



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina

Ciberadicción y habilidades sociales de los estudiantes del “Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro”

**Trabajo de Titulación previa a la
obtención de Título de Médico General.**

AUTOR:

Génesis Dayana Gallegos Illescas

DIRECTOR:

Dra. María Susana González García Mg.Sc

Loja -
Ecuador
2022

ii. Certificación

Loja, 29 de septiembre del 2022

Dra. Maria Susana González Garcia. Mg.Sc

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Titulación denominado: “**Ciberadicción y habilidades sociales de los estudiantes del ‘Colegio Carmen Mora De Encalada Pasaje-El Oro’**”, previo a la obtención del título de **Medico General**, de la autoría de la estudiante **Génesis Dayana Gallegos Illescas** , con cédula de identidad Nro.**0704885714** una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.

Atentamente



.....
Dra. María Susana González García Mg.Sc
DIRECTORA DE TESIS

iii. Autoría

Yo, **Genesis Dayana Gallegos Illescas**, declaro ser autor/a del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Gallegos Illescas Génesis Dayana

Firma:

Cédula de identidad: 0704885714

Fecha: 25 de noviembre del 2022

Correo: genesis.gallegos@unl.edu.ec

Teléfono: 0993051513

iv. Carta de Autorización

Yo, Génesis Dayana Gallegos Illescas, declaro ser autor/a del Trabajo de Titulación denominado: **Ciberadicción y habilidades sociales de los estudiantes del ‘‘Colegio Carmen Mora De Encalada Pasaje-El Oro’’** como requisito para optar por el título de **Medico General** autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 25 días del mes de noviembre del dos mil veintidós.

Firma: _____

Autora: Gallegos Illescas Génesis Dayana

Cédula de identidad: 0704885714.

Dirección: c/ Mayas y Jose Samaniego

Correo electrónico: genesis.gallegos@unl.edu.ec

Teléfono: 0993051513

Datos complementarios

Directora del Trabajo de Titulación: Dra. María Susana González García Mg.Sc

Tribunal de grado:

Presidente/a: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc

Vocal: Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.

v. Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado a mis padres que con su apoyo, esfuerzo y amor incondicional me han guiado en esta etapa de mi vida, para cumplir con mi meta más deseada de formarme como futura médica; a mi hermana pequeña que llena de alegría mi vida y me alegra en momentos difíciles; a mi familia y amigas/os por brindarme compañía, confianza y apoyo y por todos los momentos vividos durante estos años de estudio.

Gallegos Illescas Génesis Dayana

vi. Agradecimiento

Quiero agradecer a Dios, que me ha dado fuerzas para llegar hasta esta instancia de mi carrera; a mis padres por brindarme apoyo y guiarme a lo largo del camino para desarrollarme como profesional y formarme como futura medica; que han hecho posible cumplir con esta meta de mi vida. A la Universidad Nacional de Loja y en especial a la Facultad de la Salud Humana que me dieron la oportunidad de formarme como doctora. A mi docente de titulación Dra. Sandra Mejía por guiarnos, apoyarnos y aconsejarnos en todo momento, para dar lo mejor de nosotros y cumplir con nuestro objetivo A mi directora de trabajo de titulación Dra. Susana Gonzales por su paciencia y apoyo. A mis profesores y maestros, quienes a lo largo de estos cinco años me han brindado sus mejores enseñanzas.

Gallegos Illescas Génesis Dayana

Índice

Portada	i
Certificación (trabajo de Integración Curricular o de Titulación) – director/a.....	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
Índice de contenidos	xi
Índice de Tablas.....	xi
Índice de Anexos.....	xii
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	7
4.1. Internet	7
4.1.1. Definición	7
4.1.2. Servicios de internet	7
4.1.2.1. Redes sociales	7
4.1.2.2. Juegos en línea	8
4.1.2.3. Correo electrónico	8
4.1.2.4. World Wide Web	9
4.1.3. Internet en Ecuador	9
4.2. Adicción al internet	9
4.2.1. Definición	9
4.2.2. Etiología	10
4.2.2.1 Factores neuro-anatómicos	10
4.2.2.2. Factores biológicos	10
4.2.2.3. Factores individuales	10

4.2.2.4. <i>Factores relacionados con Internet.</i>	10
4.2.3 Epidemiología.	11
4.2.4. Fisiopatología.	11
4.2.5. Factores de riesgo.	13
4.2.5. 1. <i>Las cualidades de Internet.</i>	13
4.2.5. 2. <i>Aplicaciones adictivas.</i>	13
4.2.5.4. <i>Satisfacción sexual.</i>	13
4.2.5.3. <i>Apoyo social</i>	13
4.2.5.5. <i>Creación de personalidad ficticia.</i>	13
4.2.5.6. <i>Personalidades reveladas.</i>	13
4.2.5.7. <i>Reconocimiento y poder.</i>	13
4.2.6. Tipos de ciberadicción.	14
4.2.7. Manifestaciones clínicas.	15
4.2.8. Diagnostico	16
4.2.8.1. <i>Test de Adicción a Internet.</i>	16
4.2.8.2. <i>Otros cuestionarios.</i>	16
4.2.9. Consecuencias.	17
4.2.9.1. <i>Trastornos psicosociales.</i>	17
4.2.9.2. <i>Trastornos académicos.</i>	18
4.2.9.3. <i>Trastornos familiares.</i>	18
4.2.10. Tratamiento.	19
4.2.10.1. <i>Fases del tratamiento</i>	20
4.2.11. Prevención.	20
4.2.11.1. <i>Tiempo de uso.</i>	20
4.2.11.2. <i>Privacidad.</i>	20
4.2.11.3. <i>Contenidos.</i>	20
4.2.11.4. <i>Familia.</i>	21
4.2.12. Ciberadicción y habilidades sociales.	21
4.2.13. Ciberadicción y adolescencia.	21
4.3. Habilidades sociales	22

4.3.1. Definición.	22
4.3.2. Importancia.....	22
4.3.4. Tipos.	23
4.3.4.1. <i>Habilidades sociales básicas.</i>	23
4.3.4.2. <i>Habilidades sociales avanzadas.</i>	23
4.3.4.3. <i>Habilidades sociales emocionales.</i>	24
4.3.4.4. <i>Habilidades sociales negociadoras.</i>	24
4.3.4.5. <i>Habilidades sociales organizadoras.</i>	24
4.3.5. Lista de habilidades sociales.	24
4.3.6. La adquisición de habilidades sociales.	25
4.3.7. Factores que influyen negativamente en las habilidades sociales.	25
4.3.8. Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales.	26
4.3.9. Terapia de habilidades sociales.	27
4.3.10. Habilidades sociales y adolescencia.	28
4.4. Adolescencia.....	28
4.4.1. Definición.	28
4.4.2. Etapas.	29
4.4.2.1. <i>Adolescencia temprana o inicial.</i>	29
4.4.2.2. <i>Adolescencia media.</i>	29
4.4.2.3. <i>Adolescencia tardía.</i>	29
4.4.3. Características del desarrollo de los y las Adolescentes.	30
4.4.3.1. <i>El desarrollo físico.</i>	30
4.4.3.2. <i>El desarrollo psicológico.</i>	30
4.4.3.3. <i>El desarrollo cognitivo.</i>	30
4.4.3.4. <i>El desarrollo emocional.</i>	30
4.4.3.5. <i>El desarrollo familiar</i>	31
4.4.3.2. <i>El desarrollo escolar y laboral</i>	31
5. Metodología.....	32
5.1 Tipo de estudio.....	32
5.2. Área de estudio.....	32

5.3. Universo	32
5.4. Muestra	32
5.5. Criterios de Inclusión	32
5.6. Criterios de Exclusión	32
5.7. Método, Instrumentos y Procedimiento	32
5.7.1. Método	32
5.7.2. Instrumentos	33
<i>5.7.2.1. Consentimiento informado</i>	33
<i>5.7.2.2. Test de Aadicción al Internet</i>	33
<i>5.7.2.3. Escala de Habilidades Sociales</i>	33
5.7.3. Procedimiento	34
5.8. Equipo y Materiales	34
5.9. Análisis Estadístico	34
6. Resultados	36
6.1. Resultados del Primer Objetivo	36
6.2. Resultados del Segundo Objetivo	37
6.3. Resultados de Tercer Objetivo	38
7. Discusión	40
8. Conclusiones	42
9. Recomendaciones	43
10. Bibliografía	44
11. Anexos	47

Índice de tablas

Tabla 1. Grados de ciberadicción según sexo y edad de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro.....	35
Tabla 2. Habilidades sociales comunicativas y relacionales según sexo y edad de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro.....	36
Tabla 3. Relación entre los grados de ciberadicción y las habilidades sociales comunicativas y relacionales de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro.....	37
Tabla 4. Chi 2 tabla, grado de libertad y valor de p entre los grados de ciberadicción y las habilidades sociales comunicativas y relacionales de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro	39
Tabla 5. Chi 2 calculado entre entre los grados de ciberadicción y las habilidades sociales comunicativas y relacionales de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro	68

Índice de anexos

Anexo 1. Aprobación de Tema e Informe de Pertinencia del Proyecto de Tesis.....	47
Anexo 2. Designación de Director de Tesis.....	48
Anexo 3. Autorización para Recolección de Datos.....	49
Anexo 4. Certificado de Inglés.....	50
Anexo 5. Instrumentos de Recolección de Datos.....	51
Anexo 6. Cuadros de Escala para Habilidades Sociales.....	57
Anexo 7. Base de Datos.....	63
Anexo 8. Tablas Complementarias.....	75
Anexo 9. Certificación del tribunal de grado.....	76

1. Título

Ciberadicción y habilidades sociales de los estudiantes del “Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro”

2. Resumen

La ciberadicción, es el uso excesivo de internet, a través de diversos dispositivos, que interfiere con la vida diaria y afecta a todos los grupos etarios principalmente la adolescencia. Este estudio tuvo como objetivos específicos: definir los grados de ciberadicción según sexo y edad de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro, conocer las habilidades sociales comunicativas y relacionales según sexo y edad de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro, analizar la relación entre los grados de ciberadicción y las habilidades sociales comunicativas y relacionales de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro.

Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal en el Colegio Carmen Mora de Encalada durante el periodo octubre 2020-agosto 2021 a los estudiantes de 8vo, 9no y 10mo, la muestra fue de 168 estudiantes, a quienes se aplicó el Test de Adicción a Internet y Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales. Obteniendo que el 30,3% presentaron ciberadicción, 22,6% de grado leve, 7,1% moderada y 0,6% severo. El 85,1% presentó percentiles bajos de habilidades sociales comunicativas y relacionales. De los estudiantes con ciberadicción la mayoría presentó percentiles bajos de habilidades sociales y únicamente el 3% presentó percentiles altos, sin embargo, de acuerdo al χ^2 no se encontró datos estadísticamente significativos que relacionan ambas variables. En conclusión, existe ciberadicción en el colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro y bajo percentil de habilidades sociales comunicativas y relacionales, no obstante, no hay relación significativa entre ellos.

Palabras clave: *adicción, internet, dispositivos, adolescencia*

Summary

Cyberaddiction is the excessive use of the Internet, through various devices, which interferes with daily life and affects all age groups, especially adolescents. The specific objectives of this study were: to define the degrees of cyberaddiction according to sex and age of the students of the Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro School, to know the communicative and relational social skills according to sex and age of the students of the Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro School, to analyze the relationship between the degrees of cyberaddiction and the communicative and relational social skills of the students of the Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro School. A quantitative, descriptive and cross-sectional research was conducted at Carmen Mora de Encalada School during the period October 2020-August 2021 to 8th, 9th and 10th grade students, the sample was 168 students, to whom the Internet Addiction Test and Scale for the Evaluation of Social Skills were applied. Obtaining that 30.3% presented cyberaddiction, 22.6% of mild degree, 7.1% moderate and 0.6 severe. The 85.1% had low percentiles of communicative and relational social skills of them. Of students with cyber addiction most had low percentiles of communicative and relational social skills and only 3% had high percentiles, however, according to chi2, no statistically significant data were found that relate both variables. In conclusion, there is cyberaddiction at the Carmen Mora school in Encalada Pasaje-El Oro and low percentile of communicative and relational social skills, however, there is no significant relationship between them.

Key words: addiction, internet, devices, adolescence.

3. Introducción

En los últimos años el uso del internet se ha convertido en un elemento fundamental en el quehacer diario para el afrontamiento y resolución de un sinnúmero de situaciones, desde las más sencillas a las más complejas, así como una parte importante del ocio y el tiempo libre. Sin embargo, algunas personas han hecho de su uso una necesidad constante y el eje de su vida, al punto de interferir en el cumplimiento de las obligaciones de la vida diaria y convertirse en una auténtica “adicción”. (Chone Km et al., 2018)

Más de 4.500 millones de personas utilizaron Internet a principios de 2020, mientras que los usuarios de las redes sociales superaron la marca de los 3.800 millones. Casi el 60 por ciento de la población mundial estuvo en línea, un aumento del 7 por ciento (298 millones de nuevos usuarios) en comparación con enero de 2019. (Simon Kemp, 2020) Las Naciones Unidas informaron que gran parte de este desequilibrio se debe a " normas y prácticas sociales profundamente arraigadas " (Simon Kemp, 2020)

En el ranking mundial de usuarios más adictos a las redes sociales, que presentaron datos de 46 mercados, los países latinoamericanos ocuparon cuatro de las primeras ocho posiciones. En Colombia, las personas dedicaron alrededor de tres horas y 45 minutos por día al uso de estas plataformas, la mayor cantidad de tiempo de toda América Latina y la segunda a nivel global. Los usuarios brasileños, que pasaron alrededor de tres horas y media al día en redes, clasifican en tercer lugar. En México, este uso rondó las tres horas y 25 minutos, mientras que en Argentina llegaron a tres horas y 11 minutos. (Simon Kemp, 2020)

Ecuador se encontró en el puesto 95 de usuarios de internet con el 31,4% de internautas. En el área urbana el 58,5% de la población utilizó internet, frente al 33,8% del área rural según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2016). En 2018, el porcentaje de personas que utilizó internet aumentó: 20,7 puntos porcentuales a nivel nacional; 20,5% en el área urbana y el 20,1% en el área rural (INEC, 2018)

En 2018, el 84,0% de las personas que usaron internet lo hicieron por lo menos una vez al día. El porcentaje de la población con celular y redes sociales fue de 92% con 5 y más años. El grupo etario con mayor número de personas que utilizaron computadora es el que estuvo entre 16 a 24 años con el 76,1%, seguidos del grupo de 5 a 15 años con 59,9% (INEC, 2018).

La provincia con mayor uso de internet en el año 2016 fue Galápagos es la provincia con mayor número de personas que utiliza computadora con el 68,4%, seguida por Pichincha con el 65,2%; mientras que la provincia que registró menor uso es Los Ríos con el 35,4%. Por otro lado, en la región 7 conformada por la Provincias: El Oro, Loja y Zamora Chinchipe el

porcentaje más alto lo ocupó Loja con el 55,6%, seguido por El Oro con el 54%, y finalmente Zamora tuvo el porcentaje más bajo con 45,9% (INEC, 2018).

A pesar de ser una de las herramientas tecnológicas más útiles y de haberse convertido en absolutamente necesaria en nuestra sociedad, el internet ha adquirido una centralidad extraordinaria en la actualidad, que afecta especialmente a los adolescentes que son más vulnerables y son los que más usan el Internet. En algunos casos, el uso excesivo puede llegar a interferir con otras actividades cotidianas y hasta perturbar sus relaciones sociales y familiares. (Simon Kemp, 2020).

Deyvar R. Aponte Rueda, Paola Castillo Chávez y José E. González Estrella en el 2016 realizó a 390 estudiantes de 15 a 19 años de edad, de las Instituciones educativas de la ciudad de Loja (Ecuador) Test de Adicción al Internet de Young donde el 51,5 % presentó ciberadicción, prevaleciendo el grado leve con el 35,8 %; el grado moderado tuvo 14,2 % y severo 1,5 %. (Deyvar R. Aponte et al., 2016)

En cuanto a las habilidades sociales, estas son descritas como conductas observables, aprendidas y utilizadas en los intercambios sociales para obtener fines concretos, es decir, son expresiones observables de la inteligencia social. En la adolescencia, el papel de las habilidades sociales es fundamental para el acercamiento a pares, la conformación de la pareja y la participación en diversos grupos. Fioravanti y colaboradores señalaron la relación entre el uso excesivo de internet y el bajo desarrollo de habilidades sociales en adolescentes. (Carlos Orlando, 2017).

