

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
BASADO EN MINDFULNESS PARA REDUCIR LA
ANSIEDAD ASOCIADA AL USO DE LAS REDES
SOCIALES Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN
POBLACIÓN INFANTIL**

Nombre de la autora: *HERNÁNDEZ CARRILLO, ALEJANDRA*

Nombre del tutor: *CHICO SÁNCHEZ, PABLO*

**Máster Universitario de Investigación en
Atención Primaria Curso 2025-2026**



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD-COIR

Una vez revisada su solicitud de evaluación ética le comunicamos que la misma ha sido **AUTORIZADA**:

Nombre del tutor/a:	PABLO CHICO SANCHEZ
Nombre del estudiante:	ALEJANDRA HERNANDEZ CARRILLO
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO BASADO EN MINDFULNESS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD ASOCIADA AL USO DE LAS REDES SOCIALES Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN POBLACIÓN INFANTIL
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260428081906
Código de autorización COIR	TFM.MPA.PCS.AHC.260428
Caducidad	2 años

RESUMEN

La expansión del uso de redes sociales y nuevas tecnologías en población infantil y adolescente ha generado un creciente interés por sus posibles repercusiones sobre la salud mental y el bienestar emocional. Diversos estudios han señalado una asociación entre el uso intensivo de estas plataformas y el aumento de síntomas de ansiedad, dificultades en la regulación emocional y problemas relacionados con la autoestima, entre otros. En este contexto, las intervenciones basadas en Mindfulness han mostrado resultados prometedores como herramienta de promoción de la salud mental en población infanto-juvenil y prevención de futuros trastornos mentales.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de un programa psicoeducativo basado en Mindfulness para reducir la ansiedad asociada al uso de redes sociales y nuevas tecnologías en población infantil.

Se propone un estudio analítico de intervención, longitudinal y prospectivo, no aleatorizado, de tipo cuasi-experimental con diseño pretest-postest y grupo control, a realizar en población infantil residente en el Barrio del Carmen (Murcia), perteneciente al Área de Salud VII. La intervención tendrá una duración de seis semanas, con seguimiento a los cuatro meses tras su finalización.

La variable principal será el nivel de ansiedad, medido mediante la escala *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)*. Como variables secundarias se analizarán la regulación emocional y la autoestima mediante escalas validadas para población infantil.

Las conclusiones de este estudio podrán aportar evidencia sobre la utilidad de las intervenciones psicoeducativas basadas en Mindfulness como estrategia preventiva y de promoción del bienestar emocional en población infantil desde el ámbito de la Enfermería Especialista en Salud Mental y comunitaria.

Palabras clave: Juventud, Niño, Salud Mental, Atención Plena, Ansiedad, Redes Sociales

ABSTRACT

The growing use of social media and new technologies among children and adolescents has raised increasing concern regarding their potential impact on mental health and emotional well-being. Several studies have reported an association between the intensive use of these platforms and higher levels of anxiety, difficulties in emotional regulation, and problems related to self-esteem, among other factors. In this context, mindfulness-based interventions have shown promising results as a strategy for promoting mental health in children and adolescents, as well as for preventing future mental health disorders.

The aim of this study is to evaluate the effectiveness of a mindfulness-based psychoeducational programme in reducing anxiety associated with the use of social media and new technologies in children.

A longitudinal, prospective, non-randomised quasi-experimental intervention study with a pretest-posttest design and control group is proposed. The study will be conducted in a paediatric population living in the Barrio del Carmen district (Murcia), belonging to Health Area VII. The intervention will last six weeks, with a follow-up assessment four months after its completion.

The main outcome variable will be anxiety levels, assessed using the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C). Secondary variables will include emotional regulation and self-esteem, both measured through validated instruments for paediatric populations.

The findings of this study may provide evidence regarding the usefulness of mindfulness-based psychoeducational interventions as a preventive strategy and as a means of promoting emotional well-being in children from the perspective of Community and Mental Health Nursing.

Keywords: Adolescent, Child, Mental Health, Mindfulness, Anxiety, Social Media



ÍNDICE

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	1
2. PREGUNTA EN FORMATO PICO	1
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	1
4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	3
5. HIPÓTESIS	4
6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
7. MATERIALES Y MÉTODOS	4
7.1. Diseño del estudio.....	4
7.2. Población diana y población de estudio	5
7.2.1. Criterios de inclusión.....	5
7.2.2. Criterios de exclusión.....	6
7.3. Tamaño muestral.....	6
7.4. Método de muestreo.....	7
7.5. Método de recogida y análisis de los datos	7
7.6. Variables del estudio.....	9
7.6.1. Variable principal	9
7.6.2. Variables secundarias.....	9
7.6.3. Variables sociodemográficas.....	10
7.7. Intervención.....	10
7.8. Estrategia de análisis estadístico	11
8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS	12
9. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	13
10. LIMITACIONES, POSIBLES SESGOS Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	14
10.1. Limitaciones y posibles sesgos.....	14
10.2. Fortalezas.....	15
11. POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS	15
12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA.....	16
13. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD	18
14. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN	18
15. PRESUPUESTO DETALLADO	19
16. BIBLIOGRAFÍA.....	20
17. ANEXOS.....	23



1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Las redes sociales han ido incorporándose progresivamente a la vida cotidiana de la población infantil. Este fenómeno ha despertado un creciente interés por analizar sus posibles repercusiones sobre la salud mental de los menores, especialmente en relación con la aparición de síntomas de ansiedad y otras dificultades emocionales. Ante esta situación, resulta necesario desarrollar e implementar intervenciones encaminadas a favorecer una relación más equilibrada con las tecnologías digitales y a fortalecer las habilidades de regulación emocional en la población infantil.

Por lo tanto, la cuestión que se pretende responder es:

¿Es efectivo un programa psicoeducativo basado en Mindfulness para reducir la ansiedad asociada al uso de redes sociales y nuevas tecnologías en población infantil?

