maneja 27 ítems y un alfa de Cronbach de 0.90, incluye tiempo de uso, problemas familiares, económicos, abstinencia, entre otros. La última versión de este cuestionario fue adaptada al idioma español por López Otatz, en el 2013 (Ver anexo 4) ⁽¹¹⁻¹⁸⁻²⁹⁻³⁰⁾.

Con base a la puntuación que se obtenga de los 27 ítems del instrumento MPPUS se puede clasificar a los usuarios de teléfonos celulares como usuario ocasional (< 36 puntos), usuario habitual (37 a 173 puntos), usuario en riesgo (174 a 181 puntos) y uso problemático o nomofobia (>182 puntos). Sin embargo, también se puede interpretar como usuarios sin nomofobia a los resultados menores a 182 puntos, y usuarios con nomofobia a la puntuación igual o mayor a 182 ^(19, 20).

3.7. Ansiedad:

La **ansiedad** es una sensación física que aparece ante una situación que no sabemos cómo afrontar. Pero es también una emoción o sentimiento, captado psicológicamente (subjetivamente) por el sujeto, de tal manera que este es capaz de distinguir claramente esta emoción-sensación tanto por las manifestaciones psíquicas como físicas que produce ^(31, 32).

La ansiedad puede ser un estado o un rasgo. El estado ansioso se caracteriza por el hecho de mostrar ansiedad en el momento actual, probablemente como una reacción a cierta circunstancia que lo provoca. En cambio, la ansiedad como rasgo es la tendencia durante un largo periodo, posiblemente durante toda la existencia, a encarar todas las vicisitudes de la vida con un grado habitual y excesivo de ansiedad ^(7, 9, 10, 31, 32).

Es fundamental considerar a la ansiedad, en primer lugar, como un mecanismo adaptativo que nos permite afrontar las diversas las diversas situaciones que se presentan en nuestra vida. Desde este punto de vista, la ansiedad es un mecanismo normal que aparece en todas las personas y que tiene como objeto movernos a la acción. La ansiedad es una emoción universal, parte esencial de la respuesta orgánica al estrés ^(9, 10, 31, 32).

Así, consideramos a la ansiedad por lo menos desde tres perspectivas: como un mecanismo adaptativo, como un estado pasajero, y como un rasgo de la personalidad ^(31, 32).

Los **trastornos de ansiedad**, se refieren a una patología, es decir, los síntomas, han pasado de ser unos síntomas transitorios que únicamente se experimentan

ante situaciones de estrés, preocupación, cansancio o miedo, para convertirse en una enfermedad concreta, y en este caso, en un trastorno psiquiátrico, que requiere de atención y tratamiento especializados por médico psiquiatra ^(19, 20, 21, 22, 23).

Estos trastornos son definidos en el DSM-V y conforman un total de 14 diagnósticos diferentes: crisis de angustia o ataque de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, etc. Todas estas entidades patológicas se clasifican en 5 grupos:

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastornos fóbicos
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por estrés severo
- Trastornos adaptativos

Esta diferencia entre ansiedad y trastorno de ansiedad, es necesaria aclararla ya que en esta investigación se pretende abordar solamente ansiedad rasgo y ansiedad estado.

3.8. State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

El cuestionario de ansiedad rasgo-estado, fue descrito por primera vez en 1967, por Levitt producto de una tesis doctoral. Originalmente fue ideado para adultos "normales" (sin alteraciones psiquiátricas), ha mostrado ser útil en escolares, adolescentes y adultos. Este cuestionario valora la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, las cuales ya se describieron previamente ⁽²⁴⁾.

La construcción del STAI comenzó en 1964, con la finalidad de desarrollar una única escala que permitiera medidas objetivas de autoevaluación de la ansiedad, tanto de estado como de rasgo. En las primeras fases de su construcción se utilizaron muestras de estudiantes universitarios no graduados (más de 3.000 casos), posteriormente se aplicó en 3.300 alumnos de enseñanza secundaria y universitaria, y se complementaron con más de 600 pacientes de medicina y neuropsiquiatría y 200 reclusos de prisiones ⁽²⁴⁾.

En la adaptación española, se siguió un proceso similar al anterior, y Bermudez en 1977, realiza la versión experimental las cuales se fortalecen con Urraca (1981), e Iglesias (1982). Estas adaptaciones han sido mejoradas y aplicadas en diferentes partes del mundo en diversos idiomas, y es uno de los mejores cuestionarios que existen para ansiedad rasgo y estado ^(34, 35).

La escala STAI estado (STAI-E) consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir cómo se siente en un momento particular, mientras que la escala STAI rasgo (STAI-R), también con 20 frases puede mostrar cómo se siente el sujeto generalmente. Cada subescala está impresa en una de las caras del ejemplar del STAI, para facilitar la aplicación e instrucciones del examinador ⁽³⁴⁾.

Las puntuaciones de ansiedad estado (A/E) y ansiedad rasgo (A/R) pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento. En cada parte las categorías son las siguientes (ver anexo No 5 y 6).

Los puntos obtenidos en este cuestionario, son convertidos en centiles, y para ello utiliza una tabla de conversión (de puntos a centiles), en donde los individuos evaluados son clasificados como positivos si el centil es mayor a 55 o negativos si es menor a 45 (ver anexo No. 7) ⁽³⁴⁾.

Cuadro No. 1. Escala de medición del STAI tomado del manual original

Puntuación	SATAI A/E	STAI A/R
0	Nada	Casi nunca
1	Algo	A veces
2	Bastante	A menudo
3	Mucho	Casi siempre

Fuente: tomado del manual original STAI

3.9. Autoestima:

La autoestima es un concepto ampliamente estudiado y discutido, observándose su directa relación con el bienestar general de la persona, lo que sugiere que podría ser un buen indicador de la salud mental. Diversas investigaciones han confirmado la relación inversa entre autoestima y síntomas depresivos, obsesivos-compulsivos, ansiosos, entre otros. Por tanto, su conocimiento es una valiosa

información que posibilitaría la predicción de posibles trastornos psicopatológicos y su prevención ⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Existen diversos instrumentos que miden la autoestima, pero uno de los más utilizados es la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). La EAR ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: francés, alemán, japonés, portugués, español, etc. ⁽³⁸⁻³⁹⁾

Recientemente, Schmitt y Alik, realizaron un estudio multicultural, administrando la EAR en 53 naciones, en 48 de las cuales se presenta una confiabilidad sobre 0.83. Rosenberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La escala fue dirigida en un principio a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etanos. Su aplicación es simple y rápida. Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: "creo que tengo un buen número de cualidades", sentimiento negativo: "siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí"). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo". (ver anexo No. 5) ⁽³⁶⁻³⁷⁻³⁸⁾.

4. ANTECEDENTES

Un estudio realizado en Taiwán por Igarashi, Motoyoshi, Takai y Yoshida en el 2004, estudiaron los componentes de la auto atribución de adicción al móvil, encontrando tres: percepción de uso excesivo, reacciones emocionales (ej., frustración al no recibir respuesta inmediata a los mensajes de texto) y motivación para el mantenimiento de las relaciones ⁽³⁹⁾.

Un estudio suizo realizado por Billieux Joel en el 2008, exploró qué factores predicen la auto atribución de "adicto al móvil", encontrando algunas sub-dimensiones de la impulsividad, como impaciencia y baja perseverancia, combinados con un largo tiempo de posesión del móvil ⁽²⁰⁾.

Otro estudio llevado a cabo entre jóvenes rumanos por Prezza, Pacioli y Dinelli en el 2004, no encontró relación alguna entre uso de móvil y sentimientos de soledad y aislamiento, a diferencia de lo que ocurrió con el uso de internet ⁽⁴¹⁾.

Otro hallazgo importante fue el estudio realizado en el 2006 por Carbonelle y colaboradores en Barcelona con 430 adolescentes escolarizados en colegios públicos y 209 jóvenes universitarios, encontraron que un 22.1% de los adolescentes y un 27.9% de los jóvenes respectivamente se consideraron a sí mismos como "adictos al móvil" ⁽⁴²⁾.

Ha y colaboradores en el 2008, realizaron un estudio sobre una muestra de 1200 estudiantes coreanos, con una media de 16 años, utilizando la escala ECPUS, encontraron también menores niveles de autoestima (mediante la *Rosenberg Self-Esteem Scale*) en quienes podían ser clasificados como abusadores del móvil. Resultados similares obtuvieron Ehrenberg, Juckes, White y Walsh en el 2008 con el uso de la escala *Self-Esteem Inventory Adult Form* en una muestra de 200 universitarios australianos, resultando ser la baja autoestima uno de los más potentes predictores de tendencias adictivas en el uso de móviles ⁽⁴³⁾.

Un estudio sobre 120 adolescentes entre 13 y 20 años en Túnez realizado por Halayem y colaboradores en el 2010, encontraron que el 31.7% consideraban de sí mismos que realizaban un uso excesivo del móvil, principalmente para el envío de mensajes de texto y la realización de "llamadas perdidas". Un trabajo realizado en los Emiratos Árabes por Hashem en el 2009 encontraron que el 67% de los varones y el 75% de las mujeres se tenían a sí mismos por adictos al móvil, debido, principalmente, a su uso diario de entre 4 y 7 horas ⁽⁴⁴⁾.

Uno de los rasgos más estudiados en relación al abuso del móvil ha sido la autoestima, bajo la hipótesis de que las personas con baja autoestima pueden utilizar el móvil para evitar los contactos cara a cara y expresarse con más facilidad en la comunicación mediada. Por otra parte, la baja autoestima es un hallazgo habitual en los estudios de adictos a sustancias, por lo que la

consideración del abuso del móvil como adicción debería acompañarse de correlatos psicopatológicos similares ^(20, 46).

Bianchi y Phillips en el 2005, compararon los resultados obtenidos mediante el MPPUS con los que resultaron de la cumplimentación del *Cuestionario de Autoestima de Coopersmith* en una muestra de 195 sujetos franceses mayores de 18 años, reclutados directamente en campus universitarios, vías públicas o a través de anuncios en locales públicos. Encontraron que la baja autoestima se relacionó con el uso problemático del móvil, pero no con variables del uso normal. Los autores hacen constar que no es posible establecer una línea de causalidad, en la medida en que un uso inapropiado puede generar consecuencias negativas que impacten en la autoestima, del mismo modo que una baja autoestima puede llevar a un uso inapropiado del móvil ⁽⁴⁷⁾.

