



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2015/2016
Convocatoria Junio

Modalidad: Estudio de caso y propuesta de plan de intervención.

Título: Abuso de las nuevas tecnologías y repercusiones en el ámbito bio-psico-social. Estudio de caso y propuesta de plan de intervención.

Title: The abuse of new technologies and its repercussions in the biological, psychological and social scopes. Case study and proposals for intervention.

Autor: Pablo Caselles Cámara

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Elche a 13 de junio de 2016

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Resumen..... | 1 |
| 2. Introducción..... | 2 |
| 3. Método | 5 |
| 3.1. Participantes | 5 |
| 3.2. Variables e instrumentos..... | 5 |
| 3.3. Procedimiento | 7 |
| 4. Resultados y posibles intervenciones..... | 8 |
| 4.1. Resultados | 8 |
| 4.2. Intervenciones..... | 15 |
| 5. Conclusiones..... | 19 |
| 6. Referencias bibliográficas. | 21 |
| | |
| Figura 1: Resultados del CERI y del CERM en las personas estudiadas. | 11 |
| Figura 2: Resultados del BSCQ-8 en las personas estudiadas..... | 12 |
| Figura 3: Resultado de la Escala Barratt en las personas estudiadas. | 13 |
| Figura 4: Resultado de GADS en las personas estudiadas. | 13 |
| | |
| Tabla 1. Análisis funcional de los participantes. | 9 |
| Tabla 2. Resumen de los resultados obtenidos por los participantes..... | 14 |
| Tabla 3. Autorregistro de ansiedad del uso del móvil. | 17 |
| | |
| Anexo 1. Autorregistro..... | 23 |
| Anexo 2. Acuerdo de participación | 24 |

1. Resumen

El presente trabajo se centra en el análisis del uso del teléfono móvil con Internet, de dos sujetos del municipio de Orihuela (Alicante) (un hombre y una mujer), omitiendo otro tipo de adicciones sin sustancias específicas tales como el sexo, el juego de azar o los juegos MMORPG online. Se ha analizado a los sujetos con diferentes pruebas diagnósticas: a) un cuestionario sobre los hábitos de uso de Internet, b) un cuestionario sobre los hábitos de uso del móvil, c) una escala de impulsividad, d) un análisis de sus niveles de ansiedad y depresión, e) un cuestionario que muestra el nivel de seguridad o inseguridad de los sujetos ante el consumo de alcohol y otras drogas en distintas situaciones, y f) un autorregistro donde los sujetos han reflejado el uso diario del teléfono móvil. Tras esto, se ha planteado un posible plan de intervención para ambos sujetos, analizando los datos recogidos anteriormente.

Palabras Clave: Móvil, Internet, Adicción, Análisis, Intervención.

Abstract

This work focuses on the analysis of the use of the mobile phones with Internet connection, in two subjects from the municipality of Orihuela (Alicante) (a man and a woman), omitting other additions without specific substances such as sex, the gambling or the MMORPG games online. The subjects have been studied with different diagnostic test: a) a questionnaire on the habits of Internet use, b) a questionnaire about the habits of mobile phone use, c) a scale of impulsivity, d) an analysis of their levels of anxiety and depression, e) a questionnaire that shows the level of security or insecurity of the subject before the consumption of alcohol and other drugs in different situations, and f) a journal where the subjects have reflected the daily use of the mobile phone. After the results of these diagnostic tests, a possible intervention plan has been designed.

Key Words: Mobile phone, Internet, Additions, Analysis, Intervention.

2. Introducción

La ciencia y en concreto las telecomunicaciones han avanzado a pasos agigantados en los últimos 15 años, el progreso en el campo de las nuevas tecnologías de la comunicación se hace visible en el día a día tan sólo con echar un vistazo a nuestro alrededor, siendo común tener un móvil y usarse con Internet en cualquier lugar y momento.

Junto al uso generalizado de las nuevas tecnologías y las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), no exentas de peligros, el uso inapropiado de estos dispositivos puede generar problemas en el individuo. Los riesgos recogidos en la bibliografía, relativos al abuso de las TIC, son muy variados, destacando algunos como: posible adicción, acceso a contenidos inapropiados, ciberacoso, pérdida de intimidad, acceso a contenidos pornográficos, violentos y racistas, incitadores de ideas autodestructivas o delictivas hacia otros, riesgos de crear identidades ficticias, falta de privacidad, sedentarismo, irritabilidad, insomnio o aislamiento, entre otros (Echeburúa, 2012).

Es problemático que la mayoría de la población vea como principal problema de los dispositivos móviles el coste económico que puedan suponer o la pérdida de tiempo que pueda conllevar su excesivo uso (Espinar y López, 2009), ya que hay otros muchos riesgos como los citados anteriormente, los cuales no suelen ser contemplados y son de enorme importancia.

Según muestran De Gracia, Vigo, Fernández y Marcó (2002), un 4,9% de los 1664 internautas españoles encuestados afirmaban tener problemas frecuentes con la red, destacando: efectos negativos sobre relaciones sociales o familiares, reducción de otras actividades cotidianas, pérdida de control sobre la conexión, pérdida de tiempo durante las obligaciones, un gran deseo de estar conectados y sentimientos de culpa. Es probable que estos porcentajes se hayan incrementados en la población actual respecto al 2002, fecha en la que fue realizado dicho estudio. Así pues, el uso problemático del móvil ha sido el resultado del desarrollo de las nuevas tecnologías de la comunicación junto con su mal uso, generando una problemática cada vez mayor entre la población (Bragazzi y Del Puente, 2014).

Existen ciertas características o rasgos en la población que predisponen a las personas a que puedan padecer en algún momento de su vida una adicción sin sustancia, encontrando características de personalidad como: intolerancia a los estímulos displacenteros, impulsividad, disforia, búsqueda exagerada de emociones fuertes, cohesión familiar débil, relaciones sociales pobres o circunstancias continuas de estrés. Por consiguiente, trastornos de personalidad como la timidez excesiva, rechazo de la imagen corporal, un estilo de afrontamiento inadecuado ante

las dificultades cotidianas u otros trastornos como la depresión, el TDHA o la fobia social, también podrían aumentar el riesgo de enganche o uso abusivo de Internet (Echeburúa, 2012).

Si hacemos una revisión del reconocimiento que hacen el DSM-IV-TR y DSM-5 sobre la adicción a las nuevas tecnologías, observaremos que el DSM-IV-TR sólo reconoció como adicción conductual el juego patológico, en la sección de control de impulsos, no estando reconocida la adicción a las nuevas tecnologías como trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2002). Tanto el DSM-IV-TR como el DSM-5 engloban sólo, dentro de lo que podríamos interpretar adicción a Internet, aquellos actos que traten del sexo, los juegos de azar (póker u otras apuestas) o los gaming (donde generalmente no se apuesta dinero), en especial los online, siendo estos últimos juegos contemplados sólo en el DSM-5, en el apartado III: "Afecciones que necesitan más estudio", concretamente en el subapartado "Trastorno de juego por Internet" (American Psychiatric Association, 2014).

