

Trabajo Fin de Grado

La enfermería en la medición del uso adictivo al móvil entre los usuarios del Centro de Salud San Benito - La Laguna

Autora: María Candelaria Nagele Hernández

Tutora: María Mercedes Arias Hernández

Titulación: Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería

Tenerife

Universidad de La Laguna

Junio 2019

Resumen

Las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han supuesto un gran impacto en la sociedad. El uso del teléfono móvil es hoy una realidad que no se puede evitar, sin embargo, su empleo como un hábito repetitivo puede llevar al desarrollo de conductas problemáticas. Los profesionales de enfermería no deben estar apartados de las consecuencias que conllevan los resultados de esa nueva conducta adictiva entre los pacientes. Este proyecto de investigación plantea la medición de la adicción al teléfono móvil inteligente, o *smartphone*, entre la población adulta del área de salud de Tenerife, concretamente, en el Centro de Salud San Benito y los consultorios locales de La Esperanza, Guamasa y San Miguel de Geneto. Para este estudio se diseña una metodología cuantitativa observacional analítica de tipo transversal mediante el inventario *Smartphone Addiction Inventory (SPAI-Spain)*, validado por Simó (2018) en contexto español, llegando a ser la herramienta que permite valorar y determinar dicha adicción, trabajando desde la prevención y la promoción de la salud. Los resultados de esta investigación pueden ayudar a los profesionales de enfermería a mejorar las actuaciones y valoraciones relacionadas con la prevención de la adicción al teléfono móvil entre los usuarios y promover una correcta gestión del tiempo dedicado a este dispositivo.

Palabras clave: teléfono móvil inteligente, *smartphone*, adicción sin sustancia, adicción comportamental, *SPAI-Spain*, enfermería, e-salud.

Abstract

The new Information and Communication Technologies (ICT) have had a great impact on society. The use of the mobile phone is now a reality that can not be avoided, however, its use as a repetitive habit can lead to the development of problematic behaviors. Nursing professionals should not be separated from the consequences that come with the results of this new addictive behavior among patients. This research project aims to measure the addiction to the smartphone among the adult population of the health area of Tenerife, specifically, at the San Benito Health Center and the local clinics of La Esperanza, Guamasa and San Miguel de Geneto. For this study, a cross-sectional analytical observational quantitative methodology is designed using the Smartphone Addiction Inventory (SPAI-Spain), validated by Simó (2018) in the Spanish context, becoming the tool that allows assessing and determining this addiction, working from the prevention and promotion of health. The results of this research can help nursing professionals to improve actions and assessments related to the prevention of mobile phone addiction among users and promote proper management of the time spent on this device.

Keywords: smartphone, addiction without substance, behavioral addiction, SPAI-Spain, nursing, e-health.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)	2
2.1.1. Internet	4
2.1.2. Teléfono móvil inteligente/ <i>smartphone</i>	6
2.1.3. Enfermería 2.0	8
2.2. La adicción sin sustancia como problema de salud emergente	11
2.2.1. Uso adictivo del teléfono móvil inteligente/ <i>smartphone</i>	13
2.2.2. Factores de riesgo y signos de alarma	14
2.2.3. Consecuencias	15
3. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	
3.1. Justificación	18
3.2. Objetivos	
3.2.1. Objetivo principal	19
3.2.2. Objetivos secundarios	19
3.3. Fase metodológica de la investigación	
3.3.1. Diseño	19
3.3.2. Población de estudio	19
3.3.3. Tamaño muestral	20
3.3.4. Variables en la investigación	22
3.3.5. Las herramientas de recogida de datos	22
3.4. Fase empírica de la investigación	
3.4.1. Recogida de datos	25
3.4.2. Análisis de los datos	25
3.5. Limitaciones del estudio	25
3.6. Consideraciones éticas	26
3.7. Plan de trabajo	26
3.8. Utilidad de los resultados	27
3.9. Recursos y presupuesto	27
4. BIBLIOGRAFÍA	29
5. ANEXOS	34

1. INTRODUCCIÓN

Si observamos a la multitud que viaja en transporte público o a los que están en un concierto o en el cine o en la playa o caminando por la calle, podremos constatar que muchas de estas personas estarán mirando sus teléfonos inteligentes, o *smartphones*. El uso de los *smartphones* se da en todo tipo de circunstancias y a cualquier hora del día.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ofrecen una gran variedad de dispositivos que permiten que los individuos puedan estar informados de todo lo que sucede en cualquier lugar del mundo y en tiempo real. El dispositivo móvil es uno de los productos con más impacto y ventas de estas tecnologías (Marín, Vega y Sampedro, 2018).

Este proyecto de investigación se adentra en el impacto que las TIC, a través de internet, han proporcionado como un posible uso problemático/adictivo del móvil inteligente en algunos casos, así como los factores de riesgo, signos de alarma y consecuencias.

El estudio reciente de Simó (2018a) presenta un inventario eficaz y de utilidad para la detección del uso adictivo del *smartphone* entre la población adulta española. Esta herramienta se denomina *Smartphone Addiction Inventory (SPAI-Spain)* y está validada bajo el contexto español. En general, los inventarios han proporcionado el desarrollo de métodos de detección de distintas patologías, por ejemplo, el inventario de depresión de Beck.

El objetivo principal de este trabajo es medir la adicción al teléfono móvil inteligente entre la población adulta del Centro de Salud San Benito – La Laguna, y los tres consultorios locales de La Esperanza, Guamasa y San Miguel de Geneto, a través del inventario denominado *Smartphone Addiction Inventory (SPAI-Spain)*. El procedimiento se lleva a cabo en las consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria.

2. MARCO TEÓRICO

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han traído un cambio en la sociedad y en la manera de cómo nos relacionamos. Su desarrollo se encuentra vinculado al acceso que a través de la Red se ofrece y, a su vez, las aplicaciones que internet permite en dispositivos tales como el teléfono móvil inteligente y su posible adicción entre las personas. Así, se aborda este trabajo partiendo de una revisión bibliográfica y el estudio del estado de la cuestión a través de diferentes autores y trabajos revisados.

2.1. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)

Guardiola (como se citó en Simó, 2018a, p.19) define el término “Tecnologías de la Información y la Comunicación” (TIC) como “un concepto amplio y dinámico en el que cabe cualquier dispositivo que ayude y favorezca a la comunicación y que permita el intercambio de información en el mundo actual”.

Los correos electrónicos (*e-mails*), los chats, los ordenadores, las tabletas electrónicas, entre otros muchos más, son de las herramientas tecnológicas que se pueden usar en nuestro día a día (Simó, 2018a, p.19). No poseer cualquiera de estas tecnologías en nuestras casas es inevitable, convirtiéndose en ser “algo necesario” en nuestra manera de convivir y relacionarnos con el entorno.

Cabe destacar, por ello, que en el primer trimestre de 2018 se actualizaron los datos del informe *Las TIC en los hogares españoles*. Contiene información relativa al gasto en servicios TIC de los hogares como al uso y las opiniones que la población tiene sobre las nuevas tecnologías (Ministerio de Economía y Empresa, 2018b). Los datos más relevantes son:

- El 78,4 % de los hogares españoles disponen de tres o cuatro servicios TIC.
- El *smartphone* continúa con su expansión entre los sujetos de 15 años o más, llegando a alcanzar el 77,9 % entre la población.

En el Índice de Desarrollo de las TIC de la Unidad Internacional de Telecomunicaciones (UIT), se destaca que en el 2017 España permaneció en el 27º puesto de 176 países con una puntuación de 7,79 sobre 10 (en 2016 tenía 7,61 puntos), y el acceso a las TIC ha pasado del puesto 31 al 29. Asimismo, el uso de tecnologías desciende un puesto, hasta el 28 (Consejería de Economía, Industria, Comercio y Conocimiento, 2018).

En concreto a la disponibilidad de equipamiento de TIC en los hogares en Canarias es en general “inferior a la media nacional, excepto para televisión y telefonía

fija”, según el *Informe Anual sobre la Sociedad de la Información en Canarias 2017 (edición 2018)*, de la Consejería de Economía, Industria, Comercio y Conocimiento.

En enero de 2019 el Gobierno de Canarias diseña la “Guía para el buen uso de las nuevas tecnologías para familias y profesionales en el ámbito de la infancia” con el fin de orientar sobre el buen uso de las tecnologías por parte de los menores. La Guía se organiza con una serie de preguntas frecuentes y sus respuestas para detectar si hacen un uso excesivo del móvil o internet, etc. (Consejería de Economía, Industria, Comercio y Conocimiento, 2019).

Tres meses más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica una guía sobre el uso de la tecnología en salud digital a través de teléfonos móviles, tabletas electrónicas y ordenadores, con el propósito de mejorar la salud de las personas y los servicios esenciales (OMS, 2019).

Existen numerosas revisiones sistemáticas que estudian las tecnologías aplicadas en salud (Fisher et al., 2018; Lynch et al., 2018; McCabe, McCann, Brady, 2017; Kaner, 2017; Linden et al., 2016; y, Marcano, Huckvale, Greenfield, Car y Gunn, 2013). Se pueden nombrar, por ejemplo, las aplicaciones de teléfonos inteligentes para el triaje de pacientes con lesiones cutáneas sospechosas de melanoma (Chuchu et al., 2018) o las intervenciones con móviles para mejorar la adherencia a la medicación prescrita para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares en adultos (Palmer, Barnard, Perel y Free, 2018).

Aunque la guía de la OMS examina hasta qué punto las intervenciones de salud digital disponibles a través de dispositivos móviles “pueden abordar los desafíos del sistema de salud y de qué forma puede contribuir para lograr la cobertura de salud universal (UHC)”, la dirección general de esta Organización señala que, “en última instancia, las tecnologías digitales no son fines en sí mismas; son herramientas vitales para promover la salud, mantener el mundo seguro y atender a los vulnerables” (Mitjà, 2019b).

En los últimos dos años, la OMS revisó “sistemáticamente la evidencia sobre tecnologías digitales y consultó con expertos de todo el mundo para producir recomendaciones sobre algunas formas clave en que estas herramientas puedan utilizarse” (Mitjà, 2019b).

Uno de los enfoques digitales revisados que se incorporan son “las herramientas de apoyo a la toma de decisiones de los trabajadores de la salud mientras prestan atención, al igual que permitir que las personas y los trabajadores de la salud se comuniquen y consulten sobre temas de salud en diferentes lugares (...). El uso de las

tecnologías digitales ofrece nuevas oportunidades para mejorar la salud de las personas” (Mitjà, 2019b).

Las nuevas tecnologías ofrecen demasiadas facilidades y utilidades a la sociedad en general y a los jóvenes en especial. Estas utilidades han significado un cambio en nuestra actitud frente a los acontecimientos de la vida diaria. “Se las vincula estrechamente a la economía, la política, el trabajo, la educación y las formas de relación e interacción individual y colectiva” (Simó, 2018a, p.19).