2. PREGUNTA EN FORMATO PICO

“«En población infantil usuaria de redes sociales y nuevas tecnologías, ¿la implementación de un programa psicoeducativo basado en Mindfulness disminuiría los niveles de ansiedad asociados a su uso?»”.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La evolución y creciente implantación de las tecnologías digitales en las últimas décadas han supuesto importantes cambios en la manera en que la población se comunica, aprende y emplea su tiempo de ocio. En particular, el acceso cada vez más temprano a dispositivos electrónicos y plataformas de redes sociales ha favorecido que niños y adolescentes integren estas herramientas de forma habitual en su vida cotidiana (1).

Aunque las tecnologías ofrecen múltiples beneficios en el ámbito educativo y social, numerosas investigaciones han confirmado que un uso

intensivo o poco regulado puede tener repercusiones negativas sobre el bienestar psicológico de los menores. En este sentido, se ha observado una asociación entre el uso excesivo de las nuevas tecnologías y la aparición de síntomas de ansiedad, alteraciones emocionales, dificultades en la regulación emocional y problemas relacionados con el sueño (1,2).

La etapa infantil constituye un periodo especialmente sensible a nivel emocional y social. La exposición temprana a determinados contenidos digitales y la interacción constante en entornos virtuales caracterizados por la comparación social y la búsqueda de reconocimiento pueden influir en el desarrollo cerebral, la autopercepción y en el bienestar emocional de los menores (2,3).

Ante esta realidad, se ha incrementado el desarrollo de intervenciones dirigidas a promover una relación más saludable con las tecnologías digitales y fortalecer las competencias emocionales de la población infantil. Entre las diferentes estrategias propuestas para favorecer el bienestar emocional, los programas basados en Mindfulness o atención plena han adquirido una especial relevancia (4).

El *Mindfulness o atención plena* hace referencia a la capacidad de centrar la atención en el momento presente de forma consciente y aceptante. Esta práctica favorece la regulación emocional, la atención sostenida y el reconocimiento de los propios pensamientos y emociones (4,5).

La evidencia científica disponible sugiere que los programas basados en Mindfulness pueden contribuir a disminuir la sintomatología asociada al estrés y la ansiedad y favorecer el bienestar psicológico en niños y adolescentes. Pese al creciente interés en este ámbito, la investigación sobre su aplicación específica en la ansiedad asociada al uso de redes sociales sigue siendo limitada, por este motivo, se considera necesario seguir profundizando en estas intervenciones como recurso para la promoción del bienestar emocional y la prevención de dificultades de salud mental durante la infancia (6,7).

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La incorporación de redes sociales y dispositivos tecnológicos al entorno infantil se ha intensificado progresivamente, convirtiéndose en un elemento habitual de la vida cotidiana. Aunque estas herramientas ofrecen importantes beneficios en ámbitos como la comunicación y el aprendizaje, su uso también plantea desafíos cada vez más relevantes para el bienestar psicológico y emocional de los niños y niñas (8).

Varios estudios han concluido que el uso intensivo de redes sociales puede asociarse a elevados niveles de ansiedad, especialmente cuando los menores presentan dificultades para gestionar la exposición constante a estímulos digitales, la comparación social o la presión derivada de los entornos virtuales (9,10).

En este contexto, la adquisición de estrategias de gestión emocional adaptativas y de mecanismos de afrontamiento adecuados adquiere una especial relevancia durante la infancia (8,10).

Los programas psicoeducativos representan una herramienta adecuada para abordar este tipo de problemáticas, ya que permiten combinar la educación para la salud con el desarrollo de competencias emocionales y personales. Asimismo, diferentes investigaciones han evidenciado que las intervenciones centradas en Mindfulness contribuyen a disminuir la ansiedad y a favorecer una mejor regulación de las emociones en población infantil y adolescente (11,12).

Por ello, se plantea como objetivo examinar la eficacia de una intervención psicoeducativa basada en Mindfulness dirigida a población infantil relacionada con este tema. Los efectos obtenidos podrían aportar evidencia relevante para el desarrollo de futuras líneas de intervención en atención primaria, salud mental y el entorno educativo (13,14).

5. HIPÓTESIS

Se espera que los niños que participen en el programa psicoeducativo basado en Mindfulness experimenten una disminución más significativa de los niveles de ansiedad relacionados con el uso de redes sociales y dispositivos tecnológicos que aquellos que continúen con las actividades habituales sin recibir la intervención propuesta.

6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La finalidad del presente trabajo es analizar la eficacia de una intervención psicoeducativa basada en Mindfulness, orientada a la población infantil, con el propósito de reducir la ansiedad relacionada con el uso de redes sociales y nuevas tecnologías.

Los objetivos específicos establecidos serían:

- Medir los niveles de ansiedad antes y después del programa psicoeducativo de Mindfulness.
- Analizar los cambios en la capacidad de regulación emocional tras la implementación del programa psicoeducativo basado en Mindfulness.
- Evaluar la evolución de la autoestima en la población infantil tras la intervención.

7. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1. Diseño del estudio

Se desarrollará una investigación cuasi-experimental no aleatorizado, con grupo control y mediciones realizadas antes y después de la intervención (pretest-postest). El estudio tendrá un enfoque prospectivo y longitudinal, permitiendo analizar los cambios producidos a lo largo del tiempo. Su finalidad será determinar si un programa psicoeducativo basado en Mindfulness dirigido a población

infantil contribuye a disminuir la ansiedad relacionada con el uso de redes sociales y dispositivos tecnológicos.

Se efectuará una medición previa al comienzo de la intervención (pretest), una segunda medición al concluir el programa (postest) y una tercera medición de seguimiento a los cuatro meses, con el fin de evaluar la evolución de los efectos de la intervención en el tiempo.

La intervención se aplicará a un grupo experimental, manteniéndose el grupo control con su rutina habitual sin recibir dicha intervención a lo largo del estudio.

Para la evaluación de la validez interna del estudio se seguirán las recomendaciones de la guía TREND (*Transparent Reporting of Evaluations with Non randomized Designs*) con el objetivo de garantizar la calidad metodológica y minimizar posibles sesgos (Anexo I).

7.2. Población diana y población de estudio

La población diana constará de niños y niñas usuarios de redes sociales y nuevas tecnologías, susceptibles de beneficiarse de intervenciones orientadas a la mejora del bienestar emocional y la regulación de la ansiedad asociada a su uso.