En este estudio se ha creído conveniente plantear la problemática de la adicción al móvil como un abuso, ya que el DSM-5 no lo considera adicción, sino que lo contempla como una falta de control de impulsos (American Psychiatric Association, 2014). Cuando se piense en el móvil, se deben englobar tanto chats, llamadas telefónicas, sms, así como juegos de Internet para plataformas android o iphone, pues son muchas las funciones que estos dispositivos proporcionan.

Ha de contemplarse también los riesgos biológicos que podría causar el uso inadecuado o el abuso del móvil, que junto con otros aparatos emisores de radiación electromagnética de origen artificial: WiFi, antenas de telefonía, microondas sin estanqueidad, teléfonos inalámbricos de base fija (DECT), etc., sería mucha la radiación electromagnética a la que podría exponerse el organismo constantemente. Son muchas las evidencias científicas descritas por el informe BioInitiative (2012), que muestran los daños que pueden causar en nuestro organismo las radiofrecuencias, siendo estos datos de gran importancia para la prevención y control del abuso de las nuevas tecnologías emisoras de radiación, en especial del teléfono móvil.

Ha de tenerse bien claro que, ante la duda sobre los posibles daños a la salud, y atendiendo a lo establecido en el artículo tres de la Ley General de Salud Pública, debería aplicarse el Principio de Precaución respecto al uso de las tecnologías inalámbricas, alcanzando niveles biocompatibles de radiación (Caselles, 2015).

Según los datos que muestran Oliva et al. (2012) en su estudio de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes andaluces, entre los 351 analizados que presentaban

una sola adicción a las nuevas tecnologías, ésta estaba relacionada con Internet en 229 sujetos (65,24%), el teléfono móvil en 66 sujetos (18,8%) o los videojuegos en 56 sujetos (15,95%).

Existen dos tipos de estrategias para hacer frente al abuso o adicción: las estrategias de prevención para evitar que surja el abuso, y las estrategias de intervención una vez se produce, en la cual nos centraremos. En relación a este tipo de intervenciones respecto a las nuevas tecnologías cabe esperar que la abstinencia total no sea la mejor opción a considerar a largo plazo, ya que hablamos de dispositivos cuyo uso pudiera ser necesario en algún momento de la vida. Pese a esto, sí es necesaria una abstinencia total durante las primeras semanas de tratamiento, pasando posteriormente a una exposición gradual y controlada. Así, estos tratamientos se suelen centrar en el reaprendizaje del control de las conductas, situando en una primera fase el reaprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas a situaciones de riesgo y, en una segunda fase durante la exposición a situaciones de riesgo (Echeburúa y De Corral, 2010), pudiendo acompañarse todo esto con otras técnicas o métodos de ayuda como: la relajación abdominal profunda, relajación muscular progresiva, mindfulness o terapias grupales, debiendo éstas ser controladas, ya que la relajación puede ser contraproducente para conseguir alcanzar los picos más altos de ansiedad, los cuales conviene que aparezcan.

Chóliz (2010) indica en qué consiste su programa de intervención con pacientes con adicción al móvil y la estructura de las distintas sesiones de las que consta. En la primera sesión, se deberá llevar a cabo una exhaustiva evaluación y diagnóstico del paciente. A continuación, se realizarán sesiones individuales con el paciente (acompañado de familiares en caso de tratarse de menores), donde se enseñan técnicas para aprender a controlar los impulsos, superar el malestar por la privación de consumo, educación en técnicas de autocontrol, organización del tiempo, etc. Paralelamente, se llevan a cabo sesiones de grupo, en las cuales se les entrena en habilidades necesarias específicas para aprender a controlar el uso del móvil y solucionar los problemas de su adicción, así como otras sesiones que fomenten conductas alternativas. Por último, se tratará en sesiones de grupo la prevención de recaídas, mostrando distintas situaciones de riesgo y las estrategias que cada individuo debe adoptar para evitar el uso excesivo del móvil.

El objetivo de este trabajo consiste en llevar a cabo una evaluación y su posterior propuesta de intervención de dos sujetos de la provincia de Alicante, de 22 y 26 años, que mantienen un uso habitual del teléfono móvil.

3. Método

3.1. Participantes

Fueron seleccionadas dos personas procedentes del municipio de Orihuela, tras preguntar a varias si querían participar en un estudio para una propuesta de intervención de abuso al teléfono móvil.

La mujer seleccionada (sujeto A) es una estudiante de 22 años que se encuentra activa laboralmente. Vive con sus padres y tiene pareja desde hace varios años. Carece de problemas físicos y psicológicos. El uso dado a las nuevas tecnologías es mayormente social y académico.

El hombre seleccionado (sujeto B) tiene 26 años, se encuentra activo laboralmente e intercala trabajo con estudios. Está emancipado, viviendo con su pareja. Carece de patologías físicas y psicológicas, sin antecedentes de las mismas. Señala que el móvil es necesario para su trabajo, dándole un uso laboral, académico y social.

3.2. Variables e instrumentos

Para el desarrollo de este estudio fueron aplicados cinco cuestionarios, los cuales permitieron analizar el uso de Internet, el uso del teléfono móvil, una escala para medir la impulsividad, una escala para medir la ansiedad y la depresión, y una escala que permite descubrir el nivel de seguridad o de inseguridad que tienen los sujetos ante el consumo de alcohol y otras sustancias en distintas situaciones planteadas. Además, ambos sujetos realizaron un autorregistro de cuatro días de duración sobre la frecuencia de uso del móvil y duración del mismo. Tras indicar el autorregistro utilizado, se detallan las distintas herramientas de diagnóstico agrupadas según las variables analizadas:

Autorregistro (Anexo 1). Pretende que los sujetos reflejen sus hábitos de uso del teléfono móvil, pudiendo visualizarse cuál es la frecuencia de uso, la duración, las actividades en donde se invierte más tiempo y durante qué momentos del día. Con esto se obtendría una visión más cercana y realista de si las conductas son adaptativas o desadaptativas y cómo llevar a cabo su modificación.

- Uso de Internet y del teléfono móvil.

Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI). Pretende detectar las consecuencias que tienen los sujetos con el uso de Internet. Consta de 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta según intensidad (escala tipo Likert): casi nunca, algunas veces, bastantes veces y casi siempre. Permite obtener puntuaciones que van desde 1 hasta 4. Contempla 2 factores distintos, uno analiza los conflictos intrapersonales y el otro los conflictos interpersonales. Este cuestionario mantiene una fiabilidad según el Alfa de Cronbach del 0,776 (Beranuy, Chamarro, Graner y Carbonell, 2009). Además, Carbonell, Chamarro, Griffiths, Oberst, Cladellas y Talarn (2012), establecen 3 puntos de corte para el CERI: el primer grupo englobaría a quienes no tienen problemas con el uso de Internet (puntuaciones de 10 a 17), el segundo grupo a quienes tienen problemas ocasionales (18 a 25 puntos), y el tercer grupo a quienes padecen frecuentes problemas (26 a 40 puntos).

Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERM). Pretende detectar las consecuencias que tienen los sujetos con el uso del móvil. También consta de 10 ítems con 4 alternativas de respuesta, con las mismas opciones que en el CERI, pudiendo obtenerse puntuaciones desde valores 1 hasta 4. El CERM consta de 2 factores: los conflictos y el uso comunicativo/emocional. Alfa de Cronbach = 0,805 (Beranuy, et al. 2009). En este cuestionario Carbonell, et al. (2012) también indican los puntos de corte para el CERM, los cuales corresponden a sujetos que no tienen problemas con el uso del móvil (10 a 15 puntos), quienes tienen problemas ocasionales (16 a 23 puntos) y quienes tienen frecuentes problemas (24 a 40 puntos).

- Autoconfianza y percepción de riesgo.

Brief Self-Confidence Questionnaire 8 (BSCQ-8). Este cuestionario muestra ocho situaciones relacionadas con el uso de alcohol y otras drogas (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, control sobre el consumo de alcohol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros) y cómo de seguro o inseguro se siente el sujeto ante esas situaciones para que se dé el consumo. Es un cuestionario de fácil puntuación, pudiendo proporcionar feedback a los usuarios para darse cuenta sobre sus posibles usos de riesgo de la sustancia según la situación planteada (Voluse, Körkel y Sobell, 2007). Entre las subescalas definidas por este cuestionario en relación a los ocho ítems mencionados se encuentran: estados emocionales negativos, estados físicos negativos, estados emocionales positivos, conflictos interpersonales, problemas sociales y estados

sociales positivos. Cabe mencionar que dicho instrumento consta de un Alpha de Cronbach de 0.85, lo cual indica altos niveles de consistencia interna (Benchimol, 2004)

- Otras variables psicológicas.

Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11). Esta escala se encarga de medir la variable impulsividad. Consta de 30 ítems agrupados en 3 subescalas: impulsividad cognitiva, la cual hace referencia a atención (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), impulsividad motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29) e impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30). Cada ítem del cuestionario consta de cuatro opciones de respuesta, con puntuaciones que van de 0 a 4 (0, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre). Esta escala consta de ítems con puntuaciones inversas, siendo éstos: 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30. En este cuestionario no existe un punto de corte propuesto, por lo que es primordial la agudeza del profesional para su interpretación (Salvo y Castro, 2013).

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS). Como muestran Duch, Ruiz, Gimeno, Allué y Palou (1999), este cuestionario realiza un diagnóstico acerca de las dimensiones de dos subescalas (ansiedad y depresión), haciendo una discriminación eficaz entre éstas. Ambas subescalas constan de nueve preguntas. Muestra opciones de respuesta dicotómicas (Sí-No) y tiene una sensibilidad del 83,1 % y una especificidad del 81,8 % (Molina, Figueroa y Uribe, 2012).

3.3. Procedimiento

Para la realización del estudio debió obtenerse el consentimiento informado de ambos participantes sobre el acuerdo de la realización de dichas pruebas diagnósticas y que estos datos pudiesen hacerse públicos, siempre preservando el anonimato. Para ello, ambos voluntarios firmaron el acuerdo de participación (Anexo 2), aceptando las condiciones de colaboración.

Tras la firma del acuerdo, fueron entrevistados ambos sujetos acerca del modo de uso del teléfono móvil: el motivo del uso, la duración, en qué lugares suelen usarlos más y si reconocen dicho uso como un problema. Después, se realizó el pase de los cuestionarios situándoles en un ambiente tranquilo en el que se encontraban individualmente con el investigador, donde fueron explicadas las cuatro pruebas diagnósticas, siendo aplicadas y cumplimentadas en un

orden concreto: Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11), Brief Self-Confidence Questionnaire 8 (BSCQ-8), Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (GADS), Cuestionario de experiencias relacionadas con Internet (CERI) y Cuestionario de experiencias relacionadas con el móvil (CERM). No se estableció límite de tiempo para su cumplimentación, aunque cada una se cumplimentó en menos de 5 minutos. Tras aplicar las pruebas, se informó y explicó el autorregistro que debía rellenarse en casa (frecuencia de uso del teléfono móvil, hora del día, situación, duración, clase de actividad realizada y sensación producida). Este autorregistro debía mantenerse durante cuatro días.

4. Resultados y posibles intervenciones

4.1. Resultados

Durante la entrevista, los sujetos indicaron sus modos y motivos para el uso del teléfono móvil, los cuales fueron muy similares a los recogidos en los cuestionarios y autorregistros. Ambos entrevistados indicaron que usaban el móvil como una manera de entretenimiento y de estar conectados con sus redes sociales. Igualmente, indicaron que muchas veces cogían el móvil de una manera automática, la cual a veces les hacía no invertir ese tiempo en cosas que ellos consideraban más importantes. No obstante, ambos señalaron que no consideraban que su modo de uso del móvil fuera muy perjudicial para sus vidas, aunque a veces desearían usarlo menos.

-Autorregistro.

El sujeto A invirtió 164 minutos de su tiempo el primer día en el uso del móvil, 140 minutos el segundo día, 111 minutos el tercero y 117 minutos el cuarto, haciendo una media de uso del móvil de 2 horas y 13 minutos. Se ha de tener en cuenta que indicó que generalmente su uso era mayor, pero que al estar en vacaciones lo había cogido menos. La media de veces que lo mira es de 12 durante situaciones muy variadas, siendo el principal motivo el whatsapp o las redes sociales. Las situaciones o momentos registrados en los que se detecta principalmente el mayor tiempo empleado en el dispositivo móvil, es durante situaciones de calma como pueden ser las comidas, la siesta o en la cama.

El sujeto B en cambio, invirtió 54 minutos de su tiempo el primer día, 96 minutos el segundo, 130 minutos el tercero y 183 minutos el cuarto, haciendo una media de uso del móvil de 1 hora y 56 minutos. El participante coge el móvil una media de 12 veces durante situaciones también

muy variadas, encontrándose como principales motivos jugar al juego de móvil Call of Duty, usar el WhatsApp, por apuntes de clase o por necesidades laborales. Las situaciones en que suele usar más el móvil son: como actividad de ocio y tiempo libre, en momentos de descanso en la oficina, estudiando, al levantarse y acostarse.