Por ello esta investigación proporciona información sobre el uso excesivo del Internet como un problema en la sociedad pudiendo causar dificultades en el adecuado desarrollo de las habilidades sociales de los y las adolescentes debido al aislamiento social.

Teniendo en cuenta todo aquello, se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles fueron los grados de ciberadicción y su relación con las habilidades sociales comunicativas y relacionales en los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro durante el periodo octubre 2020-agosto 2021?

Los principales beneficiados de esta información son los padres de familia que tomarán conciencia y realizarán las medidas necesarias para que sus hijos tengan un adecuado desarrollo y salud mental; y los adolescentes que podrán mejorar sus habilidades sociales.

La presente investigación pertenece a la undécima línea de investigación Salud mental y trastornos del comportamiento de las prioridades del Ministerio de Salud Pública y a la segunda línea de investigación salud enfermedad del niño y el adolescente de las prioridades de la Universidad Nacional de Loja.

El objetivo general es identificar los grados de ciberadicción y habilidades sociales comunicativas y relacionales en los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro durante el periodo octubre 2020-agosto 2021. Y los objetivos específicos: definir los grados de ciberadicción según sexo y edad de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro; conocer las habilidades sociales comunicativas y relacionales según sexo y edad de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro y analizar la relación entre los grados de ciberadicción y las habilidades sociales comunicativas y relacionales de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro.

4. Marco teórico

4.1. Internet

4.1.1. Definición. Internet es un conjunto descentralizado de redes de comunicación interconectadas, garantizando que las redes que la componen funcionen como una sola de manera que puedan intercambiar datos entre ellas con alcance mundial. Esta conexión puede implementarse mediante cable, línea telefónica o mediante ondas en el caso de una conexión inalámbrica (Costeira, 2017)

4.1.2. Servicios de Internet.

4.1.2.1. Redes sociales. Hasta el momento no existe una clara definición, pero la mayoría de autores coinciden en que una red social es: un sitio en la red cuya finalidad es permitir a los usuarios relacionarse, comunicarse, compartir contenido y crear comunidades, o como una herramienta de democratización de la información que transforma a las personas en receptores y en productores de contenidos. Hay diferentes tipos de redes sociales. (Costeira, 2017)

4.1.2.1.1. Redes sociales directas. Servicios a través de internet en donde grupos de personas con intereses comunes interactúan entre sí, creando perfiles, controlando la información compartida con grados de privacidad determinados por los usuarios. Se clasifican de la siguiente manera:

- Redes sociales de ocio: Servicios que permiten a los usuarios la interacción con diversos individuos o grupos, mediante comunicación, comentarios o intercambio de información de cualquier tipo.
- Redes sociales de uso profesional: busca promoción y actualización profesional. (Alverca, 2017)
- Redes sociales de contenidos. Información válida escrita, audiovisual, etc. De cualquier tipo disponible para uso de los usuarios.
- Redes sociales basadas en perfiles tanto personales como profesionales que actúan como ficheros, en donde se busca a los usuarios por su perfil.
- Redes sociales de microblogging o nanoblogging: diseñadas para compartir y comentar pequeños paquetes de información, pudiendo ser emitidos desde dispositivos fijos o móviles que facilitan el seguimiento activo de los mismos por parte de sus usuarios. Ej: twitter. (Alverca, 2017)

4.1.2.1.1. Redes sociales indirectas. Sus usuarios no suelen disponer de un perfil visible para todos existiendo un individuo o grupo que controla y dirige la información o las discusiones en torno a un tema concreto. Clasificación:

- Foros. Utilizados por parte de expertos dentro un área de conocimiento específico como herramienta de reunión con carácter informativo. Se realizan además valoraciones, opiniones e intercambio de información que en ciertas ocasiones puede ser de manera bidireccional (Costeira, 2017).

- Blogs. Sitios actualizados en donde suele existir una recopilación cronológica de información de uno o varios autores, con inclusión de enlaces en las anotaciones administradas por la persona que las crea (Costeira, 2017).

4.1.2.2. Juegos en línea. Son aquellos videojuegos jugados vía internet, que pueden ser de uno o varios jugadores. El mundo de los videojuegos ha sufrido numerosas transformaciones desde que en 1952 se creara el primer juego de “Las 3 en Raya, y en 1972 se comercializaran los primeros videojuegos a través de primitivas videoconsolas caseras y máquinas recreativas. (Pantoja, 2020)

4.1.2.3. Correo electrónico. El correo electrónico o e-mail es, sin duda, uno de los grandes hallazgos de Internet, tanto que puede decirse que ha revolucionado la forma de comunicarse con compañeros, amigos e, incluso, con la propia familia. Por lo que se ha convertido en uno de los servicios más utilizados de Internet. (Pantoja, 2020)

Las ventajas del correo electrónico son innumerables: es inmediato, se recibe a los pocos minutos de haber sido enviado; cómodo, permite enviarlo desde casa (frente al correo tradicional); el coste no varía en función de la ubicación física del destinatario, resultando realmente económico; y es dinámico, ya que permite la posibilidad de recibir un correo aunque no estés en el lugar donde lo usas habitualmente (Pantoja, 2020).

4.1.2.4. World Wide Web. Permite consultar información almacenada en cualquier computadora de la red. Es el servicio más flexible, porque además de consultar información permite también enviar datos. De esta manera, se puede rellenar formularios oficiales para entregarlos a través de Internet, comprar a distancia, etc. (Pantoja, 2020).

4.1.3. Internet en Ecuador. Ecuador se encuentra en el puesto 95 de usuarios de internet con el 31,4% de internautas. En el área urbana el 58,5% de la población ha utilizado internet, frente al 33,8% del área rural según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2016). En 2018, el porcentaje de personas que utilizó internet aumentó: 20,7 puntos porcentuales a nivel nacional; 20,5% en el área urbana y el 20,1% en el área rural. (INEC, 2018).

En 2018, el 84,0% de las personas que usan internet lo hicieron por lo menos una vez al día. El porcentaje de la población con celular y redes sociales fue de 92% con 5 y más años. El

grupo etario con mayor número de personas que utilizaron computadora es el que está entre 16 a 24 años con el 76,1%, seguidos del grupo de 5 a 15 años con 59,9% (INEC, 2018).

La provincia con mayor uso de internet en el año 2016 es Galápagos es la provincia con mayor número de personas que utiliza computadora con el 68,4%, seguida por Pichincha con el 65,2%; mientras que la provincia que registra menor uso es Los Ríos con el 35,4%. Por otro lado, en la región 7 conformada por la Provincias: El Oro, Loja y Zamora Chinchipe el porcentaje más alto lo ocupa Loja con el 55,6%, seguido por El Oro con el 54%, y finalmente Zamora tiene el porcentaje más bajo con 45,9%. (INEC, 2018).

4.2. Adicción al internet

4.2.1. Definición. La ciberadicción, también conocido como trastorno de adicción a internet (internet addiction disorder, IAD) es un término que se refiere a una supuesta patología que supone un uso abusivo de Internet, a través de diversos dispositivos (ordenadores, teléfonos, tabletas, etc.), que interfiere con la vida diaria (Riva-Posse, 2017).

La adicción a Internet puede ser definida como una forma extrema en la que se manifiesta este fenómeno. Es un problema del control de los impulsos, que se caracteriza por la incapacidad de abstenerse o moderar su uso. Como cualquier otra adicción, afecta diversas áreas del desempeño vital del individuo como amistades, pareja, familia o trabajo (Riva-Posse, 2017).

Kimberly Young (1999 a,b) investigadora que ha tenido gran impacto en el campo de las adicciones en los últimos 16 años, apoya la idea de que las adicciones a la tecnología cumplen con los elementos básicos de cualquier adicción, conceptualizándola como “un trastorno caracterizado por una pauta de uso anómala, unos tiempos de conexión anormalmente altos, aislamiento del entorno y desatención a las obligaciones laborales, académicas y de la vida social” (Riva-Posse, 2017).

4.2.2. Etiología. No existe una única causa que explique la adicción a las nuevas tecnologías; este trastorno está relacionado con una combinación de factores. (Prieto, Terán, 2019)

4.2.2.1. Factores neuro-anatómicos. Los estudios de investigación sugieren que las personas con adicción a Internet tienen cambios en el cerebro parecidos a los de personas con adicción a las drogas y con la antigua ludopatía. En concreto, se ha visto que existen alteraciones en el área del cerebro relacionada con la atención, la planificación y la priorización (área prefrontal). Estos cambios explican por qué las personas con adicciones anteponen el uso de Internet o el consumo de drogas a aspectos básicos del día a día, como comer o dormir. (Prieto, Terán, 2019).

4.2.2.2. Factores biológicos. Los estudios de investigación sugieren que las personas con problemas de adicción tienen un desequilibrio en las sustancias químicas que utiliza el cerebro para comunicarse (neurotransmisores). En concreto, se ha visto que los niveles de los neurotransmisores dopamina y serotonina son más bajos que la población general. Esta deficiencia podría explicar por qué las personas con problemas de adicción consumen drogas, ya que algunas de ellas aumentan los niveles de dopamina y serotonina en el cerebro (Prieto, Terán, 2019).

4.2.2.3. Factores individuales. Las personas tímidas y con problemas para relacionarse tienen más riesgo de tener adicción a las nuevas tecnologías, ya que el uso de Internet/redes sociales permite comunicarse sin tener que interaccionar cara a cara (Prieto, Terán, 2019)

4.2.2.4. Factores relacionados con Internet. El tipo de recompensa que ofrece Internet, inmediata e impredecible, hace que sea más fácil ser adicto a esta actividad que a otras que ofrecen recompensas fijas y a largo plazo. Por ejemplo, al conectarse al perfil de Facebook, una persona puede descubrir que uno de sus amigos se ha ido de viaje o que la persona que le gusta acaba de romper la relación que tenía. Cada inicio de sesión ofrece información impredecible y potencialmente positiva que hace que la persona tenga ganas de volverlo a consultar (Prieto, Terán, 2019).

4.2.3 Epidemiología. Desde 1998 hasta el 2014 han surgido a nivel mundial numerosas investigaciones sobre adicción al internet por Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst (2012), Henderson (2011), Ko et al. (2008), Kraut et al. (1998), Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst (2008), Stieger y Burger (2010), Villafuerte y Mainé (2013), Yen et al. (2008) y Young y Rodgers (1998). En México investigadores como Carreón (2012), García -Piña (2008), Hilt (2013), Trujano, Dorantes, y Tovilla (2009) y Poncela (2013) autores que han demostrado la relación de la adicción a internet con otros conceptos (Fierro, 2018).

Actualmente más de 4.500 millones de personas utilizan Internet a principios de 2020, mientras que los usuarios de las redes sociales han superado la marca de los 3.800 millones. Casi el 60 por ciento de la población mundial ya está en línea. Un aumento del 7 por ciento (298 millones de nuevos usuarios) en comparación con enero de 2019. (Simon Kemp, 2020) En todo el mundo, hay 3.80 mil millones de usuarios de redes sociales en enero de 2020, y este número aumentó en más del 9 por ciento (321 millones de nuevos usuarios) desde esta vez el año pasado. Las Naciones Unidas informan que gran parte de este desequilibrio se debe a " normas y prácticas sociales profundamente arraigadas " (Simon Kemp, 2020).

El usuario promedio de Internet ahora pasa 6 horas y 43 minutos en línea cada día. eso significa que actualmente pasamos más del 40 por ciento de nuestra vida despierta usando Internet. (Simon Kemp, 2020).

Según un informe publicado conjuntamente por Data Reportal, We Are Social y Hootsuite en base a los datos de GlobalWebIndex, Filipinas es uno de los países cuyos usuarios de redes sociales las utilizan por más tiempo, con un promedio diario de tres horas y 53 minutos por persona (Simon Kemp, 2020).

En Colombia, las personas destinan alrededor de tres horas y 45 minutos por día al uso de estas plataformas, la mayor cantidad de tiempo de toda América Latina y la segunda a nivel global. Los usuarios brasileños, que pasan alrededor de tres horas y media al día en redes, clasifican en tercer lugar (Simon Kemp, 2020).

4.2.4. Fisiopatología. Ko, et al30 hicieron un estudio en el cuál 10 pacientes adictos a juegos online se sometieron a Resonancia Nuclear Magnética Funcional, durante las cuales se les presentaron imágenes de videojuegos, contra un grupo control. Se demostró mayor activación en la corteza orbito-frontal y prefrontal-dorsolateral, así como en el núcleo accumbens, giro cingulado anterior y corteza medial frontal, del grupo en estudio frente a los no adictos (Rojas et al., 2018).

Se concluyó que la vía activada en estos pacientes se correlacionaría con las descritas para las adicciones a sustancias químicas, mediante la activación de estructuras subcorticales del sistema límbico, así como la corteza prefrontal, sugiriéndose por ende que este tipo de conducta adictiva se comportaría de manera similar a otras dependencias a través de una alteración en los mecanismos de recompensa. En la misma línea, ya existen estudios que se orienta imagenológicos con radioligandos para receptores de dopamina D2, lo que estarían menos expresados en sujetos con adicción a internet (Rojas et al., 2018).

El proceso de adicción a nivel nervioso se ve mediado por una vía común relacionada con la dopamina; aparte cada una de las diversas sustancias posee vías únicas responsables de los efectos concretos sobre el organismo. Para explicarlo de manera sencilla podemos decir que nuestro cuerpo sintetiza diversas sustancias placenteras para nuestro organismo a nivel basal y en diversas situaciones concretas como son la dopamina, los endocannabinoides, etc. (Behavior, 2019)

Ante un estímulo positivo se desata en concreto una liberación de dopamina a nivel del área tegmental ventral, de tal manera que los niveles de la misma se elevan a nivel del sistema nervioso central. La dopamina es una proteína natural de tipo catecolamina que actúa a nivel tanto hormonal como neurotransmisional siendo una agonista directa de los receptores D1, D2

y b1. Forma parte del grupo conocido como “mensajeros alegres” (también denominado sistema biogénico de amino-endorfina, el cual consta de la dopamina, la serotonina y la noradrenalina dado que los mensajes “positivos y felices” son llevados por estos tres sistemas mientras que los negativos y depresores son transportados por los “mensajeros tristes”) (Behavior, 2019). Cuatro de las principales vías de transmisión del sistema dopaminérgico en el SNC:

- Tracto mesolímbico: Comunica el ATV con los Nucleus Accumbens Septi.
- Tracto nigroestriado: Comunica la Substantia Nigra o Locul Niger del mesencéfalo con el Cuerpo Estriado.
- Tracto tuberoinfundibular: Desde el hipotálamo a la glándula pituitaria.
- Tracto mesocortical: Comunica el ATV con el Córtex Prefrontal pasando por los Nucleus Accumbens (Behavior, 2019).

La vía común de las adicciones consiste en producen un aumento no natural de los niveles de dopamina por encima de los normales; lo que deriva en un estímulo placentero para el consumidor. A este efecto se le denomina refuerzo positivo o mecanismo de recompensa positiva (positive reward) (Méndez-Díaz, 2017).

La búsqueda de este positive-reward por parte del individuo hace que progresivamente presente los procesos de sensibilización y tolerancia; por los que no cesará su consumo y cada vez necesitará de mayores dosis para lograr un mismo efecto. Otro de los factores que afecta a tal proceso de cronicidad es la afectación del sistema límbico dada la vía anteriormente descrita como mesolímbica (Méndez-Díaz, 2017).

A lo anteriormente descrito el hecho de consumir de manera crónica una sustancia psicótropa produce una disminución de los niveles basales de dopamina y una descompensación de los niveles de sus receptores a nivel del SNC (se produce una hiperactivación de los receptores D1 y una hipo-activación de los D2), que son dos de los factores por los que el consumo se cronifica en sí mismo y responsables también del conocido como síndrome de abstinencia (Méndez-Díaz, 2017).