La población de estudio se compondrá por niños y niñas con edades comprendidas entre los 8 y 12 años, residentes en el Barrio del Carmen (Murcia), pertenecientes al Área de Salud VII (Murcia Este) y adscritos a la Zona Básica de Salud 17, escolarizados en los colegios del área geográfica limitada.

7.2.1. Criterios de inclusión

- Niños y niñas que vivan en el Barrio del Carmen (Murcia) y pertenezcan al Área de Salud VII.

- Uso habitual de redes sociales o dispositivos tecnológicos.
- Edad comprendida entre 8 y 12 años.
- Comprensión adecuada de los contenidos y capacidad para participar en las actividades incluidas en la intervención
- Disponibilidad para desarrollar el programa psicoeducativo de Mindfulness en su totalidad.
- Disponer del consentimiento informado (*Anexo II*) firmado por los progenitores o tutores legales para su inclusión en el proyecto.

7.2.2. Criterios de exclusión

- Diagnóstico previo de Trastorno Mental Grave (TMG) en estado de descompensación psicopatológica.
- Seguimiento activo en Atención Especializada (Centro de Salud Mental) por diagnóstico ansioso-depresivo y/o trastorno adaptativo en el momento del estudio.
- Dificultades cognitivas que impidan la adecuada comprensión de la intervención o de los instrumentos de evaluación.
- Participación simultánea en otros talleres de intervención psicológica o psicoeducativa similares.
- Dificultad para comprometerse con el programa de psicoeducación de Mindfulness (asistir al menos al 80% de las sesiones).

7.3. Tamaño muestral

Al tratarse de un proyecto de investigación con diseño cuasi-experimental y de ámbito comunitario, se realizará una estimación orientativa del tamaño muestral con el fin de garantizar una muestra mínima que permita valorar el efecto de la intervención.

Para ello, se considerará un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%, estimándose la muestra mínima aproximada de

30 participantes por grupo (grupo intervención y grupo control), siendo necesario un total aproximado de 60 menores.

Asimismo, se tendrá en cuenta la posibilidad de pérdidas durante el seguimiento, por lo que se contemplará incrementar el tamaño muestral inicial en aproximadamente un 10-15%.

7.4. Método de muestreo

Se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia, mediante el cual se seleccionarán los participantes a partir de la población accesible de los centros educativos ubicados en el Barrio del Carmen (Murcia).

Debido a la naturaleza de la intervención y para impedir la contaminación de la muestra, se utilizará un procedimiento de asignación por conglomerados naturales.

De este modo, uno de los centros educativos de la zona será asignado íntegramente como Grupo Experimental (GE), donde se implementará el programa psicoeducativo basado en Mindfulness, mientras que el segundo centro actuará como Grupo Control (GC), manteniendo sus actividades habituales sin recibir la intervención.

7.5. Método de recogida y análisis de los datos

La selección y captación de participantes se efectuará en los centros educativos y centros de salud pertenecientes al Área VII de Salud de Murcia, contando con la colaboración de profesionales docentes y sanitarios. La difusión del estudio se realizará mediante carteles informativos y captación directa de posibles participantes.

El reclutamiento se efectuará a través de los tutores legales de los menores interesados. Tras una sesión informativa, se facilitará el consentimiento informado (Anexo II) y el cuestionario

sociodemográfico (Anexo III). Posteriormente, se comprobará el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Los instrumentos de evaluación serán autoadministrados por los participantes bajo la supervisión de la Enfermera Especialista en Salud Mental (EESM), con el fin de facilitar la comprensión de los cuestionarios y su correcta cumplimentación.

Las variables de estudio se medirán a través de los siguientes instrumentos validados (*Anexos IV, V, VI*):

- *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)* o Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños, para la evaluación de la ansiedad.
- *Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA)* o Cuestionario de Regulación Emocional para niños, para la regulación emocional
- *Rosenberg Self-Esteem Scale* o Escala de Autoestima de Rosenberg, para la autoestima.

Las evaluaciones se realizarán en tres momentos temporales:

- T0: evaluación pre-intervención. Escalas y cuestionarios facilitados la EESM.
- T1: En la última sesión psicoeducativa, la EESM será la encargada de pasar los cuestionarios de las escalas al finalizar dicha sesión. Se realizará al finalizar la última sesión grupal.
- T2: Se volverán a realizar las mediciones de las tres escalas mencionadas por parte de la EESM, correspondiendo a la evaluación de seguimiento, a los cuatro meses tras la intervención.

7.6. Variables del estudio

En el presente estudio se analizarán distintas variables. Por un lado, se dispondrá de la variable independiente (programa de psicoeducación de Mindfulness (intervención) y, por otro lado, las variables dependientes que se exponen a continuación.

7.6.1. Variable principal

La variable principal es el nivel de ansiedad, definido como el grado de sintomatología ansiosa presente en la población infantil asociada a la exposición a redes sociales y tecnologías digitales.

Esta variable se medirá mediante el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños, *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)* (Anexo IV), escala validada para población infantil.

Se trata de una variable cuantitativa continua, expresada en la puntuación total obtenida en la escala, donde valores más elevados indican mayor nivel de ansiedad.

7.6.2. Variables secundarias

Regulación emocional

La regulación emocional hace referencia a la capacidad de reconocer, comprender y manejar las propias emociones de forma eficaz y adaptativa.

Será evaluada mediante el Cuestionario de Regulación Emocional para niños, *Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA)* (Anexo V), instrumento validado para población infantil.

Se trata de una variable cuantitativa continua, expresada en la puntuación total obtenida en la escala.

Autoestima

La autoestima hace referencia a la percepción y valoración que una persona tiene de sí misma.

Se medirá mediante la escala validada en población infanto-juvenil, Escala de Autoestima de Rosenberg, *Rosenberg Self-Esteem Scale adaptada (Anexo VI)*.

Se trata de una variable cuantitativa continua, expresada en la puntuación total obtenida.