A continuación se indica el análisis funcional y el ritual de uso del teléfono móvil, ya que es muy importante tenerlos en cuenta para el programa de intervención.

Tabla 1. Análisis funcional de los participantes.

| | Estímulo antecedente | Conducta | Consecuencia |
|--------------------------|--|--|--|
| Sujeto A (Mujer) | Una llamada, un WhatsApp, estar descansando o comiendo. | Cognitivo: pensar en que tengo que ver el móvil por si me han dicho algo, tengo que hablar a alguien, tengo que hacer algo mientras estoy descansando. Motor: Comer más nerviosa y menos atenta. Fisiológico: Sudoración, nerviosismo. | Coger el móvil y disminución de la ansiedad. |
| Sujeto B (Hombre) | Una llamada, un WhatsApp, estrés, estar descansando, tener que mirar algo de la academia o el trabajo. | Cognitivo: Pensar en que tengo que avanzar en el Call of Duty, tengo que mirar cosas del trabajo, tengo que ver si han dicho algo. Motor: Tener menos tiempo para hacer actividades que le gustan. Fisiológico: Sudoración, nerviosismo. | Coger el móvil y disminución de la ansiedad. |

Ritual de uso del teléfono móvil:

Sujeto A. La búsqueda de relaciones sociales a través del WhatsApp y el Facebook con sus amigos le lleva a usar el móvil en momentos sobre todo de descanso, como son las comidas, cenas, momentos de siestas y en la cama antes de dormir. Esto lleva a que en los momentos de reposo use el dispositivo en vez de descansar, centrándose en la actividad que realiza en ese momento, lo que le puede acarrear peor sueño, irritabilidad y mayores niveles de ansiedad con repercusiones posteriores en el rendimiento laboral y académico.

Sujeto B. El estrés de vida que lleva laboral y académicamente, tal y como comentó, le lleva a la necesidad de usar el móvil con estos fines. La atención constante al teléfono por si realizan llamadas telefónicas, le lleva a distraerse con el juego del Call of Duty absorbiendo éste gran parte del tiempo del uso del móvil, tal como se mencionó anteriormente, lo que le genera mayor ansiedad y peor estado anímico por el sentimiento de falta de tiempo.

- Uso de Internet y del teléfono móvil.

Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI). La chica evaluada (sujeto A) obtuvo 19 puntos sobre el total, encontrándose entre quienes tienen problemas ocasionales con el uso de Internet, según muestran Carbonell et al. (2012) en sus puntos de corte. Las mayores puntuaciones señaladas en este cuestionario han sido en: repercusiones del uso de Internet sobre el rendimiento académico o laboral, irritabilidad cuando alguien molesta mientras se está conectada y sentimiento de mayor facilidad para las relaciones sociales. Sin embargo, indicó que casi nunca hace nuevas amistades con personas conectadas a Internet, que Internet no le ayuda a evadirse de los problemas, que casi nunca anticipa su próxima conexión y que no se suele sentir agitada o preocupada cuando no está conectada a Internet.

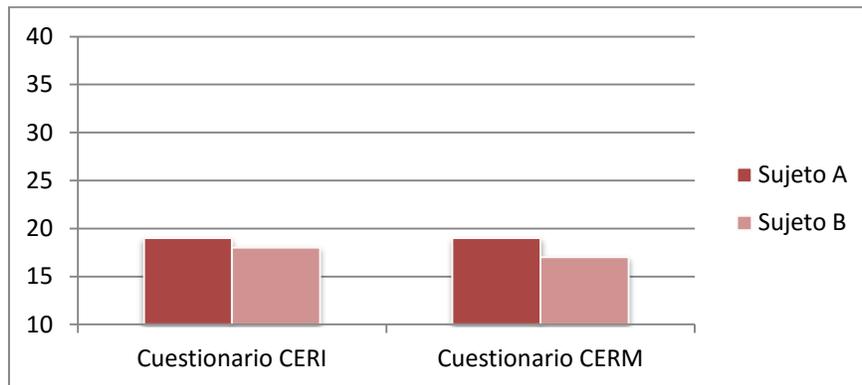
El chico evaluado (sujeto B) obtuvo 18 puntos en el cuestionario sobre el total, encontrándose entre quienes tienen problemas ocasionales con el uso de Internet. Cabe destacar el ítem “¿cuándo navegas por Internet, te pasa el tiempo sin darte cuenta?”, donde señaló que le sucedía bastantes veces, siendo esta la mayor puntuación que muestra en el cuestionario. Por el contrario, señaló que casi nunca hacía nuevas amistades con personas conectadas a Internet, que casi nunca anticipaba su próxima conexión a la red y que casi nunca pensaba que la vida sin Internet fuera aburrida, vacía y triste.

Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERM). El sujeto A obtuvo también 19 puntos, encontrándose entre quienes pueden tener problemas ocasionales con el uso del teléfono móvil según los puntos de corte que presentan Carbonell et al. (2012). Cabe destacar que indicó que casi siempre ha tenido riesgo de perder una relación importante, un trabajo, o una oportunidad académica por el uso del móvil y que cuando se aburre utiliza el móvil como una forma de distracción, dándole bastante importancia a estos dos ítems. En cambio, señaló que casi nunca se siente inquieta por no recibir mensajes o llamadas, que casi nunca sufre alteraciones del sueño por motivos del móvil, que no siente la necesidad de invertir más tiempo con el móvil para sentirse satisfecha, que no se enfada si alguien le molesta mientras lo usa y que no abandona sus actividades sociales por usar más el móvil.

El sujeto B obtuvo 17 puntos en el cuestionario CERM, encontrándose entre los individuos que pueden tener problemas ocasionales con el uso del teléfono móvil. Al ítem que más importancia le dio fue: “cuando te aburres, ¿utilizas el móvil como una forma de distracción?”, señalando que bastantes veces solía darle ese uso. Por otro lado, algunos de los ítems donde menos

puntuación obtuvo fueron algunos como: tener el riesgo de perder una relación importante, trabajo u oportunidad académica; sentirse inquieto cuando no recibe llamadas o mensajes; sufrir alteraciones del sueño o dejar de salir con los amigos por estar más con el móvil, marcando que casi nunca le sucedía.

Figura 1: Resultados del CERI y del CERM en las personas estudiadas.