Principales correlaciones neuro-fisiológicas que se pueden encontrar en situaciones de dependencia de sustancias por afectación del sistema endógeno dopaminérgico:

- La afectación del córtex prefrontal puede verse envuelta en la alteración del carácter, incapacidad para la concentración, incapacidad de planificación y de toma de decisiones correctas, incapacidad de emitir juicios de valor.
- La afectación del sistema límbico puede producir dificultades a la hora de elaboración de la memoria.

- La afectación a nivel de los niveles basales y de respuesta endógenos puede crear una dificultad para el aprendizaje (dado que ante un error el cuerpo responde de manera muy similar a una sorpresa elevando los niveles de dopamina, participe por lo tanto en el proceso de aprendizaje).

- La afectación a nivel de los Nucleus Accumbens puede producir alteraciones en sentimientos de afecto y relación con otras personas así como a la creación de nexos de empatía.

- La afectación a nivel de las Amígdalas cerebrales supone una alteración en la creación del miedo, por lo que esto puede desencadenar en un comportamiento más impulsivo que, añadiéndose a lo descrito en las alteraciones prefrontales supone un buen caldo de cultivo para la toma de decisiones erróneas sin sopesar posibles riesgos futuros (John F. Butterworth, n.d.).

4.2.5. Factores de riesgo.

4.2.5.1. Las cualidades de Internet. Que parecen contribuir al potencial de la adicción están relacionadas con la velocidad, accesibilidad e intensidad de la información ofrecida. Según Young son varios los refuerzos y otros mecanismos psicológicos que llevan a la formación del hábito y posteriormente al desarrollo de ciberadicción en algunos individuos (Fierro, 2018).

4.2.5.2. Aplicaciones adictivas. Se encuentra que las aplicaciones que más poder adictivo tienen son las que permiten al usuario interactuar con otros, como los chats y los MUDs. Al parecer, si hay algo que diferencia a los usuarios dependientes de los que no lo son es el tipo de aplicaciones que utilizan. Los usuarios no dependientes usan Internet para encontrar información y mantener relaciones preexistentes, mientras que los dependientes la usan para socializarse y conocer nueva gente, para implicarse en un grupo. De acuerdo con esto se determinan tres principales áreas de reforzamiento: apoyo social, realización sexual y creación de un personaje (Fierro, 2018).

4.2.5.3. Apoyo social. Los grupos se forman rápido en el ciberespacio. Las visitas continuadas a un determinado chat o MUD hacen que se establezca una intimidad con los demás miembros, alentada por la desinhibición que se muestra en la red. Esta desinhibición es consecuencia directa del anonimato que proporciona la comunicación mediada por ordenador. Estos grupos llenan la necesidad de apoyo que tenga la persona en situaciones estresantes de enfermedad, jubilación o divorcio (Fierro, 2018).

4.2.5.4. Satisfacción sexual. Hay multitud de chats que han sido diseñados para la interacción erótica, desde los más clásicos basados en texto a los más novedosos que incorporan vídeo en tiempo real. En estos lugares se sienten libres de ataduras por el

anonimato y el sentimiento de practicar "sexo seguro". Por otro lado las personas que se sienten poco atractivas físicamente se ven liberadas de este problema (Chone Km, 2018).

4.2.5.5. Creación de personalidad ficticia. Internet permite crear una personalidad virtual modificando las propias características físicas que en el mundo real son inamovibles. Es una forma de reinventarse a sí mismo, de cubrir necesidades psicológicas previamente no afrontadas enmascarando la inseguridad interpersonal. Dos de estas necesidades psicológicas son la expresión de un rasgo de personalidad reprimido y los sentimientos de reconocimiento y poder (Chone Km, 2018).

4.2.5.6. Personalidades reveladas. Internet puede ayudar a sacar a la luz aspectos de la personalidad que estaban ocultos o reprimidos, como puede ser la agresividad. Una vez sacados a la luz, se debe de aprender a incorporarlos a la propia personalidad y no limitar esos roles al ciberespacio (Chone Km, 2018).

4.2.5.7. Reconocimiento y poder. Este es un elemento que se deriva de los juegos MUD, en los que se crea un personaje que va aumentando su poder a medida que consigue puntos, pudiendo llegar al liderato de otros jugadores subordinados (Chone Km, 2018).

4.2.6 Tipos de ciberadicción. Por las exigencias de la vida laboral y social las personas se ven sometidas al uso continuo del Internet y podría decirse que se puede mantener control del uso que hacen de esta tecnología; sin embargo, en lugar de ser utilizada como una herramienta de desarrollo o trabajo, se convierte en la parte medular de la vida de los jóvenes, lo que los lleva a desarrollar adicciones. En México, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y Venezuela se evidencia que el 60% de los adolescentes de entre 14 y 15 años prefieren Internet a cualquier otra actividad (Fuertes López & Armas Téllez, 2018).

Independientemente de las limitaciones metodológicas que presentaron las investigaciones e instrumentos de Young, se le considera como la pionera a este nuevo campo de estudio académico. Kimberly Young afirmó que las Adicciones a Internet, son un abanico que cubre un conjunto de comportamientos asociados a problemas de control de impulsos, por lo que las clasificó en cinco subtipos:

- Adicción cibersexual: uso compulsivo de los sitios web para adultos para cibersexo y ciberpornografía.
- Adicción a las ciberrelaciones, esto es, compromiso exagerado en las relaciones en línea;
- c) compulsiones de la red, que refiere a la obsesión a los juegos de azar, centros de día o de comercio
- Buscadores de información (vagabundos electrónicos), para la navegación compulsiva por Internet o la búsqueda de bases de datos

- La adicción a la computadora: obsesivo juego de ordenador. (Fuertes López & Armas Téllez, 2018)

4.2.7. Manifestaciones clínicas. Las señales más evidentes de la adicción a Internet son:

- Dispersión de la atención. Se plantean varias tareas a la vez sin centrar la atención ni terminar ninguna de ellas.

- Búsqueda de satisfacción. Se buscan constantemente contenidos relacionados con ciertos gustos o adicciones: juegos, temáticas, etc.

- Adaptación al estímulo. Con el tiempo se buscan cada vez contenidos más estimulantes para alcanzar el mismo efecto.

- Creación de distintas identidades. Se accede a un foro o chat con distintas identidades o personalidades.

- Del mundo real al virtual. Se va sustituyendo el mundo real por el virtual abandonando las amistades reales y buscando solamente amistades a través de la red.

- Pérdida de la noción del tiempo. Se conecta para una tarea determinada, pero se termina dedicándole mucho más tiempo.

- Conexión compulsiva. Se siente la necesidad de conectarse muchas veces al día, aunque sea durante un corto periodo de tiempo. Esto se suele traducir en no dedicarle tiempo suficiente a otras tareas: deberes, aseo personal, cuidado, comida, vida familiar, etc.

- Síndrome de abstinencia. Muestra malhumor y nerviosismo cuando no se puede conectar como consecuencia de un "castigo" o una avería.

- Menos horas de sueño y comida. Se prolonga la conexión a Internet por las noches en lugar de dedicarlas a dormir o incluso comer un bocadillo delante de la pantalla para no perder tiempo (Chone Km et al., 2018)

4.2.8. Diagnostico.

4.2.8.1. Test de Adicción a Internet. Las estrategias para diagnosticar la AI han sido varias. Young propuso inicialmente un cuestionario corto con 8 ítems que representan modificaciones de los criterios para juego patológico. Aquellos que respondían afirmativamente cinco o más enunciados, eran clasificados como adictos a Internet. Esto le sirvió de base para el desarrollo de un nuevo cuestionario de 20 ítems llamado test de adicción a internet (IAT, por sus siglas en inglés), basado no sólo en los criterios diagnósticos de juego patológico, sino también en los de dependencia de sustancias (Lozano, 2017)

El Test de Adicción a Internet (IAT, 2010) es el primer instrumento validado para evaluar la adicción a Internet. Diversos estudios han encontrado que el IAT es una medida confiable que cubre las características claves del uso patológico online. El test mide el alcance del

involucramiento de un individuo con la computadora y clasifica el comportamiento adictivo en términos de deterioro o incapacitación leve, moderado o severo (Lozano, 2017)

El IAT puede ser utilizado en contextos ambulatorios o residenciales, y también puede ser adaptado para satisfacer las necesidades del encuadre clínico. Además, más allá de la validación en inglés, el IAT ha sido también validado en Italia y Francia haciendo del mismo la primera medida psicométrica global. Luego de que todas las preguntas han sido completadas, sumar las respuestas obtenidas para cada una, obteniéndose así el resultado final. Mientras más alto sea el puntaje, mayor será el nivel de adicción:

- Rango Normal: 0–30 puntos
- Leve: 31–49 puntos
- Moderado: 50–79 puntos
- Severo: 80–100 puntos.

(Lozano, 2017)

4.2.8.2. Otros cuestionarios. Desde el desarrollo del IAT han surgido nuevas formas para valorar esta adicción: Caplan describió la escala para el uso problemático generalizado de Internet (GPIUS, por sus siglas en inglés), conformada por 29 ítems. Los resultados de un estudio preliminar determinaron que la GPIUS es válida en constructo y en convergencia con conceptos como baja autoestima, timidez y depresión. (Prieto, Terán, 2019).

La escala de cognición en línea (OCS, por sus siglas en inglés) fue descrita por Davis , quien recomienda que esta escala sea utilizada para la valoración clínica y el tamizaje de la AI en aspirantes a un empleo donde es probable el abuso de Internet. (Prieto, Terán, 2019)

Por su parte, la escala de adicción Internet (IAS, por sus siglas en inglés) es un instrumento de autoinforme con 36 ítems. Fue validada en 207 adultos jóvenes canadienses por Nichols y colaboradores, quienes encontraron un solo factor que explica el 46,5% de la varianza. Su alto coeficiente de Cronbach indica que hay ítems redundantes (Prieto, Terán, 2019).

Escala de uso compulsivo de Internet. El CIUS se basa en los criterios del DSM-IV para la adicción a sustancias y el juego patológico. Consta de 14 ítems en escala Likert (0, nunca; 1, pocas veces; 2, a veces; 3, a menudo; 4, muy a menudo) y tiene un rango de valor teórico de 0 a 54 una puntuación mayor o igual a 28 indicaría riesgo para de un posible uso compulsivo de internet. Los ítems cubren cinco síntomas de adicción: pérdida de control, abstinencia, modificaciones del estado de ánimo, preocupación y conflicto. Los datos han sugerido la unidimensionalidad, la validez y la fiabilidad del CIUS (Prieto, Terán, 2019)

Otra herramienta breve y sencilla de aplicar es la Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes (EUPI-a) (Rial Boubeta et al., 2015). Se trata de un cuestionario de 11 ítems

valorables en una escala tipo Likert de 5 puntos (0, nada de acuerdo a 4, totalmente de acuerdo) (Lozano, 2017)

4.2.9. Consecuencias.

4.2.9.1. Trastornos psicosociales. En la Adicción a Internet se ha asociado a trastorno en el control de los impulsos, comportamientos obsesivos, disfuncionales e incluso enfermedades psiquiátricas como trastorno bipolar o depresivo, inestabilidad emocional con tendencia a evasión de la realidad, pobre tolerancia a la frustración, volubilidad e irritabilidad, egocentrismo, timidez, introversión, baja empatía, desvalimiento y baja autoestima, de igual forma, tendencia al aislamiento, predisposición al aburrimiento, búsqueda de sensaciones, preferencia por las actividades solitarias, autosuficiencia y reactividad emocional (Castro & Jiménez, 2017).

Estos rasgos no son ajenos a la comorbilidad psiquiátrica predominante en estos pacientes, en los que se destacan los trastornos afectivos, como la depresión en primer orden y luego los problemas adictivos (Castro & Jiménez, 2017).

Se ha observado una reducción de la capacidad de expresión, principalmente en el lenguaje escrito, tendencia al aislamiento a la soledad y comportamientos antisociales. Además de baja autoestima, por lo que muchos, escudados tras una máquina forman personalidades ficticias o actúan de tal manera que jamás la harían. Otro de los principales problemas encontrados son los contenidos inapropiados y el contacto con extraños (Castro & Jiménez, 2017).

En un Centro Psiquiátrico de Perú de la población de Adictos a Internet se detalla que síntomas principales fueron irritabilidad (80%) y merma de rendimiento académico (76,7%). La mayor comorbilidad se asoció con trastornos afectivos (56,7%). Seis (2%) presentaron ideación o intento suicida. Trece (43,3%) tuvieron antecedente de uso excesivo de videojuegos, en este estudio además se encontró que la mayoría de adictos utilizaron Internet preferentemente para jugar en red (Castro & Jiménez, 2017)

4.2.9.2. Trastornos académicos. Se define el rendimiento como la capacidad de responder satisfactoriamente frente a estímulos educativos, susceptible de ser interpretado según objetivos o propósitos educativos pre-establecidos. Este tipo de rendimiento académico puede ser entendido en relación con un grupo social que fija los niveles mínimos de aprobación ante un determinado grupo de conocimientos o aptitudes (Castro & Jiménez, 2017).

En el estudio en Perú en el 2009 conducido por Lam Figueroa, arroja entre los datos más importantes que el 36.3% de los estudiantes reprobó, por lo menos, un año escolar; en cuanto a problemas disciplinarios, el 41.9% declaró nunca haberlos tenido, el 52.4% los tuvo esporádicamente y el 5.6% los presentó con frecuencia; el 17.7% manifestó haber faltado a la

escuela sin un motivo justificándose concluye que los adolescentes que refieren un futuro incierto, así como los que refieren antecedentes de faltas injustificadas a la escuela y problemas de disciplina, presenten mayores índices de la EAIL (Castro & Jiménez, 2017).

La disfuncionalidad por AI se asoció significativamente al antecedente de problemas de indisciplina, plan de futuro y faltar sin motivo justificable a la escuela. Otro estudio en pacientes con Adicción a Internet se encontró una y merma de rendimiento académico en 76,7% (Castro & Jiménez, 2017).

4.2.9.3. Trastornos familiares. En la ciberadicción se ha visto un incremento en el fraccionamiento del sistema familiar, en donde el adolescente con sus características propias de su ciclo vital es más vulnerable de contribuir en ello. En estudios realizados en Ecuador se ha visto que la mayoría de adolescentes usan internet sin supervisión de sus padres, además estudiantes manifiestan que rara vez lo han recriminado sus padres por pasar mucho tiempo en el internet, es decir, existe poco interés de los padres acerca de usos, actitudes y prácticas acerca de internet en sus hijos, haciendo de ellos presa fácil al involucramiento y posteriormente Adicción a Internet (Castro & Jiménez, 2017).

4.2.10. Tratamiento. El tratamiento ideal para una adicción psicológica sería una combinación de las terapias grupales con la atención psicológica individualizada. El papel de la familia es muy importante y por ello, la mayoría de gabinetes psicológicos ofrecen sesiones de terapias en grupo también a los familiares ya que son quienes deben compartir el día a día con el adicto. (Prieto, Terán, 2019)

Cuando se trabaja con un adicto no se puede limitar la terapia exclusivamente a la adicción, sino que hay que descubrir qué se esconde detrás de esa adicción, las causas que han llevado a esa persona a caer en esa conducta adictiva. Depresión, ansiedad, problemas familiares o de pareja o miedo a las relaciones interpersonales suelen ser las causas más frecuentes (Prieto, Terán, 2019).

El objetivo fundamental del tratamiento, aunque no el único, es el abandono y control de la conducta desadaptada, así como la prevención a la recaída, desde una perspectiva multidisciplinar -intervención de psiquiatra, médico, psicólogo, trabajador social, educador social, etc.-, y con un abordaje integral, intentado solucionar todos los problemas de orden social, familiar, laboral, etc., que como consecuencia de la adicción se hayan podido producir (Prieto, Terán, 2019).

En consecuencia, el tratamiento incluye asistencia farmacológica, siempre que sea necesaria, psicoterapia individual, grupal y familiar, terapia ocupacional, y demás técnicas dirigidas a la consecución de los objetivos propuestos (Prieto, Terán, 2019).