Chen en el 2007, estudió una muestra de 514 sujetos universitarios taiwaneses, combinando metodología cualitativa y cuantitativa. Encontró que, contrariamente a lo esperado (atendiendo a estudios previos), lejos de favorecer el aislamiento social y comprometer la independencia personal, el uso del móvil debía considerarse un instrumento o un medio que favorecía la socialización, tanto en el ambiente académico como en el propio núcleo familiar. Tanto los padres como los jóvenes valoraron el teléfono móvil como medio para mantener la relación entre padres e hijos desde la distancia. Para la mayoría de los participantes en este estudio, el teléfono móvil resultaba "imprescindible" para mantener un contacto frecuente con su familia, para cumplir con sus roles familiares, para compartir experiencias y recibir apoyo emocional y físico de sus padres. El móvil, pues, aparecía como instrumento útil para construir las habilidades personales de socialización sin requerir la ruptura de vínculos previos ⁽²⁸⁾.

Se ha estudiado también la relación entre abuso del móvil y variables de salud. En cuanto a las variables psicopatológicas, Zilkeffy y Baharudin en el 2009, encontraron que mucho tiempo con el móvil se relacionaba con la experimentación de trastornos psicopatológicos ^(46, 47, 48).

El estudio de Ha et al. (2008), clasificó a los sujetos en tres grupos según su nivel de uso declarado. El grupo con mayor nivel de uso declaró mayor cantidad de síntomas depresivos (mediante el Cuestionario de Depresión de Beck) más dificultades en expresar sus emociones (mediante la *Toronto Alexithymia Scale* TAS-20), mayores niveles de ansiedad interpersonal (mediante la *Interaction Anxiousness Scale*) y menores niveles de autoestima (mediante la *Rosenberg Self-Esteem Scale*); además mostraron puntuaciones más elevadas en la escala de Young para adicción a Internet (*Young's Internet Addiction Scale*). Lu et al (2011), encontraron correlación positiva entre la dependencia de los mensajes de texto y la depresión, y una correlación negativa con la ansiedad ⁽²⁶⁻²⁸⁾.

La autoestima aparece baja en casi todos los estudios, apuntando al hecho de que el uso del móvil puede liberar al sujeto con un pobre autoconcepto del riesgo en relaciones cara a cara. Con base a lo anterior, son varios los estudios que vinculan el abuso del móvil con la experimentación de síntomas depresivos, de modo que la focalización en la comunicación mediada puede operar como factor de incremento del malestar en personas vulnerables ⁽²⁾.

El móvil es, en el momento actual, una plataforma para acceder a múltiples aplicaciones, y se han descrito comportamientos adictivos a muchas de ellas. En ese caso, el móvil sería un vehículo para una multiadicción (suponiendo que el usuario mostrara comportamiento adictivo a varias de esas aplicaciones simultáneamente). Sin embargo, la adicción al móvil, entendida como una adicción comportamental en sí misma, debería tener rasgos diferenciales con las otras adicciones comportamentales, ya que de otra forma no tiene sentido hablar de adicción al móvil. ^(2 29-30)

Dicho de otro modo, si alguien utiliza el móvil para jugar podría convertirse en adicto al juego, no al móvil, si es adicto a Internet no quiere decir que lo sea al móvil, porque su comportamiento de navegar por la red será similar (probablemente más intenso) cuando permanezca delante de un ordenador, y así, una a una, para todas las demás aplicaciones. ^(2 31-36)

Al intentar delimitar qué es lo específico del móvil, el elemento clave que lo ha colocado en el ámbito de los comportamientos de riesgo adictivo es su función de comunicación interpersonal instantánea y permanente, de hecho cuando se estudia este comportamiento como adictivo, se alude habitualmente a los mensajes de texto o "SMS" y a las llamadas de voz a los que habría que añadir los más recientes "chats" instantáneos, ya sea mediante aplicaciones tipo WhatsApp o a través de las redes sociales como Facebook, Twitter, etc. (2 5 4 22 26 46)

Por tanto, cabría la reflexión acerca de una característica exclusiva del móvil: la inmediatez en las comunicaciones. Esta inmediatez no se cumple cuando este tipo de intercomunicación se realiza mediante ordenador, puesto que es preciso encontrarse frente a él, mientras que el móvil permite recibir el estímulo en cualquier situación y en cualquier momento. (26 46)

Una persona puede consultar sus correos electrónicos o buscar información de cualquier tipo cuando se sienta frente al ordenador o en cualquier momento si dispone de un móvil apropiado. En definitiva, la adicción al móvil sólo tiene sentido como objeto de estudio cuando lo que se explora es la necesidad de inmediatez en el uso de sus aplicaciones y la incapacidad para demorar la recepción del estímulo y la emisión de una respuesta. (2 22 46)

4.1. Problema Social y de Salud

Es impresionante, como la tecnología nos ha atrapado en un sentido figurado, al hablar de necesidades y dependencia de ella. Actualmente el uso del internet y los recursos multimedia, hacen que los dispositivos móviles, como computadoras con banda ancha, tabletas electrónicas y los celulares, en especial los denominados *Smartphone* (teléfonos inteligentes), sean ya una necesidad básica para la población adolescente y adultos jóvenes, pero, sobre todo dejando a un lado la necesidad de comunicarse por la "ansiedad de estar conectado". Esto ha generado en muchas personas el miedo o pánico irracional (aterrador) a quedarse sin el dispositivo móvil. (23 26 41 46)

Como toda adicción, el internet puede ser el detonante de otros problemas ocultos como la depresión, ansiedad, ludopatía, etc. Al menos en Reino Unido, por ejemplo, se estima que de un 60 a un 66% de la población con dispositivos móviles, padecen nomofobia, España estima que más del 72% de su población la padece. Pero lo que sí está bien identificado es que el grupo más vulnerable son la población joven y los adolescentes. Así mismo, algunas características de los usuarios también contribuyen a esta situación: baja autoestima, extraversión, pocas habilidades sociales y, sobre todo, juventud y adolescencia, puesto que son más fácilmente influenciados por campañas publicitarias, todavía no tienen un control completo de sus impulsos y han aceptado el móvil como un símbolo de estatus. ^(39 46 48)

Además, el uso de móvil puede llegar a ser adictivo entre la adolescencia y primera juventud, un 38% de los menores con teléfono móvil afirma padecer intranquilidad e incluso ansiedad cuando se ve obligado a prescindir de su móvil. Así pues, se hace necesario centrar los esfuerzos en este colectivo puesto que estos adolescentes y jóvenes contemporáneos son las primeras generaciones nacidas entre estas herramientas. ^(39 46 48)

De igual manera este distractor se ha convertido ya en una de las primeras causas de accidentes automovilísticos. Es cada día más común encontrar este factor como elemento en la génesis de accidentes por distracción imprudencial o el llamado conductor distraído. ^(46 51)

Pocos países en el mundo, han prestado la atención necesaria a este problema de salud social, algunos como España, Australia, Estados Unidos, Chile, por ejemplo, ya tienen documentados casos sobre este problema, incluso lo agregan como una enfermedad al considerarla una adicción, y se han planteado estrategias de tratamiento psicológico e incluso farmacológico, y cada día son más los individuos que requieren este tipo de ayuda a ver las consecuencias que afectan su entorno familiar, laboral, escolar, etc. De igual manera existen controversias en América latina respecto a la incorporación en los criterios en DSM V y en el CIE-10 de la OMS como una entidad clínica bien definida. En México la Norma Oficial Mexicana

para prevención, tratamiento y control de las adicciones, no consideran a las adicciones de conducta como tal, solo contemplan **las** relacionadas con sustancias. ^(12 20 30 42 52 53)

Como ya se ha mencionado, este problema global llamado nomofobia, afecta a los jóvenes, y cada día los grupos **de** edad con acceso a estos dispositivos representan edades por debajo de los 14 años. El problema no es la presencia o el alcance de estos recursos, si no el uso inadecuado de los mismos, y los problemas secundarios que genera el abuso de estos dispositivos móviles. ^(28 30 42)

Más de la mitad de los individuos con un teléfono móvil sufren de ansiedad si no tienen su dispositivo a la mano, este porcentaje se vuelve especialmente preocupante en el caso de las personas entre 18 y 24 años. Se estima que este trastorno pudo crecer 13% en los últimos años en España. Los jóvenes de entre 18 y 24 años son los más propensos a padecer nomofobia. Dentro de este rango, el 8% de los universitarios son los que más lo sufren. De acuerdo con los datos ofrecidos por el Centro de Estudios Especializados en Trastornos de Ansiedad (CEETA), casi el 53% de los usuarios de teléfonos móviles tienden a sentir ansiedad cuando "pierden su teléfono móvil, se les agota la batería, el saldo, o no tienen cobertura en la red". ^(36 42)

4.2. El Proceso de atención en salud mental en los servicios de salud

Los sistemas de salud buscan organizar la dotación de servicios de manera eficiente. El **modelo de Goldberg y Huxley**, se ha empleado para describir el proceso a través del cual se identifica a los individuos con trastornos mentales y que en algún momento utilizan servicios de salud mental. El modelo cuenta con cinco niveles y cuatro filtros que permean el cambio de un nivel inferior al siguiente, y se describen a continuación. ⁽⁵⁴⁾

- El primer nivel incluye a todos los individuos con un episodio de trastorno mental en la comunidad; el filtro correspondiente para el paso al segundo nivel es la respuesta del individuo y la comunidad a los síntomas como tales (v.gr., si considera que los síntomas requieren atención).

- El segundo nivel incluye a los individuos con un episodio en el nivel primario de atención a la salud, que buscan ayuda; el filtro para pasar al tercer nivel es el reconocimiento del trastorno por el prestador de la atención.
- El tercer nivel comprende a los pacientes en primer nivel de atención a la salud con trastorno reconocido por el médico. Los pacientes pueden recibir atención médica en este nivel, sin embargo, es posible que pasen al siguiente nivel si trascienden el filtro consistente en la referencia y admisión a servicios especializados de salud mental.
- El cuarto nivel incluye pacientes que reciben servicios especializados de salud mental, pero aun es posible que algunos pacientes requieran enfrentar un último filtro.
- El quinto nivel: referencia y admisión en hospitales psiquiátricos. Si es el caso, los pacientes accederán al quinto nivel, que incluye a los pacientes internados en hospitales psiquiátricos.

Uno de los alcances de este modelo es que permite comprender el hecho de que la mayor parte de los casos permanecen en los primeros dos niveles y solo una pequeña proporción se atiende en las unidades más especializadas. Si bien esta distribución es lógica desde la perspectiva de la eficiencia de los servicios, ello no significa que los niveles de sufrimiento y discapacidad generados en los primeros niveles sean nimios.¹⁵⁴¹

Por el contrario, debido a su volumen y a que no son atendidos adecuadamente, los problemas de depresión y ansiedad en los primeros niveles generan de hecho enorme sufrimiento y discapacidad, así como elevados costos financieros. Aun en el supuesto ideal de que todos los casos más graves se atendieran en los niveles más especializados, dado que la mayor parte de los casos de depresión ocurren en los dos primeros niveles, es decir, en la comunidad y la atención primaria de la salud, las intervenciones para mejorar la detección y la atención adecuada y oportuna generarían un mayor beneficio en la salud pública.¹⁵⁴²

4.3. Uso de los teléfonos celulares y controversias

El uso de teléfonos móviles se ha universalizado: en el mundo hay unos 6900 millones de contratos de telefonía móvil ⁽⁵⁴⁾.