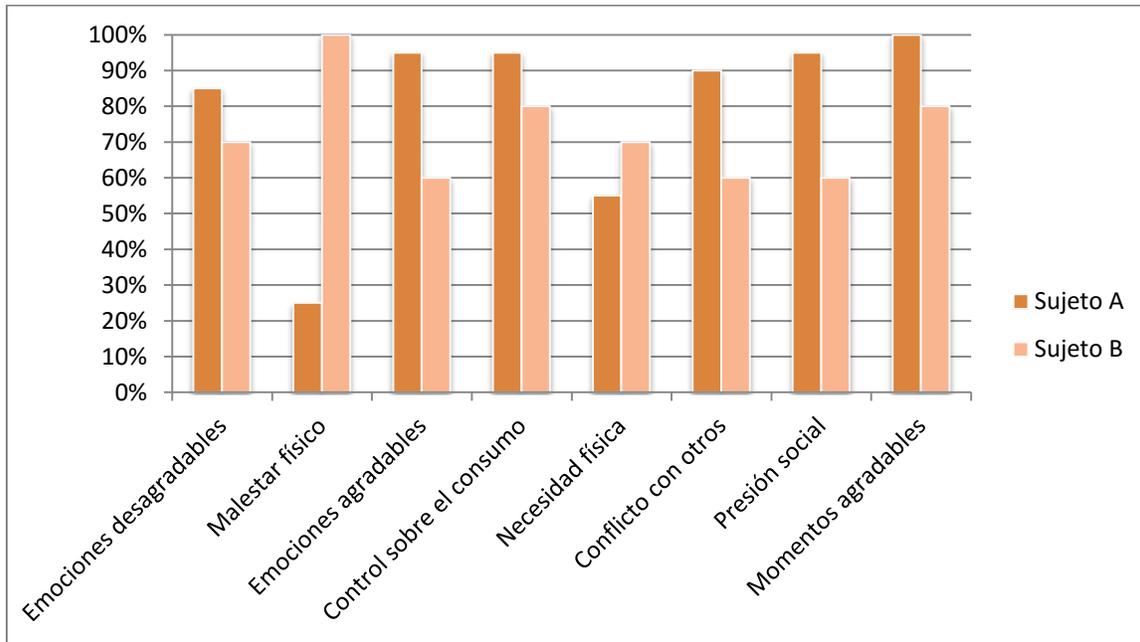


- Autoconfianza y percepción de riesgo.

Brief Self-Confidence Questionnaire 8 (BSCQ-8). El sujeto A obtiene una media de 80% de seguridad para resistirse a tomar alcohol o alguna droga ante las distintas situaciones planteadas. Únicamente ante la situación de tener malestar físico (25% de seguridad) y ante la necesidad física (55% de seguridad), la individuo mostró menor seguridad. Tal vez la situación sobre el malestar físico no la comprendiese, pues era la segunda en el cuestionario y al principio mostraba dudas sobre cómo cumplimentarlo.

El participante B obtiene una media de 73% de seguridad en la resistencia de tomar alcohol o alguna droga ante las situaciones planteadas. Donde menor seguridad refleja son ante situaciones de conflictos con otro, de presión social o de emociones agradables, obteniendo en las tres un 60% de seguridad. En cambio, donde más seguridad reflejó fue ante una posible situación de malestar físico, encontrándose 100% seguro de poder controlar las ganas de consumir alcohol.

Figura 2: Resultados del BSCQ-8 en las personas estudiadas.



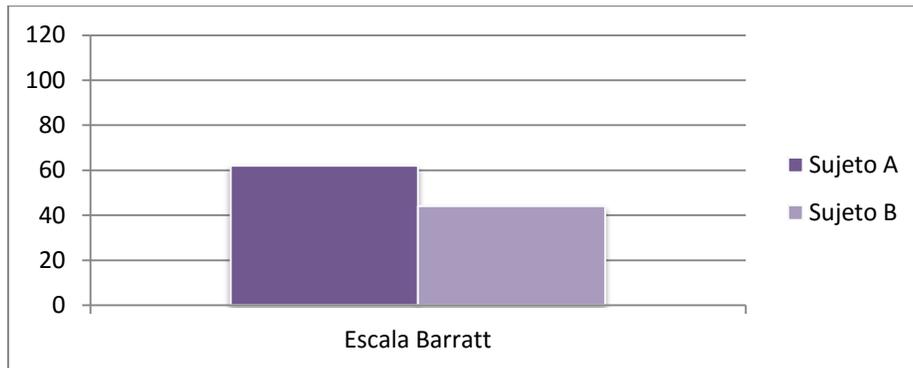
- Otras variables psicológicas.

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). El sujeto A obtuvo 62 puntos en dicha escala, siendo la puntuación máxima posible 120. Obtuvo mayor puntuación en los ítems “actuó impulsivamente”, “me aburre pensar en algo por demasiado tiempo” y “visito al médico y al dentista con regularidad”. Cabe destacar también, que obtiene 3 puntos en los ítems “hago las cosas sin pensarlas”, “digo las cosas sin pensarlas” y “hago las cosas en el momento en que se me ocurren”; pero por otro lado le da mucha importancia a los ítems inversos de “planifico mis viajes”, “planifico para tener un trabajo fijo” y algo de importancia a “soy una persona con autocontrol”, “pienso las cosas cuidadosamente”, “ahorra con regularidad” y “termina lo que empieza”. Así pues, se puede deducir que aunque sea una persona que actúe impulsivamente en facetas de su vida, busca controlar esta impulsividad usando la razón y teniendo claras sus metas.

El sujeto B presenta 44 puntos en la escala, encontrándose su puntuación por debajo de la mitad de los 120 puntos totales. Cabe destacar que señaló como siempre o casi siempre los ítems inversos: “soy una persona con autocontrol”, “ahorro con regularidad”, “planifico para tener un trabajo fijo” y “termino lo que empiezo”. Se puede deducir que el sujeto, pese a ser una

persona muy activa y con grandes inquietudes, actúa con premeditación intentando controlar las situaciones y planificando las tareas que ha de realizar.

Figura 3: Resultado de la Escala Barratt en las personas estudiadas.



Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS). El sujeto A contestó a todo el cuestionario “no”, excepto al primer ítem (“¿se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?”), apreciándose a simple vista que en las dos últimas semanas no ha tenido problemas de ansiedad ni depresión.

El sujeto B, en cambio, mostró sensaciones tanto de ansiedad (4 puntos) como de bajo estado anímico durante las dos últimas semanas (3 puntos). Es conveniente indicar que esto pudiera ser por el exceso de trabajo y ansiedad respecto a los estudios, como bien indicó. Las preguntas que marcó como “sí” fueron algunas como: “¿se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?”, “¿ha estado muy preocupado por algo?”, “¿ha tenido dolores de nuca?”, “¿se ha sentido con poca energía?” o “¿ha tenido dificultades para concentrarse?”.

Figura 4: Resultado de GADS en las personas estudiadas.