2.1.1. *Internet*

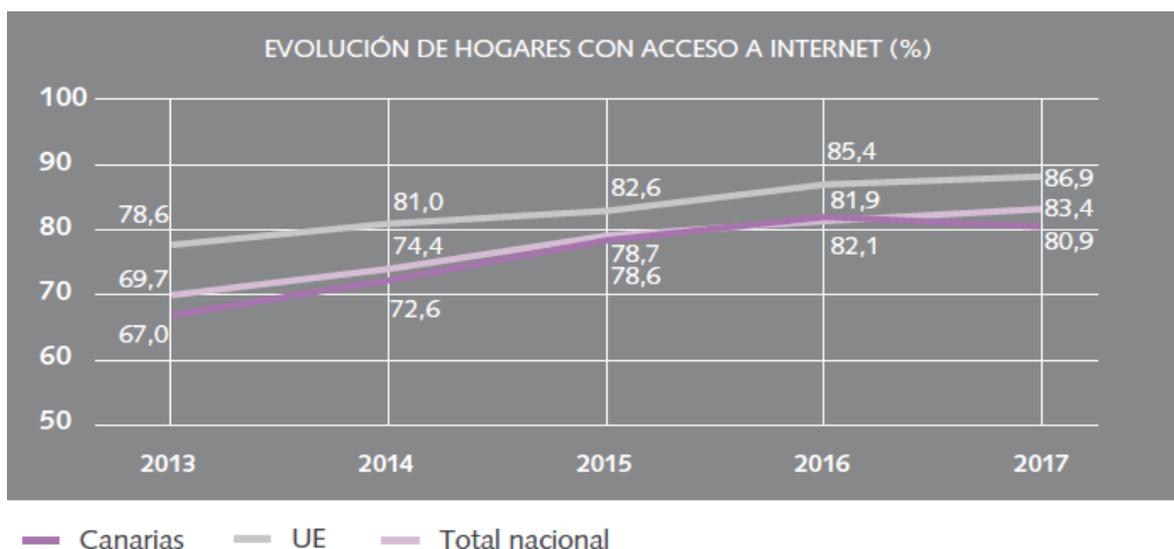
Sus inicios se remontan a la década de los 60 en Estados Unidos (Muñoz Rivas y Shih, 2016). Cimadevilla (2016) expone que internet ha evolucionado “el modo en el que trabajamos, nos comunicamos, buscamos información, realizamos gestiones burocráticas, compramos, nos relacionamos con otros, disfrutamos de nuestro tiempo libre, etc.” En la actualidad es prácticamente indispensable y vital para realizar trabajos académicos, actividades laborales, gestiones, conservar relaciones sociales y satisfacer necesidades de ocio (Cimadevilla, 2016). Es por ello por lo que una persona puede llegar a estar durante todo el día conectado a internet.

Fue en el año 2014 donde, por primera vez, los móviles se convirtieron en el principal modo de conexión a internet (*EL PAÍS*, 2014).

Los resultados que presenta la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC) (2019a) en la sexta edición de su estudio *Consumo de Medios en Vacaciones*, refieren que el teléfono móvil fue el dispositivo líder para conectarse a internet entre el 95% de los internautas que pasaron sus vacaciones viajando por España y los 95% de los internautas que salieron al extranjero. Este efecto también se refleja en el informe de *Las TIC en los hogares españoles*, en el que se señala que el 85,2% el *smartphone* es el preferido (Ministerio de Economía y Empresa, 2018b).

Según el *Informe Anual sobre la Sociedad de la Información en Canarias 2017 (edición 2018)*, “la disponibilidad de conexión a internet en los hogares canarios experimenta un retraso en 2017, cortándose la racha de crecimiento que llevó a que este registro igualase la media nacional en 2016” (Consejería de Economía, Industria, Comercio y Conocimiento, 2018). En la figura 1 se refleja la evolución de la población canaria, junto con la Unión Europea y España, que accede habitualmente a internet. En la población canaria se observa un crecimiento ascendente desde 2013 hasta 2016, manteniéndose prácticamente constante desde 2016 hasta 2017.

Figura 1. Evolución de la población que accede habitualmente a internet

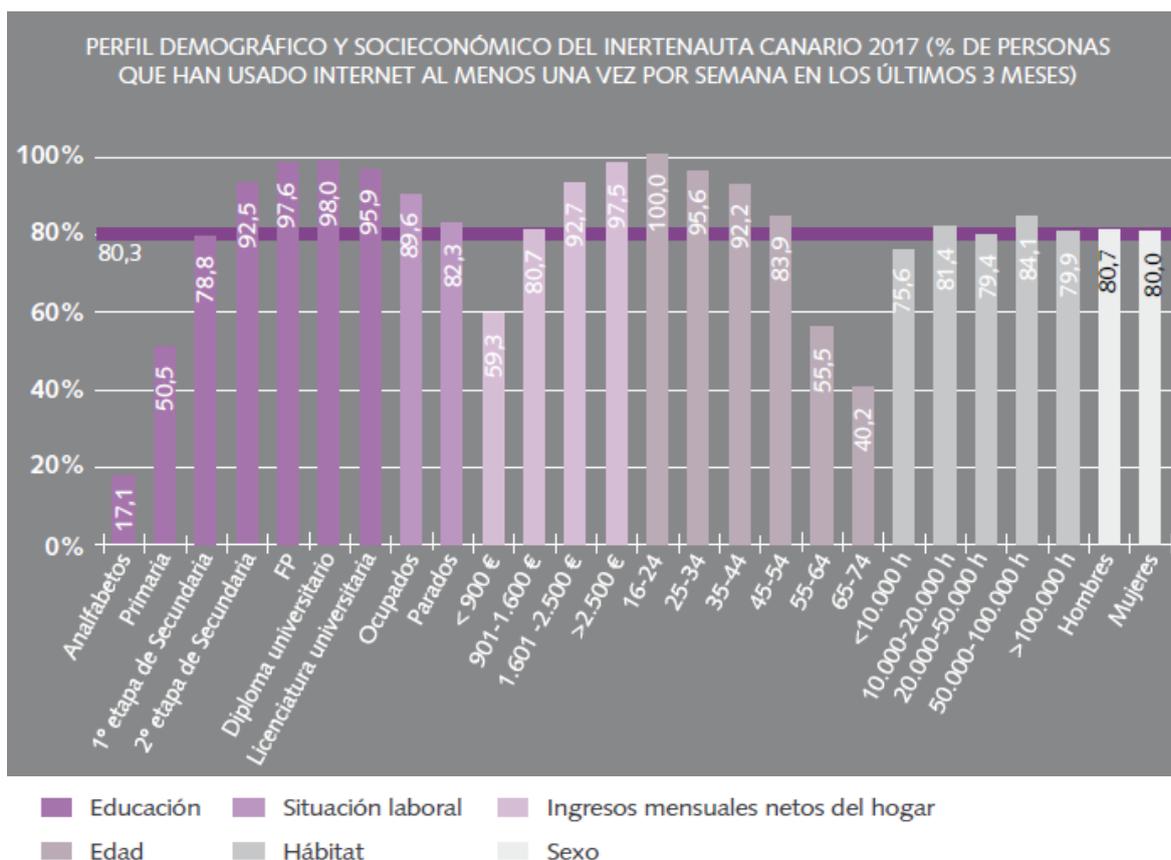


Fuente: Consejería de Economía, Industria, Comercio y Conocimiento (2018).

En 2017, el 80% de los canarios de entre 16 y 74 años accede habitualmente a internet, al menos una vez por semana en los últimos tres meses (Consejería de Economía, Industria, Comercio y Conocimiento, 2018).

El perfil demográfico y socioeconómico del internauta canario vienen reflejados en la figura 2. Estos datos fueron publicados por la Consejería de Economía, Industria, Comercio y Conocimiento (2018). La edad es uno de los factores importantes analizados. Se registra que un 100% de los internautas que ha usado internet al menos una vez por semana en los últimos tres meses son los de 16 a 24 años. El incremento producido en el uso habitual de internet entre los mayores es superior al que cabría esperar por el envejecimiento de la población.

Figura 2. Perfil demográfico y socioeconómico del internauta canario



Fuente: Consejería de Economía, Industria, Comercio y Conocimiento (2018).

2.1.2. Teléfono móvil inteligente/smartphone

Los dispositivos móviles de nueva generación, o *smartphones*, constituyen hoy en día una herramienta de uso cotidiano.

El primer teléfono móvil en el mercado fue el *Motorola DynaTAC 8000x* en 1983 (Cimadevilla, 2016). Era el primero en el mundo sostenible con una mano. Más adelante, los móviles evolucionaron tanto en diseño, tecnología y su uso.

Los teléfonos desde su aparición como teléfono inalámbrico hasta las nuevas versiones de los *smartphones* se han modificado tanto que según Salas (2014), ya no solo son aparatos para comunicarse oralmente ni por escrito, sino que son pequeños ordenadores que gozan de múltiples funciones y aplicaciones. Para Aranda, Fuentes y García (2017) proporcionan una variedad de servicios asociados con el ocio (juegos, música, televisión, etc.), la información (buscadores, blog especializados, etc.) y la comunicación social a través de las redes (*Twitter, Facebook, Instagram, Tinder*, etc.). Añaden que “esta versatilidad y funcionalidad convierte al *smartphone* en una de las tecnologías con mayor impacto en la vida cotidiana y las relaciones sociales”.

El número de líneas móviles rebasó por primera vez a la población mundial en 2017, los usuarios alcanzaron los 5.000 millones (Ministerio de Economía y Empresa, 2018a). En la actualidad, el informe anual *Mobile Economy* que publica cada año la Asociación de Operadores de Telecomunicaciones (GSMA, de sus siglas en inglés), los resultados presentan que dos tercios de la humanidad ya usan un móvil (67%), donde el 60% ya constan de un móvil inteligente. De cara al futuro para el 2025, el 5G supondrá el 15% de las conexiones móviles globales (*EL PAÍS*, 2019).

Cabe destacar que la 21ª encuesta de la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC), *Navegantes en la Red* (2019b), realizó el mayor estudio sobre el uso de internet en nuestro país, con casi 20.000 participantes. Los datos fueron registrados en octubre y diciembre de 2018. Los datos más destacados son:

- **Tiempo de uso en los smartphones.** Los conectados a estos dispositivos más de una hora al día se elevan del 44,4% en 2015 al 58,7% en 2018, y los que lo hacen más de cuatro horas pasan del 10,1% en 2015 al 17,4% en 2018.
- **Actividades que más realizan los adultos con el móvil.** Estas fueron consultar el correo electrónico (84,9%) y la mensajería instantánea (78,4%). Un 33,3% de los que utilizan el móvil para acceder a la Red declaran hacerlo casi constantemente.
- **Sentirse “muy” o “bastante vigilado” en internet.** Los navegantes se vuelven más desconfiados y celosos de su intimidad de las ediciones anteriores (62,5%), además de la preocupación por el poder del que disponen las grandes empresas de telecomunicaciones. Estas preocupaciones en cuanto a privacidad se relacionan con que más del 60% de los participantes están en contra de que los menores puedan publicar en redes sociales.
- **Lectura a través de las versiones electrónicas.** El móvil se sitúa por primera vez como el dispositivo más utilizado para leer diarios digitales (66,8%). La *tablet* (25,1%) decae 11 puntos desde 2015.
- **“No podría vivir sin internet en el móvil”.** Los *smartphones* son los dispositivos elegidos para conectarse a internet por excelencia (90%). La mitad de los que se conectan a través de este dispositivo (49%) considera que “no podría vivir sin internet en el móvil” (cifra 17 puntos porcentuales superior a la registrada en 2013) frente a aquellos que están en desacuerdo con esta opinión (25%).