4.2.10.1. Fases del tratamiento. Cualquier tratamiento de adicciones tiene dos objetivos básicos: el abandono de la adicción y la prevención de una recaída. Lo habitual es que en el tratamiento intervengan diversos especialistas como los psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales, entre otros. De esta forma se analizan y tratan todas las consecuencias que la adicción pueda tener en el ámbito laboral, social o familiar. En general se pueden definir cuatro fases en el tratamiento de adicciones. (Universidad Internacional de Valencia, 2018)

4.2.10.1.1. Fase I: la búsqueda de motivación. La persona afectada por la adicción debe ser consciente de que tiene un problema y de que necesita solucionarlo. En ese momento se decidirá a buscar ayuda y acudir a un médico para que analice el caso. Cuando la persona adicta da este paso es fundamental el apoyo de su pareja, amigos y familiares (Universidad Internacional de Valencia, 2018)

4.2.10.1.2. Fase II: desintoxicación. En esta fase se necesita el apoyo de un psicólogo y de otros especialistas para que la persona sea consciente de la adicción a las nuevas tecnologías que padece y vea las consecuencias que su conducta está causando en su vida y en su entorno (Universidad Internacional de Valencia, 2018).

4.2.10.1.3. Fase III: deshabituación. Dejar la adicción a internet o al móvil requiere fuerza de voluntad y paciencia, además de apoyo. Poco a poco el paciente irá recuperando su vida habitual y a aprender a controlar el uso que hace de la tecnología (Universidad Internacional de Valencia, 2018).

4.2.10.1.3. Fase IV: rehabilitación. Durante esta fase el paciente vuelve a recuperar las habilidades que tenía antes de comenzar con su adicción. Es decir, comenzará a relacionarse de forma sana y natural con su entorno, a compartir tiempo con su familia, a tener hábitos saludables y a respetar sus horas de sueño (Universidad Internacional de Valencia, 2018).

4.2.11. Prevención. Siempre se ha dicho que la mejor modalidad de tratamiento es el preventivo, “pre-venir” adelantarse a lo que está por venir es especialmente efectivo en los adolescentes-jóvenes. En el caso que nos ocupa podríamos incluir a los niños ya que el uso de la NTIC ha sobrepasado la barrera de la edad infantil y encontramos el uso del smartphone, tablet, ordenador, etc., a edades cada vez más tempranas. De acuerdo con algunas guías nacionales e internacionales podemos orientar el tratamiento preventivo en cinco áreas: tiempo de uso, privacidad, contenidos, familia y sujeto. (Riva-Posse, 2017)

4.2.11.1. Tiempo de uso. El control sobre el tiempo de utilización es fundamental a la hora de evitar crear el “hábito”. Debemos fomentar y enseñar al uso responsable, establecer y consensuar las normas de uso y supervisión, programar los horarios de utilización evitando los tiempos próximos al descanso, hacer del uso de las NTIC un premio o privilegio no un derecho,

utilizar mensajes recordatorios en la pantalla sobre otras actividades y tareas, así como del tiempo utilizado (Riva-Posse, 2017)

4.2.11.2. Privacidad. Es prioritario desarrollar factores de protección a la hora de acceder a la red, explicando en detalle el significado de los datos personales y los riesgos de compartirlos, evitar y rechazar el contacto con desconocidos así como la negativa a dar los datos de filiación, controlar y restringir el acceso al perfil, no aceptar peticiones de amistad de personas que no se conozcan, evitar descargas de archivos o programas sospechosos, seleccionar las imágenes y vídeos publicitados en la red, tener mucha precaución en citas con personas conocidas en la red y denunciar de forma inmediata cualquier tipo de extorsión, chantaje o abuso sufrido en la red (Riva-Posse, 2017).

4.2.11.3. Contenidos. La supervisión y control por los padres de los contenidos/páginas visitadas/juegos/ etc. será prioritario a la hora de valorar el beneficio-riesgo de su uso. Los contenidos/videojuegos deberán estar adaptados a la edad prestando una especial atención a los juegos online. Asimismo, debemos valorar la posibilidad de utilizar “programas filtro” para control de estos contenidos (Riva-Posse, 2017).

4.2.11.4. Familia. “Predicar con el ejemplo”, ser ejemplo para los hijos en el buen uso de la NTIC, situar el ordenador en un espacio que pueda ser de uso compartido por los miembros de la familia y posibilite participar en actividades de la red, educar y reforzar alternativas de ocio, fomentar la comunicación oral, detección precoz de los signos de alerta/alarma y solicitar ayuda con prontitud, intentar estar al día sobre las NTIC para tener los mismos conocimientos que los hijos (Riva-Posse, 2017).

4.2.12. Ciberadicción y habilidades sociales. El mundo virtual puede considerarse una vía de escape del mundo real para personas que tienen problemas, por ejemplo, en habilidades sociales, en algunos casos llega a convertirse en sustituto de la vida real. Por todo esto, se puede decir que la red cubre dos tipos de necesidades básicas. Conseguir que una persona en soledad puede sentirse bien y acompañada a través de juegos, imágenes e información sin tener la necesidad de comunicarse con otra persona (Alverca, 2017).

Hay personas se sienten solas y tienen dificultad para relacionarse con otras o sufren trastornos como las depresiones, encuentran en internet una vía de escape que les permite hablar con otras personas, comprar todo tipo de cosas e incluso crear un rol. En este sentido, se puede decir que la red cubre la necesidad básica de relacionarnos con otras personas, puesto que el ser humano es un ser social por naturaleza y necesita interactuar y hablar con otras personas (Riva-Posse, 2017).

Así mismo la ciberadicción lleva a ciertas consecuencias psicosociales entre ellas son habituales el aislamiento social derivado de un notable descenso en el contacto social, el abandono de actividades rutinarias como los hábitos de higiene o la aparición de problemas económicos o legales. Además, el abuso de redes sociales puede frenar el desarrollo de habilidades sociales, lo que puede dar lugar a la presencia de dificultades en la interacción y la creación de relaciones ficticias o virtuales (Riva-Posse, 2017).

4.2.13. Ciberadicción y adolescencia. Muchos adolescentes en la actualidad están librados a sus propias decisiones, lo que les genera un desequilibrio entre la falta de límites y la sensación de seguridad. La falta de una figura de autoridad les genera una sensación de abandono. La dinámica familiar ha cambiado en los últimos años, la generación de espacios para compartir, dialogar e interactuar, era mucho más factible cuando no existía Internet. En los últimos años las familias tienen cada vez menos hijos, y a la vez tanto el padre como la madre se encuentran ausentes la mayor parte del día. Por ello muchos adolescentes se encuentran sumidos en la soledad, sin un “par” o un progenitor para compartir sentimientos, valores, ilusiones; y esto los lleva a acudir al teléfono móvil, para salir de su soledad doméstica y familiar y conectarse a una “hermandad virtual” (Fuertes López & Armas Téllez, 2018).

Distintas investigaciones ponen de manifiesto que un ambiente familiar positivo, con comunicación abierta y la presencia de afecto y apoyo entre padres e hijos, garantizan el bienestar psicosocial en la adolescencia, mientras que un ambiente familiar sin afecto, sin comunicación, sin tolerancia, aumenta las probabilidades de que surjan problemas de disciplina, evasión y adicciones (Fuertes López & Armas Téllez, 2018).

En la etapa de la adolescencia se incorporan nuevas relaciones, como ser los amigos y otras personas adultas significativas, pero es la familia la que sigue ofreciendo experiencias concretas de desarrollo que influyen en las interacciones de los adolescentes en otros contextos. Los mecanismos de socialización y control de comportamientos se establecen a través de las prácticas parentales. La vigilancia de los padres y la promoción de actividades al aire libre podrían disminuir la adicción a internet, actuando como inhibidores (Fuertes López & Armas Téllez, 2018).

4.3. Habilidades sociales

4.3.1 Definición. Las habilidades sociales (HHSS) en psicología son un conjunto de conductas y hábitos observables y de pensamientos y emociones que fomentan la comunicación eficaz, las relaciones satisfactorias entre las personas y el respeto hacia los demás, hecho que lleva a un mejor sentimiento de bienestar. En otras palabras, se trata de un

conjunto pautas de funcionamiento de las personas que les ayudan en sus relaciones y en el respeto hacia los derechos de los demás y de los propios (Betancourth, Zambrano, Ceballos, Benavides, & Villota, 2017).

4.3.2. Importancia. Es innegable la importancia de las habilidades sociales y capacidades sociales para las relaciones. Las HHSS son fundamentales en el día a día de las personas porque les proporcionan bienestar y calidad de vida, así como facilitan el desarrollo y mantenimiento de una sana autoestima. Por el contrario, las personas con pocas habilidades sociales, pueden sentir estrés, malestar y, con frecuencia emociones negativas (frustración, ira, sensación de ser rechazado o infravalorado...), además, las personas con deficiencia en habilidades sociales son más predispuestas a padecer alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión (Flores, Garcia, Calsina, & Yapuchura, 2016).

Así pues, para poder definir una conducta habilidosa se deben tener en cuenta tres dimensiones de la habilidad social. En primer lugar, la dimensión conductual, que hace referencia al tipo de habilidad social. En segundo lugar, la dimensión personal, vinculada a las variables cognitivas de la persona. Por último, la dimensión situacional, referida al contexto ambiental (Flores et al., 2016)

Además, la capacidad de expresarnos con asertividad en nuestras relaciones aportará sin duda emociones relacionadas con la seguridad. Podremos experimentar emociones placenteras si las relaciones con los demás resultan exitosas (Flores et al., 2016).

Las habilidades sociales, tanto verbales como no verbales, nos permitirán iniciar, mantener y finalizar conversaciones de manera que podamos sentir emociones de pertenencia al grupo. Donde antes nos invadía la sensación de exclusión, ahora podemos sentir la cercanía del otro. Aprender a escuchar, escuchar de forma activa es una capacidad difícil de practicar para alguien inmerso en un estado emocional de inseguridad cuyos pensamientos giran continuamente en torno a su falta de capacidad, inadecuación y vergüenza (Tortosa Jiménez, 2018).

Además, las habilidades sociales nos permiten una comunicación con el resto de personas desde la confianza de saber responder desde la asertividad. Una capacidad de comunicación, una manera de defendernos ante los demás y defender nuestros puntos de vista con la confianza de saber que conseguiremos nuestros objetivos sin dañar al otro. La asertividad no excluye la emoción de la empatía. La asertividad solo es una forma de expresar nuestras emociones y nuestros deseos sin dañar la relación con el otro, tomando en cuenta cómo se siente la otra persona (Tortosa Jiménez, 2018).

Aprender a defendernos en las relaciones, a expresar nuestro punto de vista con seguridad, nos llevará a una emoción de satisfacción y seguridad que repercutirá en nuestra autoestima de

forma muy positiva. Aprender a pedir en lugar de esperar pasivamente nos dará una sensación de control en las relaciones y de poder conseguir aquello que necesitamos. La consecuencia de aprender a desenvolvernó ante el otro, nos aportará emociones relacionadas con el poder, el control y el éxito. Quizás emociones nunca sentidas en su vida social (Tortosa Jiménez, 2018).

4.3.4. Tipos.

4.3.4.1. Habilidades sociales básicas. Las habilidades sociales básicas son las primeras habilidades que adquieren las personas, y son fundamentales para poder iniciar una comunicación y para mantenerla. Algunas de estas habilidades son: saber iniciar, mantener y finalizar una conversación, saber formular preguntas, etcétera (Castro & Jiménez, 2017)

4.3.4.2. Habilidades sociales avanzadas. Estas son las habilidades que las personas aprenden una vez adquiridas las habilidades sociales básicas anteriores. Entre las habilidades sociales complejas, podemos encontrar: saber compartir una opinión, asertividad, saber pedir ayuda, saber disculparse, dar y seguir instrucciones, entre otros (Castro & Jiménez, 2017).

4.3.4.3. Habilidades sociales emocionales. Estas habilidades se caracterizan por estar estrechamente vinculadas al manejo y la identificación de los sentimientos y las emociones. Podemos encontrar: identificar y expresar sentimientos y emociones, empatía, respeto, entre otros (Morales, 2018)

4.3.4.4. Habilidades sociales negociadoras. Son aquellas habilidades sociales que fomentan la gestión de los conflictos de una manera adecuada. Encontramos habilidades como las siguientes: negociación, resolución de conflictos, altruismo, compartir con los demás, etcétera (Morales, 2018).

4.3.4.5. Habilidades sociales organizadoras. Estas habilidades resultan beneficiosas para poder organizar el día a día de las personas de una manera correcta evitando provocar estrés, ansiedad y otros aspectos de carácter negativo. Dentro de esta tipología de habilidades sociales, podemos distinguir: capacidad de toma de decisiones, capacidades organizativas, entre otros (Morales, 2018).

4.3.5. Lista de habilidades sociales. Las HHSS más importantes para poder mantener relaciones interpersonales sanas y de calidad son las que se citan en el siguiente listado de habilidades sociales (Putallaz, 2016).

- Empatía: es capacidad para entender lo que les sucede a las otras personas (ponerse en la piel de los demás).
- Asertividad: la asertividad es la capacidad para poder expresar las propias opiniones y pensamientos basándose en el respeto y defendiendo los propios derechos.

- Respeto: capacidad de tolerar a las personas, sus opiniones, sus pensamientos y sus actos, aunque no se compartan dichos pensamientos, opiniones y demás.

- Escucha activa: la escucha activa es la capacidad de escuchar detenidamente a las otras personas demostrándoles que están siendo escuchadas.

- Negociación: capacidad para negociar con otras personas sobre distintos intereses o beneficios concretos, de modo que se pretende que todas las partes de la negociación salgan beneficiadas.

- Comunicación y habilidades expresivas: capacidad para comunicarse y expresar los sentimientos propios en relación a situaciones determinadas. Además, la comunicación también incluye la capacidad de escuchar a las otras personas, pudiendo llegar a establecer conversaciones satisfactorias.

- Comprensión: capacidad para entender las situaciones sociales y personales y, responder a ellas de forma asertiva.

- Autocontrol: capacidad para comprender e interpretar sentimientos privados y responder a ellos controlando los propios impulsos.

Resolución de conflictos: capacidad para comprender la realidad de un conflicto y buscar alternativas para solucionarlo, escapando de la agresividad. Una buena manera de solucionar un conflicto puede ser la negociación (Morales, 2018)

4.3.6. La adquisición de habilidades sociales. No hay datos definitivos sobre cómo y cuándo se adquieren las habilidades sociales, pero es sin duda la niñez un periodo crítico. Pero no es sólo la infancia un periodo crucial para el desarrollo de las habilidades sociales, ya que en etapas posteriores del desarrollo también se han encontrado relaciones entre el deterioro del funcionamiento social interpersonal y diferentes desórdenes de la conducta, ya sea como antecedente, consecuencia o su característica definitoria (Putallaz, 2016)

Con relación a la adquisición de las habilidades sociales o competencias sociales, aunque algunos autores sostienen la existencia de una predisposición biológica en la habilidad de las personas para la Interacción social, incluso hay defensores de la implicación de los opiáceos endógenos como determinantes de la conducta social. Sin embargo, la mayoría de los autores sostienen que el desarrollo de las habilidades sociales depende principalmente de la maduración y de las experiencias del aprendizaje (Putallaz, 2016)

Las habilidades sociales se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje. Entre ellos se incluyen: reforzamiento positivo directo de las habilidades, el modelado o aprendizaje observacional, el feedback y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales. (Putallaz, 2016)

4.3.7. Factores que influyen negativamente en las habilidades sociales. Los factores que pueden explicar el comportamiento social inadecuado o que dificultan a un sujeto manifestar una conducta socialmente habilidosa son varios.