7.6.3. Variables sociodemográficas

Se recogerán variables sociodemográficas con el fin de caracterizar la muestra, siendo estas: edad (años), variable cuantitativa continua; sexo, variable cualitativa nominal; curso escolar, variable cualitativa ordinal; uso habitual de redes sociales o dispositivos tecnológicos, variable cualitativa dicotómica; y tiempo aproximado de uso diario de dispositivos tecnológicos o redes sociales fuera del horario escolar, variable cualitativa ordinal. Para más información, véase *Anexo III*.

7.7. Intervención

Se desarrollará un programa psicoeducativo de Mindfulness formado por seis sesiones de 60 minutos de duración, impartido por Enfermeras Especialistas en Salud Mental en la sala de terapia del Centro de Salud Mental Infantil del Palmar, ubicado en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

La intervención se realizará en tres grupos de diez participantes durante una duración total de seis semanas (una sesión semanal).

Además, a los cuatro meses de finalizar la intervención, se llevará a cabo una nueva sesión de recogida de datos.

La intervención se efectuará con un grupo cerrado. Por tanto, no se admitirán nuevos integrantes tras el inicio del programa ni se sustituirá a quienes lo abandonen. Los tres grupos recibirán la intervención en condiciones similares. La inclusión del sujeto en uno u otro grupo se deberá al azar.

7.8. Estrategia de análisis estadístico

La información obtenida a partir de las escalas autoadministradas será registrada mediante el programa informático *Microsoft Excel*. Posteriormente, el análisis estadístico se llevará a cabo utilizando el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Como paso previo al análisis principal, se describirán las características sociodemográficas de los participantes. La información correspondiente a las variables continuas se resumirá mediante los estadísticos más adecuados en función de la distribución de los datos, utilizando media y desviación estándar o, alternativamente, mediana y rango intercuartílico. Por su parte, las variables de naturaleza cualitativa se representarán mediante valores absolutos y porcentuales.

Se analizarán las variables dependientes del estudio (nivel de ansiedad, regulación emocional y autoestima) en los distintos momentos de medición (pre-intervención, post-intervención y seguimiento a los cuatro meses).

Para analizar las diferencias en las medias entre dos momentos de evaluación se recurrirá a la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. Cuando las comparaciones incluyan más de dos mediciones, se aplicará un análisis de la varianza de medidas

repetidas (ANOVA), siempre que se cumplan los supuestos de normalidad. En aquellos casos en los que dichos supuestos no se verifiquen, se emplearán alternativas no paramétricas, como la prueba de Wilcoxon para datos apareados.

Del mismo modo, se realizará una comparación entre el grupo de intervención y el grupo control con el objetivo de examinar el efecto de la intervención. Paralelamente, se analizarán también los cambios individuales de cada participante en las distintas escalas autoadministradas a lo largo de los tres momentos de evaluación establecidos.

Se adoptará un nivel de significación estadística de $p < 0,05$, junto con un intervalo de confianza del 95%.

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS

Si se confirma la hipótesis propuesta, se pondrían de manifiesto la utilidad de los programas psicoeducativos basados en Mindfulness como herramienta eficaz para reducir la ansiedad asociada al uso de redes sociales y nuevas tecnologías en población infantil. Desde el ámbito de Enfermería Especialista en Salud Mental, este tipo de intervenciones permitiría desarrollar estrategias preventivas orientadas a promover el bienestar emocional, la autoestima y la autorregulación emocional desde edades tempranas (9).

Asimismo, el Mindfulness podría ser un elemento protector frente a las consecuencias derivadas de la hiperconectividad y del uso intensivo de dispositivos tecnológicos, favoreciendo un desarrollo más adaptativo de funciones relacionadas con la atención, el control emocional y la gestión de impulsos. La reducción de los niveles de ansiedad también podría prevenir la aparición de síntomas psicológicos y físicos a medio y largo

plazo, como alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultades de concentración o problemas académicos (7,9).

Desde una perspectiva de salud comunitaria y mental, los resultados podrían respaldar la incorporación de programas de Mindfulness en contextos escolares y sanitarios, reforzando el papel de Enfermería en la promoción de un uso saludable de las tecnologías digitales y en la prevención de trastornos de salud mental en población infantil (8,10).

9. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realizó una búsqueda de la evidencia científica más actualizada. De este modo, se analizó el tesoro de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los términos “*Medical Subject Headings*” (MeSH). Las palabras clave empleadas fueron: “Juventud”, “Niño”, “Salud Mental”, “Atención Plena”, “Ansiedad”, “Redes Sociales”, “*Adolescent*”, “*Child*”, “*Mental Health*”, “*Mindfulness*”, “*Anxiety*” y “*Social Media*”.

Las bases de datos informatizadas, internacionales y nacionales utilizadas fueron: Pubmed, Cochrane Library, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y CUIDEN.

Los artículos seleccionados contenían los descriptores MeSH unidos mediante operadores booleanos (*AND/OR*). En las bases de datos españolas, se emplearon los tesauros o DeCS (“Juventud”, “Niño”, “Salud Mental”, “Atención Plena”, “Ansiedad” y “Redes Sociales”).

La búsqueda fue ampliada y completada con una búsqueda bibliográfica inversa a partir de los artículos y revistas científicas seleccionadas. No fueron consultadas otras fuentes de literatura gris como actas de congresos, tesis, trabajos no publicados o informes en páginas web oficiales. Tampoco hubo contacto con expertos.

Los criterios de inclusión establecidos comprendieron artículos publicados entre los años 2021 y 2026, en inglés y español y a texto completo, que

incluyeran a la población infantil y abordaran intervenciones relacionadas con Mindfulness o el uso de tecnologías digitales.

10. LIMITACIONES, POSIBLES SESGOS Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

10.1. Limitaciones y posibles sesgos

- Posible sesgo de no respuesta asociado a la naturaleza longitudinal del estudio y a su amplia duración. Para minimizar este riesgo se establecerían recordatorios previos a las sesiones, indicando el horario y la ubicación de la formación, para intentar disminuir el número de pérdidas.
- El tamaño muestral podría resultar limitado, afectando a la potencia estadística del estudio.
- La utilización de cuestionarios autoadministrados puede conllevar la aparición de sesgos de información, como el sesgo de deseabilidad social o la falta de precisión en las respuestas.
- También puede producirse el “efecto Hawthorne”, puesto que los participantes saben que forman parte de una investigación y que estarán siendo estudiados.
- Dificultad para implementar enmascaramiento (simple, doble o triple ciego) debido a la naturaleza de la intervención.
- Se incluyen menores con diferente rango de edad y educación, por tanto, puede existir una alta variedad de necesidades de estos.
- El diseño no aleatorizado puede favorecer la aparición de sesgos de selección y limitar la comparabilidad entre grupos.
- La utilización de una muestra procedente de una única zona geográfica puede limitar la capacidad de generalización de los resultados.