El teléfono móvil inteligente se ha vuelto en un acompañante imprescindible en la sociedad moderna. Salas (2014) describe que uno de los primeros aparatos de este tipo

son los *BlackBerry* que “causaron sensación entre los usuarios y constituyeron una ventaja comunicativa entre la empresa y sus funcionarios”.

Cho y Lee (2016) informaron que las generaciones más jóvenes en los países desarrollados “tienen dificultades para imaginar sus vidas sin los teléfonos inteligentes, especialmente porque estos dispositivos proporcionan constantemente más funciones y utilidades”.

Simó (2018, p.29) indica que los *smartphones* son de gran atractivo, que revela las actitudes, valores, identidad y prestigio de su propietario. Para Simó “no es de extrañar que exista un uso abusivo del mismo y en ocasiones que se encuentre un uso de tipo adictivo”.

2.1.3. *Enfermería 2.0*

Internet es la mayor fuente de información sanitaria. “Se ha convertido en una biblioteca de salud abierta las 24 horas con millones de páginas web y artículos a los que uno puede tener acceso libre” (Mitjà, 2019d). Es una red de comunicación cuyo uso está muy extendido no solo entre pacientes. También, entre el cuerpo de enfermería (Fernández, Gordo y Laso, 2016; y, Fontanet, Cuzart, Fernández y Luis, 2010).

Así, cabe mencionar las palabras que destaca Mitjà (2019d): “Enfermería tiene un papel fundamental en proporcionar información contrastada que pueda ser utilizada para los pacientes”. Se pueden considerar los medios existentes como herramientas de información, tales como las redes sociales, los foros, los blogs, etc., para alcanzar una mejora en la atención del usuario y de un espacio virtual donde los pacientes puedan interactuar (Gómez y Escudero, 2017; y, Fernández et al., 2016). Las tecnologías de la web 2.0 son “instrumentos fundamentales para la promoción de la salud, la educación para la salud y la intervención sanitaria en la comunidad” (Fernández, 2014).

Según Arantón (2017), “la prescripción responsable y profesional de links web o aplicaciones móviles con información adecuada y fiable nos ofrece enormes ventajas. Es ya una realidad que va en aumento”. Hoy en día existe la iniciativa innovadora: Escritorio del Paciente (disponible en internet: <https://bit.ly/2vTcRuk>). Se trata de una plataforma que une varios enlaces de salud fiables y seguros (López et al., s.f).

Desde principios de la década de los noventa se ha empleado el término e-salud. Según León (2019) la salud electrónica (e-salud) es un “concepto amplio que implica la aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en los sistemas de vigilancia, prevención, promoción y atención a la salud”.

El móvil se está convirtiendo en una herramienta importante entre los profesionales de enfermería. Autores como Pucciarelli, Simeone, Madonna y Virgolesi

(2017) señalan que con los teléfonos inteligentes se ha podido implementar nuevos modelos de atención. Ellos realizaron una revisión sistemática de 34 artículos y estudiaron que, por un lado, los teléfonos inteligentes, si se usan incorrectamente pueden ocasionar distracción, infección nosocomial o interferencia con otros dispositivos médicos. Por otro lado, pueden mejorar el bienestar, la satisfacción laboral, la productividad y disminuir el estrés en la población de enfermeros/as.

Asimismo, crecen las aplicaciones móviles permitiendo la monitorización de actividades (ejercicio físico) y la incorporación de nuevos instrumentos de salud. En el ámbito de la enfermería, estos dispositivos representan oportunidades de intervención a la población en general en promoción de la salud o de recopilación de información de los hábitos, conductas o estilos de vida de la población (León, 2019; y, Mitjà, 2019c).

El Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (2019) ha creado un recurso vinculado a las nuevas tecnologías y a la web 2.0: la Enfermera virtual (Ev) (Fontanet et al., 2010. Disponible en internet: <https://bit.ly/2h7f6FI>). La Enfermera virtual es un medio para la promoción de la salud. Los contenidos se distribuyen en: actividades de la vida diaria; situaciones de vida; problemas de salud; recursos; área profesional; y tutoriales (Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, 2019). Se emplea como un portal de educación y promoción para la salud. Está enfocado a los ciudadanos, con el propósito de “ayudar a proporcionar los mejores cuidados enfermeros y ofrecerlos como lo hacemos las enfermeras: capacitando a la persona para que tome decisiones sobre su salud. Es una herramienta de trabajo para las enfermeras y un excelente instrumento para asegurar la continuidad asistencial y de soporte a la atención presencial” (Fontanet et al., 2010). Cabe destacar el estudio de Lupiáñez (2010) citado por Fontanet et al. (2010) sobre la opinión de las enfermeras catalanas, donde se indica que el 64,9% de las enfermeras (n = 13.588) confirman que “el uso de las TIC y de internet mejora la eficiencia y la productividad en su trabajo diario”; “el 41,3% declaraban que mejora la comunicación con otros profesionales de la salud”; y, “el 38,8% decía que mejora la atención a los pacientes”.

El Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, en el estudio *Los ciudadanos ante la e-Sanidad 2016* citado por Arantón (2017), afirma que más del 60% de la población española utiliza internet para consultar información sobre salud y uno de cada cinco lo hace a través de las redes sociales. Y añade: “Un paciente empoderado, que tiene conocimientos sobre su enfermedad y sobre el tratamiento de esta, participará más activamente en los cuidados relacionados con su salud”. Este estudio es el más actualizado por el Gobierno de España.

Mitjà (2019d) relata que es “muy difícil separar la información fiable de la que no lo es”. Se facilitan los siguientes consejos:

- La propia web:
 - Una web fiable nunca deber ser anónima.
 - Identificar la finalidad, objetivos y al público al que se dirige.
 - Verificar si la web tiene algún certificado de calidad.
 - Contrastar la información con un profesional de la salud antes de tomar cualquier decisión sobre tu salud.
- Los contenidos de la web:
 - No confiar en una información por la calidad de su redacción.
 - La información en internet también caduca.
 - No debe ofrecer o prometer resultados espectaculares.
 - Información y publicidad identificadas bien diferenciadas.
 - Enumerar las fuentes y pruebas aportan credibilidad.

Los teléfonos móviles se han convertido en una herramienta de consulta entre sus usuarios para temas relacionados con el estado de “la salud, la enfermedad y sus condicionantes, sobre la eficacia y seguridad de los tratamientos curativos y preventivos, se implican en las decisiones clínicas que los afectan y forman parte de ellas, ayudando así a la creación de un entorno comunicativo entre ellos y su entorno (médico y familiar)” (Fernández, 2014), de modo que el uso de dispositivos móviles se instaura como elemento de la e-salud.

Así, se ha formado el concepto de salud móvil (*m-salud* o *m-Health*) (León, 2019; OMS, 2019; y, Fernández, 2014). A su vez, en el ámbito sanitario, los profesionales de salud emplean cada vez más los dispositivos móviles para respaldar la toma de decisiones clínicas y la práctica basada en la evidencia. En la discusión de un estudio que exploró la adopción y el uso del aprendizaje móvil como una actividad de desarrollo profesional continuo (DPC), se debatió que “puede fomentar un mejor uso para respaldar la toma de decisiones clínicas, una mayor precisión y seguridad para el paciente” (Curran et al., 2019). Cabe destacar, por tanto, que los *smartphones* se están usando de forma eficaz en programas de promoción de la salud; prevención de la enfermedad; como mejora a la adherencia de los tratamientos; y por mensajes de texto como recordatorios masivos de las citas a la población y transmisión de información sanitaria precisa y de calidad (Simó, 2018, p.28).

Los teléfonos inteligentes brindan acceso a internet para medicamentos; referencias y pautas profesionales; uso de calculadoras; y educación a pacientes encamados mediante imágenes o vídeos a los que se puede acceder desde una aplicación, como referencia el estudio de Cho y Lee (2016). Otro estudio realizado por Robison et al. (2013) citado por Cho y Lee (2016) destacaba que “la mayoría de los estudiantes de medicina (84%) tenían actitudes positivas hacia los teléfonos inteligentes como ayudas educativas futuras”.

Con todo, se puede decir que internet es una importante herramienta para la búsqueda de información en el cuidado de la salud, tanto para los profesionales de la enfermería como para los pacientes, pues ha permitido el desarrollo de nuevas tecnologías y aplicaciones que potencian la participación y colaboración multimedia y favorece la divulgación científica entre los usuarios que pueden compartir contenidos, seguir temas de interés sanitarios y crear comunidades. Así, cabe mencionar las palabras de Mitjà (2019a): “Con nuestra presencia en la red, también estaremos cuidando y dando visibilidad a nuestra profesión. Enfermería tiene que estar donde está la población. Somos una profesión transversal”.

2.2. La adicción sin sustancia como problema de salud emergente

Simó (2018a) explica que el concepto de adicción contempla tradicionalmente dos vertientes claras. Por un lado, esta autora, advierte el que “se encuentra ligado al abuso de sustancias o drogas (adicción a la cocaína, adicción al alcohol, etc.)” y, por otro lado, “un concepto más novedoso que se relaciona con el abuso de conductas o comportamientos (adicción al ejercicio, adicción a las compras, adicción a internet, etc.)” (p.29). Y señala que “las tecnologías se pueden considerar un subconjunto dentro de las adicciones comportamentales”. El primer autor que las definió fue Griffiths (1996): “La interacción establecida entre hombre-máquina que, pese a no tener naturaleza química, pueden conllevar a problemas de adicción debido a un uso en exceso” (p.38).

Las adicciones comportamentales o sin sustancia son: “Hábitos repetitivos de conductas socialmente aceptadas que, en principio, producen una sensación placentera o gratificante para la persona, pero que a la larga puede llegar a ser problemática, aumentando el riesgo de conflictos personales, sociales y de salud” (Simó, 2018b, p.3). Cuando una persona tiene una necesidad imprescindible de estar conectado con el móvil, su conducta puede pasar de inofensiva a ofensiva, debido a que pierde el control y su vida queda condicionada al uso del dispositivo. Así, con más frecuencia, “las nuevas conductas adictivas, las socialmente permitidas y en muchos casos hasta las promovidas (ejercicio, trabajo, compras, etc.) tenderán a ser más prevalentes” (Simó, 2018b, p.3).

Las adicciones sin sustancia o conductas adictivas en las que no intervienen drogas (ludopatía, internet, videojuegos, pantallas, etc.,) han surgido de forma destacable en los últimos años y su aparición ya se está dejando ver en las demandas asistenciales (Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud (DGSP), 2019c).

“En la adicción a internet el sexo masculino se postula como un factor de riesgo, mientras que en la adicción al móvil es el sexo femenino” (De Sola, Rodríguez y Rubio, 2016).

Las nuevas tecnologías en nuestra sociedad son impulsadas con el acceso de internet entre toda la población. La Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024 se asienta en las dos que la precedieron (Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 y Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016). “España se une a la decena de países que incorporan todas las adicciones en una única estrategia” (DGSP, 2019c).