En México el segundo trimestre de 2015, el número de suscripciones de telefonía móvil llegó a 103.4 millones, lo que representa un incremento de 0.43% respecto al trimestre inmediato anterior y de casi 1% respecto al segundo trimestre de 2014. En este sentido, a finales del segundo semestre del año la teledensidad de los servicios de telefonía móvil fue de 85 suscripciones por cada 100 habitantes, lo que sitúa a México aún por debajo de economías similares en cuanto a nivel de ingreso ⁽⁵⁵⁾.

Durante la celebración del Día Mundial de Internet, que se llevó a cabo en el Auditorio Aurora Jiménez de la Cámara de Diputados esta mañana, la Asociación Mexicana de Internet hizo la presentación de la actualización para 2015 del Estudio de Hábitos de los Usuarios de Internet en México ⁽⁵⁶⁾.

Este estudio fue elaborado por la firma de investigación de mercados Elogia, bajo el patrocinio de Pulpo, agencia digital especializada en el desarrollo de estrategias de comunicación multiplataforma. Consiste en un análisis estadístico que busca identificar las características de los usuarios de la Red en el país, conocer la demanda del mercado que requieren los servicios de internet, saber las actividades que los mexicanos realizan en la red, y generar información para que las empresas puedan identificar sus mercados ⁽⁵⁶⁻⁵⁷⁾.

Según esta 11ª edición del estudio, al finalizar 2014 la población conectada a Internet en México alcanzó el 51 % de penetración sobre el universo de personas potencialmente usuarias (mayores de 6 años). La cifra absoluta llegó a 53.9 millones de usuarios, con un crecimiento de 5.3 % contra las cifras del estudio anterior ⁽⁵⁷⁾.

Los detalles demográficos de este universo de usuarios indican que se mantiene la proporción por mitades entre hombres y mujeres, y que por segmentos de edad

el 37 % corresponde a personas entre los 19 y los 34 años. La distribución por nivel socioeconómico se mantiene idéntica ⁽³⁷⁾.

En esta ocasión, se agregó el dato de distribución regional en la República Mexicana: el 27 % de los usuarios habitan el Centro del país, y la menor densidad se da en el Sur y Sureste (6 y 5 % respectivamente). El Noroeste aloja a un 15 % y en las demás regiones la población internauta se distribuye en porcentajes entre el 11 y el 13 % ⁽³⁷⁾.

Otro dato relevante indica que continúa el incremento en el tiempo de exposición a Internet, con un promedio de 6 horas y 11 minutos diariamente, 24 minutos más que las 5 horas 36 minutos del año pasado. Veremos más adelante, que este aumento está ampliamente impulsado por el uso de las redes sociales ⁽³⁷⁾.

En cuanto a los lugares en donde los usuarios se conectan, la gran mayoría lo hace desde el hogar (84%) al igual que el año pasado, seguido por el sitio de trabajo (42%). Destaca que la escuela detuvo su tendencia de reducción de ediciones anteriores, y ahora superó las cifras del año pasado con un 36%. (34% de 2013) ⁽³⁷⁾.

El análisis de los métodos de conexión arroja datos muy significativos. Si bien el índice de crecimiento de nuevos usuarios es menor a otros años, las conexiones a través de una señal Wi-Fi contratada mostraron un crecimiento de 14 por ciento (66% en 2014, 80% en 2015), lo que puede ser muestra de que una alta proporción de usuarios de redes públicas contrataron una conexión propia. Consistentemente, los usuarios de redes públicas se redujeron de 64 % el año pasado, a 58 % en 2015 ⁽³⁷⁾.

Uno de los objetivos de esta 11ª edición del estudio es evaluar el peso y la evolución de las conexiones móviles en el universo de usuarios mexicanos. En el análisis del tipo de dispositivo utilizado para las comunicaciones digitales, si bien el laptop sigue siendo predominante, el segmento de los smartphones creció de

49% a 58%, desplazando a la computadora de escritorio a un tercer lugar (54%)⁽¹⁷⁾.

Para complementar esta hipótesis, se hizo un acercamiento específico a las características del empleo de los teléfonos inteligentes, que revela un uso mucho más orgánico de los móviles conectados a Internet:

- Para el 82 por ciento de los usuarios su smartphone es de suma importancia, contra sólo un 17 % que le atribuye poca importancia.
- El 87 por ciento de los usuarios de un smartphone navega por internet, el 79 % hace búsquedas de información y el 77 por ciento recibe y envía correos electrónicos. En proporciones cercanas al 50 %, revisan archivos, leen noticias y descargan material multimedia (música, fotos, videos).
- El 82 % de los internautas ha descargado e instalado apps en su teléfono celular inteligente.

Otra serie de datos con características singulares se observa en las actividades que realizan los usuarios durante su conexión. Por primera vez en la historia, las redes sociales toman la vanguardia con un 85 % de los internautas (en 2014 el uso principal era el correo electrónico), seguido por las búsquedas de información (78%) y hasta el tercer lugar, el correo electrónico con un 73 %⁽¹⁸⁾.

Al detallar en las actividades laborales, vemos las diversas formas de empleo están más balanceadas: predomina el correo electrónico (65%), seguido por las búsquedas de información (62%), el envío y recepción de documentos (55%) y la comunicación por mensajería instantánea (30%). El 18 por ciento de los usuarios se conecta para administrar redes sociales empresariales⁽¹⁹⁾.

De manera muy distinta se muestra el uso de Internet para actividades de ocio y entretenimiento. El 83 por ciento de los usuarios se conecta a sus redes sociales, y en rangos cercanos al 50 %, el uso de internet es para enviar correos, descargar materiales multimedia (música, fotos, videos), conversaciones mediante mensajería instantánea y visitar sitios de noticias⁽²⁰⁾.

Finalmente, debido a la importancia de las redes sociales entre la población mexicana, se incluyó un reactivo para indagar la proporción de usuarios que tienen al menos una cuenta de estos medios. El resultado positivo se incrementó al 93% contra el 90% del año pasado. Al preguntar las razones de quienes no las usan los encuestados declararon en un 52 % por protección de sus datos personales, 40 % por desinterés, 19 por ciento dijo haber cancelado sus cuentas por aburrimiento y 17 % por falta de tiempo ⁽¹⁷⁾.

Como hemos mencionado, la adicción al móvil en principio podría enmarcarse en el tipo conocido como "adicciones sin sustancia" o "adicciones psicológicas", entre las que se encuentran también el uso patológico del juego, los videojuegos o internet. Las adicciones psicológicas son aquellas que no lo son a las sustancias químicas, pero en las que también se da relación de dependencia y cierto grado de pérdida de control del sujeto ⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, a diferencia de ellas, el teléfono móvil emite microondas, radiaciones electromagnéticas moduladas de alta frecuencia (llamadas también radiofrecuencias), que interfieren en importantes sistemas (nervioso, reproductor, endocrino, inmunológico), así como en procesos y estructuras característicos de los seres vivos: ondas cerebrales, barrera hematoencefálica, glándula pineal, ADN, etc. ⁽¹⁹⁾

Las relaciones de dependencia o adicción a los móviles podrían tener una base fisiológica, por las perturbaciones que provocan las microondas en los neurotransmisores, en las sinapsis nerviosas y en el circuito de recompensa cerebral. Estos efectos están investigándose y es temprano todavía para conocer las bases neurofisiológicas de la conducta adictiva para los móviles ⁽²⁰⁾.

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer ha clasificado los campos electromagnéticos producidos por los teléfonos móviles como posiblemente carcinógenos para los seres humanos ⁽²¹⁾.

Hay estudios en curso para analizar más a fondo los posibles efectos a largo plazo del uso de los teléfonos móviles. En 2016, la OMS realizará una evaluación formal

de los riesgos a partir de todos los resultados de salud estudiados en relación con campos de radiofrecuencias ⁽⁸⁸⁾.

4.4. Determinantes sociales de la salud

En el mundo académico de la generalidad de los países, el concepto de los Determinantes Sociales en Salud (DSS) ha llegado a ocupar un lugar de preeminencia no sólo para explicar las diferenciales que existen entre las diversas comunidades con relación a las condiciones de vida, salud y bienestar, sino también para proponer políticas públicas y estrategias de intervención. ⁽⁸⁹⁾

Sin ninguna duda, el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a los estudios y reflexiones de académicos europeos como Marmot, Wilkinson, Whitehead y otros, y su decisión de constituir la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en el año 2005, ha sido un factor decisivo para que ese concepto haya sido asumido nuevamente por los centros de investigación y de formación académica en salud pública, y para que haya sido incorporado crecientemente en los debates y en los marcos conceptuales de las políticas de salud de muchos países. ⁽⁹⁰⁾

En los días actuales el tema de los DSS ha llegado a constituirse en un instrumento conceptual esencial de la salud pública para explicar las inequidades sociales en las condiciones de vida, de salud colectiva y para orientar las intervenciones pertinentes. ⁽⁹¹⁾

Dahlgren y Whitehead por su parte, habían clasificado previamente los DSS en tres grandes categorías:

- a) Estructurales: condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente que determinan las condiciones de vida y del trabajo entre los cuales incluye el ambiente de trabajo, el desempleo, la educación, la vivienda, los servicios de salud, saneamiento básico, y la producción agrícola y de alimentos.
- b) Distales: las redes comunitarias y de apoyo social.

- c) Proximales: aquellos factores individuales y biológicos como los estilos de vida, la edad, el sexo, y los factores genéticos.

Figura No. 1. Determinantes sociales según el modelo de Dahlgren y Whitehead



Desde este enfoque se considera que el contexto social propicia la estratificación social que conduce a diferencias en la posición social de las personas condicionando sus posibilidades de salud y de vida. Esa posición social, como categoría central en esta perspectiva, implica diferencias sustanciales en las oportunidades de acceso al poder y a los recursos, así como en la exposición a riesgos. Ver figura No. 1. ⁽⁸⁰⁾

4.5. Determinantes de la Salud (Lalonde)

Al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1974, Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente (incluyendo al social en un sentido más amplio), junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud ⁽⁸⁰⁾.

Estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación. Lalonde mediante diagrama de sectores circulares, estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los

niveles de salud pública. Al inicio se le atribuyó una mayor importancia al medio ambiente y al estilo de vida. Posteriormente la mayor importancia recayó **en el sistema de asistencia sanitaria**, sin embargo, hoy sabemos que la salud no sólo se mejora y se mantiene teniendo sistemas de atención de la enfermedad. ⁽¹⁶⁾

La literatura disponible no es suficiente para afirmar la existencia de un cuadro que pueda clasificarse como adicción al móvil, si bien la evidencia acumulada aconseja seguir investigando, ante la certeza de que un determinado porcentaje de personas experimentan consecuencias negativas asociadas a un excesivo uso de este medio de comunicación. ⁽¹⁷⁾

Los estudios actuales son insuficientes: cada estudio parte de diferentes marcos conceptuales, los diseños son a menudo inadecuados, existe una profusión de instrumentos de evaluación cuyas propiedades psicométricas se desconocen y los resultados no pueden ser generalizados. Los indicios más sólidos se encuentran en estudios que exploran la relación entre patrones de uso del móvil y variables psicológicas y psicopatológicas, sin embargo, la multiplicidad de marcos teóricos y variables utilizadas, así como la inexistencia de estudios de replicación, tampoco permiten extraer conclusiones sólidas. ⁽¹⁸⁾

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El teléfono celular es uno de los dispositivos electrónicos más revolucionados en el siglo XXI dentro de las TIC, y ha extendido mucho el número de usuarios en todo el mundo. Uno de los grupos de usuarios en los que el incremento del móvil ha sido más significativo, es en las personas jóvenes.

La nomofobia es cada día más frecuente en muchos países, sobre todo en los países desarrollados, quienes están más avanzados en tecnologías de comunicación, y también son los que más ha estudiado este fenómeno en jóvenes universitarios. Los teléfonos celulares actuales son dispositivos electrónicos multimedia muy sofisticados, que ofrecen varias funciones atractivas para los usuarios (música, videos, cámara fotográfica), y más aún ofrecen conexión a internet y redes sociales.

Estas características de los teléfonos celulares pueden producir hábitos relacionados al uso prolongado de los mismos o generar una dependencia a estos dispositivos.

En México, tenemos datos referentes al número de usuarios, tipo de compañía telefónica, promedio del tiempo de uso del servicio, tipo población, etc. También se ha observado una elevación en el número de usuarios de teléfonos celulares en la última década.

No existen estudios previos sobre la frecuencia de nomofobia en nuestro país, y por lo consiguiente, se desconoce si factores importantes como ansiedad y baja autoestima están asociados con la nomofobia como lo han demostrado estudios previos en otros países.

Conocer la frecuencia de nomofobia y sus factores asociados en nuestro contexto, aportaría datos pioneros y una idea más clara de la tendencia que tiene este fenómeno en nuestro país. Esto también sería un punto de partida para evaluar si la magnitud del problema requiere generar acciones preventivas en salud mental dirigida a los jóvenes.

Por esta razón se decidió realizar un estudio transversal (exploratorio), para evaluar la relación entre la presencia de la nomofobia con autoestima y ansiedad (rasgo y estado) en individuos jóvenes universitarios del municipio de Tepic Nayarit. Tomando como universo a los estudiantes de la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), institución que otorga educación de pregrado a más de 10,000 estudiantes y abarca individuos jóvenes en su mayoría.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre nomofobia con autoestima y ansiedad en individuos jóvenes de 18 a 24 años?

7. JUSTIFICACIÓN

En México, no existen estudios documentados sobre el abuso o adicción a teléfonos móviles, a comparación de algunos países en donde se tienen estimadores respecto a su frecuencia y factores relacionados, pero el común denominador en todos ellos es la población joven como grupo vulnerable, entonces, resulta interesante saber cómo se comporta realmente este problema en la población joven de nuestro medio.

Existen muchos factores en torno a este problema, desde los de personalidad, familiares, sociales, económicos e incluso calidad de vida; la ansiedad, la depresión, baja autoestima, por mencionar algunos, son los factores que más se le relacionan a la nomofobia.

Es necesario enfatizar en la necesidad de indicadores del tema, para planear y elaborar propuestas que respondan al contexto de salud pública de este problema. De esto nace la necesidad de realizar un estudio transversal con el propósito de planear estrategias sanitarias (prevención, información, etc.) en los servicios de salud.

Relacionar las variables de nomofobia con la presencia o no de ansiedad y baja autoestima es indispensable para determinar una aproximación real sobre la frecuencia del problema, para lo que se requiere cifras estadísticamente significativas. De tal manera que esto implique un punto de partida: en primer lugar, estudiar el problema y su magnitud; segundo, proponer estrategias preventivas y difusión en los servicios de salud con base a los resultados; y tercero, poder llevar el estudio más allá de un tipo de población diferente, es decir, jóvenes no estudiantes, por ejemplo.

8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo general

Analizar la relación entre nomofobia, ansiedad y autoestima en individuos jóvenes de 18 a 24 años de edad.

8.2. Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de nomofobia en individuos jóvenes.
2. Determinar la frecuencia de autoestima y ansiedad en individuos jóvenes.
3. Identificar la distribución por género y estado civil en individuos jóvenes con nomofobia.
4. Determinar la relación de nomofobia y autoestima en individuos jóvenes.
5. Determinar la relación de nomofobia y ansiedad en individuos jóvenes.

9. HIPOTESIS

Alternativa: existe una relación entre nomofobia con alta autoestima y ansiedad en individuos jóvenes.

Nula: no existe una relación entre nomofobia con baja autoestima y ansiedad entre individuos jóvenes.

10. MATERIAL Y METODOS

10.1. Diseño

Se realizó un estudio de tipo transversal correlacional.

10.2. Población y Muestra

La **población** en estudio fueron estudiantes jóvenes con edad comprendida entre 18 y 24 años de edad, que se encontraban estudiando en la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN) de la ciudad de Tepic.

La **muestra** se estimó mediante un estudio piloto de 124 encuestas aplicadas, en donde se determinó una **p** (frecuencia) de 0.30, lo anterior porque se desconocía la prevalencia nomofobia. Se hizo el cálculo de muestra con la fórmula de poblaciones finitas en donde la **p** = 0.30, el error = 0.05, una **q** = 0.70 (1-p), con resultado de 315 individuos de una **N** de 10,800. A continuación, se desglosa la fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 (N-1)^2 + Z^2 \times p \times q} = \frac{10800 \times (1.96)^2 \times 0.30 \times 0.70}{(0.05)^2 \times (10799)^2 + (1.96)^2 \times 0.30 \times 0.70} = 315$$

10.3. Desarrollo del estudio

Se aplicaron 3 cuestionarios estructurados y validados: el Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS) para identificar nómfobia, el test de Rosemberg para identificar baja autoestima y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para ansiedad rasgo/estado. De igual manera se elaboró una hoja de consentimiento informado, una hoja de datos generales de los participantes (edad, sexo, estado civil y unidad académica). Estos cuestionarios se colocaron de manera ordenada y engrapados para facilitar la lectura, y captura de los datos obtenidos. A todos se les colocó un número o folio para control de captura. Se utilizaron fotocopias en color negro a doble cara y hojas tamaño carta, verificando que estas fueran legibles al 100%, sin manchas o que estuvieran incompletas. Ver anexos 1-6.

Se tomaron como participantes a los estudiantes que acuden a clases regulares en las aulas de las instalaciones de la UAN y que hayan aceptado participar de manera voluntaria. Se realizó un cronograma para organizar las visitas a las aulas de forma ordenada, para ello se solicitó autorización de los docentes correspondientes. Una vez incorporado en las aulas se realizó la presentación de mi persona, así como del proyecto de investigación. Posteriormente se les proporcionó a todos los alumnos un cuestionario individual, previamente se les aclaró que el alumno que no deseara participar omitiera tomar un cuestionario o simplemente dejarlo sin responder. El tiempo aproximado de respuesta fue de 15 a 20 minutos.

Se procuró no interferir con otras actividades académicas de los estudiantes para que pudieran contestar con tranquilidad y honestidad. Una estrategia fue la de no coincidir con periodos de exámenes o entregas de trabajos, para evitar predisponer a los estudiantes a contestar con prisas, cansados o estresados.

Una vez recopilados los cuestionarios al final del día, estos se revisaron individualmente para eliminar los cuestionarios no contestados, incompletos o mal llenados. Ya depurados los cuestionarios efectivos, se les colocó un número para control del investigador.

Las respuestas de los cuestionarios, se exportaron a un ordenador portátil con sistema operativo Windows 8.1 y se vació la información directamente a una hoja de cálculo Excel de Microsoft Word 2013 con fórmulas específicas para cada cuestionario, esto con el fin de facilitar la captura tanto para llevar un orden y un control de calidad. Esta base de datos primaria se revisó cuidadosamente a detalle para evitar errores en la calificación e interpretación de resultados.

Ya obtenida la base de datos completa y revisada se pudo transportar esta información al programa de paquete estadístico o Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics) versión 21. En donde se realizaron los procesos correspondientes para los estadísticos necesarios con base a los objetivos de la investigación.

10.4. Criterios de Inclusión

- a. Estudiantes de la UAN en el rango de edad de 18 a 24 años.
- b. Que tenga teléfono celular y sea usuario del mismo.
- c. Que haya aceptado participar bajo consentimiento informado.

10.5. Criterios de exclusión

- a. Que no hayan aceptado participar.
- b. Que no tuvieran o usaran un teléfono celular.

10.6. Criterios de eliminación

- a. Encuestas incompletas.
- b. Encuestas mal contestadas.

10.7. Variables

Variables independientes:

- Ansiedad
- Autoestima

Variable dependiente:

- Adicción a teléfonos móviles (celular).

Variables intervinientes:

- Edad.
- Género.
- Estado Civil.