10.2. Fortalezas

- Bajo coste económico y de recursos materiales y humanos, lo que facilita su implementación.
- La utilización de escalas validadas en población infanto-juvenil garantiza la fiabilidad y validez de las mediciones.
- La recogida de datos en diferentes momentos temporales permite analizar la evolución de las variables y valorar el efecto de la intervención a corto y medio plazo.
- Se trata de un estudio fácilmente reproducible, lo que permite su aplicación en otros contextos y la comparación de resultados
- La intervención se desarrolla desde el ámbito de Enfermería Especialista en Salud Mental, lo que favorece un abordaje integral y la promoción del bienestar emocional.
- El trabajo se enmarca en el ámbito de atención primaria, lo que facilita la detección precoz y la implementación de intervenciones preventivas.
- Se aborda una problemática emergente relacionada con el uso de redes sociales y nuevas tecnologías en población infantil.

11. POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS

Durante el desarrollo del presente proyecto se llevó a cabo la tramitación ante el Comité de Ética e Integridad en la Investigación (CEII) de la Universidad Miguel Hernández para la obtención del Código de Investigación Responsable (COIR), recogido en el *Anexo VII*, así como la gestión de los procedimientos pertinentes con la Oficina de Investigación Responsable.

Para asegurar el cumplimiento de los principios éticos de la investigación, se solicitará el consentimiento informado de los progenitores o tutores legales de los menores participantes (*Anexo II*).

Asimismo, previamente al inicio del estudio, se contactará con los centros escolares, el centro de atención primaria de la zona y el Centro de Salud Mental Infantil donde se desarrollará la investigación, obteniendo las autorizaciones y permisos correspondientes, así como la aprobación de la Dirección Médica y de Enfermería del Área VII de Salud de la Región de Murcia (*Anexo VIII*).

La información personal recopilada de los participantes se tratará acorde a lo establecido en la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*.

12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA

El trabajo de investigación está estructurado en las siguientes fases:

Fase 1. Preparación y planificación.

- Análisis de la evidencia científica disponible y elaboración del proyecto de investigación.
- Diseño del sistema de recogida de datos mediante *Microsoft Excel*.
- Búsqueda de un software estadístico para el tratamiento y análisis de los datos.

Fase 2. Selección y reclutamiento de los participantes.

- Difusión del proyecto mediante captación directa, carteles informativos y coordinación con centros escolares y profesionales sanitarios.
- Selección de los participantes siguiendo criterios establecidos.
- Distribución de los participantes en GE y GC.
- Recogida de variables sociodemográficas y evaluación pre intervención mediante las escalas de los *Anexos IV, V, VI*.

Fase 3. Implementación del programa psicoeducativo.

La aplicación de la intervención se realizará en un plazo de seis semanas, realizándose una sesión semanal de 60 minutos. Cada sesión incluirá una breve revisión de contenidos previos y actividades, una parte psicoeducativa, una parte práctica basada en técnicas de relajación y Mindfulness y un espacio final de cierre y resolución de dudas.

La estructura de las sesiones es la siguiente:

- *Semana 1.* Presentación equipo, dinámica grupal, presentación programa y normas del grupo.
- *Semana 2.* Estrés y ansiedad. Respiración abdominal “Equilibrio sobre el estómago”.
- *Semana 3.* Crisis de ansiedad. Hiperventilación y relajación muscular progresiva de Jacobson adaptada a población infantil.
- *Semana 4.* Reconocimiento de emociones y gestión emocional. Relajación rápida con Tensión en 4 grupos musculares.
- *Semana 5.* Autoestima y establecimiento de límites. Actividad de atención plena “Mirarse al espejo”.
- *Semana 6.* TICs, falsos mitos y uso saludable de las redes sociales y nuevas tecnologías. Visualización guiada. Cierre del programa.

Fase 4. Evaluación post-intervención mediante las escalas de los *Anexos IV, V, VI*.

Fase 5. Evaluación a los 4 meses.

Se procederá a la medición a los cuatro meses de la finalización del estudio mediante las escalas de los *Anexos IV, V, VI*.

Fase 6. Análisis estadístico de los datos y difusión de los resultados.

- Realización del análisis estadístico y datos derivados del estudio mediante el software estadístico *SPSS Statistics v29*.

- Interpretación de resultados y difusión de las conclusiones derivadas del estudio.

Para consultar el cronograma de trabajo, véase el *Anexo IX*.

13. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD

Se dispondrá de la participación del investigador principal, que asumirá la coordinación general del estudio, así como con la colaboración de los docentes de los centros implicados y de la enfermera referente del Centro de Salud del Barrio del Carmen, encargada de apoyar en la captación y reclutamiento de participantes y en la difusión de la información.

Asimismo, intervendrán tres enfermeras especialistas en salud mental (EESM), que serán las responsables de la implementación del taller de psicoeducación en el Centro de Salud Mental Infantil del Palmar, ubicado en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca (HPRA).

De forma complementaria, se requerirá la participación del personal administrativo del HPRA para la gestión de agendas, organización de las citas de los pacientes y resolución de dudas, así como de un profesional estadístico que se encargará del análisis de los datos obtenidos.

14. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN

Las sesiones del programa se realizarán en las consultas de la primera planta del Centro de Salud Mental Infantil del Palmar (HPRA), las cuales disponen del mobiliario adecuado y garantizan la privacidad necesaria para el desarrollo del trabajo clínico y grupal.

En cuanto a la instrumentación, se emplearán escalas de evaluación pre y post-intervención (*Anexos IV, V y VI*) para las variables, así como material didáctico que incluirá guías psicoeducativas, recursos para técnicas de relajación y apoyo multimedia. Asimismo, se utilizarán los

equipos informáticos del centro para el registro de datos, junto con ordenador y proyector para el desarrollo de las sesiones.