En abril de este año 2019 se publica el informe *Adicciones comportamentales. Juego y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y adicciones en España EDADES y ESTUDES* (DGSP, 2019a). “Existe una preocupación creciente por el aumento del uso ‘patológico’ de internet, los medios digitales y las redes sociales, así como por el papel de las nuevas tecnologías” (DGSP, 2019c).

La Estrategia tiene como objetivos generales: retrasar la edad de inicio a las adicciones; disminuir la presencia, el consumo y los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales (DGSP, 2019c). Para otros comportamientos que actualmente se identifican de forma frecuente como posibles adicciones (abuso de internet, de las pantallas digitales, y otras Tecnologías de la Información y la Comunicación, etc.) se precisa más información acerca de las consecuencias de su uso y abuso para llegar a un consenso científico sobre su clasificación como conductas adictivas (DGSP, 2019c).

Desde el Plan Nacional Sobre Drogas (DGSP, 2019a) se está dando respuesta a “prevenir el mal uso y los posibles problemas que se deriven de esta potente incursión en nuestra realidad social”. Por lo tanto, la Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024 ha integrado como un nuevo campo en todas las líneas de actuación las adicciones sin sustancia o comportamentales, especialmente en las adicciones a través de las nuevas tecnologías.

Cada comunidad autónoma española posee una Estrategia regional y local. Canarias posee el *III Plan Canario sobre Drogodependencias 2010-2017*, donde no se nombran las sustancias comportamentales sino las sustancias o drogas como el alcohol o tabaco, entre otros (Dirección General de Salud Pública, DGSP, de 2019c).

Sin embargo, como se señala en el informe *Proyectos Comportamentales de la DGSP* (2019b), hoy en día, la atención a las adicciones comportamentales es relativamente nueva en la red de drogodependencias de Canarias. Desde la DGSP se aplica una oferta preventiva a los alumnos de los Institutos de Educación Secundaria (IES) de las dos provincias de Canarias de 11-17 años. Se realiza con el programa desenrédete: “Adicción al móvil, a internet y a los videojuegos en adolescentes”. En el informe *Proyectos Comportamentales de la DGSP* (2019b) señalan que con este proyecto ya se dispone de datos muy relevantes para comenzar a diseminar en la población general recomendaciones de uso de las TIC.

2.2.1. *Uso adictivo del teléfono móvil inteligente/smartphone*

De acuerdo con Lin Y., Pan, Lin S. y Chen (2016), debido a la saliente popularidad de los teléfonos inteligentes, sus usos excesivos e incluso su adicción, se han convertido en importantes problemas sociales a nivel mundial.

Según Aranda et al. (2017) la utilización de las nuevas tecnologías ayuda, en la mayoría de las ocasiones, a mejorar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, especifican que “cualquier actividad gratificante es potencialmente adictiva”. Se añade que la “multioferta” de los nuevos *smartphones* por medio de las aplicaciones (variada, interesante y placentera), “pueda incentivar el surgimiento de problemas en relación con la inadecuación de su uso”.

El neurólogo Malmierca explica en una entrevista con *XL Semanal* qué proceso se despierta en los jóvenes al interactuar con la pantalla: “Al ponerse a jugar, a su cerebro le ha gustado la experiencia. Y cada vez que hacemos algo que nos gusta, las hormonas del placer –la dopamina, las endorfinas– nos informan de que es una actividad placentera. Bastará con pensar en una partida o en subir una foto a una red social para que esas hormonas se vuelvan a disparar” (Méndez, 2019, p.20).

El cerebro empezará a reclamar esa dosis hormonal cada vez con más frecuencia. Por otro lado, la dirección del Servicio de Atención en Adicciones Tecnológicas de Madrid –solo hay cuatro centros de este tipo en el mundo– hace hincapié en que “muchos de los jóvenes, desde pequeños, han recibido una educación en la que los padres les han puesto muy pocos límites. No han aprendido a convivir con la frustración”.

En adultos se ha descubierto que los que manejan las redes sociales, los juegos y el entretenimiento están más inclinados a tener un uso problemático del móvil (Cimadevilla, 2016).

Un total de 235.288 canarios se valoran como adictos al móvil, o lo que es lo mismo, el 16,8% de la población de entre 18 y 65 años (*Canarias7*, 2018).

El segmento de población española comprendido entre los 18 y los 24 años es el más vulnerable a sufrir una adicción al móvil (*Canarias7*, 2018). “Los jóvenes son uno de los grupos de riesgo más importante en el empleo del teléfono móvil, son grupos vulnerables ya que les resulta complicado controlar sus impulsos y emociones” (Ruiz, Sánchez y Trujillo, 2015).

2.2.2. Factores de riesgo y signos de alarma

Los factores de riesgo relacionados con el Uso Problemático del Móvil, *Problematic Mobile Phone Use* (PMPU, por sus siglas en inglés), según Muñoz y Shih (2016) citado por Simó (2018a, p.63), se agrupan en: características físicas, propiedades intrínsecas, funciones múltiples, variables demográficas, variables individuales, ambiente demográfico y, nivel económico y educativo, como se indica en la tabla 1:

Tabla 1. Factores de riesgo relacionados con <i>Problematic Mobile Phone Use</i> (PMPU)	
Factores de riesgo asociados al dispositivo	
Características físicas	Diseño personalizable, tamaño pequeño, bajo peso, etc.
Propiedades intrínsecas	Accesibilidad, inmediatez, portabilidad, comodidad, privacidad, autonomía, seguridad, pasatiempo, etc.
Funciones múltiples	Comunicación, ocio/entretenimiento, gestión de tareas, mantenimiento de relaciones, fuente de información, cámara, radio, despertador, etc.
Factores de riesgo asociados al usuario	
Variables demográficas	Edad y sexo.
Variables individuales	Rasgos de la personalidad (autoestima, neuroticismo, extroversión, inestabilidad emocional), nivel de estrés y soledad.
Factores de riesgo externos	
Ambiente demográfico	Asia y Oriente medio.
Nivel económico y educativo	Estudios contradictorios.

Fuente: Simó (2018a, p.63).

Según Carbonell (2014) citado por Simó (2018a, p.74) se indica que “existen ciertos comportamientos o conductas cuya presencia debe de llamar la atención y servir de señal de alarma para los usuarios de un *smartphone*, puesto que indican un uso problemático del mismo”:

- Realización de consultas frecuentes (entrada de algún mensaje o llamada).
- Sensación de utilizarlo durante mucho tiempo.
- Aumento de su uso en situaciones de bajo estado de ánimo.
- Aumento del coste de la factura.
- Recepción de quejas sobre su uso por parte de terceras personas.
- Necesidad de esconderlo delante de la gente para que no critiquen su uso.
- Disminución del tiempo dedicado al descanso.
- Alteración en el rendimiento de trabajo o estudios.
- Disminución de las relaciones sociales cara a cara a favor de las virtuales.
- Irritabilidad/miedo al no poder usarlo o no tenerlo disponible.
- Necesidad de pedir el móvil a otras personas cuando el suyo se le ha acabado la batería o no tiene saldo.

2.2.3. *Consecuencias*

Los investigadores, en la mayoría, estudian los peligros centrándose en la edad de la adolescencia, “donde la identidad y la personalidad todavía no se han desarrollado al completo” (Simó, 2018a, p.74). Es necesario reflexionar sobre los efectos de los dispositivos móviles en la población adulta de nuestra comunidad.

Marín et al. (2018) reseñan que una tendencia que tiene gran relevancia entre los individuos es “el miedo a quedarse fuera de las relaciones sociales por perder o no contestar bien a una llamada, bien a un mensaje de texto o de voz”. Señalan que hay autores científicos que mencionan que este hecho provoca una adicción al teléfono, y otros, que es más a un uso problemático del mismo.

Carbonell (como se citó en Simó, 2018a, p.58) define como “reforzadores positivos” aquellos relacionados con el uso del móvil; la disponibilidad de múltiples recursos en uno solo (internet, reloj, cámara, agenda, etc.); generador de sensaciones agradables (independencia, seguridad, etc.); efecto disminuido de las distancias entre las personas; generador de identidad personal y colectiva; y facilitación de tareas en el ámbito académico, relaciones sociales y ocio/entretenimiento.

Por otra parte, “su uso llevado al exceso” puede dificultar las relaciones sociales cara a cara; interferir en el trabajo o las relaciones personales; consumo de drogas; distracción de estudiantes universitarios; y afectar nuestra salud física como mental (Simó, 2018; y, Perlow, 2012). Simó afirma que “cada vez es más frecuente encontrar investigaciones relacionadas con el uso del móvil y sus posibles efectos sobre la salud mental”. A continuación, se nombran diferentes repercusiones negativas de las que Simó

(2018a) retrata en su trabajo. Se trata de situaciones que ocasionan problemas derivados de un uso excesivo del móvil con consecuencias graves para la salud:

- **Accidentes de tráfico.** Las distracciones al volante por el móvil dan lugar a los numerosos accidentes de tráfico, son la principal causa (el 33%), por delante incluso de la velocidad (29%) y el alcohol (26%) (Ministerio del Interior, 2019). “Con el uso del *smartphone* por el peatón se producen una serie de alteraciones en la marcha que comprometen la seguridad, como: la disminución de la velocidad y desviación lateral (...). En España, según el Reglamento general de Circulación se prohíbe conducir utilizando dispositivos de telefonía móvil y cualquier otro medio o sistema de comunicación” (Simó, 2018a, p.79-80).
- **Exposición electromagnética (EMR).** Se debe de prestar máxima atención a las EMR de nuestro dispositivo tipo móvil “debido a las corrientes eléctricas que pueden afectar a nuestro cuerpo y al calentamiento de los tejidos”. Los teléfonos móviles, aunque emiten menos potencia que una estación base, “son perjudiciales para la persona porque se absorbe mayor cantidad al encontrarse siempre cercano al cuerpo (generan una onda electromagnética alrededor de 1-2 cm del cuerpo), sobre todo la zona del oído-cabeza” (Simó, 2018a, p.80-82). El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer ha clasificado los campos electromagnéticos causados por los móviles como posiblemente carcinógenos para los seres humanos (OMS, 2014).
- **Sueño/descanso.** La Fundación Nacional del Sueño aconseja a los adultos “de 7 a 9 horas”. Si no se cumple un descanso apto, se transforma “el metabolismo endocrino (...) provocando un aumento del riesgo de obesidad y diabetes. También se disminuye el poder inmunológico natural (...) y en consecuencia una respuesta circulatoria que aumenta la tensión arterial”. “La pantalla de luz emitida por los teléfonos móviles suprime la producción de melatonina, una hormona que prepara el cuerpo para dormir”. “El uso del *smartphone* durante más de veinte minutos antes de acostarse dificulta la conciliación” (Simó, 2018a, p.84-85).
- **Muscular.** Durante periodos largos de tiempo, se mantienen posturas no neutrales del cuerpo. Se adoptan “posturas encorvadas y con el cuello hacia abajo”. Se advierten problemas de “artritis carpo-metacarpos, tendinitis y tenosinovitis (...) frecuentes molestias de cuello, hombros, extremidades superiores y dolor de muñeca bilateral y dolor lumbar”. Así, se ha constatado que cuando se envían un gran volumen de mensajes de textos, surge la patología de

la tenosinovitis, o comúnmente llamada “WhatsAppitis” (inflamación de los tendones y membranas sinoviales)” (Simó, 2018a, p.85-86).