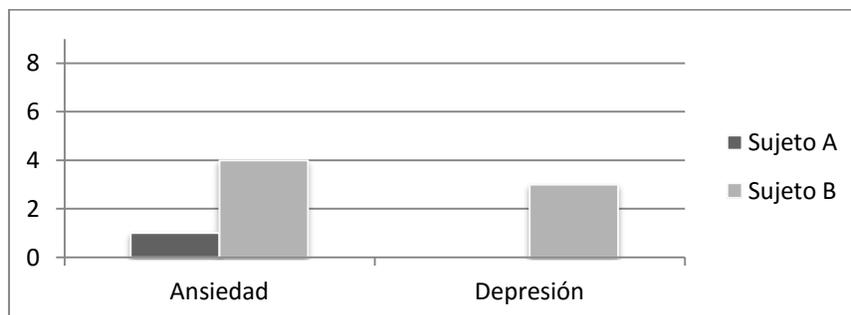


Tabla 2. Resumen de los resultados obtenidos por los participantes.

| Cuestionarios | ¿Qué miden? | Rango de puntuación del cuestionario | Sujetos | Puntuación obtenida por el sujeto en el cuestionario | Mayores repercusiones detectadas |
|---------------|---------------------------------------|---|----------|--|---|
| CERI | Consecuencias uso Internet | - De 10-17 puntos (no problemas) - De 18-25 puntos (problemas ocasionales) - De 25-40 puntos (frecuentes problemas) | Sujeto A | 19 ptos | -Académicas o laborales -Mayor facilidad interacción social. -Irritabilidad ante interrupción |
| | | | Sujeto B | 18 ptos | - Inconsciencia temporal |
| CERM | Consecuencias uso móvil | - De 10-15 puntos (no problemas) - De 16-23 puntos (problemas ocasionales) - De 23-40 puntos (frecuentes problemas) | Sujeto A | 19 ptos | - Riesgo de perder relación, trabajo u oportunidad académica -Usar móvil como distracción |
| | | | Sujeto B | 17 ptos | - Usar el móvil como distracción |
| BIS-11 | Impulsividad | De 0-120 puntos | Sujeto A | 62 ptos | - Actuar con impulsividad - Aburrimiento al pensar en algo durante mucho tiempo |
| | | | Sujeto B | 44 ptos | - Inquietud - Impulsividad para la realización de una tarea. NO |
| GADS | Ansiedad y depresión | De 0-9 puntos tanto para la escala de ansiedad, como la de depresión. | Sujeto A | 1 pto total | |
| | | | Sujeto B | 7 ptos totales | - Sí en ansiedad - Sí en menor estado anímico |
| BSCQ-8 | Seguridad ante situaciones con drogas | De 0%-100% en sensación de seguridad ante las 8 situaciones descritas | Sujeto A | Media = 80% seguridad | - Malestar físico - Necesidad físico |
| | | | Sujeto B | Media=73% seguridad | - Conflicto con otros - Presión social - Emociones agradables |

*Estos datos son orientativos para un plan de intervención, siendo en las distintas sesiones donde se puede profundizar en las necesidades de cada individuo.

4.2. Intervenciones

Puesto que hay una tendencia de los participantes a un uso problemático, se cree conveniente la aplicación de un plan de intervención, con la intención de prevenir un problema más grave.

Descripción general:

Como punto primordial de la terapia, será más que conveniente el acuerdo previo entre paciente y terapeuta sobre las sesiones y el tipo de tratamiento (indicado por escrito a ser posible), ello estructura la relación en cuanto a dirección y seguimiento. Además, es conveniente que el tratamiento sea semidirectivo, ya que si nos encontramos con un paciente inseguro, al cual no paran de dirigirle y hacerle mandatos sin dotarle de libertad y reconocimiento, se aburrirá, se sentirá coaccionado y podrá llegar a perder el sentido de lo que hace (Pérez y Martín, 2007).

El objetivo general de esta intervención será disminuir los niveles de ansiedad ante la imposibilidad del uso del dispositivo y control del tiempo de uso.

El número de sesiones serán cinco, asistiendo cada sujeto una vez a la semana a una de ellas, con una duración cada sesión de 45 minutos. Es importante señalar que la sesión dedicada a evaluar y comprobar el motivo de consulta no se reflejará, puesto que ya ha sido realizada anteriormente con cada sujeto.

Las técnicas principales que se pretenden emplear son: reestructuración cognitiva, exposición y control de impulsos, mindfulness y estructuración de un horario para el uso del dispositivo.

Finalizadas las cinco sesiones, se realizarán dos llamadas al año por parte del terapeuta a modo de seguimiento, comprobando cómo se encuentra cada individuo y si son necesarias nuevas sesiones o no.

Sesiones terapéuticas:

1. Reestructuración cognitiva.

Objetivo: Que los pacientes comprendan cuál es su conducta, las repercusiones que ésta acarrea y las ventajas de tener una conducta de uso saludable. Que el paciente establezca la persona que hará su seguimiento y le acompañe en el proceso terapéutico.

Tareas: Hablar sobre los datos obtenidos en los cuestionarios y autorregistros realizados. Explicación de la conducta problema a los pacientes. Reestructuración cognitiva relacionada con un uso correcto y un uso abusivo del teléfono móvil.

Tareas para casa: Hacer una lista con las cosas positivas y las cosas negativas que conlleva mantener el uso del móvil tal y como se ha estado utilizando hasta ahora.

Descripción: Esta sesión ha de ser motivadora, donde el paciente se sienta que mantener una “higiene” en el uso del teléfono móvil tiene grandes consecuencias positivas en su persona y ayuda a un mejor estado anímico. Con la tarea indicada para casa se pretende que los individuos vayan planteándose durante la semana si realmente compensa seguir manteniendo el mismo hábito de uso. Acordar una persona que haga su seguimiento es muy importante, ya que ésta será quien le acompañe en su proceso y esté informada de la terapia que está siguiendo, estableciendo control y feedback con el sujeto, en base a las indicaciones que el terapeuta le marque.

2. Exposición con prevención de respuesta.

Objetivo: Que conozcan cómo actúa la ansiedad en nuestro organismo y que comprendan qué tareas de exposición deberán llevar a cabo en casa y cómo deberán realizar el autorregistro. Que se cuestionen la necesidad relativa del móvil, valorando las cosas positivas y las negativas que tiene su uso.

Tareas: Explicar qué es la ansiedad y su forma característica de “u” invertida. Revisar la lista de cosas positivas y negativas del uso del móvil que hicieron en casa, completándola y hablando sobre ello. Explicar cómo funciona el autorregistro de ansiedad del uso del móvil, que deberán cumplimentar cuando hagan exposición y prevención de respuesta.

Tareas para casa: Realizar tareas de exposición con prevención de respuesta acompañado de un amigo o familiar. Realizar autorregistro de ansiedad del uso del teléfono móvil.