15. PRESUPUESTO DETALLADO

El proyecto no requiere financiación externa. Para el desarrollo del programa se requerirían los siguientes recursos:

- Recursos humanos:
 - Profesores, enfermera de zona, enfermeras especialistas en salud mental y personal administrativo: 0 € (participación dentro del horario laboral).
 - Estadístico: 250 € aproximadamente.
- Recursos materiales:
 - Material inventariable y fungible (bolígrafos, libros, folios, grapadoras, archivadores, tóner de impresora, rotuladores, etc.): 50 € aproximadamente.
 - Material utilizado en el reclutamiento (carteles de difusión): 15 € aproximadamente.
 - Impresión de cuestionarios y material de evaluación: 80 € aproximadamente.

Además, se reservará un 5 % adicional del presupuesto total destinado a cubrir posibles imprevistos o la reposición de material fungible durante el desarrollo de la intervención, por lo que el coste final aproximado sería de 415 €.

16. BIBLIOGRAFÍA

1. Regalado Chamorro M, Medina Gamero A, Tello Cabello R. La salud mental en adolescentes: Internet, redes sociales y psicopatología. *Aten Primaria*. 2022;54(12):102487. doi:10.1016/j.aprim.2022.102487
2. Vaquero L, Groves K, Muñoz-Vidal EL, James K, Marlor JL, McIntyre C, et al. Studying the effects of digital arts-based interventions on teenagers' social media usage, brain connectivity, and mental health: study protocol of the SMART project. *Eur J Psychotraumatol*. 2025;16(1):2550079. doi:10.1080/20008066.2025.2550079
3. Campodónico N, Encarnación Aucapiña I. Revisión sistemática sobre la influencia de las redes sociales en la autoestima de los adolescentes. *Psicología UNEMI*. 2024;8(15):73-87. doi:10.29076/issn.2602-8379vol8iss15.2024pp73-87p
4. Zhang D, Lee EKP, Mak ECW, Ho CY, Wong SYS. Mindfulness-based interventions: an overall review. *Br Med Bull*. 2021;138(1):41-57. doi:10.1093/bmb/ldab005
5. Díez GG, Castellanos N. Investigación de mindfulness en neurociencia cognitiva. *Rev Neurol*. 2022;74(5):163-169. doi:10.33588/rn.7405.2021014.
6. Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J, et al. Research review: the effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(3):244-258.

7. Carneiro BD, Pozza DH, Costa-Pereira JT, Tavares I. Mindfulness in mental health and psychiatric disorders of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pediatr Rep.* 2025;17(3):59.
8. Agyapong-Opoku N, Agyapong-Opoku F, Greenshaw AJ. Effects of social media use on youth and adolescent mental health: A scoping review of reviews. *Behav Sci (Basel).* 2025;15(5):574.
9. Quaglia R, et al. Randomized trial on the effects of a mindfulness intervention on temperament, anxiety, and depression in primary school children. *Behav Sci (Basel).* 2022;12(3):74. doi:10.3390/bs12030074
10. Valkenburg PM, Meier A, Beyens I. Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. *Curr Opin Psychol.* 2022;44:58–68.
11. Felver JC, Celis-de Hoyos CE, Tezanos K, Singh NN. Effectiveness and mechanisms of change of a mindfulness-based intervention on elementary school children: a cluster-randomized control trial. *J Sch Psychol.* 2023;99:101211.
12. Treves IN, Olson HA, Ozernov-Palchik O, Li CE, Wang KL, Arechiga XM, et al. At-home use of app-based mindfulness for children: a randomized active-controlled trial. *Mindfulness.* 2023;14(11):2728-2744.
13. Gega L, Dekkers TJ. Editorial: child and adolescent mental health research in a digital age: missed opportunities and overlooked threats. *Child Adolesc Ment Health.* 2026. doi:10.1111/camh.70087.

14. Di Iorio G, Esposito D, Romano S, Panvino F, Altomonte B, Conte G, et al. Navigating child and adolescent mental health in the digital age. *Front Psychiatry*. 2025; 16:1514806.



17. ANEXOS

ANEXO I. GUÍA TREND (TRANSPARENT REPORTING OF EVALUATIONS WITH NON RANDOMIZED DESIGNS)

TABLA 1
El cuestionario TREND (versión 1.0)