- **Psicológicas.** Se relaciona el uso del teléfono móvil con variables como: baja autoestima, depresión, ansiedad, inestabilidad emocional, irritabilidad, estrés, soledad, pensamientos negativos que interfieren en situaciones sociales, problemas de comunicación, empobrecimiento del lenguaje, bajo rendimiento escolar, etc. (Simó, 2018a; Cimadevilla, 2016; Lepp, Barkley y Karpinski, 2014; y, Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst, 2012). Hoy en día las personas no salen de casa sin el móvil. Simó (2018a, p.58) alude a la nomofobia (procedente de “*No Mobile Phobia*”) como “el miedo irracional de no poder ponerse en contacto con el resto de las personas a través del teléfono móvil”. Añade que se trata de un “trastorno de la sociedad digital y virtual contemporánea en el que hay malestar, ansiedad, nerviosismo o angustia causada por estar fuera de contacto con un teléfono móvil o un ordenador”. La sensación del sonido fantasma es la “percepción de carácter alucinatorio característica del tecnoestrés por la que se cree escuchar la vibración o el sonido de la llamada de un móvil” (Simó, 2018a, p.59). De esta manera queda asociado a la nomofobia. En el estudio de Simó (2018a, p.182) se encontró que el sonido fantasma estaba presente en el 61.5% de la muestra. También, Simó (2018a, p.87-89) incide en una serie de comportamientos novedosos que han surgido del uso inadecuado de los *smartphones*, “cuya repercusión en la salud oscila entre la insignificancia y la extrema preocupación”: *sexting* (“envío mediante el teléfono móvil de imágenes, mensajes escritos o vídeos con contenido sexual”); *grooming* (“estrategias llevadas a cabo por un adulto (mentiras, engaños, chantaje, etc.) para ganarse la confianza de un menor a través de internet y obtener así concesiones de tipo sexual”); *sextorsión* (“forma de explotación sexual en la cual se chantajea a una persona por medio de una imagen de sí misma desnuda que ha compartido mediante *sexting*”); y, finalmente, *ciberbullying* (“tipo de acoso escolar en el cual el acoso no es cara a cara (esto sería *bullying*) sino a través de internet”).

3. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Justificación

El éxito que los *smartphones* tienen hoy en día va en aumento si observamos como las ventas de estos han ido creciendo en los últimos tiempos: puedes estar comunicado de manera constante, te puedes conectar a internet en cualquier momento y lugar, descargar *Apps* de forma rápida y saber lo que pasa alrededor del mundo (Marín et al., 2018). En teoría, causan una “sensación placentera o gratificante para la persona, pero que a la larga puede llegar a ser problemática, aumentando el riesgo de conflictos personales, sociales y de salud” (Simó, 2018b, p.3).

El aumento de la preocupación por el uso problemático del móvil ha provocado la creación de escalas de medición. En España, hay escalas que no miden la adicción ni han seleccionado a la población adulta para validarlo (Simó, 2018b, p.3). Por ello, se ha desarrollado el inventario SPAI-*Spain* por Simó (2018a, 2018b), se ha considerado un instrumento en español válido y fiable para la detección de este problema para adultos de forma sencilla y rápida, y al mismo tiempo finalizar con el incremento irracional de nuevas escalas. En España existen dos instrumentos para evaluar el uso problemático del móvil: el cuestionario denominado *Cell Phone Over Use* (COS, por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERM). Ninguno de estos dos cuestionarios mide la adicción, ni escogen población adulta para validarlo, al contrario que el SPAI-*Spain*.

En el informe *Proyectos Comportamentales de la Dirección General de Salud Pública (DGSP)* del Servicio Canario (DGSP, 2019b), se señala que las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) son un campo en el que los especialistas disponen aún de muy poca información: “Educar en lo saludable, en lo deseable, en lo que enriquece a la población, en la responsabilidad de su uso, es una tarea prioritaria de nuestra sociedad”. Las acciones de este tipo implican que los usuarios y los profesionales aborden su trabajo diario con estas herramientas.

El inventario SPAI-*Spain* es una estrategia excelente en la detección precoz del uso adictivo de los dispositivos móviles inteligentes en población adulta. En concreto, en nuestra comunidad canaria, un 16,8% de entre 18 y 65 años de un total de 235.288 canarios se consideran adictos al móvil (Canarias7, 2018). Los profesionales de enfermería no deben estar apartados de las consecuencias que conllevan los resultados de esa nueva conducta adictiva, llegando a ser la herramienta que permite valorar y determinar dicha adicción, trabajando desde la prevención y la promoción de la salud.

3.2. Objetivos

Para este estudio se establece una serie de objetivos:

3.2.1. Objetivo principal

Desde el punto de vista de la enfermería, se quiere medir el nivel de adicción de uso del teléfono móvil inteligente, o *smartphone*, en la población adulta de San Cristóbal de La Laguna, considerando el Centro de Salud San Benito y los tres consultorios locales de La Esperanza, Guamasa y San Miguel de Geneto, como problema de salud emergente.

3.2.2. Objetivos secundarios

- Definir el patrón de uso del *smartphone*, percepción del “sonido fantasma” y dependencia.
- Determinar el factor de capacidad para controlar el deseo del uso del móvil.
- Identificar el factor de afectación en las relaciones.
- Conocer el factor de influencia del patrón de sueño/descanso.
- Describir el factor de tolerancia al uso.

3.3. Fase metodológica de la investigación

En este apartado se expone la fase metodológica del proyecto de investigación:

3.3.1. Diseño

Se realizará un estudio cuantitativo observacional analítico de tipo transversal (Salamanca, 2018, p.233) a través del inventario *Smartphone Adicction Inventory (SPAI-Spain)* validada por Simó (2018) en contexto español. Se pretende evaluar la posible relación entre el uso del *smartphone* y su adicción entre la muestra considerada para este estudio (población adulta de Tenerife).

3.3.2. Población de estudio

Se considera la población de estudio, con mayoría de edad, relativa a todos los usuarios adscritos al Centro de Salud San Benito y los tres consultorios locales de La Esperanza, Guamasa y San Miguel de Geneto, para un periodo de estudio de 18 meses (enero 2019 – junio 2020).

La infraestructura de la Zona de Salud de La Laguna (San Benito) se compone de: Centro de Salud San Benito, Consultorio Local de La Esperanza, Consultorio Local de Guamasa y Consultorio Local de San Miguel de Geneto. Son centros de atención primaria inscritos a la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud.

El equipo de Enfermería Familiar y Comunitaria lo conforman trece profesionales en el Centro de Salud San Benito, tres en el Consultorio Local de La Esperanza, dos en

el Consultorio Local de Guamasa y cuatro en el Consultorio Local de San Miguel de Geneto (Gobierno de Canarias, 2019).

Los datos de la población adscrita a la Zona de Salud de La Laguna (San Benito), según la información ofrecida por la Gerencia de Atención Primaria (Gobierno de Canarias, 2019), son de un total de 38.548 usuarios, con edades comprendidas de 0 a 65 años o más. Se abarcan los siguientes territorios:

- Las secciones 5, 6, 9, 18, 25 y 28 del distrito municipal I, y las secciones 2, 4, 5 y 7 del distrito municipal IV del término municipal de La Laguna que corresponden a las entidades de población de San Lázaro, San Cristóbal de La Laguna (Barrio del Coromoto y parte Polígono Anchieta, Guamasa, Los Rodeos).
- Del término municipal de El Rosario las secciones 1, 2, 3, 5 y 10 del distrito municipal I que corresponden a las entidades de población de Las Barreras, La Esperanza, Lomo Pelado y Las Rosas, excepto la entidad de Llano del Moro (parte de las secciones 3 y 10 que pertenece a la Zona Básica de Salud de Barranco Grande).
- Y del término municipal de Tegueste la entidad El Portezuelo de la sección 3 del distrito municipal I.
- El Consultorio Local de Geneto pasará como Centro de Salud en el futuro mapa sanitario pues se crea una Zona Básica de Salud nueva.

3.3.3. *Tamaño muestral*

El estudio se realizará en el área de salud de Tenerife, concretamente, en San Cristóbal de La Laguna (LL). Tiene una población total de 155.549 (datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2018). Para comprobar si la persona que participa en el estudio cumple los criterios de selección, el profesional de enfermería de la consulta del paciente le entregará el cuestionario SPAI-*Spain*. El paciente responderá a unas preguntas previas (sexo, edad, Centro de Salud adscrito y si posee un teléfono móvil con conexión a internet) que serán claves para cumplir los criterios de selección, que son los que se exponen en la tabla 2:

Tabla 2. Criterios de inclusión, exclusión y de reemplazo		
Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:	Criterios de reemplazo:
<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios adscritos al Centro de Salud San Benito y a los consultorios locales de La Esperanza, Guamasa y San Miguel de Geneto. • A partir de los 18 años. • Consentimiento de los usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que no tengan la nacionalidad española. • Personas que no posean un teléfono móvil con conexión a internet. • Personas que no sepan leer ni escribir. 	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de abandonos y/o pérdidas de sujetos no colaborarán con el estudio y no se reflejará en el análisis de los datos.

Fuente: elaboración propia.

Los datos de la población objeto de estudio son ofrecidos por la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife a través de la información de contacto facilitada en su página web (Gobierno de Canarias, 2019. Disponible en internet: <https://bit.ly/2Tu30JH>). El número de mujeres y de hombres adscritos con mayoría de edad alcanzan un total de 32.748 usuarios. Estos datos se detallan en la tabla 3:

Tabla 3. Usuarios mayores de edad adscritos al Centro de Salud San Benito y a los consultorios locales de La Esperanza, Guamasa y San Miguel de Geneto			
Centro de Salud /Consultorio Local	Mujeres	Hombres	Total
SAN BENITO	10.748	10.054	32.748
LA ESPERANZA	2.010	2.008	
GUAMASA	1.498	1.552	
SAN MIGUEL DE GENETO	2.525	2.353	

Fuente: datos del Gobierno de Canarias (2019).

La muestra se seleccionará mediante el método probabilístico aleatorio simple. Para el cálculo del tamaño muestral (n) se utilizará la fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q} \quad (1)$$

Donde:

N = total de la población

Z = nivel de confianza

P = probabilidad de éxito o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

Se toma para el nivel de confianza (Z) el valor de 95%, siendo $Z_{\alpha} = 1.96$ porque según Salamanca: “En estudios de ciencias de la salud se establece, por acuerdo universal, como mínimo en un 95%” (2018, p.300).

Al aplicar la ecuación (1), el tamaño muestral (n) ajustado, con pérdidas del 15%, con un nivel de confianza del 95% y un 3% de precisión, es de 237.

Los datos calculados son una muestra representativa de la población de estudio que permite al investigador extrapolar los datos de la investigación al total de la población que se quiere medir.