- Las conductas necesarias no están presentes en el repertorio conductual del individuo, ya sea porque no las ha aprendido o por haber aprendido conductas inadecuadas
- La persona siente ansiedad asociada a las interacciones sociales que obstaculiza o dificulta su actuación
- El sujeto valora negativamente su actuación social (autoverbalizaciones negativas) o teme las posibles consecuencias de la conducta habilidosa
- Hay una falta de motivación para actuar apropiadamente en una situación determinada.
- La persona puede no estar interesada en iniciar o mantener interacciones sociales.
- El individuo no sabe discriminar adecuadamente las condiciones en que una respuesta determinada probablemente sería efectiva
- La persona no está segura de sus derechos o piensa que no tiene derecho a responder adecuadamente
- El individuo está sometido a aislamiento social (Ej: por haber estado institucionalizado) y esto puede producir la pérdida de las habilidades por falta de uso
- Existen obstáculos restrictivos que impiden al individuo expresarse adecuadamente o incluso lo castigan si lo hace (Martínez, Jiménez, & Durán, 2020)

4.3.8. Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales. Este instrumento fue creado por el equipo de investigación Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Consta de 12 ítems que versan sobre las habilidades sociales tanto comunicativas o relacionales, la asertividad (positiva y negativa) y las habilidades de resolución de conflictos. Se obtiene una puntuación global en habilidades sociales, así como puntuaciones concretas en las subescalas que componen la misma: habilidades comunicativas o relacionales, asertividad y habilidades de resolución de conflictos. (Consejería de Salud-Junta de Andalucía, 2011)

En primer lugar, deben invertirse las puntuaciones de los ítems incluidos en la subescala de habilidades comunicativas y relacionales (ítems 1, 3, 5, 6 y 8). Para ello, se tendrían que cambiar las puntuaciones de esta manera: (1 = 7), (2 = 6), (3 = 5), (4 = 4), (5 = 3), (6 = 2) y (7=1). Por otro lado, deben sumarse las puntuaciones asignadas a los ítems que componen cada una de las escalas o dimensiones. A continuación, se presenta cómo se agrupan estos ítems y, entre paréntesis, las puntuaciones máximas y mínimas que pueden obtenerse.

- Habilidades comunicativas y relacionales: ítem 1 + ítem 3 + ítem 5 + ítem 6 + ítem 8 (5-35).

- Asertividad: ítem 2 + ítem 7 + ítem 11 (3-21).

- Habilidades de resolución de conflictos: ítem 4 + ítem 9 + ítem 10 + ítem 12 (4-28).

Una vez calculadas estas puntuaciones directas, pueden transformarse en puntuaciones baremadas (centiles) usando las tablas correspondientes al sexo y la edad del chico o chica que haya cumplimentado el cuestionario. (Consejería de Salud-Junta de Andalucía, 2011)

Habilidades comunicativas o relacionales: Se refiere al grado en que los adolescentes perciben que son hábiles o no para comunicarse y relacionarse con las personas. Esta compuesta por cinco ítems (por ejemplo, “Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco”). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para la subescala fue de .74 (Consejería de Salud-Junta de Andalucía, 2011)

Asertividad: Se refiere a la percepción que los adolescentes tienen sobre su capacidad para ser asertivos, es decir, para expresar sus propias ideas o pedir información de forma adecuada y sin ser agresivo. Está compuesta por tres ítems (por ejemplo, “Si tengo la impresión de que alguien está molesto/a conmigo, le pregunté por qué”). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para esta subescala fue de .75 (Consejería de Salud-Junta de Andalucía, 2011)

Habilidades de resolución de conflictos: Los cuatro ítems que componen esta subescala se refieren a la capacidad percibida del adolescente para resolver situaciones interpersonales conflictivas en las que pueden actuar para encontrar soluciones (“Suelo mediar en los problemas entre compañeros/as”). El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para esta subescala fue de .80. (Consejería de Salud-Junta de Andalucía, 2011).

En lo que se refiere a la fiabilidad de la escala total, el índice de consistencia interna alfa de Cronbach ha sido de .69 para N=2368 (Consejería de Salud-Junta de Andalucía, 2011)

4.3.9. Terapia de habilidades sociales. Aceptar que las habilidades sociales son aprendidas implica que como todo lo que es aprendido es susceptible de ser modificado. El entrenamiento de las habilidades sociales persigue precisamente este fin, enseñar a las personas habilidades sociales necesarias para un mejor funcionamiento interpersonal. El entrenamiento en habilidades sociales se realiza a través de ejercicios supervisados por un experto (Morales, 2018).

Los procedimientos más utilizados para tal fin son: las instrucciones verbales, el uso de modelos, el ensayo conductual, la retroalimentación y el reforzamiento. Junto con estos procedimientos se pueden combinar otros como: la reestructuración cognitiva, la desensibilización sistemática y la relajación, con el fin de reducir la ansiedad y/o modificar los

pensamientos que están dificultando la puesta en práctica de determinadas habilidades sociales (Morales, 2018).

La mayor dificultad que presenta el entrenamiento en habilidades sociales es conseguir que los aprendizajes realizados en unas situaciones concretas se generalicen a otras situaciones distintas. Con el fin de conseguir la generalización en primer lugar es preciso planificar las habilidades a entrenar, teniendo en cuenta: los déficits y las competencias de las personas objeto de entrenamiento, los ámbitos sociales en los que el usuario se desenvuelve, las personas con las que se sienta más incómodo y las conductas que son más frecuentes o de alta probabilidad de ocurrencia (Betancourth et al., 2017)

Una vez diseñado un programa, acorde a las necesidades del grupo o individuo, hay que intentar que el entrenamiento sea realista, maximizando el número de elementos comunes a la vida real. Además, es aconsejable iniciar los entrenamientos planteando situaciones fáciles con baja carga emocional e incrementado la dificultad y complejidad de las situaciones. Por otro lado, si es posible, permitir practicar las habilidades adquiridas en situaciones reales (ej.: calle, un bar, etc.) y asignar tareas para que el usuario las realice por sí mismo (sin presencia del entrenador) con el fin de poner a prueba su entrenamiento (Betancourth et al., 2017).

Por último, es importante hacer comprender a la persona que es entrenada en habilidades sociales que el entrenamiento facilita la competencia social pero no la asegura (Betancourth et al., 2017).

4.3.10. Habilidades sociales y adolescencia. La adolescencia es un período crítico para la adquisición y práctica de habilidades sociales más complejas. Por un lado, los adolescentes han dejado los comportamientos sociales propios de la niñez puesto que adoptan comportamientos más críticos y desafiantes respecto a las normas sociales, y por otro lado, los adultos les exigen comportamientos sociales más elaborados (Putallaz, 2016)

Las relaciones con los iguales del mismo o distinto sexo le permiten al adolescente nutrir su estatus como autoconcepto y formar las bases de las futuras relaciones entre los adultos. La formación de grupos en esta etapa permite al adolescente elaborar ideas y experiencias, la discusión de ideologías y puntos de vista, el desarrollo de la amistad y el enamoramiento (Putallaz, 2016).

La aceptación social es una condición personal de un sujeto respecto a un grupo de referencia; en el caso de los adolescentes, esta condición se relaciona con las habilidades de liderazgo, popularidad, compañerismo, jovialidad, respeto, entre otras (Putallaz, 2016).

La conducta social de los adolescentes presenta varias dimensiones, tales como la consideración con los demás, el autocontrol en las relaciones sociales, el retraimiento social, la ansiedad social o timidez y el liderazgo (Putallaz, 2016).

4.4. Adolescencia

4.4.1. Definición. La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el período de la vida en el cual el individuo transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los del adulto, adquiere la capacidad reproductiva y la independencia de los adultos, fijando los límites entre los 10 y los 19 años; considerándose 2 fases; La adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años), en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales (Ferch, 2018)

Esta etapa del ciclo vital está caracterizada por el aprendizaje continuo y el autodescubrimiento, con transición dinámica, gradual y a ritmo individualizado en la búsqueda de:

- Identidad: encontrar el sentido su existencia.
- Integridad: adquirir un sentido claro de lo bueno y lo malo.
- Independencia psicológica: en la búsqueda de desarrollar la capacidad de tomar sus propias decisiones y mantener relaciones interpersonales maduras, asumiendo el rol de adulto.
- Independencia física: logrando la adaptación paulatina y progresiva de sus cambios corporales físicos (García Suárez & Parada Rico, 2018).

4.4.2. Etapas. Según la OMS la divide en tres fases.

4.4.2.1. Adolescencia temprana o inicial. Adolescentes de 10-13 años en donde el adolescente se ajusta a los cambios puberales, los cuales marcan el inicio de esta etapa. Se comienza a distanciar afectivamente de los padres, prefiere socializar con los “pares” del mismo sexo, conserva un pensamiento concreto con planes del futuro muy vagos, inicia la curiosidad sexual principalmente a través de la masturbación, pero no exclusivamente, y explora la rigidez o flexibilidad del sistema moral de sus padres. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

4.4.2.2. Adolescencia media. Adolescentes de 14-16 años: se completan los cambios puberales, intensa preocupación por apariencia física, influencia del medio sobre la imagen y autoestima, pensamiento abstracto, pensamiento operativo formal-hipotético-deductivo, identidad-personalidad, orientación sexual. Emocional, fluctuaciones extremas del humor, egocentrismo, no sujeto a leyes naturales. Familia, hay distanciamiento y conflicto. Se

profundizan los vínculos con el grupo de pares. Se agudiza la confrontación con los adultos. A partir de las primeras relaciones de pareja, que suelen ser de corta duración, se debilitan los lazos afectivos con el grupo; sin dejar de ser éste el espacio privilegiado durante toda la etapa adolescente. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

4.4.2.3. Adolescencia tardía. Adolescentes de 17 a 19 años de edad. Los principales cambios que caracterizan son: maduración biológica, aceptación de la imagen corporal, consolidación de la identidad–personalidad, orientación sexual, pensamiento operativo formal, escala de valores propios y desarrollo moral consolidado, acercamiento a la familia, capacidad de sostener relaciones interpersonales, noviazgo, pareja de larga duración (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

4.4.3. Características del desarrollo de los y las Adolescentes.

4.4.3.1. El desarrollo físico. Se inicia con la pubertad que es el período de transición de la infancia a la vida adulta. En este periodo se producen cambios que afectan a todos los órganos y estructuras corporales, pero lo más llamativo es el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Al final de la pubertad, el cuerpo alcanza la madurez sexual con su forma y tamaño definitivos, su velocidad de progresión es muy variable (Güemes-Hidalgo, Ceñal González-Fierro, & Hidalgo Vicario, 2017)

4.4.3.2. El desarrollo psicológico. Caracterizado por lo siguiente

- Relación conflictiva con los padres
- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Búsqueda de su identidad:
- Necesidad de independencia
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida (Güemes-Hidalgo et al., 2017)

4.4.3.3. El desarrollo cognitivo. Es rápido, inicialmente presentan un pensamiento concreto, caracterizado por la capacidad limitada para proyectar y con la creencia de que los demás piensan sobre ellos tal y como piensan ellos (la "fábula del yo"), pasando a una etapa intermedia donde desarrollan mejores capacidades cognitivas y aptitudes lingüísticas para, finalmente,

desarrollar el pensamiento operativo formal en la adolescencia tardía, comprendiendo ideas y sentimientos de otras personas (Rodríguez Molinero, 2007)

4.4.3.4. El desarrollo emocional. De curso más lento y difícil: el desarrollo moral, como el crecimiento personal, lo adquieren del aprendizaje. La primera etapa caracterizada por gran impulsividad, cambios frecuentes de humor y sentimientos intensos posteriormente se vuelven invulnerables con la creencia de la omnipotencia, período crítico porque puede involucrarse en conductas nocivas; en la última etapa adquieren la suficiente experiencia vital para sentirse más vulnerables y considerar las necesidades emocionales de los demás (Sigüenza, Quezada, & Reyes, 2019)

4.4.3.5. El desarrollo familiar. Precisa una redefinición de roles, alejándose progresivamente de la familia, buscando apoyo en su gente más importante, sus amigos. Antes de los 14 años necesitan intimidad y unos límites familiares firmes y congruentes. En la etapa intermedia comprenden que su familia no es perfecta, pero continúan pensando en una posible familia ideal por lo que pueden darse el mayor número de confrontaciones padres-hijos. Es aquí en donde aparecen transgresiones a las reglas del mundo adulto como autoafirmación de su propia autonomía, egocentrismo, alejamiento familiar y acercamiento a sus iguales. Posteriormente, en la adolescencia tardía, suele haber una reaceptación de los valores parentales. (Sigüenza et al., 2019)

4.4.3.2. El desarrollo escolar y laboral. Está marcado al inicio por el cambio de la educación primaria a la secundaria, experimentan progresivamente más presiones sobre su futuro laboral. La entrada en la universidad puede ser un gran paso para autoafirmarse en su independencia. Los cambios que experimenta un adolescente que trabaja pueden diferir del adolescente estudiante por las distintas experiencias y ambientes que experimentan (Ferch, 2018).

5. Metodología

5.1. Enfoque del estudio

Cuantitativa.

5.2. Tipo de diseño

Descriptivo, deductivo, observacional y transversal.

5.3. Unidad de estudio

Estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro. Coordenadas: latitud - 3.330096968784101, longitud: -79.8038571540977

5.3.1. Universo

El universo estuvo constituido por 300 estudiantes de 8vo, 9no y 10mo años de educación básica del Colegio Carmen Mora de Encalada (Pasaje-El Oro). Datos obtenidos por medio del rector, Lic. Jose Flores Cabrera.

5.3.2. Muestra

Estuvo constituida por 168 estudiantes con un intervalo de confianza del 95% (calculado con la fórmula standard deviation) que se encuentren cursando 8vo, 9no y 10mo años de educación básica del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro que cumplan con criterios de inclusión y exclusión.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 Npq}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 pq}$$

z: 1,96	N: 300	$n = \frac{300 * 1,96^2 * 50 * 50}{5,02^2 * (300-1) + 1,96^2 * 50 * 50}$	n = 168
p: 50	q: 50		
e: 5,02			

5.4. Criterios de inclusión y exclusión

5.4.1. Criterios de inclusión.

- Estudiantes que firmaron el asentimiento informado y cuyos padres o representantes firmaron el consentimiento informado
- Estudiantes de ambos sexos que estuvieron legalmente matriculados en 8vo, 9no y 10mo año de educación básica.

5.4.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes diagnosticados y en tratamiento por adicción al internet.

- Estudiantes que no completen toda la información solicitada

5.5. Técnica, instrumentos y procedimiento

5.5.1. Técnica. El presente trabajo de investigación se aplicó cuestionarios.

5.5.2. Instrumentos.

5.5.2.1. Consentimiento informado (Anexo 5). Documento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en una investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos de la misma, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades

5.5.2.2 Test de Adicción al Internet (anexo 5). Las estrategias para diagnosticar la AI han sido varias. Young propuso inicialmente un cuestionario corto con 8 ítems que representan modificaciones de los criterios para juego patológico. Aquellos que respondían afirmativamente cinco o más enunciados, eran clasificados como adictos a Internet. Esto le sirvió de base para el desarrollo de un nuevo cuestionario de 20 ítems llamado test de adicción a internet (IAT, por sus siglas en inglés), basado no sólo en los criterios diagnósticos de juego patológico, sino también en los de dependencia de sustancias (Lozano, 2017) El Test de Adicción a Internet (IAT) es el primer instrumento validado para evaluar la adicción a Internet. Diversos estudios han encontrado que el IAT es una medida confiable que cubre las características claves del uso patológico online. El test mide el alcance del involucramiento de un individuo con la computadora y clasifica el comportamiento adictivo en términos de deterioro o incapacidad leve, moderado o severo (Lozano, 2017)

El IAT puede ser utilizado en contextos ambulatorios o residenciales, y también puede ser adaptado para satisfacer las necesidades del encuadre clínico. Además, más allá de la validación en inglés, el IAT ha sido también validado en Italia y Francia haciendo del mismo la primera medida psicométrica global. Luego de que todas las preguntas han sido completadas, sumar las respuestas obtenidas para cada una, obteniéndose así el resultado final. Mientras más alto sea el puntaje, mayor será el nivel de adicción:

- Rango Normal: 0–30 puntos
- Leve: 31–49 puntos
- Moderado: 50–79 puntos
- Severo: 80–100 puntos. (Lozano, 2017)

5.5.2.3. Escala para la evaluación de las habilidades sociales (anexo 5). Este instrumento fue creado por el equipo de investigación Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2011).

Consta de 12 ítems que versan sobre las habilidades sociales tanto comunicativas o relacionales, la asertividad (positiva y negativa) y las habilidades de resolución de conflictos. Se obtiene una puntuación global en habilidades sociales, así como puntuaciones concretas en las subescalas que componen la misma: habilidades comunicativas o relacionales, asertividad y habilidades de resolución de conflictos. (Consejería de Salud-Junta de Andalucía, 2011)

En primer lugar, deben invertirse las puntuaciones de los ítems incluidos en la subescala de habilidades comunicativas y relacionales (ítems 1, 3, 5, 6 y 7). Para ello, se tendrían que cambiar las puntuaciones de esta manera: (1 = 7), (2 = 6), (3 = 5), (4 = 4), (5 = 3), (6 = 2) y (7 = 1). Por otro lado, deben sumarse las puntuaciones asignadas a los ítems que componen cada una de las escalas o dimensiones.