Tabla 3. Autorregistro de ansiedad del uso del móvil.

| Autorregistro de ansiedad del uso del móvil | | | | | |
|--|------|-----------------------------|--|---|--------------------------------------|
| Día | Hora | Tipo de pensamiento del uso | Nivel de ansiedad a los 5 minutos de la exposición (De 0-10) | Nivel de ansiedad a los 15 minutos de la exposición (De 0-10) | Nivel de ansiedad al final (De 0-10) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Descripción: Con esta sesión se pretende principalmente que el sujeto entienda que la necesidad del uso del dispositivo no es tanta como pudiera creer, empiece a razonar sobre si realmente el uso que ha mantenido ha sido beneficioso en su vida o no. Igualmente se pretende que el sujeto se exponga al móvil en un momento del día de mucho uso habitual del mismo (WhatsApp, juegos o redes sociales...), acompañado de una persona de confianza. El paciente, sin realizar otra actividad, no cogerá el móvil bajo ningún concepto, centrándose en las sensaciones que siente y completando el autorregistro. Esto deberá realizarlo hasta que su ansiedad alcance dos puntos o menos, y desaparezca completamente. Así, el individuo irá entrenando el control del uso, generando picos de ansiedad que paulatinamente irán disminuyendo conforme pase el tiempo. Este entrenamiento deberá realizarlo durante un tiempo, reforzando así el control de la impulsividad.

3. Planificación y uso de horarios.

Objetivo: Mejorar las tareas de exposición y prevención de respuesta hasta alcanzar nivel de ansiedad cero. Que comprenda la actividad de establecerse un horario para el uso del móvil, la intención de ésta y los beneficios que acarrea.

Tareas: Revisar los autorregistros realizados relativos a las exposiciones y la prevención de respuesta, corrigiendo los posibles fallos en el modo de llevar a cabo las exposiciones. Indicarle las pautas para establecer un horario de uso del móvil.

Tareas para casa: Continuar practicando la actividad de exposición. Que establezca un horario de uso del móvil para consulta de redes sociales y aplicaciones.

Descripción: Esta sesión pretende que con las nuevas exposiciones de la semana, el nivel de ansiedad se reduzca a cero o casi cero, y establecer un horario de uso del móvil para el entretenimiento o consultar el WhatsApp. Este horario contempla que si el sujeto saliera a la calle pudiera llevar el móvil para recibir llamadas o conectar el WhatsApp si le tienen que avisar de algo importante. Pero generalmente tener apagados los datos hasta los momentos del día que él establezca, con el propósito de conectar con los amigos y revisar las redes sociales.

4. Mindfulness.

Objetivo: Establecer un horario realista de uso del móvil y aprender a centrarse en las actividades propias de cada momento.

Tareas: Revisar y corregir el horario de uso del móvil que ha establecido. Explicar en qué consiste el mindfulness, enseñar su técnica de forma correcta y los beneficios que aporta.

Tareas para casa: Hacer 20 minutos diarios de mindfulness y aplicarlo en el día a día.

Descripción: La primera parte de esta sesión pretende corregir el horario de uso para teléfono móvil establecido por el paciente, negociando con él o ella las ventajas e inconvenientes de lo descrito en el horario, adaptando el uso del dispositivo a las distintas necesidades que demande. La segunda parte de esta sesión pretende dotarle de las destrezas necesarias para realizar sentadas de mindfulness en el día a día, centrando su atención en cualquier actividad cotidiana que desempeñe (limpiar, pasear, cocinar...), y en las sensaciones que éstas le producen, restando importancia a pensamientos o ideas que pudieran surgir, dejándolas pasar sin prestarle atención, hasta finalizar la actividad que está realizando.

5. Prevención de recaída.

Objetivo: Que comprenda las distintas situaciones que pueda llevarle a una recaída, para que pueda prevenirlas y protegerse. Mejorar técnica de mindfulness.

Tareas: Analizar cómo le ha ido la semana con el mindfulness, corrigiendo errores y resolviendo problemas para mejorar su método y su técnica. Comentar las señales que pudieran indicar una recaída.

Tareas para casa: Seguir practicando el mindfulness en su día a día y seguir cumpliendo el horario establecido para el uso del móvil.

Descripción: Lo más importante de esta sesión es que el paciente comprenda las distintas señales que puedan indicar una recaída, por ejemplo, no mantener el horario establecido para usar el móvil podría incrementar la conducta de uso, pudiendo volver a desestructurarse y perder tiempo importante de su vida, afectando nuevamente a sus hábitos y obligaciones. Se le deberá explicar también, que para evitar recaídas conviene cuidar aspectos de la vida que favorecen el crecimiento, calma y placer de la persona. Así pues, convendrá seguir desarrollando actividades gratificantes, una relación social y familiar sana, al igual que la capacidad de resistencia a la frustración y afrontamiento de situaciones de vida difíciles, con resolución positiva de problemas. Convendrá reforzar la capacidad para reconocer los síntomas de una recaída (incapacidad para cumplir el horario de uso del dispositivo, automatismo en la conducta de coger el móvil, incremento de la ansiedad, un incremento del uso del móvil...), lo que conlleva pérdida de tiempo para realizar tareas importantes en su vida. Por último, indicar que cabe la posibilidad que el sujeto remplace este abuso del móvil por un abuso hacia otra actividad, a lo cual habrá que prestar especial atención a fin de detectarlo a tiempo, conscientes del malestar o problemática que este nuevo abuso pudiera ocasionar en su vida.

Tras la realización de las cinco sesiones detalladas, se efectuarán las dos llamadas de seguimiento indicadas anteriormente, con la intención de comprobar si el sujeto sigue integrando los ejercicios y recomendaciones de la terapia en su día a día y no ha vuelto a tener un uso descontrolado del dispositivo móvil. Estas dos llamadas se realizarán atendiendo la siguiente secuencia:

- La primera se realizará pasado un mes desde la sesión cinco.
- La segunda, tras seis meses desde la primera llamada de seguimiento.

5. Conclusiones

En primer lugar, destacar que con las sesiones mostradas se pretende que los pacientes alcancen el éxito terapéutico que buscan, reduciendo así el exceso del uso del móvil e incrementando su capacidad de autocontrol. No obstante, al tratarse del abuso de un dispositivo que seguirá formando parte de sus vidas, pese a que hayan reducido su uso, es conveniente que no bajen la guardia y sigan aplicando las pautas e indicaciones establecidas en las sesiones terapéuticas a modo de prevención de recaída.

Por otro lado, se ha creído conveniente señalar las dificultades que se han encontrado en el trabajo, así como los motivos por los que se ha realizado este estudio de dicha forma.

La primera dificultad fue la de hallar sujetos que demandasen una intervención terapéutica por abuso del teléfono móvil. No conseguirlo condujo a realizar el diagnóstico a pacientes que no habían demandado ninguna atención. Sin embargo, el estudio pudo ser realizado pese a no obtener puntuaciones muy altas en los cuestionarios.