3.3.4. Variables en la investigación

Las variables objeto de estudio se recogen a través del cuestionario SPAI-*Spain* que se encuentra en el anexo I donde se recogen las variables las sociodemográficas y las variables de adicción al *smartphone* o móvil con conexión a internet:

- Variables sociodemográficas de las que destacan la edad y el sexo.
- Variables de adicción al *smartphone* o móvil con conexión a internet:
 - Patrón de uso del *smartphone*, percepción del “sonido fantasma” y dependencia.
 - Factor “*craving* o deseo”.
 - Factor “afectación en las relaciones”.
 - Factor “interferencias en el sueño/descanso”.
 - Factor “tolerancia”.

3.3.5. Las herramientas de recogida de datos

La recogida de datos se realiza con un cuestionario previo en el que a cada participante se le formulan una serie de preguntas y el inventario *Smartphone Adicction Inventory* (SPAI-*Spain*). Esta información relacionada con las preguntas y el inventario mencionado se encuentran detallados en el anexo I. El inventario está validado en contexto español por Simó (2018a) y posee una buena fiabilidad, coeficiente α de Cronbach = 0,942. La escala SPAI-*Spain* cuenta con 22 ítems organizados por cuatro factores: *craving* o deseo, afectación en las relaciones, interferencias en el sueño/descanso y tolerancia (Simó, 2018a, p.193-195).

A continuación, se exponen los tipos de preguntas para las cuestiones previas y para el inventario SPAI-*Spain*:

- Cuestiones previas:
 - Datos sociodemográficos, centro de salud o consultorio al que estén adscritos y si poseen un dispositivo móvil de tipo *smartphone*.

- Patrón de uso del *smartphone*: siete preguntas, dos son con respuesta cerrada (edad del primer teléfono móvil y tiempo de uso) y cinco cuestiones con respuesta de la escala de Likert de 5 puntos donde el valor 1 corresponde a “nada” y el valor 5 corresponde a “mucho” (tipo de uso que se hace del dispositivo: trabajo, comunicación, ocio, etc.).
- Percepción del “sonido fantasma”: una pregunta con respuesta cerrada relacionadas con la vivencia o no de esta sensación.
- Dependencia: una pregunta con respuesta cerrada, relacionada con el apagado durante la noche y una segunda pregunta con respuesta de la escala de Likert de 10 puntos sobre la percepción de dependencia del usuario.
- Inventario SPAI-*Spain*: es un inventario validado para medir la adicción al *smartphone* entre la población adulta española para los centros señalados. El SPAI-*Spain* consta de veintidós ítems con respuesta de cuatro puntos de la escala de Likert. Constituye según los siguientes factores (Simó, 2018a, p.193-195):
 - El factor “*craving* o deseo”: organizado por los ítems 1, 3, 4, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 18, 19 y 21. Esta dimensión se caracteriza por una pérdida de control ante el uso del *smartphone* y por la necesidad de evitar sentimientos como tristeza, preocupación o estrés/ansiedad. También se asocia a otros atributos muy relacionados con la adicción, como: comportamiento compulsivo (ítem 9: “No puedo controlar el impulso de usar mi *smartphone*” o ítem 16: “Siento la necesidad de volver a utilizarlo justo después de terminar de hacerlo”); dependencia (ítem 18: “No puedo sentarme a comer sin tener conmigo mi *smartphone*”); abstinencia, (ítem 13: “Siento que me falta algo cuando dejo de usar el *smartphone* durante un periodo de tiempo”); pensamientos continuados (ítem 11: “La idea de utilizar el *smartphone* es lo primero que viene a mi cabeza cuando me despierto cada mañana”); uso elevado (ítem 19: “He intentado utilizar menos el *smartphone*, pero mis esfuerzos no han servido de nada”) y cambios en el estado de ánimo (ítem 3: “Me siento ansioso/a cuando mi *smartphone* no está disponible”).
 - El factor “afectación en las relaciones”: organizado por los ítems 5, 10, 12, 14 y 15. Se caracteriza por las repercusiones que el Uso Problemático del Móvil, o *Problematic Mobile Phone Use* (PMPU, por sus siglas en inglés),

ocasiona en el ámbito familiar (ítem 14: “La relación con los miembros de mi familia ha disminuido a causa del uso del *smartphone*”); laboral (ítem 12: “El uso del *smartphone* me ha causado efectos negativos en mi actividad escolar y laboral”) y social (ítem 15: “Mis actividades sociales y de ocio se han reducido a causa del uso del *smartphone*”) como consecuencia de su uso elevado o inapropiado.

- El factor “interferencias en el sueño/descanso”: organizado por los ítems 6, 20 y 22. Este factor hace referencia a la pérdida de calidad del sueño (ítem 20: “He convertido el uso de mi *smartphone* en un hábito y la calidad de mi sueño y el total de horas dormidas ha disminuido”) y al tiempo que se le resta al descanso para hacer uso del *smartphone* (ítem 22: “Me siento cansado/a durante el día por haber usado el *smartphone* hasta altas horas de la noche” y el ítem 6: “Más de una vez he dormido menos de cuatro horas por estar usando el *smartphone*”. El deterioro en el descanso (insomnio y dificultad de conciliación), es una característica reconocida en otras adicciones como el abuso de sustancias.
- El factor “tolerancia”: organizado por los ítems 2 y 7. Se caracteriza por describir la percepción personal de un aumento del uso del dispositivo y su intento de reducirlo con intentos fracasados. Incluye el ítem 7: “He intentado utilizar menos el *smartphone*, pero mis esfuerzos no han servido de nada” y el ítem 2: “En los últimos 3 meses he aumentado el tiempo que paso usando el *smartphone* por semana”.

Simó (2018) afirma: “Las puntuaciones para el modelo SPAI-*Spain* se obtiene sumando las respuestas de los usuarios obtenidas en cada ítem según la escala de Likert de 4 puntos, donde: 1 = Muy en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = De acuerdo y 4 = Muy de acuerdo” (p.166).

Simó (2018) añade que la interpretación de los resultados es: “A mayor puntuación, mayor grado de adicción al *smartphone*” (p.6). Y, además, considera: “La puntuación mínima es 22 y la puntuación máxima es 88” (p.166). El punto de corte en la escala es un dato en el que la autora está trabajando actualmente. A través de una conversación mantenida con ella vía correo electrónico, en febrero de 2019, confirmó que publicará un artículo en el que dará conocer la investigación llevada a cabo para determinar dicho punto de corte.

3.4. Fase empírica de la investigación

En este apartado se expone la fase empírica del proyecto de investigación:

3.4.1. Recogida de datos

La recogida de datos se obtiene a través del cuestionario SPAI-*Spain*. Este cuestionario, en formato papel, es entregado por el investigador principal del proyecto a los profesionales de enfermería en la consulta de Enfermería Familiar y Comunitaria del centro de salud correspondiente. El propio entrevistado contestará a las preguntas sin la dirección de un entrevistador y, posteriormente, se lo entrega en mano a su enfermero/a quien lo devolverá al investigador del proyecto (Salamanca, 2018, p.331).

No obstante, siguiendo las normas exigidas por el Comité de Ética (CEIm) ubicado en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) relativas a la solicitud y documentación, que se encuentran en el anexo II, hay que mencionar que, si este proyecto de investigación es llevado a cabo por estudiantes del último curso del Grado de Enfermería y para la asignatura Trabajo Fin de Grado, se necesita el aval del tutor académico de esta materia ya que se trata con pacientes. Finalmente, para cursar la autorización del proyecto por la Gerencia, debe remitirse a la misma el dictamen favorable del CEIm.

3.4.2. Análisis de los datos

En este trabajo, una vez finalizado el periodo de recogida de los cuestionarios completados, se realiza el procesamiento informático de los datos extraídos. Para los objetivos establecidos, se aplican los análisis de frecuencias y porcentajes, utilizando el programa informático estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25.0, en español.

3.5. Limitaciones del estudio

Esta investigación puede quedar limitada por dos factores:

- Primer factor: las personas en edades comprendidas entre los 18-35 años no suelen acudir a las consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria de su centro de salud. Esta experiencia está constatada con las prácticas de enfermería desarrolladas en el Centro de Salud San Benito.
- Segundo factor: en 2018, el Observatorio Canario de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información publicó la última encuesta sobre la implantación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Hogares de Canarias. Se trata de la más reciente elaborada para esta Comunidad. Es relevante destacar este factor debido a que el teléfono inteligente es el dispositivo con mayor desarrollo dentro de las tecnologías y las

telecomunicaciones, y, por tanto, con mayor capacidad de cambio. “Los instrumentos que se generan en base a ellos se quedan desactualizados en poco tiempo, por lo que requieren de instrumentos adicionales que los completen o de mejoras continuas en el mismo que inserten las posibles novedades” (Simó, 2018, p.201).

3.6. Consideraciones éticas

Los profesionales de enfermería tienen un papel muy destacado en esta labor de medición del uso adictivo al móvil con los pacientes. Para constatar la importancia de este problema emergente es fundamental que los profesionales hablen con los participantes y explicarles en qué consiste el cuestionario, su funcionamiento y el objetivo principal del estudio. La relación entre paciente y profesional siempre será mejor cuanto más capacidad de comunicación e interacción se establezca.

Se procede con la lectura por parte del sujeto para dar su consentimiento en la participación del cuestionario. En el inicio del cuestionario SPAI-*Spain* (véase anexo I) se encuentra la carta de presentación. Debe rellenarlo a mano y entregarlo al profesional de enfermería de su consulta, que está descrito según el patrón del cuestionario piloto de Simó (2018). Se acepta con conocimiento la investigación, la competencia de libre elección y sin coacción alguna.

Cabe mencionar que el cuestionario es anónimo, por tanto, no figura en él ninguna información identificativa del participante. Además, se protegen los datos e intimidad de los sujetos tal y como se articula en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal y se expresa en el artículo 7, 10 y 19 del Código Deontológico de Enfermería (consentimiento del paciente, información al mismo y confidencialidad completa de la información).

Los profesionales de enfermería también deben dar su autorización para participar voluntariamente en el estudio.

3.7. Plan de trabajo

Este estudio comprende una duración de dieciocho meses, comenzando en enero de 2019 y finalizando en el mes de junio de 2020.

El proyecto se desarrolla en las tres fases que se indican a continuación. No obstante, para una mejor visualización de las actividades a realizar y el tiempo que cada tarea conlleva, véase cronograma (anexo III):

- **Fase 1:** comienza con la elección del tema, planteamiento del problema y la realización de una búsqueda bibliográfica mediante el metabuscador Punto Q de la biblioteca de la Universidad de la Laguna (ULL) y de la consulta de las bases

de datos. Se lleva a cabo el diseño, preparación del proyecto y la defensa como Trabajo de Fin de Grado de Enfermería (TFG). Esta etapa finaliza con la entrega de los permisos en el Comité de Ética (CEIm) ubicado en el Hospital Universitario de Canarias (HUC).

- **Fase 2:** se realiza una reunión con los profesionales de enfermería para dar a conocer este proyecto de investigación y se les hace entrega del cuestionario con el compromiso del investigador de que los recogerá al final de cada semana. Después, se analizarán e interpretarán los datos obtenidos.
- **Fase 3:** se discuten los resultados obtenidos y se sacan las conclusiones para ser publicados en revistas nacionales de investigación.