A continuación, se presenta cómo se agrupan estos ítems y, entre paréntesis, las puntuaciones máximas y mínimas que pueden obtenerse: Habilidades comunicativas y relacionales: ítem1 + ítem3 + ítem5 + ítem6 + ítem8 (5-35).

Una vez calculadas estas puntuaciones directas, pueden transformarse en puntuaciones baremadas (centiles) usando las tablas correspondientes al sexo y la edad. (Consejería de Salud-Junta de Andalucía, 2011). (*Anexo 6*).

Las dimensiones que integran esta escala informan sobre aspectos positivos de las habilidades sociales del sujeto evaluado, por lo que, a mayor puntuación obtenida por el adolescente, mejor habilidad social posee según su propia percepción.

Las personas que obtienen puntuaciones en percentiles altos -de 90, por ejemplo- suelen relacionarse bien con los demás, siendo capaces de comunicar abiertamente sus ideas, sentimientos y deseos al mismo tiempo que son hábiles para hacerlo de un modo adecuado para los demás. Los sujetos que se sitúan en el polo bajo del baremo de su edad y sexo, poseen las características contrarias al adolescente que hemos descrito en el párrafo anterior. Por ejemplo, suelen tener conflictos con los demás que no resuelven de forma adecuada, presentando

5.5.3. Procedimiento

Luego de la revisión bibliográfica se procedió a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posterior la designación del director de tesis, luego se realizó los trámites correspondientes para recopilar los datos con las autoridades del Colegio Carmen Mora de Encalada (Pasaje-El Oro). Se socializó el proyecto a las diferentes autoridades y tutores de los cursos de 8vo, 9no y 10mo mediante zoom. Posteriormente se envió el consentimiento informado, el Test de Adicción al Internet y la Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales en formulario de Google Chrome a todos los

grupos de whassapp de los diferentes cursos. Obtenidos los datos se analizó, se procedió a la obtención de resultados y a la elaboración de conclusiones correspondientes.

5.6. Equipo y Materiales

- Computadora
- Red inalámbrica vía Internet
- Hojas de impresión.
- Transporte

5.7. Análisis estadístico.

Se ingresó la información recolectada por los instrumentos en una matriz de datos en el programa Microsoft Office Excel 2019, luego se realizó la respectiva agrupación por variables obteniendo así las tablas de resultados, y se ejecutó un análisis descriptivo de cada variable por objetivo específico planteado, posteriormente se elaboró las conclusiones y recomendaciones en base a las misma. Se aplicó chi2 con $p < 0,05$

6. Resultados

6.1. Resultado del Primer Objetivo.

Tabla 1

Grados de ciberadicción según sexo y edad de los estudiantes del Colegio Carmen Mora *de Encalada Pasaje-El Oro*

Grados de Ciberadicción	Femenino		Sexo				Total		Total	
			Masculino							
	Adolescencia temprana (11-14 años)		Adolescencia Tardía (15-18 años)		Adolescencia Temprana (11-14 años)		Adolescencia Tardía (15-18 años)		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Normal	44	26,2 %	14	8,3 %	38	22,6%	21	12,5 %	117	69,6%
Leve	13	7,7%	9	5,4%	10	6 %	6	3,6%	38	22,6%
Moderado	3	1,8%	5	3%	1	0,6%	3	1,8 %	12	7,1%
Severo	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%
Total	61	36,3%	28	16,7%	49	29,2 %	30	17,9%	168	100%

Fuente: Test de Adicción a Internet (IAT)

Elaboración: Genesis Gallegos Illescas

Análisis: El 69,6 % (n=117) mostraron resultado normal y 30,3 % (n=51) tuvieron ciberadicción.

El grado de adicción predominante fue el leve con el 22,6% (n=38) prevaleció en la adolescencia temprana tanto en hombres 6% (n=10) como en mujeres (7.7% n=13), no obstante, la mayoría de la muestra estuvo constituido por jóvenes de adolescencia temprana.

Los casos de adicción moderada constituyeron el 7,1% (n= 12), se apreció que presenta el mismo porcentaje en hombres de adolescencia tardía 1,8 (n=3) y en mujeres de adolescencia temprana 1,8% (n=3). La adicción severa se presentó en una adolescente de 11-14 años.

6.2. Resultado del Segundo Objetivo

Tabla 2.

Habilidades sociales comunicativas y relacionales según sexo y edad de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro.

Habilidad social comunicativa y relacional	Sexo								Total	
	Femenino				Masculino					
	Adolescencia temprana (11-14 años)	Adolescencia tardía (15-18 años)	Adolescencia temprana (11-14 años)	Adolescencia tardía (15-18 años)	Adolescencia temprana (11-14 años)	Adolescencia tardía (15-18 años)	Adolescencia temprana (11-14 años)	Adolescencia tardía (15-18 años)	f	%
90-100 (percentil alto)	8	4,8%	5	3%	7	4,2%	5	3,0%	25	14,9%
0-89 (Percentil bajo)	53	31,5%	29	17%	42	25,0%	19	11,3%	143	85,1%
Total	61	36,3%	34	20%	49	29,2%	24	14,3%	168	100,0%

Frecuencia, %: Porcentaje. Fuente: Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales Elaboración: Genesis Gallegos Illescas

Análisis: El percentil bajo de habilidades sociales comunicativas y relacionales predominó en los estudiantes, con 85,1% (n=143), presentó mayor prevalencia en la adolescencia temprana de sexo femenino con 31,5% (n=53).

Unicamente el 14,9% (n=35) de los estudiantes tuvo percentiles altos de habilidades sociales comunicativas y relacionales predominante en la adolescencia temprana de sexo femenino con 4,8% (n=8)

Esto indica baja capacidad de comunicarse y relacionarse que podría vincularse en el contexto de la nueva pandemia del covid 19 que evita el contacto con las demás personas centrándose más en actividades solitarias, entre ellas el uso del internet.

6.3. Resultado del Tercer Objetivo

Tabla 3.

Relación entre los grados de ciberadicción y las habilidades sociales comunicativas y relacionales de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro

Grados de ciberadicción	Habilidades sociales comunicativas y relacionales					
	100-90 (Percentil alto)		89-0 (percentil bajo)		Total	
	f	%	f	%	f	%
Normal	18	10,7%	99	58,9%	117	69,6%
Leve	5	3,0%	33	19,6%	38	22,6%
Moderado	0	0,0%	12	7,1%	12	7,1%
Severo	0	0,0%	1	0,6%	1	0,6%
Total	23	13,7%	145	86,3%	168	100,0%

Fuente: Test de Adicción a Internet (IAT) y Escala para la Evaluación de las

Habilidades Sociales. Elaboración: Genesis Gallegos Illescas

Análisis: El 69,6 % (n=117) de los estudiantes que obtuvo resultados normales 10,7% (n=18) presentó percentiles altos de habilidades comunicativas y relacionales y el 58,9% (n=99) percentiles bajos.

De los adolescentes que presentó ciberadicción leve el 19,6% tuvo percentil bajo de habilidades comunicativas y relacionales, en la ciberadicción moderada 7,1% (n=12) y en la severa 0,6% (n=1). Únicamente el 3 % (n=5) presentó percentiles altos de habilidades comunicativas y relacionales que de forma específica corresponde al grado leve de ciberadicción.

Esto indica que la adicción al internet puede relacionarse con inadecuado desarrollo de habilidades sociales comunicativas y relacionales.

Tabla 4

Chi 2 tabla, grado de libertad y valor de p entre los grados de ciberadicción y las habilidades sociales comunicativas y relacionales de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro

Habilidades sociales comunicativas y relacionales		
Grados de ciberadicción	Chi 2 calculado	2,355
	Chi 2 tabla	7,81
	Grado de libertad	3
	Significación (p)	< 0,05

Fuente: *Test de Adicción a Internet (IAT) y Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales*

Elaboración: *Gallegos Illescas Genesis Dayana*

De acuerdo al chi2 ($p < 0,05$) no se encontró datos estadísticamente significativos que relacionan ambas variables por lo que se considera hipótesis nula.

7. Discusión

La ciberadicción, también conocido como trastorno de adicción a internet (AI) es un término que se refiere al uso abusivo de Internet, a través de diversos dispositivos (ordenadores, teléfonos, tabletas, etc.), que interfiere con la vida diaria. Como cualquier otra adicción, afecta diversas áreas del desempeño vital del individuo como amistades, pareja, familia o trabajo. El presente estudio tuvo la finalidad de identificar y relacionar la ciberadicción con las habilidades sociales comunicativas y relacionales.

La investigación se realizó en 168 estudiantes adolescentes de 11-18 años, del Colegio Carmen Mora de Encalada, Pasaje- El Oro. El 30,3% presentó ciberadicción, predominando el grado leve con el 22,6%; el grado moderado tuvo 7,1% y el severo 0,6%, clasificación obtenida mediante el Test de Adicción a Internet de Young; resultados semejantes se obtuvieron en un estudio por Deyvar R. Aponte Rueda ,Paola Castillo Chávez y José E. González Estrella en el 2016 realizado a 390 estudiantes de 15 a 19 años de edad, de las Instituciones educativas de la ciudad de Loja (Ecuador), donde el 51,5 % presentó ciberadicción, prevaleciendo el grado leve con el 35,8 %; el grado moderado tuvo 14,2 % y severo 1,5 %. aplicándose el mismo instrumento que la presente investigación.

En cuanto a la distribución por sexo y edad fue prevalente en el sexo femenino con 18,5%, con predominancia en la adolescencia temprana con 10,1% que difiere con el estudio realizado por Rosana Lluén-Siesquén, Jaime La Cruz-Toledo, Víctor Torres-Anaya donde se aplicó el mismo instrumento a 800 estudiantes del Distrito de Chiclayo, 2015, los resultados mostraron mayor frecuencia de adicción a Internet en el sexo masculino (61,76%), comparada con 38,24% en el sexo femenino, con predominancia entre 15-19 años.

El 85,1 % presentó percentiles bajos de habilidades sociales comunicativas y relacionales, el instrumento utilizado fue la Escala para la evaluación de las habilidades sociales. Resultados similares obtenidos en un estudio realizado en el Colegio Nacional del Altiplano, Puno-Perú 2016 por Flores Mamani y Emilio Garcia a 335 estudiantes, se obtuvo que 66% de los encuestados indican que tienen baja habilidad social, el instrumento utilizado fue la Escala de Lickert.

De estudiantes que presentó ciberadicción, la mayoría presentó percentiles bajos de habilidades sociales, el grado leve el 19,6%, el moderado 7,1% y el severo 0,6% y únicamente

el 3% desarrolló, presentó percentiles altos que de forma específica corresponde al grado leve de ciberadicción, sin embargo, de acuerdo al chi² no se encontró datos estadísticamente significativos que relacionan ambas variables (chi² con $p < 0,05$). Resultados diferentes se obtuvo de un estudio realizado por Edwin G. Estrada Araoz, Mabeli C. Zuloaga Araoz y Néstor A. Gallegos Ramos a 102 estudiantes de educación secundaria pertenecientes al distrito de Las Piedras, Perú 2019, en donde se muestra el 58,8% de estudiantes presentaron un nivel medio de adicción a internet y 62,8% desarrollaron parcialmente sus habilidades sociales, demostrándose que existe una relación inversa significativa entre la adicción a internet y las habilidades sociales de los estudiantes ($r_s = - 0,787$; $p = 0,000 < 0,05$). El instrumento utilizado fue La Escala de la Adicción a Internet de Lima (EAIL).

8. Conclusiones

Hay presencia de ciberadicción en los estudiantes de predominancia el grado leve, seguido del grado moderado y por último el grado grave, prevalente en la adolescencia temprana y en el sexo femenino.

La mayor parte de los adolescentes presentan percentil bajo de las habilidades sociales comunicativas y relacionales que predomina en la adolescencia temprana y sexo femenino

La adicción al internet se relaciona con inadecuado desarrollo de habilidades sociales comunicativas y relacionales. Relación no estadísticamente significativa, calculado con chi 2 con valor de $p < 0.05$.

9. Recomendaciones

Al Ministerio de Educación y Cultura se recomienda fomentar actividades físico-recreativas dirigidas especialmente a los adolescentes para lograr un mayor beneficio para la salud mental de los mismos y así poder prevenir que aumente el porcentaje de ciberadicción.

Al Ministerio de Salud Pública, por medio del personal en atención primaria de salud, incitar la realización de actividades recreativas en familia y amigos, favoreciendo la comunicación entre ellos para así evitar el aislamiento social y mejorar sus habilidades sociales.

A los padres de familia controlar el tiempo de conexión a internet, explorar alternativas de actividades en el tiempo libre mejorando comunicación y actividades en familia, para evitar que la ciberadicción afecte a las habilidades sociales.

10. Bibliografía

- Alverca, S. (2017). Relación de las adicciones tecnológicas y la salud mental de los estudiantes del bachillerato del colegio Técnico Agropecuario Zumbi-Zamora Chinchipe periodo enero-junio 2016. Retrieved from: <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/19435>Behavior, A. (2019). Adicciones tecnológicas en adolescentes relación con la percepción de las, 4(1).
- Betancourth, S., Zambrano, C., Ceballos, A. K., Benavides, V., & Villota, N. (2017). Habilidades sociales relacionadas con el proceso de comunicación en una muestra de adolescentes. *Psicoespacios*, 11(18), 133. <https://doi.org/10.25057/21452776.898>
- Castro, A., & Jiménez, M. (2017). Uso problemático de redes sociales 2.0 en nativos digitales. *Salud y Drogas*, 17(1), 73–85.
- Chone Km, V., San Cristóbal Isla Santa Cruz Santo Domingo -Ecuador, C., García-Umaña, A., & Tirado-Morueta, R. (2018). Comportamiento mediático digital de estudiantes escolares: uso abusivo de Internet. *Journal New Approaches in Educational Research*,7(2), 2254–7339. <https://doi.org/10.7821/naer.2017.7.284>
- Contreras, D. (2018). Adicción a Internet y uso de redes sociales en adolescentes: una revisión. *Revista Española de Drogodependencias*, (43), 39–54. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6734462&orden=0&info=link> %0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6734462
- Ferch, A. (2018). Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 37(1), 103–119.
- Fierro, V. F. (2018). Adicción a Internet y a las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación. *Universidad de La República Uruguay*, 153–166. Retrieved from: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos_finales/Archivos/trabajo_final_de_grado_-_victor_fagundez.pdf
- Flores, E., Garcia, M., Calsina, W., & Yapuchura, A. (2016). Las habilidades sociales y la comunicación interpersonal de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano Puno. *Comunicación*, 7(2), 2–11. Retrieved from: <https://www.redalyc.org/pdf/4498/449849320001.pdf>

- Fuertes López, J. H., & Armas Téllez, L. Y. (2018). Adolescentes adictos a redes sociales y tecnología. *Horizontes de Enfermería*, (7), 155–166. Retrieved from <http://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/163-47>
- García Suárez, C. I., & Parada Rico, D. A. (2018). “Construcción de adolescencia”: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. *Universitas Humanística*, 85(85). <https://doi.org/10.11144/javeriana.uh85.cach>
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M., & Hidalgo Vicario, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere. Revista de Formación Continua de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia.*, 5(1), 7–22.
- INEC. (2018). Tecnologías de la Información y Comunicación Contenido. Inec. Retrieved from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/TIC/2018/2018_12_Principales_resultados_TIC_Multipropositivo.pdf
- John F. Butterworth, D. C. M. (n.d.). *Anestesiología Clínica - Morgan*. (E. M. Moderno, Ed.) (quinta). Mexico: 2014.
- Lozano, R. F. C. (2017). Nivel de adicción al internet y comportamiento adictivo de los niños del sexto y séptimo grado de la escuela Carlos Crespi. Retrieved from [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26956/1/Proyecto de Investigación.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26956/1/Proyecto%20de%20Investigaci3n.pdf)
- Martínez, D. E. V., Jiménez, W. A. J., & Durán, J. M. (2020). Habilidades sociales: Acoso Escolar y Habilidades Sociales., 31–52. <https://doi.org/10.2307/j.ctv14rmp0x.5>
- Méndez-Díaz, M., Romero Torres, B., Cortés Morelos, J., Ruíz-Contreras, A., & Próspero García, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Rev. Fac. Med. UNAM*, 60(1), 6–16.
- Morales, G. (2018). “La inteligencia emocional y las habilidades sociales en los La inteligencia emocional y las habilidades sociales en los estudiantes de 1er, 2do y 3er año de Bachillerato General Unificado de la Unidad Educativa “Joaquín Lalama” del cantón Ambato, provincia, 137. Retrieved from: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/GabrielaAlexandra-Morales-Sailema.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Guía para la atención integral de la salud de adolescentes. Ministerio de Salud Uruguay de Salud Uruguay, 107. Retrieved from <http://www.msp.gub.uy/publicaci3n/guía-para-la-atenci3n-integral-de-la-salud-de-adolescentes>.