Sección	N.º	Descripción	Ejemplo
Título y resumen	1	Información sobre el procedimiento de asignación de las intervenciones. Resumen estructurado. Información de la población objetivo y de la estudiada. Antecedentes científicos y justificación del método empleado	1
Introducción			
Antecedentes	2	Teorías en las que se basa el diseño de intervenciones sobre el comportamiento	2
Métodos	3	Criterios de selección de participantes, incluidos criterios de inclusión en los diferentes niveles de reclutamiento y el plan de muestreo (ejemplo: ciudades, clínicas, sujetos)	
Participantes		Métodos de reclutamiento (ejemplo: derivación, selección propia), incluido el método de muestreo si se utilizó un plan sistemático de muestreo.	3.1
		Lugares e instalaciones en que se efectuó el registro de datos	3.2
Intervenciones	4	Detalles de las intervenciones propuestas para cada alternativa en estudio, y cómo y cuándo se las administró, incluyendo específicamente: elemento/sustancia; ¿qué fue lo que se administró? Método de administración: ¿cómo se administró el elemento o la sustancia? Unidad de administración: ¿cómo se agrupó a los sujetos durante el proceso de administración? ¿Quién administró la intervención?	4.1
		Instalaciones en las que se administró la intervención	4.2
		Cantidad y duración de la exposición: ¿cuántas sesiones o episodios o acontecimientos se propuso? ¿Cuánto tiempo se propuso que duraran?	4.3
		Cronología: ¿cuánto tiempo se consideró necesario para administrar la intervención a cada unidad? Medidas propuestas para mejorar el cumplimiento o la adhesión al estudio (ejemplo: incentivos)	4.4
Objetivos	5	Objetivos específicos e hipótesis	4.5
Variables	6	Variables principales y secundarias que miden la respuesta, claramente definidas. Métodos utilizados para registrar los datos y todos los métodos utilizados para mejorar la calidad de las determinaciones. Información sobre el empleo de instrumentos validados, tales como pruebas psicométricas o biométricas	6
Tamaño muestral	7	Forma de determinar el tamaño muestral y, cuando resulte adecuado, descripción de los análisis intermedios y de las reglas de parada del estudio	
Método de asignación	8	Unidad de asignación (si la unidad que se asigna a cada alternativa en comparación es un individuo, grupo o comunidad). Procedimiento usado para asignar las unidades, incluida la información sobre cualquier criterio de exclusión (ejemplo: formación de bloques, estratificación, minimización). Inclusión de los métodos utilizados para reducir los sesgos potenciales por no haber distribuido la muestra de forma aleatoria (ejemplo: apareamiento)	8
Enmascaramiento	9	Especificación de si los participantes, los que administraron la intervención y los que valoraron los resultados desconocían o no la asignación de los participantes a las alternativas estudiadas. En caso afirmativo, información acerca de cómo se cumplió el anonimato y las medidas utilizadas para verificarlo	9
Unidad de análisis	10	Descripción de la unidad más pequeña analizada para valorar los efectos de la intervención (ejemplo: individuo, grupo o comunidad). Si la unidad analizada difiere de la unidad asignada en el estudio, qué método analítico se ha usado para controlar esta diferencia (ejemplo: ajustando las estimaciones del error estándar mediante el efecto de diseño o utilizando análisis multivariante)	10
Métodos estadísticos	11	Métodos estadísticos empleados para analizar las variables principales, incluidas las técnicas más sofisticadas de análisis de datos. Métodos estadísticos utilizados para análisis adicionales, como análisis de subgrupos y análisis ajustados. Métodos para gestionar los valores faltantes y, si se incluyen, determinar sus valores. Programas estadísticos utilizados	
Resultados			
Flujo de participantes	12	Flujo de participantes en las diferentes etapas del estudio: reclutamiento, asignación, inclusión y exposición a la intervención, seguimiento y análisis (se recomienda utilizar un diagrama) Reclutamiento: número de participantes cribados; elegibles; no elegibles; que rechazaron la inclusión, e incluidos en el estudio Asignación: número de participantes asignados de acuerdo con las condiciones del estudio Inclusión y exposición a la intervención: número de participantes asignados a cada alternativa del estudio y número de participantes que recibieron estas alternativas Seguimiento: número de participantes en cada alternativa del estudio; número de los que completaron y no completaron el seguimiento (ejemplo: pérdidas de seguimiento) Análisis: número de participantes incluidos y excluidos del análisis principal, para cada alternativa estudiada Descripción de las desviaciones del protocolo, junto con los respectivos motivos	
Reclutamiento	13	Fechas correspondientes a los períodos de reclutamiento y de seguimiento	
Datos basales	14	Datos demográficos basales y características clínicas de los participantes según cada alternativa del estudio. Comparación de los datos basales de las pérdidas de seguimiento y de los participantes que completaron el estudio, en conjunto y según las alternativas estudiadas. Comparaciones entre los datos basales de la población estudiada y de la población diana	14

(Continúa en pág. siguiente)

TABLA 1

El cuestionario TREND (versión 1.0) (continuación)

Sección	N.º	Descripción	Ejemplo
Datos basales, equivalencia	15	<i>Información sobre la equivalencia basal de los grupos estudiados y métodos estadísticos utilizados para controlar las diferencias basales</i>	15
Análisis cuantitativo	16	Número de participantes (denominador) incluidos en el análisis de cada alternativa del estudio, especialmente cuando los denominadores cambian en diferentes resultados; exposición de los resultados en cifras absolutas cuando sea posible Indicación de si la estrategia del análisis se basa en la «intención de tratar» o, en caso contrario, descripción de cómo se analiza a los participantes que no cumplen con el protocolo	16
Resultados y tendencias	17	Para cada variable principal y secundaria, un resumen de los resultados de cada alternativa del estudio, junto con la estimación del efecto (<i>effect size</i>) y un intervalo de confianza para indicar la precisión de su estimación Inclusión de los resultados no modificados o negativos <i>Inclusión de los resultados obtenidos en la comprobación de los mecanismos causales que se supone que explican el efecto de la intervención, en caso de que existan</i>	
Análisis secundarios	18	Resumen de otros análisis efectuados, incluidos análisis de subgrupos o análisis restringidos, indicando si estaban previstos y si son de carácter exploratorio	18
Acontecimientos adversos	19	Resumen de todos los acontecimientos adversos importantes o de los efectos no esperados en cada alternativa del estudio (medidas adoptadas, estimación del tamaño del efecto e intervalos de confianza)	19
Discusión			
Interpretación	20	Interpretación de los resultados, teniendo en cuenta las hipótesis del estudio, las fuentes potenciales de sesgos, imprecisión de las determinaciones, análisis repetitivos y otras limitaciones o debilidades del estudio <i>Discusión de los resultados, considerando los mecanismos mediante los que actúa la intervención (vías causativas), o los mecanismos o explicaciones alternativas, problemas para ponerlos en práctica y para implementarlos</i> <i>Discusión de la investigación: programática, o implicaciones prácticas</i>	
Extrapolación	21	Extrapolación (validez externa) de los resultados del ensayo, considerando: población estudiada, características de la intervención, duración del seguimiento, <i>incentivos, proporción de cumplimiento, lugares e instalaciones específicas que han participado en el estudio</i> , y otros aspectos relacionados con este contexto	
Evidencias en conjunto	22	Interpretación general de los resultados en el marco de la información aportada y de las teorías aceptadas en general	

Observaciones. El enmascaramiento de los participantes o de los que administran la intervención puede resultar imposible o innecesario en muchas intervenciones sobre la conducta. Se puede informar de las teorías usadas para diseñar la intervención (apartado 2) como parte del apartado 4. La comparación entre las características basales de la población en estudio y las de la población diana (apartado 14) se puede informar como parte del apartado 21. Las descripciones en cursiva han sido añadidas, modificadas o resaltadas de la declaración CONSORT. Las secciones y las descripciones en cursiva no se encuentran incluidas en la declaración CONSORT, pero se consideran importantes en el caso de intervenciones sobre el comportamiento que utilizan diseños experimentales no aleatorizados. La declaración CONSORT o el documento explicativo¹⁴ proporcionan ejemplos significativos para las secciones o las descripciones impresas en letra normal. En *Annals of Internal Medicine* se ha publicado un formato estructurado para la discusión (información para los autores; www.annals.org).