Otro problema surgido fue que, puesto que los sujetos no eran demandantes iniciales de ayuda, crear un plan de intervención adaptado a sus necesidades era mucho más difícil, por lo que las sesiones terapéuticas fueron elaboradas en el marco de una posible demanda por parte de ellos.

Ya que no se encontró bibliografía sobre qué cuestionarios se debían pasar en un abuso al teléfono móvil, ni el orden establecido, la selección de los indicados en este trabajo tenía la intención de recoger la información más completa. Fue administrado en primer lugar el Barratt, ya que era el cuestionario más extenso y se encargaba de medir impulsividad, lo que hacía sentirse a los sujetos más sueltos, pudiendo interpretar que no se iba directamente a conocer cuántas horas usaban el móvil diariamente. Por otro lado, fueron administrados el CERI y el CERM en último lugar, al tratarse de cuestionarios enfocados directamente al hábito del uso de Internet y del móvil, estando los sujetos más distendidos al tratarse de los últimos cuestionarios.

Por último, es importante señalar que la adicción o el abuso a las nuevas tecnologías aumenta cada vez más entre la población, pues vivimos en un medio que año tras año está más informatizado. Por este motivo, la educación sobre el correcto uso de estos dispositivos y los peligros que pueden acarrear debe ser de vital importancia, tanto en la población joven como adulta, ya que cada vez es más temprana la edad en la que la infancia suele obtener su primer móvil y pocas son las precauciones que habitualmente se aplican. Por todo ello, con este trabajo también se pretende ayudar y reforzar la importancia de concienciar a la población sobre la necesidad de incentivar en los colegios programas educativos sobre el uso correcto de las nuevas tecnologías, así como explicar a los padres y madres que no es recomendable comprar a sus hijos o hijas un móvil en edades tempranas.

6. Referencias bibliográficas.

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid, España: Panamericana.
- Benchimol, S. (2004). *Acculturation and Hispanic identity/ethnicity as a predictor of change on the brief situational confidence questionnaire*. Florida, EEUU: FIU Electronic Theses and Dissertations.
- Beranuy, M., Chamarro, A., Graner, C. y Carbonell, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil. *Psicothem*, 21 (3), 480-485. Citado por Carbonell, X., Bragazzi, N.L. y Del Puente, G. (2014). A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Dovepress*, 7, 155-160.
- BioInitiative Working Group, Sage, C. and Carpenter, D. O. (ed.) (2012). Bioinitiative Report. A Rationale for Biologically-based Public Exposure Standard for Electromagnetic Radiation. (Página revisada el 13/11/2015 en <http://www.bioinitiative.org>), (para un resumen en español: <http://www.avaate.org/spip.php?article2343>).
- Carbonell, X., Chamarro, A., Griffiths, A., Oberst, U., Cladellas., R. y Talam, A. (2012). Problematic Internet and cell phone use in Spanish teenagers and young students. *Anales de psicología*, 28 (3), 789-796.
- Caselles, J. F. (2015). La Educación Social ante la vulneración de los Derechos Humanos a causa de la contaminación electromagnética: el derecho a la Salud y la Vida. *Revista de Educación Social*, (20) (disponible en: <http://eduso.net/res/>). (Puede accederse directamente a través de: <http://eduso.net/res/20/articulo/la-educacion-social-ante-la-vulneracion-de-los-derechos-humanos-a-causa-de-la-contaminacion-electromagnetica-el-derecho-a-la-salud-y-la-vida>).
- Chamarro, A. Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R. y Talam, A. (2012). Problematic Internet and cell phone use in Spanish teenagers and Young students. *Anales de Psicología*, 28 (3), 789-796.
- Chóliz, M. (2010). Programa de tratamiento psicológico para la adicción al móvil. *Infocob Online*. (Página revisada el 03/11/2015 en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2820).

- Duch, F. R., Ruiz, L., Gimeno, D., Allué, B. y Palou, I. (1999). Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 25 (3), 209-225.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-96.
- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 37 (4), 435-447.
- Espinar, E. y López, C. (2009). Jóvenes y adolescentes ante las nuevas tecnologías: percepción de riesgos. *Athenea Digital*, (16), 1-20.
- De Gracia, M., Vigo, M., Fernández, M. J. y Marcó, M. (2002). Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet: Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 18 (2), 273-292.
- Ley 33/2011 General de Salud Pública.
- Molina, J.M., Figueroa, J. y Uribe, A. F. (2012). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12 (1), 55-62.
- Oliva, A., Hidalgo, M.V., Moreno, C., Jiménez, L., Jiménez, A., Antolín, M. y Ramos, P. (2012). *Uso y riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes andaluces*. Sevilla, España: Agua Clara.
- Pérez, F y Martín, I. (2007). *Nuevas adicciones ¿adicciones nuevas?* Guadalajara, España: Intermedio.
- Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (Bis-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51 (4), 245-254.
- Voluse, A., Körkel, J. y Sobell, L.C. (2007). Self-Change Toolbox: Tools, Tips, Websites, and Other Informational Resources for Assessing and Promoting Self-Change. En Klingemann, H. y Certer, L. (Ed.), *Pomoting Self-Change from Addictive Behaviors. Practical Implications for Policy Prevention, and Treatment* (pp. 239-256). Nueva York, EEUU: Springer.

Anexo 1

Autorregistro

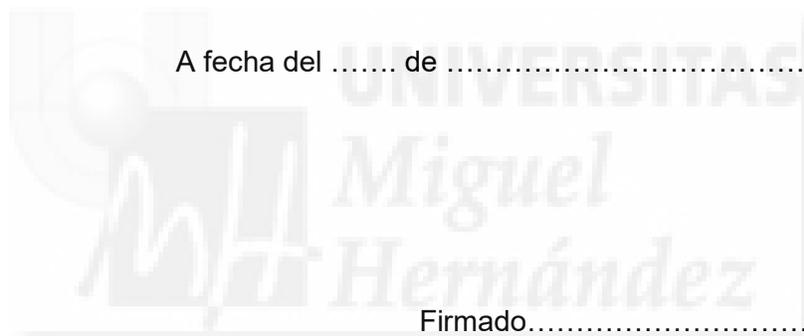
| | Nº de veces | Hora del día | Situación | Duración | ¿Para qué? | ¿Cómo te sientes? |
|-------|-------------|--------------|-----------|----------|------------|-------------------|
| Día 1 | | | | | | |
| Día 2 | | | | | | |
| Día 3 | | | | | | |
| Día 4 | | | | | | |

Anexo 2

Acuerdo de participación

Yo, con nombre..... y apellidos me dispongo a participar en este estudio llevado a cabo por el Sr. Pablo Caselles Cámara, donde la integridad del participante sea respetada. En este escrito me dispongo a asumir y aceptar que los datos recogidos puedan hacerse públicos, siempre y cuando sea respetado el anonimato del participante por parte del evaluador.

A fecha del de de



Firmado.....