- Prieto, Terán, A. (2019). Ciberadicciones. Adicción a las nuevas tecnologías (NTIC). Congreso de Actualización Pediatría 2019, 131–141.48
- Putallaz, L. P. R. (2016). Habilidades Sociales en la Infancia y Adolescencia.
- Pantoja, S. R. (2020). Las redes sociales on-line: Espacios de socialización y definición de identidad. Scielo.
- Riva-Posse, A. (2017). Trastornos Adictivos. Inmanencia. Revista Del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón, 5(1), 51–57.
- Rodríguez Molinero, L. (2007). El adolescente y su entorno: Familia, amigos, escuela y medios. Revista Espanola de Pediatría, 63(1), 29–37. Rojas, C. Henríquez, F. Sanhueza, F., Núñez, P., Inostroza, E., Solís, A., &
- Sigüenza, W., Quezada, E., & Reyes, M. (2019). Autoestima en la adolescencia media y tardía. Revista Espacios, 40(15), 19. Retrieved from <http://www.revistaespacios.com/a19v40n15/a19v40n15p19.pdf>.
- Simon Kemp. (30 de Enero de 2020). DIGITAL 2020: Panorama Digital Global. Obtenido de <https://datareportal.com/reports/digital-2020-global-digital-overview>
- Tortosa Jiménez, A. (2018). El aprendizaje de habilidades sociales en el aula. Revista Internacional de Apoyo a La Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad, 4(4), 158-165. <https://doi.org/10.17561/riai.v4.n4.13>.
- Consejería de Salud-Junta de Andalucía. (2011). Escala Para La Evaluación De Las Habilidades Sociales. En M. Á. Alfredo Oliva Delgado Lucía Antolín Suárez, Instrumentos Para La Evaluación De La Salud Mental (págs. 175-189). Andalucía: OBEMEDIA S.C.

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Aprobación de Tema e Informe de Pertinencia del Proyecto de Tesis



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

**CARRERA DE
MEDICINA HUMANA**

MEMORÁNDUM Nro.0066 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Génesis Dayana Gallegos Illescas
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 18 de febrero de 2021

ASUNTO: **APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: "CIBERADICCIÓN Y HABILIDADES SOCIALES DE LOS ESTUDIANTES DEL "COLEGIO CARMEN MORA DE ENCALADA PASAJE-EL ORO", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. María Susana González, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera aprobado y pertinente, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



**TANIA VERÓNICA
CABRERA PARRA**

**Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT**

11.2. Anexo 2. Designación de Director de Tesis



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

**CARRERA DE
MEDICINA HUMANA**

MEMORÁNDUM Nro.0079 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. María Susana González
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 19 de febrero de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema: "CIBERADICCIÓN Y HABILIDADES SOCIALES DE LOS ESTUDIANTES DEL "COLEGIO CARMEN MORA DE ENCALADA PASAJE-EL ORO", autora de la Srta. Génesis Dayana Gallegos Illasca.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



**TANIA VERÓNICA
CACERES PARRA**

**Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.o.- Archivo, Estudiante.
NOT**

11.3. Anexo 3. Autorización para Recolección de Datos



COLEGIO CARMEN MORA DE ENCALADA

Pasaje- El Oro- Ecuador Teléfono: 2015-254 - 2015-756 Email: 07100821@gmail.com
Fundado el 11 de octubre de 1965, mediante Acuerdo ministerial 625-ET Pasaje-El Oro

Pasaje, 15 de Marzo del 2021

Doctora

Tania Cabrera Parra

**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA DE LA CARRERA DE
MEDICINA**

Ciudad -

De mi consideración:

Por medio de la presente, me permito dar contestación al Memorandum Nro. 0088 DCM-FSH-UNL de fecha 22 de febrero del 2021, autorizo a la señorita **GÉNESIS DAYANA GALLEGOS INLESCAS** realice la encuesta a los estudiantes del bachillerato de nuestra institución.

Atentamente,



Lic. Pedro Morales Oreñana, Mgs.

RECTOR (E)

Cel. 0987230280

Email: pedro.sugundo.carmenmora@gmail.com

11.4. Anexo 4. Certificación de Inglés

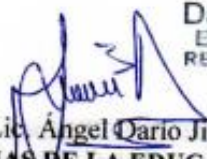
Lic. Ángel Darío Jiménez Vera

LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION MENCION IDIOMA INGLÉS

CERTIFICA:

Que el documento compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada: **“Ciberadicción y habilidades sociales de los estudiantes del “Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro”** autoría de la Srta. **Génesis Dayana Gallegos Illescas** con número de cedula **0704885714** egresada de la carrera de Medicina de la facultad de la Salud Humana.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga



Darío Jiménez V.
ENGLISH TEACHER
REG. 1008-2018-1998231
CHECKED

Lic. Ángel Darío Jiménez Vera

LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION MENCION IDIOMA INGLÉS

Registro Senescyt: **1008-2018-1998231**

11.5. Anexo 5. Instrumentos de Recolección de Datos



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Consentimiento Informado de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Investigadora: Genesis Dayana Gallegos Illescas de la UNL (FSH)

Dirigido: padres de familia estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro''

Información del estudio.

Introducción. Yo Genesis Dayana Gallegos Illescas, de la Facultad de Medicina, Área de la Salud, Universidad Nacional de Loja, que me encuentro realizando el proyecto: '*Ciberadicción y salud mental de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro*'; como previa a la obtención del título de médico; solicito a usted la colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación. Para la realización del mismo usted deberá responder algunas preguntas. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Propósito: Con la creciente popularidad de Internet, pronto apareció el uso excesivo y así un nuevo trastorno: la adicción a Internet. La finalidad de nuestro estudio es averiguar las adicciones cibernéticas de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro y como afecta a su salud mental

Tipo de Investigación: Si usted desea participar en el estudio deberá llenar únicamente una encuesta y escala anónima que se le entregará a continuación

Selección de participantes: Estamos invitando a los estudiantes del primer, segundo y tercer año del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro

Participación Voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo

Beneficios: El principal beneficio que puede obtener de esta investigación es tomar conciencia de una posible adicción para así mejorar la salud mental de su hijo y tener una mejor calidad de vida

Consentimiento Informado

Yo como representante legal del estudiante sujeto a investigación manifiesto que declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido ampliamente informado acerca del presente proyecto cuyo tema es'' *Ciberadicción y salud mental de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro*'' y los procedimientos que se llevaran a cabo. A su vez, se me ha expuesto la confidencialidad de los resultados.

Firma del representante:

Cédula de Identidad:.....



Universidad Nacional De Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Las siguientes encuestas tiene como objetivo: Identificar los grados de ciberadicción y habilidades sociales en los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro.

Por tal motivo les invitamos a responder las siguientes preguntas de una manera ordenada y honesta.

Datos

- **Edad:**
- **Sexo:** Masculino () Femenino ()

Test de Adicción al Internet

“El test mide el alcance del involucramiento de un individuo con el uso del internet y clasifica la adicción en términos de deterioro o incapacidad leve, moderado o severo. Creado por Kimberly Young (2010).

Marque el casillero que represente con mayor precisión lo que usted experimenta respecto al uso de Internet.

0 = Nunca	3 = Frecuentemente
1 = Raramente	4 = Muy a menudo
2 = Ocasionalmente	5 = Siempre

Preguntas	0	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia se encuentra con que lleva más tiempo navegando del que pretendía estar?						
2. ¿Desatiende las labores de su hogar por pasar más tiempo frente a la computadora navegando?						
4. ¿Con qué frecuencia establece relaciones amistosas con gente que sólo conoce a través de Internet?						
5. ¿Con qué frecuencia personas de su entorno le recriminan que pasa demasiado tiempo conectado a Internet?						
6. ¿Su actividad académica (escuela, universidad) se ve perjudicada porque dedica demasiado tiempo a navegar?						
7. ¿Con que frecuencia chequea el correo electrónico antes de realizar otras tareas prioritarias?						
8. ¿Su productividad en el trabajo se ve perjudicada por el uso de Internet?						
9. ¿Se vuelve precavido o reservado cuando alguien le pregunta a qué dedica el tiempo que pasa navegando?						
10. ¿Se evade de sus problemas de la vida real pasando un rato conectado a Internet?						
11. ¿Se encuentra alguna vez pensando en lo que va a hacer la próxima vez que se conecte a Internet?						
12. ¿Teme que su vida sin Internet sea aburrida y vacía?						
13. ¿Se siente molesto cuando alguien lo/a interrumpe mientras está navegando?						
14. ¿Con qué frecuencia pierde horas de sueño pasándolas conectado a Internet?						
15. ¿Se encuentra a menudo pensando en cosas relacionadas a Internet cuando no está conectado?						
16. ¿Le ha pasado alguna vez eso de decir "solo unos minutitos más" antes de apagar la computadora?						

17. ¿Ha intentado alguna vez pasar menos tiempo conectado a Internet y no lo ha logrado?						
18. ¿Trata de ocultar cuánto tiempo pasa realmente navegando?						
19. ¿Prefiere pasar más tiempo online que con sus amigos en la vida real?						
20. ¿Se siente ansioso, nervioso, deprimido o aburrido cuando no está conectado a Internet?						



Universidad Nacional De Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Escala para la evaluación de las habilidades sociales

“ El test mide las habilidades sociales tanto comunicativas y relacionales. Este instrumento fue creado por el equipo de investigación Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2011) ”

Marque el casillero, que represente con mayor precisión lo que usted experimenta.

1 = totalmente falsa	5= algo verdadera
2= falsa	6 = Verdadero
3 = algo falsa	7= totalmente verdadera
4 = Ni falsa ni verdadera	

Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1. Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco							
3. Me da corte hablar cuando hay mucha gente							
5. Me cuesta trabajo invitar a un conocido/a una fiesta, al cine, etc.							
6. Me da corte empezar una conversación con alguien que me atrae físicamente							
8. Me resulta muy difícil decirle a un chico/a que quiero salir con él/ella							

11.6. Anexo 6. Cuadros de Escala para Habilidades Sociales.

Cuadro 1. Baremos chicas 12-13 años

BAREMOS CHICAS 12-13 AÑOS

PUNTUACIONES DIRECTAS					
CENTILES	Habilidades comunicativas/ conversacionales	Habilidades relacionadas con la asertividad	Habilidades de resolución de conflictos	Total	CENTILES
95	30	-	28	73	95
90	27	21	26	68	90
85	25	-	25	66	85
80	24	-	24	64	80
75	23	20	23	61	75
70	22	19	22	60	70
65	21	-	-	59	65
60	20	-	21	58	60
55	19	18	20	56	55
50	-	-	-	55	50
45	18	17	19	-	45
40	17	-	18	53	40
35	-	16	-	52	35
30	16	-	17	51	30
25	15	15	-	50	25
20	13	-	16	49	20
15	12	14	-	47	15
10	11	13	15	45	10
5	9	12	13	41	5
N	259	259	259	259	
Media	18.82	17.24	19.98	56.03	
D.t.	6.12	3.04	4.48	9.17	

Fuente: Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2011).

Cuadro 2. Baremos chicos 12-13 años

BAREMOS CHICOS 12-13 AÑOS

PUNTUACIONES DIRECTAS					
CENTILES	Habilidades comunicativas/ conversacionales	Habilidades relacionadas con la asertividad	Habilidades de resolución de conflictos	Total	CENTILES
95	31	21	28	71	95
90	28	-	25	67	90
85	26	20	24	63	85
80	24	-	23	60	80
75	23	19	21	58	75
70	22	18	20	57	70
65	21	-	-	55	65
60	20	17	19	54	60
55	19	-	-	53	55
50	18	16	18	52	50
45	17	-	17	50	45
40	16	-	-	-	40
35	-	15	16	48	35
30	15	-	-	47	30
25	13	14	15	46	25
20	12	13	14	45	20
15	11	12	12	43	15
10	10	11	11	41	10
5	8	9	8	35	5
N	220	220	220	220	
Media	18.44	16.04	17.97	52.45	
D.t.	6.69	3.79	5.30	10.06	

Fuente: Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2011)

Cuadro 3. Baremos chicas 14-15 años

BAREMOS CHICAS 14-15 AÑOS

PUNTUACIONES DIRECTAS					
CENTILES	Habilidades comunicativas/ conversacionales	Habilidades relacionadas con la asertividad	Habilidades de resolución de conflictos	Total	CENTILES
95	31	-	27	73	95
90	28	21	25	69	90
85	26	-	24	66	85
80	24	20	23	63	80
75	23	-	22	61	75
70	22	19	-	60	70
65	21	-	21	58	65
60	20	-	-	57	60
55	19	18	20	56	55
50	-	-	-	55	50
45	18	17	19	54	45
40	17	-	18	53	40
35	16	16	-	52	35
30	15	-	17	51	30
25	14	15	-	49	25
20	13	-	16	48	20
15	11	14	-	46	15
10	10	12	14	44	10
5	8	11	12	39	5
N	661	661	661	661	
Media	18.76	17.08	19.52	55.36	
D.t.	6.78	3.20	4.50	9.90	

Fuente: Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2011)

Cuadro 4. Baremos chicos 14-15 años

BAREMOS CHICOS 14-15 AÑOS

PUNTUACIONES DIRECTAS					
CENTILES	Habilidades comunicativas/ conversacionales	Habilidades relacionadas con la asertividad	Habilidades de resolución de conflictos	Total	CENTILES
95	34	21	26	74	95
90	31	-	24	69	90
85	29	20	23	66	85
80	27	19	22	63	80
75	26	-	21	61	75
70	25	-	20	60	70
65	23	18	-	58	65
60	-	-	19	57	60
55	21	17	18	55	55
50	20	-	-	54	50
45	-	16	17	53	45
40	19	-	-	51	40
35	18	15	16	50	35
30	17	-	-	49	30
25	16	14	15	48	25
20	15	13	14	46	20
15	14	12	12	44	15
10	12	-	10	42	10
5	9	10	8	37	5
N	508	508	508	508	
Media	20.93	16.18	17.59	54.70	
D.t.	7.06	3.46	5.33	10.79	

Fuente: Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2011)

Cuadro 5. Baremos chicas 16-17 años.