3.8. Utilidad de los resultados

Este proyecto de investigación sirve de base para la elaboración de futuras investigaciones relacionadas con la adicción a los teléfonos inteligentes entre la población adulta. Desde el punto de vista teórico, ofrece resultados que pueden ser considerados en otros estudios relacionados, constatar si hay diferencias significativas del uso del *smartphone* y si hay adicción o no entre la edad escogida.

Este estudio se puede incluir para ampliar el sistema de gestión administrativa y clínica de Atención Primaria (Drago AP) en los centros de salud de Tenerife, con el fin de que cada centro de salud pueda hacer su propia valoración entre los usuarios con respecto a la adicción al *smartphone*.

Además, los resultados de esta investigación pueden ayudar a los profesionales de enfermería a mejorar las actuaciones y valoraciones relacionadas con la prevención de la adicción al teléfono móvil entre los usuarios y promover una correcta gestión del tiempo dedicado a este dispositivo.

3.9. Recursos y presupuesto

Para llevar a cabo el proyecto de investigación se necesitan recursos humanos (tabla 4) y recursos materiales (tabla 5). A continuación, se indican las estructuras y los medios con las que se deben de contar para la realización del proyecto, así como el presupuesto necesario de cada medio:

Tabla 4. Recursos humanos para la realización del proyecto		
Recursos humanos	Personal necesario	Cantidad
Entrega y recogida de los cuestionarios cumplimentados en cada centro de salud considerado	Investigadora principal	1
Equipo de colaboradores	Profesionales de enfermería	22
Análisis de los datos e interpretación	Estadístico	1

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Recursos materiales para la realización del proyecto			
Recursos materiales	Material	Cantidad	Precio total
Espacio físico	Consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria del Centro de Salud San Benito	2	-
	Consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria del Consultorio Local de La Esperanza	2	-
	Consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria del Consultorio Local de Guamasa	2	-
	Consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria del Consultorio Local de San Miguel de Geneto	2	-
Material inventariable	Ordenador portátil para los datos	1	749,00€
	Programa informático estadístico (SPSS) + personal para estadística	1	1.360,00€
	Impresora	1	69,00€
Material fungible	Tóner de impresora	1	17,00€
	Paquete folios A4 (500 hojas)	5	17,50€
	Bolígrafos	10	3,50€
	Bonos de estudiante de tranvía	6	90,00€
TOTAL			2.306,00€

Fuente: elaboración propia.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC). (2019a). *El teléfono móvil, dispositivo líder para conectarse a Internet durante los meses de verano*. Recuperado de <https://bit.ly/2J5bnVL>
- Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC). (2019b). *Navegantes en la Red – Encuesta AIMC a usuarios de Internet*. Recuperado de <https://bit.ly/2ILG1Ee>
- Aranda, M., Fuentes, V., y García, M. (2017). "No sin mi *smartphone*": elaboración y validación de la Escala de Dependencia y Adicción al *Smartphone* (EDAS). *Terapia Psicológica*, 35(1), 35-45. Recuperado de <https://bit.ly/2PwyWla>
- Arantón, L. (2017). Escritorio virtual del paciente, una selección de recursos web de salud fiables y seguros para prescribir a nuestros pacientes. *Enfermería dermatológica*, 11(32). Recuperado de <https://bit.ly/2Jen50R>
- BOE. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (1999). Madrid. Recuperado de <https://bit.ly/2JiqE78>
- Canarias7. (2018). Más de 235.000 canarios reconocen ser adictos al móvil. Recuperado de <https://bit.ly/2DBbKDY>
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamorro, A., y Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles Del Psicólogo*, 33(2). Recuperado de <https://bit.ly/2IYQ12o>
- Cho, S., y Lee, E. (2016). Distracción por uso de teléfonos inteligentes durante la práctica clínica y opiniones sobre políticas de restricción de teléfonos inteligentes: un estudio descriptivo transversal de estudiantes de enfermería. *Nurse Educ Today*, 40. doi: 10.1016/j.nedt.2016.02.021.
- Chuchu, N., Takwoingi, Y., Dinnes, J., Matin, R., Bassett, O., y Moreau, J. et al. (2018). Aplicaciones de teléfonos inteligentes para el triaje de pacientes con lesiones cutáneas sospechosas de melanoma. Recuperado de <https://bit.ly/2VC722U>
- Cimadevilla, R. (2016). *Investigación sobre el uso de Teléfonos Móviles e Internet en población adolescentes de Cantabria (Máster)*. Universidad de Salamanca. Recuperado de <https://bit.ly/2IX7mT2>
- Código deontológico - CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Recuperado de <https://bit.ly/2Jsgo7u>
- Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. (2019). Portal salud Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona. Recuperado de <https://bit.ly/2h7f6Fl>

- Consejería de Economía, Industria, Comercio y Conocimiento. (2018). *Informe anual sobre la sociedad de la información en Canarias 2017 (edición 2018). Informe eCanarias 2017*. Observatorio Canario de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. Recuperado de <https://bit.ly/2GImAZf>
- Consejería de Economía, Industria, Comercio y Conocimiento. (2019). *Guía para el buen uso de las nuevas tecnologías para familias y profesionales en el ámbito de la infancia*. Observatorio Canario de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. Recuperado de <https://bit.ly/2vpIDyQ>
- Curran, V., Fleet, L., Simmons, K., Lannon, H., Gustafson, D., y Wang, C. et al. (2019). Adopción y uso del aprendizaje móvil en el desarrollo profesional continuo por profesionales de la salud y servicios humanos. *J Contin Educ Health Prof*. doi: 10.1097/CEH.0000000000000243
- De Sola, J., Rodríguez, F., y Rubio, G. (2016). Adicción al teléfono celular: una revisión. *Frontiers In Psychiatry*, 7(6). doi: 10.3389/fpsy.2016.00175
- Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud (DGSP). (2019a). Adicciones comportamentales. Juego y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y adicciones en España EDADES y ESTUDES. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría de Estado de Servicios Sociales.
- Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud (DGSP). (2019b). Informe Proyectos Comportamentales de la DGSP. Gobierno de Canarias.
- Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud (DGSP). (2019c). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- EL PAÍS. (2014). El móvil se convierte en el primer medio de acceso a internet. Recuperado de <https://bit.ly/2GUK4vw>
- EL PAÍS. (2019). Dos tercios de la humanidad ya usan un móvil. Recuperado de <https://bit.ly/2tAzX7U>
- Fernández, M. (2014). La Salud 2.0 y la atención de la salud en la era digital. *Revista Médica de Risaralda*, 20(1). Recuperado de <https://bit.ly/2LCx5TJ>
- Fernández, L., Gordo, M.A., y Laso, S. (2016). Enfermería y Salud 2.0: Recursos TICs en el ámbito sanitario. *Index de Enfermería*, 25(1-2). Recuperado de <https://bit.ly/2Haoqnc>

- Fisher, E., Law, E., Dudeney, J., Palermo, T., Stewart, G., y Eccleston, C. (2018). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico y recurrente en niños y adolescentes. Recuperado de <https://bit.ly/2Y4LFVj>
- Fontanet, G., Cuzart, N., Fernández, C., y Luis M.T. (2010). La Enfermera virtual, un portal de educación y promoción para la salud. *Metas de Enfermería*, 13(7). Recuperado de <https://bit.ly/2E1rMXT>
- Gobierno de Canarias. (2019). *Direcciones de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife*. Santa Cruz de Tenerife. Recuperado de <https://bit.ly/2Tu30JH>
- Gómez, A.F., y Escudero, C. (2017). Recursos 2.0 indispensables para profesionales en Ciencias de la Salud. *Metas de Enfermería*, 20(2). Recuperado de <https://bit.ly/2VRFEhu>
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). Recuperado de <https://bit.ly/2Y7KGVh>
- Jungwon, K. (2016). *Cuatro ensayos sobre los estados psicológicos y comportamientos de los usuarios de TI* (Doctorado). Universidad de Jyväskylä. Recuperado de <https://bit.ly/2GLiEIC>
- Kaner, E., Beyer, F., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C. et al. (2017). Intervenciones digitales personalizadas para la reducción del consume peligroso y perjudicial del alcohol en personas que residen en la comunidad. Recuperado de <https://bit.ly/2vBOn8U>
- León, C.D. (2019). Salud electrónica (e-Salud): un marco conceptual de implementación en servicios de salud. *Gaceta Médica de México*, 155(2). doi: 10.24875/GMM.18003788.
- Lepp, A., Barkley, J., y Karpinski, A. (2014). La relación entre el uso del teléfono celular, el rendimiento académico, la ansiedad y la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Computers In Human Behavior Volume*, 31. doi: 10.1016/j.chb.2013.10.049
- Lin, Y., Pan, Y., Lin, S., y Chen, S. (2016). Evaluación de la precisión de una nueva herramienta para la detección de la adicción a teléfonos inteligentes. *Psychiatric Research*, 26(2). doi: 10.1002/mpr.1525
- Linden, M., Hawley, C., Blackwood, B., Evans, J., Anderson, V., y O'Rourke C. (2016). Ayudas tecnológicas para la rehabilitación de la memoria y la funcionalidad ejecutiva en niños y adolescentes con lesión cerebral adquirida. Recuperado de <https://bit.ly/2PKpQHZ>
- López, A., Soriano, P., Mitjà, J., Puig, M., Cordobés, A., y Caruncho, J. Escritorio del paciente. Recuperado de <https://bit.ly/2vTcRuk>

- Lynch, E., Jones, T., Simpson, D., Fini, N., Kuys, S., Borschmann, K. et al. (2018). Monitores de actividad para el aumento de la actividad física en pacientes adultos supervivientes de un accidente cerebrovascular. Recuperado de: <https://bit.ly/2JfOY7V>
- Marcano, J., Huckvale, K., Greenfield, G., Car, J., y Gunn, L. (2013). Aplicaciones de autocuidado en tabletas y *smartphones* para el asma. Recuperado de <https://bit.ly/2PH60xd>
- Marín, V., Vega, E., y Sampedro, B. (2018). Uso problemático del *smartphone* en estudiantes universitarios. *Revista Española De Drogodependencias*, 43(1), 62-64. Recuperado de <https://bit.ly/2ILum8g>
- McCabe, C., McCann, M., y Brady, A. (2017). Intervenciones con tecnología móvil y por computadora para el autocuidado de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Recuperado de <https://bit.ly/2JeMsPE>
- Méndez, D. (2019). Cuando su hijo no es capaz de desconectar. *XL Semanal*, (1635).
- Ministerio de Economía y Empresa. (2018a). *Informe Anual La Sociedad en Red 2017. Edición 2018*. Observatorio Canario de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. Recuperado de <https://bit.ly/2ILTnPY>
- Ministerio de Economía y Empresa. (2018b). *LIX Oleada del Panel Hogares "las TIC en los hogares españoles" (1T/2018)*. Recuperado de <https://bit.ly/2AXzil3>
- Ministerio del Interior. (2019). *¡No disponible! ¡Estoy conduciendo!*. DGT. Recuperado de <https://bit.ly/2ZSwNes>
- Mitjà, J. (2019a). Autor [Blog]. Recuperado de <https://bit.ly/2Yt5tLJ>
- Mitjà, J. (2019b). La OMS lanza la primera guía sobre intervenciones de salud digital [Blog]. Recuperado de <https://bit.ly/2vqWcOk>
- Mitjà, J. (2019c). Salud digital [Blog]. Recuperado de <https://bit.ly/2JCFF2p>
- Mitjà, J. (2019d). Salud en internet [Blog]. Recuperado de <https://bit.ly/2YfoeZA>
- Muñoz Rivas, M.J. y Shih, P. (2016). *Abuso de dispositivos móviles. Abuso de Internet: ¿antesala para la adicción al juego de azar online?* Recuperado de <https://bit.ly/2TMYVLI>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Campos electromagnéticos y salud pública: teléfonos móviles*. Recuperado de <https://bit.ly/2J3Hghp>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Guía de la OMS: recomendaciones sobre intervenciones digitales para el fortalecimiento del sistema de salud*. Recuperado de <https://bit.ly/2Pih6ID>