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE

D./Dña. _____, con DNI _____,

DECLARO QUE:

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

He recibido información verbal sobre el objetivo y fundamento científico del estudio, así como el contenido y procedimiento de este.

He tenido oportunidad de plantear mis dudas y cuestiones sobre el estudio, las cuales se han respondido de forma satisfactoria.

Soy consciente de la voluntariedad de mi participación en el estudio y de la posibilidad de retirarme del mismo:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados sanitarios.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y uso de mis datos en las condiciones incluidas en la hoja de información.

He recibido una copia de este documento.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha:

Fecha:

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

D./Dña. _____, con DNI _____,

revoco el consentimiento prestado en fecha y manifiesto mi deseo de cesar la participación en el estudio "EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO BASADO EN MINDFULNESS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD ASOCIADA AL USO DE LAS REDES SOCIALES Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN POBLACIÓN INFANTIL".

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha:

Fecha:

ANEXO III. CUESTIONARIO VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Marque la casilla correspondiente o rellene el hueco en blanco:

1. Edad en años: _____

2. Sexo:

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Otro / Prefiere no contestar

3. Curso escolar:

- ☐ 3º de Educación Primaria
- ☐ 4º de Educación Primaria
- ☐ 5º de Educación Primaria
- ☐ 6º de Educación Primaria

4. ¿Utilizas habitualmente redes sociales o dispositivos tecnológicos (teléfono móvil, tablet, videojuegos, ordenador, etc.)?

- ☐ Sí
- ☐ No

5. Tiempo aproximado de uso diario de dispositivos tecnológicos o redes sociales fuera del horario escolar:

- ☐ Menos de 1 hora
- ☐ Entre 1 y 2 horas
- ☐ Entre 2 y 4 horas
- ☐ Más de 4 horas

ANEXO IV. STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY FOR CHILDREN (STAI-C)

ANSIEDAD-ESTADO		
<i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted ahora mismo</i>, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO

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

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

ANEXO V. EMOTION REGULATION QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS (ERQ-CA)

<i>¿Qué tanto se parecen las afirmaciones a lo que tú haces realmente?</i>	1 Nada parecido a mí	2 Poco parecido a mí	3 Se parece a mí	4 Bastante parecido a mí	5 Exactamente igual a mí
1. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción positiva (como alegría o felicidad), cambio lo que estoy pensando.					
2. Me reservo mis emociones para mí mismo/a.					
3. Cuando quiero sentir menos intensamente una emoción negativa (como tristeza o enojo), cambio lo que estoy pensando.					
4. Cuando tengo emociones positivas, pongo mucho cuidado en no expresarlas.					
5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar sobre esa situación de una forma que me ayude a mantener la calma.					
6. Controlo mis emociones, no expresándolas.					
7. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción positiva, cambio mi manera de pensar acerca de la situación.					
8. Controlo mis emociones cambiando mi manera de pensar acerca de la situación en la que estoy.					
9. Cuando siento emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.					
10. Cuando quiero sentir con menor intensidad una emoción negativa, cambio mi manera de pensar acerca de esa situación.					

ANEXO VI. ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE ADAPTADA

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Siento que soy una persona de valor, al menos tanto como los demás.	A	B	C	D
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	A	B	C	D
3	En general, me inclino a pensar que soy un fracaso.	A	B	C	D
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	A	B	C	D
5	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	A	B	C	D
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	A	B	C	D
7	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	A	B	C	D
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	A	B	C	D
9	Hay veces en las que pienso que soy un inútil.	A	B	C	D
10	A veces creo que no soy buena persona.	A	B	C	D



ANEXO VII. CÓDIGO DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE (COIR)

Una vez revisada su solicitud de evaluación ética le comunicamos que la misma ha sido **AUTORIZADA**:

Nombre del tutor/a:	PABLO CHICO SANCHEZ
Nombre del estudiante:	ALEJANDRA HERNANDEZ CARRILLO
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO BASADO EN MINDFULNESS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD ASOCIADA AL USO DE LAS REDES SOCIALES Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN POBLACIÓN INFANTIL
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260428081906
Código de autorización COIR	TFM.MPA.PCS.AHC.260428
Caducidad	2 años

ANEXO VIII. SOLICITUD DE APROBACIÓN A LA DIRECTIVA DEL CENTRO

Sr/a. Coordinador y Sr/a Supervisora de Enfermería del Centro de Salud Mental Infantil del área I de salud correspondiente al complejo Hospitalario Psiquiátrico del Palmar,
*Con el fin de poder llevar a cabo la realización del proyecto de investigación “**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO BASADO EN MINDFULNESS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD ASOCIADA AL USO DE LAS REDES SOCIALES Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN POBLACIÓN INFANTIL**” de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.*

*D.ª Dña. **ALEJANDRA HERNÁNDEZ CARRILLO**, graduada en Enfermería y Especialista en Salud Mental*

SOLICITA

Que, sea revisada la Memoria adjunta y por parte de este Servicio se dé AUTORIZACIÓN para la realización del proyecto, sabiendo que en todo momento se ajustará a la legislación vigente en cuanto a confidencialidad y protección de datos se refiere. Así mismo nos comprometemos a informar de los resultados de este. Esperando su informe favorable, quedamos a su entera disposición.

Atentamente.

Firmado

En Murcia, a _____ de _____ de 20__

ANEXO IX. CRONOGRAMA

FASES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	MES 13
FASE 1. Preparación y planificación													
FASE 2. Selección, reclutamiento de los participantes y Evaluación pre- intervención													
FASE 3. Implementación del programa													
FASE 4. Evaluación post- intervención													
FASE 5. Evaluación a los 4 meses													
FASE 6. Análisis estadístico de los datos y difusión													