10.7. Operacionalización de Variables

Nombre de Variable	Tipo de Variable	Definición Operacional	Definición Conceptual	Escala de Medición	Fuente de Información
Edad	Cuantitativa	Del número de años actual, que exprese el encuestado en los cuestionarios	El tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la fecha actual, expresado en años	Ordinal Número natural en años cumplidos	Ficha de identificación del cuestionario
Género	Cualitativa	De la opción (hombre o mujer) que marque el encuestado en los cuestionarios	Se refiere a la división del género humano en base a su genética y fisiología, considerando dos grupos: hombre y mujer	Categoría Nominal -Masculino -Femenino	Ficha de identificación del cuestionario
Estado civil	Cualitativa	De la opción (soltero o casado, viudo etc.) que marque el encuestado en los cuestionarios	Es la situación de las personas hacia determinadas por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y obligaciones	Categoría Nominal Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo	Ficha de identificación del cuestionario
Notafoba	Cuantitativa	De acuerdo al puntaje obtenido en la evaluación de los 27 ítems de MPPUS (* n = 187 reactivos)	Es el miedo irracional a estar sin el teléfono móvil por cualquier causa	Ordinal Móvil Phone Problem Use Scale (MPPUS) -Alto -Bajo	Cuestionario MPPUS
Ansiedad estado (AE)	Cualitativa	De acuerdo al puntaje obtenido en los 20 ítems del instrumento (* n = 50 en AE, y = 50 con AE)	Es una sensación física y emocional que aparece ante una situación que no sabemos cómo afrontar, pero esta es pasajera o transitoria	Ordinal Cuestionario de ansiedad estado STAI Con Ansiedad estado Sin Ansiedad estado	Resultado del cuestionario de ansiedad estado STAI-AE
Ansiedad Rasgo (AR)	Cualitativa	De acuerdo al puntaje obtenido en los 20 ítems del instrumento (* n = 50 en AR, y = 50 con AR)	Es una sensación física y emocional que aparece ante una situación que no sabemos cómo afrontar, pero esta se presenta por largo periodo de tiempo incluso toda la vida	Ordinal Cuestionario de ansiedad rasgo STAI Con Ansiedad rasgo Sin Ansiedad rasgo	Resultado del cuestionario de ansiedad rasgo STAI-AR
Autoestima	Cualitativa	De acuerdo al puntaje obtenido en los 10 ítems del instrumento (* n = 10, n = 10, n = 10, n = 10, n = 10 norma y 30-40 alta)	Es el conjunto de percepciones, sentimientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidos hacia nosotros mismos	Categoría Ordinal Escala de Rosenberg -Alta Autoestima -Baja Autoestima	Resultado del Test Rosenberg

10.8. Análisis estadístico

Se aplicó estadística descriptiva para obtener porcentajes, así como estadística inferencial con pruebas no paramétricas para variables cualitativas, en este caso **Chi cuadrada de Pearson y prueba exacta de Fisher** (en los casos en donde hubo casillas con valor $>$ a 5 o 0). Para valorar la relación entre variables, **se** consideró una significancia estadística con valor de $p \leq 0.05$ y un intervalo de confianza de 95% ($\alpha = 1.96$) para poder inferir en los resultados.

10.9. Recursos financieros

La investigación fue realizada por el estudiante quien es sustentante al grado de maestría en salud pública. Tuvo con el apoyo de un director de tesis con grado de doctor en ciencias e investigador activo perteneciente al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y un codirector (asesor) en el área de psicología, con doctorado interinstitucional en psicología, investigador activo aspirante al SNI y docente de la UAN.

Los recursos con los que se dispusieron, son los siguientes:

Humanos:

- Un estudiante en maestría de salud pública.
- Un director y codirector de tesis.

Materiales:

- Un ordenador portátil (laptop) con sistema operativo Windows 8.1, Microsoft office 2013 y programa de paquete estadístico SPSS versión 21.0
- 2,000 hojas blancas tamaño carta
- Una libreta profesional cuadrada
- Material de escritura: bolígrafos, lápiz y marcadores
- Carpetas estándar de cartulina tamaño carta

Todos los recursos y gastos fueron solventados por el estudiante.

10.10. Aspectos Éticos

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.

El estudio se basó en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial " Guía de recomendaciones para los médicos y biomédica en personas" Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.

Los individuos en el estudio fueron mayores de edad de manera que pudieron ejercer libremente su decisión de participar en la encuesta del estudio, así mismos **se les** aclaró todas las dudas generadas **en** el momento de contestar los cuestionarios. En ningún momento se afectó la autonomía de las personas, así como la confidencialidad de los datos obtenidos.

11. RESULTADOS

Se incluyeron 361 estudiantes, con edad promedio (media) de 20.27 años con rangos de 18 a 24 años. La edad de 20 años fue la más predominante con un 41.6% y la menos frecuente fue la edad de 18 años con 1.9%. (Cuadro No. 1).

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
18	7	1.9
19	94	26.0
20	150	41.6
21	60	16.6
22	20	5.5
23	16	4.4
24	14	3.9
Total	361	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

De esta distribución el género femenino claramente predominó, se encontraron 220 mujeres y 141 hombres con porcentajes de 69.9% y 39.1% respectivamente. (Cuadro No. 2)

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	141	39.1
Femenino	220	60.9
Total	361	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

Por estado civil la mayoría se manifestaron solteros con un porcentaje del 94.7%. un escaso porcentaje manifestó ser separado o divorciado. Solo se encontraron 2 casos se estudiantes separados/divorciados. (Cuadro No.3)

CUADRO No. 3. Frecuencia por estado civil expresado en porcentajes en jóvenes UAN		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero/a	342	94.7
Casado/a	10	2.8
Unión libre	7	1.9
Separado/divorciado	2	0.6
Total	361	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

Según la escala Mobil Phone Problem Use Scale (MPPUS) la frecuencia de nomofobia encontrada fue de 2.8%, usuarios en riesgo solo 3% y la mayoría fueron usuarios habituales con el 92.5% y solo un 1.7% usuario ocasional. En forma general el 2.8% de los encuestados presentaron nomofobia y el 97.2% no la presentaron. (Cuadros No. 4 y 5).

CUADRO No. 4. Frecuencia de nomofobia expresado en porcentajes en jóvenes UAN		
Nomofobia	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	10	2.8
NO	351	97.2
TOTAL	361	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

CUADRO No. 5. Frecuencia de la Clasificación del uso del celular según la escala MPPUS expresado en porcentajes en jóvenes UAN		
Clasificación del uso del celular	Frecuencia	Porcentaje (%)
Usuario ocasional	6	1.7
Usuario habitual	334	92.5
Usuario en riesgo	11	3.0
Nomofobia	10	2.8
Total	361	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

La ansiedad estado (AE) fue positiva en el 48.8 % y la ansiedad rasgo (AR) estuvo presente en el 42.9% de los estudiantes encuestados. (Cuadros 6 y 7).

CUADRO No. 6. Frecuencia de ansiedad estado (AE) según escala de BTAI expresado en porcentajes en jóvenes UAN.

Ansiedad estado	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	176	48.8
No	185	51.2
Total	361	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia.

CUADRO No. 7. Frecuencia de ansiedad rasgo (AR) según la escala de STA expresado en porcentajes en jóvenes UAN.		
Ansiedad rasgo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	155	42.9
no	206	57.1
Total	361	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia.

Según la clasificación de Rosenberg para autoestima la mayoría de los estudiantes presentaron una autoestima normal con el 56%, autoestima alta el 5.8%, que en términos generales representan el 61.8%. La frecuencia de baja autoestima fue de 38.2%. (Cuadros No. 8 y 9)

CUADRO No. 8. Frecuencia del grado de autoestima según la escala de Rosenberg expresado en porcentajes en jóvenes UAN.		
Autoestima	Frecuencia	Porcentaje (%)
Baja	138	38.2
Normal	202	56.0
Alta	21	5.8
Total	361	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia.

CUADRO No. 9. Frecuencia de autoestima baja según la escala de Rosenberg expresado en porcentajes en jóvenes UAN.		
Autoestima	Frecuencia	Porcentaje (%)
Baja	138	38.2
Normal	223	61.8
Total	361	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia.

Los estudiantes con nomofobia respecto a la edad tuvieron una media de 19.5 y sin nomofobia de 20.29 años. (Cuadro 10)

CUADRO No. 10. Media y desviación de la edad en jóvenes con y sin nomofobia. UAN			
Nomofobi	n	media	desviación
SI	10	19.5	1.080
NO	351	20.29	1.296

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

La relación nomofobia y género de los encuestado presentó un valor de $p=0.472$, esto significa que se acepta hipótesis nula y no se establece una relación entre la presencia de nomofobia y ser hombre o mujer, es indistinto (Cuadro No. 11).

CUADRO No. 11. Relación entre nomofobia y género en jóvenes. UAN							
Genero	Nomofobia				Total	%	p
	SI	%	NO	%			
Hombre	5 (2.9)	31	136 (137)	94.3	141	100	$\chi^2=1$ $p=0.05$ $p=0.472$ OR=1.5 (IC=0.45-5.6)
Mujer	5 (6)	21	215 (213)	97.7	220	100	
Total	10	24	351 (372)	97.2	361	100	

Fuente: formatos de encuestas aplicadas a estudiantes de la UAN

La relación entre nomofobia y la variable estado civil no presentó significancia estadística con un valor de $p=0.059$, por lo que no se puede considerar claramente que la variable estado civil no sea relevante en la presencia de nomofobia al menos en este estudio. (Cuadro No. 12).

Al relacionarse la Nomofobia y ansiedad estado (AE) se encontró significancia estadística con la prueba exacta de Fisher con valor de $p=0.001$, sin embargo, el valor cero encontrado en una casilla no permitió calcular un OR y el 94.3% de los casos con AE no presentaron nomofobia (Cuadro No. 13).

CUADRO No. 12. Relación entre nomofobia y estado civil en jóvenes. UAN							
Estado Civil	Nomofobia				Total	%	p
	SI	%	NO	%			

Solerola	8 (9.4)	334 (332)	342 100	$g.L=2$ $\alpha=0.05$ $p=0.059$
Casado/a	2 (0.3)	8 (9.7)	10 100	
Unión libre	0 (0.2)	7 (5.8)	7 100	
Separado/divorciado	0 (0.06)	2 (1.94)	2 100	
Total	10 2.8	351 97.2	361 100	

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

Ansiedad estado (AE)	Nomofobia		Total	%	p
	SI	NO			
Si	10 (4.8)	166 (171)	176 100	$g.L=1$ $\alpha=0.05$ $p=0.001$	
No	0 (5.1)	185 (179)	185 100		
Total	10 2.8	351 97.2	361 100		

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

Al relacionarse la Nomofobia y ansiedad rasgo (AR) se encontró significancia estadística con la prueba exacta de Fisher con valor de $p=0.001$, sin embargo, el valor cero encontrado en una casilla no permitió calcular un OR y el 93.5% de los casos con AR no presentaron nomofobia (Cuadro No. 14)

Ansiedad Rasgo (AR)	Nomofobia		Total	%	p
	SI	NO			
Si	10 (4.3)	145 (150)	155 100	$g.L=1$ $\alpha=0.05$ $p=0.001$	
No	0 (5.7)	206 (200)	206 100		
Total	10 2.8	351 97.2	361 100		

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

La relación de nomofobia con autoestima baja en jóvenes no tuvo significancia estadística con un valor de $p=0.229$, en este caso el valor de $OR=0.94$ tampoco fue significativo (Cuadro No. 15)

CUADRO No. 15 Relación entre nomofobia y autoestima en jóvenes UAN						
Autoestima	Nomofobia		Total	%	p	
	SI	NO				
Baja	2 (3.8)	136 (134)	138	100	g.L=1 α= 0.05 p=0.229 OR=0.94 (IC=0.89-0.98)	
Normal	8 (8.1)	216 (216)	223	100		
Total	10	351	361	100		

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

La ansiedad estado (AE) también tuvo significancia estadística en relación a la ansiedad rasgo (AR) con un valor de $p= 0.001$, y valor importante de $OR=7.24$ (Cuadro No. 16).