BAREMOS CHICAS 16-17 AÑOS

PUNTUACIONES DIRECTAS					
CENTILES	Habilidades comunicativas/ conversacionales	Habilidades relacionadas con la asertividad	Habilidades de resolución de conflictos	Total	CENTILES
95	33	21	26	74	95
90	30	-	25	70	90
85	29	20	24	68	85
80	27	-	23	66	80
75	26	19	-	65	75
70	25	-	22	63	70
65	23	-	21	61	65
60	22	-	-	60	60
55	21	18	20	58	55
50	20	-	-	57	50
45	-	-	19	56	45
40	19	17	-	55	40
35	18	-	18	53	35
30	17	16	-	52	30
25	16	15	17	50	25
20	15	-	16	48	20
15	13	14	15	47	15
10	12	13	-	45	10
5	10	12	13	43	5
N	398	398	398	398	
Media	20.74	17.00	19.69	57.43	
D.t.	6.84	3.04	3.99	9.94	

Fuente: Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2011)

Cuadro 6. Baremos chicos 16-17 años

BAREMOS CHICOS 16-17 AÑOS					
PUNTUACIONES DIRECTAS					
CENTILES	Habilidades comunicativas / conversacionales	Habilidades relacionadas con la asertividad	Habilidades de resolución de conflictos	Total	CENTILES
95	32	21	27	73	95
90	31	-	25	69	90
85	29	20	23	66	85
80	27	19	22	64	80
75	26	-	-	62	75
70	25	18	21	61	70
65	23	-	20	59	65
60	22	-	19	58	60
55	-	17	-	56	55
50	20	-	18	54	50
45	-	16	-	-	45
40	19	-	17	52	40
35	18	15	16	51	35
30	-	-	-	50	30
25	17	14	15	49	25
20	16	-	-	48	20
15	15	13	13	46	15
10	12	12	12	43	10
5	11	11	9	41	5
N	322	322	322	322	
Media	21.17	16.40	18.14	55.70	
D.t.	6.68	3.12	4.94	10.07	

Fuente: Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2011)

11.7. Anexo 7. Base de Datos

BASE DE DATOS					
Test de Adicción al Internet (Kimberly Young 2010)					
Código	Sexo	Edad	Puntaje	Clasificación	
I	M	15	19	normal	
II	M	16	16	normal	
III	M	12	18	normal	
IV	M	12	10	normal	
V	F	15	33	leve	
VI	F	17	55	moderado	
VII	F	16	19	normal	
VIII	F	13	13	normal	
IX	M	13	13	normal	
X	M	17	8	normal	
XI	F	13	25	normal	
XII	M	14	39	leve	
XIII	M	16	34	leve	
XIV	F	13	29	normal	
XV	M	13	34	leve	
XVI	F	14	8	normal	
XVII	M	12	24	normal	
XVIII	M	13	9	normal	
XIX	F	13	10	normal	
XX	F	13	2	normal	
XXI	M	14	12	normal	
XXII	F	17	45	leve	
XXIII	M	17	77	moderado	
XXIV	F	13	0	normal	
XXV	M	13	15	normal	
XXVI	M	14	58	moderado	
XVII	M	13	24	normal	
XVIII	F	16	16	normal	
XXIX	F	15	32	leve	
XXX	M	13	23	normal	
XXXI	M	15	5	normal	
XXXII	M	13	6	normal	
XXXIII	M	15	45	leve	
XXXIV	F	16	24	normal	

XXXV	F	12	19	normal
XXXVI	F	16	16	normal
XXXVII	M	12	11	normal
XXXVIII	M	15	39	leve
XXXIX	M	12	32	leve
XL	F	15	51	moderado
XLI	M	12	13	normal
XLII	F	13	34	leve
XLIII	M	16	26	normal
XLIV	M	12	26	normal
XLV	F	12	30	normal
XLVI	F	16	30	normal
XLVII	F	12	21	normal
XLVIII	M	16	43	leve
XLIX	F	16	16	normal
L	M	12	17	normal
LI	F	16	30	leve
LII	M	12	20	normal
LIII	F	15	39	leve
LIV	F	13	32	leve
LV	F	14	4	normal
LVI	F	17	9	normal
LVII	F	15	25	normal
LVIII	F	14	2	normal
LIX	F	16	25	normal
LX	M	13	18	normal
LXI	M	15	7	normal
LXII	F	14	9	normal
LXIII	M	13	18	normal
LXIV	F	14	38	leve
LXV	F	15	14	normal
LXVI	F	16	25	normal
LXVII	F	13	22	normal
LXVIII	M	14	45	leve
LXIX	F	15	15	normal
LXX	M	16	77	moderado
LXXI	F	15	36	leve
LXXII	F	13	19	normal
LXXIII	F	14	33	leve

LXXIV	F	16	4	normal
LXXV	F	15	21	normal
LXXVI	M	13	25	normal
LXXVII	M	12	6	normal
LXXVIII	M	13	46	leve
LXXIX	F	16	5	normal
LXXX	F	15	27	normal
LXXXI	F	14	27	normal
LXXXII	M	13	46	leve
LXXXIII	M	14	4	normal
LXXXIV	M	15	20	normal
LXXXV	M	13	49	leve
LXXXVI	F	14	29	normal
LXXXVII	F	16	28	normal
LXXXVIII	F	17	77	moderado
LXXXIX	M	13	16	normal
XC	F	12	19	normal
XCI	F	12	76	moderado
XCII	M	14	11	normal
XCIII	F	15	16	normal
XCIV	F	16	14	normal
XCV	F	17	14	normal
XCVI	M	12	24	normal
XCVII	F	15	56	moderado
XCVIII	F	16	66	moderado
XCIX	F	13	2	normal
C	F	14	20	normal
CI	F	13	17	normal
CII	F	14	4	normal
CIII	F	14	30	leve
CIV	M	15	41	leve
CV	F	13	20	normal
CVI	F	14	30	leve
CVII	F	13	6	normal
CVIII	F	14	5	normal
CIX	M	15	1	normal
CX	F	14	37	leve
CXI	F	13	33	leve
CXII	F	12	16	normal
CXIII	M	14	14	normal
CXXIV	F	16	12	normal
CXXV	M	15	19	normal

CXXVI	M	15	28	normal
CXXVII	M	16	23	normal
CXXVIII	M	16	36	leve
CXXIX	M	15	27	normal
CXXX	F	14	23	normal
CXXXI	M	16	25	normal
CXXXII	M	14	18	normal
CXXXIII	M	16	31	leve
CXXXIV	F	14	10	normal
CXXXV	M	15	48	leve
CXXXVI	F	12	12	leve
CXXXVII	F	12	83	severa
CXXXVIII	M	14	24	normal
CXXXIX	M	12	26	normal
CXL	M	14	42	leve
CXLI	M	12	10	normal
CXLII	F	14	17	normal
CXLIII	F	12	20	normal
CXLIV	M	12	24	normal
CXLV	F	13	21	normal
CXLVI	F	12	57	moderado
CXLVII	M	12	20	normal
CXXVI	M	15	28	normal
CXXVII	M	16	23	normal
CXXVIII	M	16	36	leve
CXXIX	M	15	27	normal
CXXX	F	14	23	normal
CXXXI	M	16	25	normal
CXXXII	M	14	18	normal
CXXXIII	M	16	31	leve
CXXXIV	F	14	10	normal
CXXXV	M	15	48	leve
CXXXVI	F	12	12	leve
CXXXVII	F	12	83	severa
CXXXVIII	M	14	24	normal
CXXXIX	M	12	26	normal
CXL	M	14	42	leve
CXLI	M	12	10	normal
CXLII	F	14	17	normal
CXLIII	F	12	20	normal
CXLIV	M	12	24	normal

CXLV	F	13	21	normal
CXLVIII	F	12	4	normal
CXLIX	F	14	12	normal
CL	F	14	22	normal
CLI	M	12	28	normal
CLII	M	12	19	normal
CLIII	H	12	4	normal
CLIV	F	12	16	normal
CLV	F	12	27	normal
CLVI	F	14	24	normal
CLVII	M	12	9	normal
CLVIII	M	14	9	normal
CLIX	M	12	36	leve
CLX	M	13	14	normal
CLXI	F	12	33	leve
CLXII	F	12	15	normal
CLXIII	F	12	15	normal
CLXIV	F	12	19	normal
CLXVI	M	13	12	normal
CLXVII	F	12	9	normal
CLXVIII	F	12	13	normal
CXLIX	F	14	12	normal
CL	F	14	22	normal
CLI	M	12	28	normal
CLII	M	12	19	normal
CLIII	H	12	4	normal
CLIV	F	12	16	normal
CLV	F	12	27	normal
CLVI	F	14	24	normal
CLVII	M	12	9	normal
CLVIII	M	14	9	normal
CLIX	M	12	36	leve
CLX	M	13	14	normal
CLXI	F	12	33	leve
CLXII	F	12	15	normal
CLXIII	F	12	15	normal
CLXIV	F	12	19	normal
CLXVI	M	13	12	normal
CLXVII	F	12	9	normal
CLXVIII	F	12	13	normal
CXLIX	F	14	12	normal
CL	F	14	22	normal

CLI	M	12	28	normal
CLII	M	12	19	normal
CLIII	H	12	4	normal
CLIV	F	12	16	normal
CLV	F	12	27	normal
CLVI	F	14	24	normal
CLVII	M	12	9	normal
CLVIII	M	14	9	normal
CLIX	M	12	36	leve
CLX	M	13	14	normal
CLXI	F	12	33	leve
CLXII	F	12	15	normal
CLXIII	F	12	15	normal
CLXIV	F	12	19	normal
CLXVI	M	13	12	normal
CLXVII	F	12	9	normal
CLXVIII	F	12	13	normal

BASE DE DATOS

Evaluación de las habilidades sociales (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2011)

Código	Sexo	Edad	Puntaje	Clasificación
I	M	15	28	90%
II	M	16	26	75%
III	M	12	22	63%
IV	M	12	26	74%
V	F	15	9	26%
VI	F	17	25	71%
VII	F	16	22	63%
VIII	F	13	35	100%
IX	M	13	28	80%
X	M	17	31	89%
XI	F	13	14	40%
XII	M	14	13	37%
XIII	M	16	11	31%
XIV	F	13	19	54%
XV	M	13	26	74%
XVI	F	14	29	83%
XVII	M	12	30	86%
XVIII	M	13	15	43%
XIX	F	13	16	46%
XX	F	13	35	100%
XXI	M	14	17	49%
XXII	F	17	15	43%
XXIII	M	17	14	40%
XXIV	F	13	33	94%
XXV	M	13	30	86%
XXVI	M	14	7	20%
XXVII	M	13	23	66%
XXVIII	F	16	17	49%

XXIX	F	15	15	43%
XXX	M	13	17	49%
XXXI	M	15	22	63%
XXXII	M	13	30	86%
XXXIII	M	15	21	60%
XXXIV	F	16	14	40%
XXXV	F	12	30	86%
XXXVI	F	16	25	71%
XXXVII	M	12	31	89%
XXXVIII	M	15	29	83%
XXXIX	M	12	20	57%
XL	F	15	30	86%
XLI	M	12	15	43%
XLII	F	13	29	83%
XLIII	M	16	16	46%
XLIV	M	12	15	43%
XLV	F	12	16	46%
XLVI	F	16	7	20%
XLVII	F	12	23	66%
XLVIII	M	16	15	43%
XLIX	F	16	24	69%
L	M	12	17	49%
LI	F	16	29	83%
LII	M	12	16	46%
LIII	F	15	23	66%
LIV	F	13	10	29%
LV	F	14	35	100%
LVI	F	17	22	63%
LVII	F	15	18	51%
LVIII	F	14	25	71%

LIX	F	16	25	71%
LX	M	13	34	97%
LXI	M	15	21	60%
LXII	F	14	28	80%
LXIII	M	13	20	57%
LXIV	F	14	18	51%
LXV	F	15	22	63%
LXVI	F	16	14	40%
LXVII	F	13	16	46%
LXVIII	M	14	11	31%
LXIX	F	15	13	37%
XLVI	F	16	7	20%
XLVII	F	12	23	66%
XLVIII	M	16	15	43%
XLIX	F	16	24	69%
L	M	12	17	49%
LI	F	16	29	83%
LII	M	12	16	46%
LIII	F	15	23	66%
LIV	F	13	10	29%
LV	F	14	35	100%
LVI	F	17	22	63%
LVII	F	15	18	51%
LVIII	F	14	25	71%
LIX	F	16	25	71%
LX	M	13	34	97%
LXI	M	15	21	60%
LXII	F	14	28	80%
LXIII	M	13	20	57%
LXIV	F	14	18	51%

LXV	F	15	22	63%
LXVI	F	16	14	40%
LXVII	F	13	16	46%
LXVIII	M	14	11	31%
LXIX	F	15	13	37%
LXX	M	16	16	46%
LXXI	F	15	17	49%
LXXII	F	13	20	57%
LXXIII	F	14	7	20%
LXXIV	F	16	31	89%
LXXV	F	15	10	29%
LXXVI	M	13	30	86%
LXXVII	M	12	33	86%
LXXVIII	M	13	22	63%
LXXIX	F	16	25	71%
LXXX	F	15	17	49%
LXXXI	F	14	17	49%
LXXXII	M	13	7	20%
LXXXIII	M	14	13	37%
LXXXIV	M	15	10	29%
LXXXV	M	13	12	34%
LXXXVI	F	14	28	80%
LXXXVII	F	16	31	89%
LXXXVIII	F	17	10	29%
LXXXIX	M	13	23	66%
XC	F	12	18	51%
XCI	F	12	18	34%
XCII	M	14	12	71%
XCIII	F	15	25	43%
XCIV	F	16	15	86%

XCV	F	17	30	63%
XCVI	M	12	22	43%
XCVII	F	15	15	29%
XCVIII	F	16	10	46%
XCIX	F	13	16	49%
C	F	14	17	14%
CI	F	13	5	80%
CII	F	14	28	69%
CIII	F	14	24	86%
CIV	M	15	30	29%
CV	F	13	10	31%
CVI	F	14	11	54%
CVII	F	13	19	57%
CVIII	F	14	20	46%
CIX	M	15	16	51%
CX	F	14	7	20%
CXI	F	13	31	89%
CXII	F	12	18	51%
CXIII	M	14	15	43%
CXIV	F	15	12	34%
CXV	F	13	13	37%
CXVI	F	14	15	43%
CXVII	M	13	23	66%
CXVIII	F	16	25	71%
CXIX	F	14	8	23%
CXXI	F	14	13	37%
CXXII	M	17	22	63%
CXXIII	M	14	15	43%
CXXIV	F	16	21	60%

CXXV	M	15	31	89%
CXXVI	M	15	28	80%
CXXVII	M	16	26	74%
CXXVIII	M	16	23	66%
CXXIX	M	15	13	37%
CXXX	F	14	7	20%
CXXXI	M	16	30	86%
CXXXII	M	14	17	49%
CXXXIII	M	16	18	51%
CXXXIV	F	14	27	77%
CXXXV	M	15	12	34%
CXXXVI	F	12	15	43%
CXXXVII	F	12	5	14%
CXXXVIII	M	14	27	77%
CXXXIX	M	12	12	34%
CXL	M	14	20	57%
CXLI	M	12	16	46%
CXLII	F	14	16	46%
CXLIII	F	12	14	40%
CXLIV	M	12	15	43%
CXLV	F	13	8	23%
CXLVI	F	12	26	74%
CXLVII	M	12	7	20%
CXLVIII	F	12	16	46%
CXLIX	F	14	24	69%
CL	F	14	25	71%
CLI	M	12	18	51%
CLII	M	12	28	80%
CLIII	H	12	23	66%
CLIV	F	12	28	80%

CLV	F	12	22	63%
CLVI	F	14	18	51%
CLVII	M	12	19	54%
CLVIII	M	14	26	74%
CLIX	M	12	15	43%
CLX	M	13	11	31%
CLXI	F	12	15	43%
CLXII	F	12	19	54%
CLXIII	F	12	19	54%
CLXIV	F	12	13	37%
CLXV	M	13	17	49%
CLXVI	F	12	11	31%
CLXVII	F	12	14	40%
CLXVIII	M	12	12	34%

11.8. Anexo 8. Tablas Complementarias

Tabla 5

Chi 2 calculado entre los grados de ciberadicción y las habilidades sociales comunicativas y relacionales de los estudiantes del Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro

Grados de ciberadicción	Habilidades sociales comunicativas y relacionales		
	100-90 Percentil alto f	89-0 Percentil bajo f	Total f
Normal	0,245281892	0,03890678	0,28418867
Leve	0,007872943	0,00124881	0,00912175
Moderado	1,642857143	0,26059113	1,90344828
Intenso	0,136904762	0,02171593	0,15862069
Total	2,032916740	0,32246266	2,3553794

f: Frecuencia

Fuente: Test de Adicción al Internet de Young y Escala de Habilidades sociales

Elaboración: Gallegos Illescas Génesis Dayana

11.9. Anexo 9. Certificación del tribunal de grado.



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Loja, 21 de Noviembre del 2022

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

En calidad del tribunal calificador del trabajo de Integración curricular o de titulación titulado **“Ciberadicción y habilidades sociales de los estudiantes del “Colegio Carmen Mora de Encalada Pasaje-El Oro”** de la autoría del Sr. / Srta. portador/a de la cédula de identidad **Génesis Dayana Gallegos Illescas Nro. 0704885714**, previo a la obtención del título de **Médico General**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal o por el director trabajo de integración curricular, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de integración curricular o de titulación de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

CIPSC

Dra. Sandra Katerine Mejia Michay
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Sandra Katerine Mejia Michay

Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Verónica Luzmila Montoya Jaramillo