- Palmer, M., Barnard, S., Perel, P., y Free, C. (2018). Intervenciones con teléfonos móviles para mejorar la adherencia a la medicación prescrita para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares en adultos. Recuperado de <https://bit.ly/2DKKQt2>
- Perlow, L. (2012). Romper la adicción al *smartphone* [Blog]. Recuperado de <https://hbs.me/2lLt7Gi>
- Pucciarelli, G., Simeone, S., Madonna, G., y Virgolesi, M. (2017). *Smartphone* uso en la población de ancianos: una revisión narrativa. *Prof Inferm*, 70(2). doi: 10.7429/pi.2017.702102
- Ruiz, J., Sánchez, J., y Trujillo, J. (2015). Utilización de Internet y dependencia a teléfonos móviles en adolescentes. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 14(2). doi: 10.11600/1692715x.14232080715
- Salamanca, A. (2ª Ed.). (2018). *El aeiou de la investigación en enfermería*. Madrid: FUDEN.
- Salas, E. (2014). Adicciones psicológicas y los nuevos problemas de salud. *Cultura*, 28, 127-128. Recuperado de <https://bit.ly/2UJwYoy>
- Simó, C. (2018a). *Traducción, adaptación transcultural y validación de "Smartphone Addiction Inventory"* (Doctorado). Universidad de Valencia. Departamento de Enfermería. Programa de Doctorado de Enfermería Clínica y Comunitaria.
- Simó, C. (2018b). *Traducción, adaptación transcultural y validación de "Smartphone Addiction Inventory"* (Doctorado). Premios Enfermería en Desarrollo-convocatoria 2018. Recuperado de <https://bit.ly/2JDU2Fc>

5. ANEXOS

Anexo I: cuestionario SPAI-Spain

Estimado usuario:

Agradecemos su colaboración para este estudio. Se trata de medir el uso adictivo al teléfono móvil inteligente (*smartphone*) con conexión a internet entre la población con mayoría de edad en Tenerife, razón por la que ha sido seleccionado y por estar adscrito a este centro de salud.

La realización de este estudio abarca el Trabajo Fin de Grado de Enfermería de una estudiante de la Universidad de La Laguna para estudiar el uso e impacto del *smartphone* en la población. El estudio es considerado con fines totalmente científicos y cuyos datos se utilizarán de manera anónima y así como nos indica la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

Por favor, responda a este cuestionario siguiendo las instrucciones que se dan en el mismo.

Gracias por su colaboración.

- ¿A qué centro de salud está adscrito? _____
- ¿Qué edad tiene usted? ____
- ¿Tiene usted un *smartphone* o móvil con conexión a Internet? SÍ / NO

Si su respuesta ha sido "No", le agradecemos su colaboración, pero NO debe seguir contestando el cuestionario. Gracias.

- CUESTIONES PREVIAS:

- ¿Cuál es su sexo? Hombre / Mujer.
- ¿A qué edad tuvo su primer teléfono móvil? ____
- De una escala de 1(nada) a 5 (mucho), ¿qué uso le da a su *smartphone* para comunicarse por motivos de trabajo? ____
- De una escala de 1(nada) a 5 (mucho), ¿qué uso le da a su *smartphone* para comunicarse con la familia o amigos/as mediante llamadas de voz? ____
- De una escala de 1(nada) a 5 (mucho), ¿qué uso le da a su *smartphone* para comunicarse con familia o amigos/as mediante mensajería instantánea (SMS, *WhatsApp*, etc.)? ____

- De una escala de 1(nada) a 5 (mucho), ¿qué uso le da a su *smartphone* para navegar por internet o buscar información? ____
- De una escala de 1(nada) a 5 (mucho), ¿qué uso le da a su *smartphone* en las redes sociales (*Facebook, Twitter, Instagram, etc.*)? ____
- ¿Cuánto tiempo en horas cree que utiliza el *smartphone* al día?
 - Menos de 1 hora.
 - Entre 1 hora y 2 horas.
 - Entre 2 y 4 horas.
 - Más de 4 horas.
- ¿Apaga el *smartphone* durante la noche?
 - Sí, siempre.
 - A veces.
 - No, nunca.
- ¿Vuelve a casa si se le ha olvidado el *smartphone*?
 - Sí, siempre.
 - A veces.
 - No, nunca.
- Durante los últimos tres meses, ¿ha experimentado alguna vez la sensación de que le vibraba o sonaba el *smartphone* (sonido fantasma) y luego al comprobarlo no era esto cierto?
 - Sí.
 - No.
- Del 1 al 10(siendo 1 nada y 10 el máximo) ¿qué grado de dependencia considera usted que tiene a su *smartphone*? ____

• **Inventario de adicción al *smartphone* o móvil con conexión a internet.**

Lea atentamente cada una de las siguientes afirmaciones y responda según el grado en acuerdo o en desacuerdo que esté. No existen respuestas buenas ni malas.

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

Su respuesta	SPAI-Spain
	1. Me siento preocupado/a cuando dejo el <i>smartphone</i> durante un determinado periodo de tiempo.
	2. Me he dado cuenta de que cada vez paso más tiempo usando mi <i>smartphone</i> .
	3. Me siento ansioso/a cuando mi <i>smartphone</i> no está disponible.
	4. Me siento bien usando mi <i>smartphone</i> independientemente de lo cansado/a que me encuentre.
	5. Aunque usar el <i>smartphone</i> me ha producido efectos negativos en mis relaciones interpersonales, no he disminuido el tiempo que paso conectado a Internet.
	6. Más de una vez he dormido menos de cuatro horas por estar usando el <i>smartphone</i> .
	7. En los últimos 3 meses he aumentado el tiempo que paso usando el <i>smartphone</i> por semana.
	8. Me siento decaído/a cuando dejo de usar el <i>smartphone</i> durante un cierto tiempo.
	9. No puedo controlar el impulso de usar mi <i>smartphone</i> .
	10. Estoy bien pasando el tiempo con el <i>smartphone</i> , aunque me suponga estar menos tiempo con mis amigos/as.
	11. La idea de utilizar el <i>smartphone</i> es lo primero que viene a mi cabeza cuando me despierto cada mañana.
	12. El uso del <i>smartphone</i> me ha causado efectos negativos en mi actividad escolar y laboral.
	13. Siento que me falta algo cuando dejo de usar el <i>smartphone</i> durante un periodo de tiempo.
	14. La relación con los miembros de mi familia ha disminuido a causa del uso del <i>smartphone</i> .
	15. Mis actividades sociales y de ocio se han reducido a causa del uso del <i>smartphone</i> .
	16. Siento la necesidad de volver a utilizar el <i>smartphone</i> justo después de terminar de hacerlo.
	17. Mi vida sería triste si no tuviera un <i>smartphone</i> .
	18. Usar el <i>smartphone</i> me ha colocado en situaciones de peligro como, por ejemplo: usarlo mientras cruzo la calle o mirarlo mientras conduzco.
	19. He intentado utilizar menos el <i>smartphone</i> , pero mis esfuerzos no han servido de nada.
	20. He convertido el uso de mi <i>smartphone</i> en un hábito y la calidad de mi sueño y el total de horas dormidas han disminuido.
	21. No puedo sentarme a comer sin tener conmigo mi <i>smartphone</i> .
	22. Me siento cansado/a durante el día por haber usado el <i>smartphone</i> hasta altas horas de la noche.

Anexo II: documentos a presentar en la Gerencia de Atención Primaria (la solicitud de realización de la investigación y el compromiso aval del tutor)

SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

A la atención de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
C/Carmen Monteverde, 45
38003 Santa Cruz de Tenerife

Asunto: Solicitud de autorización para la realización del estudio de investigación titulado

A/A Dirección Médica/Enfermería

Nos dirigimos a usted para solicitar la autorización para la realización del estudio titulado _____

El estudio se realiza en el Marco de (desarrollo de tesis, TFG de, ...)

Como responsable del estudio y en nombre del equipo de profesionales que participan adjuntamos la información sobre el estudio en el modelo de solicitud de autorización para la realización del presente estudio.

Esperamos que sea de su interés y considere oportuno la realización del estudio planteado para esta Gerencia.

Categoría profesional/situación académica lugar de trabajo/rotación de la persona responsable del estudio:

Firmado
Investigador/a responsable

En _____ a _____ de _____ de 20____.

Datos de contacto:

Nombre:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico de contacto:

COMPROMISO DEL/DE LA TUTOR/A ACADÉMICA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE FIN DE GRADO (TFG)

Yo, perteneciente a y tutor/a académico del proyecto de investigación (TFG) titulado:

.....
.....
realizado por la alumna/o:

.....

certifico que dicho proyecto cumple con los requisitos metodológicos y éticos propios a la investigación (*seguridad e información del usuario y confidencialidad de los datos de carácter personal*), y me comprometo a velar por que se actúe conforme a la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre sobre Protección de datos personales y garantía de derechos, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica., Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y la Orden SSI/81/2017 de 19 de enero, por la que se publica el acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. Asimismo, me comprometo a citar a la GAP de Tenerife como marco institucional donde se autoriza, contextualiza la investigación,

Fecha y firma

..... a de de 20..

Anexo III: cronograma de actividades (fuente: elaboración propia)

La enfermería en la medición del uso adictivo al móvil entre los usuarios del Centro de Salud San Benito - La Laguna																			
MESES	ENE 2019	FEB 2019	MAR 2019	ABR 2019	MAY 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SEP 2019	OCT 2019	NOV 2019	DIC 2019	ENE 2020	FEB 2020	MAR 2020	ABR 2020	MAY 2020	JUN 2020	
ACTIVIDADES	FASE 1																		
Elección del tema	X																		
Planteamiento del problema		X																	
Revisión bibliográfica		X	X	X															
Preparación del proyecto			X	X	X														
Retroalimentación del proyecto					X														
Defensa del proyecto						X													
Solicitud y obtención de permisos						X	X												
	FASE 2																		
Reuniones con el personal sanitario								X	X										
Recogida de datos								X	X	X	X	X	X	X					
Análisis e interpretación														X	X				
	FASE 3																		
Elaboración final del proyecto																X	X		
Presentación y difusión de los resultados																	X	X	