CUADRO No. 16 Relación entre ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR) en jóvenes UAN						
Ansiedad Estado (AE)	Ansiedad Rasgo (AR)		Total	%	p	
	SI	NO				
SI	116 (75.6)	60 (100)	176	100	g.L=1 α= 0.05 p=0.001 OR=7.24 (IC=4.52-11.5)	
NO	39 (79.4)	146 (106)	185	100		
Total	155	206	361	100		

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

La relación general de variables reveló significancias estadísticas entre edad y baja autoestima con $p=0.006$, género y ansiedad rasgo con $p=0.003$, estado civil y nomofobia $p=0.009$, estado civil y ansiedad rasgo $p=0.049$. (Cuadro No. 17)

CUADRO No. 17 Valores de p entre todas las variables estudiadas en Jóvenes de 18-24 años de edad UAN 2015				
Valores de p n=361	Nomofobia	Baja Autoestima	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo
Género	0.472	0.641	0.256	0.003
Estado Civil	0.059	0.055	0.099	0.049

La relación de variable dependiente con las variables independientes tuvo alta significancia estadística, pues se observa que tanto la ansiedad rasgo y ansiedad estado presentaron valores de $p=0.001$. Recordando que todos los casos de nomofobia positivos presentaron ansiedad, pero más del 95% resultaron ansiosos pero negativos a nomofobia (Cuadro No 18).

CUADRO No. 18. Valores de p entre la variables dependiente e independiente estudiadas en jóvenes UAN			
Valores de p $n=361$	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Baja Autoestima
Nomofobia (χ^2)	0.001	0.001	0.229

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes de la UAN para determinar nomofobia

12. DISCUSIÓN

En esta investigación se encontró una frecuencia de nomofobia de 2.8% en los estudiantes de la UAN, lo cual no tiene similitud respecto a la frecuencia encontrada en otros estudios como el realizado en Barcelona por Beranuy, Sánchez, Graner (2006) con 430 adolescentes escolarizados de colegios públicos y 209 jóvenes universitarios en donde el 22.1% de los adolescentes y un 27.9% de los jóvenes se consideraron a sí mismos como "adictos al móvil" (nomofobia).

Otros estudios han revelado una frecuencia del 31.7% en una muestra de 120 adolescentes entre 13 y 20 años en Túnez (Halayem et al, 2010). Resultados más radicales han mostrado frecuencias por arriba del 60%, como el realizado en los Emiratos Árabes (Hashem, 2009).

La distribución por género no fue significativa, aunque hay investigaciones que reportan más frecuencia en mujeres, y en otros contextos predominan los hombres. La edad considerada con más frecuencia es en la adolescencia y adultos jóvenes. Bianchi y Phillips (2005), detectaron que los más jóvenes, extravertidos y con menor autoestima presentaban un patrón de uso más desadaptado.

Es importante mencionar que, en el trabajo de Flores, Gómez-Vela, González-Gil y Caballo (2007), consistió en crear el Cell-phone Over-use Scale (COS) para población universitaria y obtuvieron una prevalencia del 10.4%, asociada a somatizaciones, insomnio, disfunción social, ansiedad y depresión, teniendo mayor prevalencia en mujeres.

En cuanto al estado civil, se encontró que el 80% de los casos de nomofobia correspondieron a jóvenes solteros, sin embargo, no hubo significancia estadística en el valor de p, aunado a que en dos casillas se obtuvieron valores encontrados de 0 y tampoco se pudo calcular el valor de OR. Estudios previos no han demostrado si existe relación respecto la variable estado civil y nomofobia.

Las variables ansiedad rasgo y ansiedad estado tuvieron significancia estadística con la nomofobia, todos los estudiantes con nomofobia resultaron ser y estar ansiosos. Sin embargo, más del 95% de los casos en AR y AE resultaron sin nomofobia. De igual manera, en ambas tablas (AR y AE) hubo una casilla con valor de 0 lo cual tampoco permitió calcular el valor de OR.

La variable ansiedad es una de las que más se ha asociado en algunos estudios como el que recientemente lo demostró Kim R, Lee KJ, Choi YJ (2015), quien correlacionó positivamente el uso del teléfono celular con la ansiedad, y negativamente con las actitudes de crianza de los padres.

Otra de las variables más relacionadas y estudiadas en relación a la nomofobia, es la autoestima baja, de los cual se han generado hipótesis de que las personas con baja autoestima pueden utilizar el móvil para evitar los contactos cara a cara y expresarse con más facilidad en la comunicación mediada.

Leung (2008), realizó una versión breve del MPPUS para adolescentes, el Mobile Phone Addiction Scale (MPAS) detectando que altas puntuaciones en nomofobia se asociaron con baja autoestima, alta búsqueda de sensaciones y evitación del aburrimiento, siendo las adolescentes las de mayor riesgo.

En los resultados de este estudio pudimos observar que la baja autoestima por el momento no reflejó una relación significativa con la nomofobia. Sin embargo, Bianchi y Phillips (2005), encontraron que la baja autoestima se relacionó con el uso problemático del móvil, pero no con variables del uso normal, los autores hacen constar que no es posible establecer una línea de causalidad, en la medida en que un uso inapropiado puede generar consecuencias negativas que impacten en la autoestima, del mismo modo que una baja autoestima puede llevar a un uso inapropiado del móvil.

La ansiedad como rasgo y como estado tiene una frecuencia muy importante en los estudiantes, y definitivamente la personalidad o rasgo ansioso condiciona en mayor frecuencia a la ansiedad estado. Sin embargo, la ansiedad al ser considerada un factor relacionado con nomofobia, en este estudio no se encontró una relación muy significativa, al menos en esta ocasión y en esta población. Estos resultados no apoyan del todo la consideración de muchos autores al considerar a la nomofobia como un estado de ansiedad al prescindir del móvil, es decir los individuos tienden a ser ansiosos, pero la nomofobia agudiza o exacerba el estado ansioso de los jóvenes.

13. CONCLUSIONES

Existe nomofobia en nuestro contexto con una frecuencia de 2.8% en la población estudiada. Esta frecuencia es relativamente muy baja a comparación de otros estudios similares, pero es necesario mencionar que los contextos son muy diferentes, sin embargo, tampoco se tienen estudios de investigación referentes a nomofobia en nuestro país, por lo que es el primero en aportar información acerca del comportamiento de la nomofobia en México y en específico en jóvenes del estado de Nayarit.

La baja autoestima y la ansiedad no representaron relevancia respecto a su relación con la presencia de nomofobia, situación muy diferente a otros contextos estudiados. Al menos es esta primera impresión no fue relevante, pero es posible que se pueda presentar en otros grupos de edad, grupos sociales o grupos

escolares diferentes al estudiado. La ansiedad se encontró en un porcentaje considerable en esta población, muy por arriba de la baja autoestima, es decir, tenemos muchos jóvenes ansiosos y de ellos, el género femenino sobresale mucho.

Este estudio se puede considerar como un paso importante en el conocimiento de la nomofobia en México y es un punto de partida para estudios subsecuentes que se pudieran generar respecto al tema; de igual manera se podría extender el estudio en muestras más grandes o en diferentes poblaciones, también se podría profundizar más en otros posibles factores relacionados con la nomofobia, como depresión, función familiar, estilo de vida, entre otros.

14. SEGOS Y LIMITACIONES

El estudio realizado fue de tipo transversal correlacional, y se clasifica dentro de los estudios descriptivos, esto por si solo representa una limitación entre causa y efecto, ya que se tomó una medición en un momento determinado con las variables ansiedad (rasgo/estado) y baja autoestima, es posible establecer una relación, pero no se podrá determinar si las variables independientes autoestima baja y ansiedad estado estaban presentes antes o después de determinar si existe o no adicción al dispositivo móvil, a excepción de la ansiedad rasgo (AR).

Por otra parte, el valor de 0 encontrado en algunas casillas limitó su interpretación con prueba exacta de Fisher y no se pudo calcular OR.

Otros sesgos ocurridos en el estudio fueron los relacionados con la selección de la muestra, ya que inicialmente esta frecuencia se desconocía por completo, para lo cual fue necesario realizar un piloto previo, en donde hubo muchas dificultades para poder aplicar los cuestionarios, estas dificultades fueron: limitaciones en tiempo, espacios inapropiados, periodos de exámenes o entrega de trabajos.

Otro aspecto fue el relacionado a la selección de los grupos al azar, ya que en ocasiones algunas aulas no tuvieron clases o las actividades propias de los estudiantes impidieron abordar el grupo seleccionado, lo cual requirió de acudir en otro momento, o tomar alguna otra aula con estudiantes disponibles a participar.

Se observó que más de 24 encuestas estuvieron incompletas o mal llenadas, esto probablemente a que en temporadas de fin de semestre los estudiantes se encuentran más ocupados y por ende más estresados y ansiosos, lo cual pudiera influir el momento de haber contestado los cuestionarios de manera incorrecta y esto haya conllevado a obtener una frecuencia inicial del 30% de nomofobia.

Sin embargo, en la realización de la prueba piloto también se pudo observar las dificultades del cuestionario con relación al tiempo de aplicación, la claridad del lenguaje utilizado, así como la interpretación de las preguntas. Lo cual ayudó mucho a perfeccionar los cuestionarios haciéndolos más entendibles y fáciles de contestar.

Se realizó un muestreo mediante una prueba piloto y se aplicó un total de 361 cuestionarios de los cuales se eliminaron 8 por llenado inadecuado o incompleto, 2 no desearon participar, quedando un total de 361 encuestas efectivas (bien contestadas).

Evidentemente el tipo de muestreo en este caso también es un factor debilita la fuerza del estudio. Aunque no demerita que es vanguardista, y este puede incluso mejorarse y realizarse con otras poblaciones de estudiantes universitarios similares o que no sean universitarios.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedrero PE, Rodríguez MT, Ruiz SL. Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. Adicciones, [S.l], v. 24, n. 2, p. 139-152, jun. 2012. ISSN 0214-4840. [internet] citado: 01-10-2015. Disponible en <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/107>.
2. Echeburúa E, Requensens A. Adicción a redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Editorial Pirámide. 2012. Madrid, Ed. 1ra.
3. Arias RO, Gallegos PV, Rodríguez NM. Adicción a las Nuevas Tecnologías. Psicología de las Adicciones. España Año 2012, Vol. 1, p. 2-6.
4. Castellana, M, Sánchez MS, X, Granel, C, Bermanuy, M. El adolescente ante las tecnologías de la información y comunicación: internet, móvil y videojuegos. Revista del Consejo de Colegios de Psicólogos. Año 2007, No. 28, p. 196-197.
5. Linares PL, Quintero SLM. La actitud de los adolescentes universitarios ante el uso y aplicación del celular e internet en su desarrollo académico. Revista Digital Universitaria UNAM. Año 2012, Vol. 13, No. 7, p. 1-23.
6. Oliva DA, et al. Uso y riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes. Editorial Aguaclara, Universidad de Sevilla, España. Año 2012. Edición 1ra.p: 20-35, 80-83, 167-181.
7. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Panamericana. España. 2013; Ed 1ra, p. 129-141, 319-321.
8. Srivastava L. Mobiles Phone and the evolutions of social behaviour. Behaviour and Information Technology. Año 2005, No. 24, p: 112.
9. Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de psiquiatría. En: Dubovsky SL, Davies SM, editores. Tratamos del estado de ánimo España: Masson; 2004. P. 439-59. 4ta edición español.

10. Kaplan MdD, Harold I. Comprehensive textbook of psychiatry. En: Sadock B. Modd Disorders. Estados Unidos: Willians and Wilkins; 2005. P. 1067-1081. Sexta edición en inglés.
11. Enrique BJ, Santander T.J. Abuso y dependencia de Internet: la epidemia y su controversia. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. Año 2012; Vol. 50, No. 3, p 181-190.
12. Didia AJ, et al. Adicciones a Internet: Una posible inclusión en la nosografía. Revista Psiquiatría Uruguaya. Año. 2009, No. 73, Vol. 1, p: 73-82.
13. Chóliz MM, Villanueva SV. Evaluación de la adicción al móvil en la adolescencia. Revista Española de Drogodependencias. Año 2011; Vol. 36, No 2, p: 165-184.
14. Organización Mundial de la Salud. [Online]., 2004 [citado 2014 mayo 15]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>.
15. Sánchez DL, Pedrero P. Neuropsicología de la Adicción. Editorial médica panamericana. 2014, Ed 1ra.
16. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Sitio web. [internet] Citado: 20.07.2015. Disponible en: <http://www.rae.es/>
17. López FO, Honrubia SM, Freixa Blanxart Montserrat. Adaptación Española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. Revista Adicciones, España. Año: 2012, Vol. 24, No. 2, Pags. 123-130.
18. Beranuy FM, Chamarro LA, Graner JC, Carbonell SV. Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el Abuso de Movil. Psicothema. Año 2009, Vo. 21, No. 3, p. 480-485.
19. Bianchi A, Phillips JG. Psychological Predictors of Problem Mobile Phone Use. Cyber Psychology and Behavior. Australia. Año 2005, Vol. 8, No.1, p-. 39-51.
20. Billieux Joel. Problematic Use of de Mobile Phone: A Literature Review and Pathways Model. Current Psychiatry Reviews. Año 2012, Vol. 8 No.4, p. 1-9.

21. Ramírez PR, Franqueti CR. El Teléfono Móvil y la Vida Cotidiana. Tesis para grado de Doctorado en Comunicación Audiovisual. Universidad Autónoma de Barcelona. Año 2008.
22. Yarto C. Papel del teléfono celular en la conformación de la identidad y la seguridad ontológica de los Jóvenes. Revista Académica de la Federación Latinoamericana de facultades de la comunicación social. Año 2012, edición No. 84
23. Cholz N, Villanueva V. Ellas, Ellos y su móvil uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. Revista Española de Drogodependencias. Año 2009, Vol 34, No 1, Pags 74-88.
24. Oliva A, et al. Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. Primera ed. Junta de Andalucía ces, editor. España: OBEMEDIA S.C., 2011.
25. Verdugo LJ, Ochoa SG, Alveano HJ. Elaboración de cuestionarios. Universidad de Colima. México. 2011. Ed. 1ra.
26. Martínez AR. Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos. México. Editorial síntesis Psicología. 2010. Ed. 1ra.
27. Magnusson D. Teoría de los Test (psicología diferencial, psicología aplicada). Editorial Trillas. 2011 México. Ed. 2ª.
28. Nunnally JC. Teoría Psicométrica. Editorial Trillas. México. 2013; Ed. 3ra.
29. Cholz Montañes, Villanueva Silvestre. Evaluación de la adicción al móvil en la adolescencia. Revista Española de Drogodependencias. Año: 2011, Vol. 36, Pags. 165-184.
30. Spear L, Martins A, Cardoso A, Sancassiani F, Manchaço S. "Nomophobia": Impact of cell phone use interfering with symptoms and emotions of individuals with panic disorder compared with a control group. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2014; 10(1): p. 28-35.

31. Pérez-Cortés MV, Quintanilla MB. **La ansiedad en el mundo de hoy** (dimensiones psiquiátricas y pedagógicas). Minos III Milenio editores. México. 2011; Ed. 1ra.
32. Ceballos AR. **Ansiedad y depresión: guía práctica**. Editorial formación Alcalá España. 2011, Ed. 1ra.
33. Consejo de Salubridad General (CSG). **Guía de la práctica clínica (GPC) Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto**. 2011. [internet] citado: 22.07.2015. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/GRR_IMSS_392_10.pdf.
34. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. **Manual STAI (cuestionario de ansiedad estado/trasto)**. TEA ediciones. California USA. 2012. Edición española.
35. Guillén-Riquelme Alejandro, Bueta-Casal Gualberto. Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]*. 2014 Feb [citado 2015 Nov 09]; 88(1): 101-112. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciELO>
36. Vazquez A, Garcia R, Morejón R. Escala de Autoestima de Rosemberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 2004; 22(2): p. 247-255.
37. Caso N, Hernández L, González M. Prueba de Autoestima para Adolescentes. *Universitas Psychologica*. 2011 mayo-agosto; 10(1): p. 535-44.
38. Caso NJ, Hernández-Guzmán L, González-Montesinos M. Prueba de Autoestima para Adolescentes. *Universitas Psychologica*. Bogotá. 2011. Vol. 10 No. 2; p: 535-543.
39. Chen Y. F. Social Phenomena of Mobile Phone Use: an exploratory study in Taiwanese college students. *Journal of Cyber Culture and Information Society*. Año 2006. Vol. 12. Pags. 219-244.

40. Spear KA, Martins VA, Cardoso SA, Sancassiani F, Machado F, Egidio NA. "Nomophobia": Impact of Cell Phone Use Interfering with Symptoms and Emotions of Individuals with Panic Disorder Compared with a Control Group. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2014, Vol. No.10; p. 28-35.
41. Carbonell XA, Guardiola E, Beranuy M, Ana Belle's A. A bibliometric analysis of the scientific literature on Internet, video games, and cell phone addiction. *J Med Libr Assoc*. Abril 2009. Vol. 97, No.2; p. 102-107.
42. Carbonell X, Fuster H, Chamorro A, Oberst U. Adicción a internet y móvil. Una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del Psicólogo*. 2012. Vol. 33(2). p. 82-89 disponible en: <http://www.cop.es/papeles>. Consultado [12.01.2015].
43. Sahin S, Ozdemir K, Unsal A, Temiz N. Evaluation of mobile phone addiction level and sleep quality in university students. *Pak J Med Sci* 2013. 29(4) 913-918. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.294.3686>
44. Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano L, Freixa M, Will G. Prevalence of problematic Mobile Phone Use in British Adolescents. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*. 2012, X (10).
45. Kim R, Lee KJ, Choi YJ. Mobile Phone Overuse Among Elementary School Students in Korea: Factors Associated with Mobile Phone Use as a Behavior Addiction. *J Addict Nurs*. 2015 Apr-Jun;26(2) 81-5. [internet] citado. 01 junio 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26053080>
46. Tan PZ, ForbesEE, Dahl RE, RyanND, SiegleGJ, Ladouceur CD, SilkJS. Emotional Reactivity and Regulation in Anxious and Nonanxious Youth: A Cell-Phone Ecological Momentary Assessment Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Febrero. Vol 53(2). p. 197-206. [doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02469.x]
47. Tan P, Forbes E, Dahl R, Ryan N, Siegle G, Ladouceur C. Emotional Reactivity and Regulation in Anxious and Non-anxious Youth: a cell-phone ecological momentary assessment study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 febrero; 52(2) p. 197-206.

48. Nieuwenhuysen K, M de Boer AG, Verbeek JA, Blonk JR, H van Dijk F. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occupational and environmental medicine*. 2013. 2003. Vol. 60(Suppl 1), p 177-182. Disponible en: <http://oem.bmj.com/>.
49. Matute H, Vadillo MA. *Psicología de las nuevas tecnologías de la adicción a internet a la convivencia con robots*. España. Editorial Síntesis. 2012. Ed. 1ª.
50. Wosiak SD, et al. Factors Associated with Road Accidents among Brazilian Motorcycle Couers. *The Scientific World Journal*. 2012. Vol. 1, No. 2; p: 1-6.
51. Organización Mundial de la Salud (OMS). Uso del celular al volante Un problema creciente de distracción del conductor. 2011 [internet] citado: 23.04.15. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/en/index.html.
52. Secretaría de Salud (SS). Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Portal web [internet]. Citado: 05.05.15. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/>
53. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Oficial. México D.F.: Secretaria de Salud, Diario Oficial; 2000.
54. PC World México. [Online]. 2012 [cited] 2014 Mayo 30. Available from: <http://www.poworld.com.mx/Articulos/24433.htm>.
55. Wanger FA, Gonzalez C, Sanchez-García S, García Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 2012; 35 (1) p 3-11.
56. Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT). Segundo informe trimestral estadístico 2015. Online [citado] 27 octubre 2015. Disponible en: http://cgpe.ift.org.mx/2015/15/tef_moviles.html
57. Asociación mexicana de internet. AMIPCI. Últimas noticias. Mayo 2015. Online [internet]. Citado el 27 octubre 2015. Disponible en:

<https://www.amipci.org.mx/es/noticiasx/2241-alcanza-internet-el-51-de-penetracion-entre-los-usuarios-potenciales-de-mexico-amipci>

58. De la Puente MP y Balmori A. La adicción al teléfono móvil: ¿existen mecanismos neurofisiológicos implicados? Nuevas adicciones. Revista proyecto. 2007 [Internet]. Citado 27 noviembre 2015. Disponible en: http://www.hese-project.org/hese-uk/en/papers/adiccion_movil.pdf
59. Campos electromagnéticos y salud pública: teléfonos móviles. Nota descriptiva. N°193. Organización Mundial de la Salud. [Online]. 2004 [cited 2014 Octubre 16]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs193/es/#>. 57. Mejía LM. Los Determinantes Sociales de la Salud base teórica de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013, 31(supl1): S28-S36.
60. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for future studies; 1997. p 11.
61. Álvarez CL. Telecomunicaciones y tecnologías de la información. México. editorial Novum. 2012. Ed 1ª.
62. Restrepo O, Diego A., Jaramillo E., Juan C. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea] 2012, 30 (mayo-agosto) [Fecha de consulta: 9 de noviembre de 2015] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918009>> ISSN 0120-386X.

16. ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Consentimiento informado

Por este medio, se me proporcionó información completa, confiable y suficiente acerca de este trabajo de investigación, cuyo nombre es "NOMOFOBIA Y SU RELACIÓN CON BAJA AUTOESTIMA Y ANSIEDAD EN INDIVIDUOS JÓVENES".

Por lo consiguiente el Dr. Jesús Adrián López Morán, quien es Médico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social y estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit, es el autor de esta investigación, proporcionando los datos correspondientes, y es mi voluntad participar sin ningún prejuicio ni remuneración económica o material en este proyecto.

Por lo que siendo el día _____ del mes de _____ del 2015, siendo las _____ horas, en Tepic, Nayarit, **autorizo** se me aplique el cuestionario correspondiente a la ficha de identificación, los cuestionarios de Rosenberg para identificar autoestima; State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para ansiedad estado/rasgo, y el Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS) para nomofobia.

ENCUESTADO

ENCUESTADOR

ANEXO 2. FICHA DE IDENTIFICACION

Ficha de identificación

FECHA: ____/____/2015

UNIDAD ACADÉMICA: _____

NOMBRE (opcional): _____

EDAD ACTUAL: _____ años.

Instrucciones: marca con una X sobre el círculo la opción que elijas.

Sexo:

- Hombre (1)
- Mujer (2)

Estado civil:

- soltero/a (1)
- casado/a (2)
- unión libre (3)
- viudo/a (4)
- Separado/a (5)
- Divorciado/a (6)

Escolaridad:

- Pregrado (licenciatura) 1
- Posgrado (maestría/especialidad) 2

Tus Ingresos (\$) mensuales aproximados son de:

- Menos de 2,000 pesos.
- 2,001 a 4,000 pesos
- 4,001 a 5,000 pesos
- Más de 5,000 pesos

Tus Ingresos (\$) dependen de:

- Propio de tu trabajo.
- Alguna beca o apoyo de gobierno o institución
- De tus padres
- Mixtos



ANEXO 3. Escala de Rosenberg para autoestima

Instrucciones: marca solo una opción		Muy en desacuerd o	En desacuerd o	De acuerd o	Muy de acuerd o	+
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras					
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso					
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas					
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás					
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso					
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo					
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo					
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo					
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones					
10	A veces siento que no sirvo para nada					
AB / AN / AA						

Cuestionario de 10 ítems con 4 opciones de respuestas que van desde: muy de acuerdo=1, hasta muy en desacuerdo= 4. El valor mínimo es de 10 puntos y el máximo de 40. Según el rango de 10-25= baja autoestima, 26-29= normal y 30-40= alta autoestima.

ANEXO 4. Mobile Phone Problem Use Scale. Instrumento Adaptado al español por Olatz López 2013 (tomado de Bianchi y Phillips)

Instrucciones: marca con una X la escala de 1 al 10 según consideres tu caso. La puntuación es en relación al grado de verdad en que otorgues tu respuesta. Es decir a mayor puntuación más verdadero es y a menor puntuación menos verdadero es.		X. Frecuencia de uso									
		Frecuencia verdadera					Frecuencia no verdadera				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Nunca tengo tiempo suficiente para el celular										
2	Cuando me he sentido mal he utilizado el celular para sentirme mejor										
3	Emplico mi tiempo con el celular, cuando debería estar haciendo otras cosas y eso me causa problemas										
4	Todos mis amigos tienen celular										
5	He intentado ocultar a los demás el tiempo que dedico a hablar con el celular										
6	El uso del celular me ha quitado horas de sueño										
7	He gastado más de lo que debía o podía pagar en mi celular (audiocassettes)										
8	Cuando no estoy localizable me pienso algo con la idea de perderme alguna llamada										
9	A veces, cuando estoy al teléfono y estoy haciendo algo más, me dejo llevar por la conversación y no presto atención a lo que estoy haciendo										
10	El tiempo que paso en el celular se ha incrementado en los últimos 12 meses										
11	He usado el celular para hablar con otros cuando me siento solo/a										
12	He intentado pasar menos tiempo con el celular pero soy incapaz										
13	Me cuesta apagar el celular										
14	Me noto nervioso/a si paso tiempo sin consultar mis mensajes o si no he consultado el celular										
15	Siento soñar con el celular										
16	Mis amigos y mi familia se quejan porque uso mucho el celular										
17	Si no tuviera celular, a mis amigos les costaría ponerse en contacto conmigo										
18	Mi rendimiento ha disminuido a consecuencia del tiempo que paso con el celular										
19	Tengo molestias que se asocian al uso del celular										
20	Me veo enganchado al celular más tiempo del que me gustara										
21	A veces prefiero usar el celular que tratar otros temas urgentes										
22	Suelo llegar tarde cuando quedo enganchado al celular y no debería										
23	Me pongo de mal humor o tengo que apagar el celular en los comedios o cenas										
24	Me han dicho que paso demasiado tiempo con el celular										
25	Más de una vez me han visto en un apuro porque mi celular ha empezado a sonar en clase, cine o teatro										
26	A mis amigos no les gusta que tenga el celular apagado										
27	Me siento perdido/a sin el celular										

Tipo de usuario: 1=1 / 2=2 / 3=3 / 4=4

Cada pregunta tiene un rango de repuestas que va desde 1=para nada verdadero, hasta 10= extremadamente cierto o verdadero. Valor mínimo es de 27 y el más alto de 270. El resultado de la suma de la suma de los ítems se clasifica en: <36= usuario ocasional, 37-173= usuario habitual, 174-181= usuario en riesgo y > 182= uso problemático (adictivo)

ANEXO 5. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para ansiedad estado (AE).

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará 20 ítems. Lea cada ítem y marque con un número (1, 2, 3 o 4) la descripción que mejor describe cómo se siente habitualmente. Marque 1 si usted se siente "mucho", 2 si "algo", 3 si "bastante" y 4 si "mucho". No hay respuestas buenas ni malas. No debe haber ninguna duda sobre la correcta interpretación de la respuesta que usted elija. Marque con un número (1, 2, 3 o 4).

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento tranquilo.	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso.	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (en mí mismo).	0	1	2	3
6. Me siento torcido.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado (efecto por problemas de otros o de cosas).	0	1	2	3
8. Me siento incómodo.	0	1	2	3
9. Me siento inquieto.	0	1	2	3
10. Me siento confortable.	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.	0	1	2	3
13. Estoy desahogado.	0	1	2	3
14. Me siento muy cómodo (en mí mismo).	0	1	2	3
15. Estoy relajado.	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17. Estoy cansado.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido o abrumado.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20. En este momento, me siento bien.	0	1	2	3

ANEXO 6. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR).

	Estado rasgo	A veces	A menudo	Estado siempre
11. Me siento hueco	0	1	2	3
22. Me careo rápidamente	3	2	1	0
27. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustara ser tan feliz como usted	3	2	1	0
25. Haria oportunidades por no decirme pronto	3	2	1	0
26. Me siento desahogado	3	2	1	0
27. Soy una persona tranquila, serena y serena	3	2	1	0
28. Veo que las dificultades se acumulan y no puedo hacerlas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	3	2	1	0
30. Soy feliz	3	2	1	0
31. Siento tomar las cosas demasiado seriamente	3	2	1	0
32. Me falta confianza en mi mismo	3	2	1	0
33. Me siento seguro	3	2	1	0
34. Evito entretenerme a las crisis y dificultades	3	2	1	0
35. Me siento triste (melancólico)	3	2	1	0
36. Estoy satisfecho	3	2	1	0
37. Me ríen y molestan pensando en las cosas importantes	3	2	1	0
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	3	2	1	0
39. Soy una persona estable	3	2	1	0
40. Cuando pierdo sobre asuntos y preocupaciones al mismo tiempo me siento tenso y agitado	3	2	1	0

ANEXO 7. Cuadro para interpretar (calificar) los puntajes obtenidos del cuestionario STAI para AE y AR.

Centiles	Puntuaciones directas								Desviación
	Adolescentes				Adultos				
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		
	Estado	Rango	Estado	Rango	Estado	Rango	Estado	Rango	
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	41	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	38	44	8
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	31	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	24	23	26	29	6
60	24	22	25	24	24	21	24	27	6
55	22	21	24	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	13	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	-	-	15	-	13	-	14	-	4
20	12	14	14	16	12	13	15	16	4
15	11	12	13	15	10	11	12	14	3
11	-	-	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	205	218	305	367	N
Media	22,35	21,30	24,28	23,47	20,54	20,19	23,30	24,99	Media
Desv. típica	4,03	3,53	10,56	9,10	10,56	8,89	11,03	10,05	Desv. típica

GLOSARIO

Celular: se refiere al teléfono celular, dispositivo móvil, o Smartphone.

Dispositivo: mecanismo o artefacto para producir una acción prevista.

Móvil: que puede moverse.

Smartphone: (del inglés) también llamado teléfono inteligente, es un tipo de teléfono móvil construido sobre una plataforma informática móvil, con mayor capacidad de almacenar datos y realizar actividades, semejante a la de una minicomputadora, **y** con una mayor conectividad que un teléfono móvil convencional.

Tecnología: conjunto de teorías y de técnicas que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico.

Extravertido: dado de extraversión, que es una condición de la persona que se distingue por su inclinación hacia el mundo exterior, por la facilidad para las relaciones sociales y por su carácter abierto.

Prescindir: abstenerse, privarse de algo, evitarlo.

Irracional: que carece de razón, opuesto a la razón o ajeno a ella.

Trastorno: alteración leve de la salud o de algo que perturbar o alterar el funcionamiento normal de la mente o la conducta de alguien.

Fenómeno: toda manifestación que se hace presente a la consciencia de un sujeto y aparece como objeto de su percepción, **o** se refiere alguna cosa extraordinaria y sorprendente.