



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

MÁSTER EN PSICOPEDAGOGÍA

CURSO 2024/2025

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES Y LAS PANTALLAS EN LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES ADULTOS

Alumna:

Sandra Herrero Rodríguez

Tutora:

Clara González Sanguino

Valladolid, junio 2025

Resumen

Hoy en día, el uso de las tecnologías está muy presente en la vida de los individuos, especialmente en la de los jóvenes-adultos. Por ello, se ha realizado el siguiente estudio con el objetivo de analizar la influencia de las pantallas, y de las redes sociales, en la salud mental de este colectivo.

Su análisis ha revelado altos porcentajes en el tiempo de uso de las pantallas, en concreto el teléfono móvil y el ordenador, así como una conexión entre este tiempo y problemas de autoestima, ansiedad, depresión y sueño.

Palabras Clave

Alfabetización · Ansiedad · Autoestima · Pantallas · Redes sociales · Salud mental

Abstract

Nowadays, the use of technologies is highly present in the lives of individuals, especially young adults. For this reason, the following study was carried out with the aim of analyzing the influence of screens and social networks on the mental health of this group.

Its analysis has revealed high percentages of time spent using screens, specifically cell phones and computers, as well as a connection between this time and problems of self-esteem, anxiety, depression and sleep.

Keywords

Literacy · Anxiety · Self-esteem · Screen media · Social networks · Mental health

Índice de Contenidos

Resumen.....	1
Abstract	1
Introducción	6
Marco Teórico	10
Salud Mental Infanto-Juvenil	12
Salud Mental en Jóvenes Adultos.....	14
Alfabetización.....	15
Pantallas.....	17
Objetivos	23
Metodología	24
Procedimiento de Investigación	24
Participantes	24
Variables e Instrumentos	28
Análisis de Datos.....	30
Resultados	31
Características de Uso de las Pantallas	31
Alfabetización	39
Autoestima	40
Ansiedad y Depresión	40
Sueño.....	41
Tiempo de Uso del Móvil en Función del Género	41
Tiempo de Uso del Ordenador en Función del Género.....	43
Tiempo en Redes Sociales en Función del Género	45
Diferencias en Función del Género	46

Correlaciones.....	48
Discusión.....	49
Conclusiones.....	53
Opinión Personal.....	54
Referencias.....	56
Anexos	64

Índice de Tablas

Tabla 1	25
Tabla 2	25
Tabla 3	26
Tabla 4	27
Tabla 5	27
Tabla 6	32
Tabla 7	34
Tabla 8	35
Tabla 9	36
Tabla 10	37
Tabla 11	38
Tabla 12	39
Tabla 13	41
Tabla 14	42
Tabla 15	44
Tabla 16	45
Tabla 17	47

Índice de Figuras

Figura 1	43
Figura 2	44
Figura 3	46

Introducción

El presente Trabajo de Fin de Máster trata la influencia de las pantallas, centrándose en las redes sociales, sobre la salud mental de los jóvenes adultos. Para ello, se propone un proyecto de investigación con el cual se puede observar de manera directa esta relación.

Cada vez es más frecuente el uso de dispositivos móviles desde edades tempranas, afectando a todos los ámbitos de la vida desde la infancia (Grané, 2015). El uso de estos dispositivos ha provocado un cambio en las dinámicas sociales, en las formas de comunicarse, el tiempo de ocio y la convivencia, entre los jóvenes (Gabelas, 2009), pero no solo se ven influenciados los comportamientos de aquellos que usan las tecnologías, sino también su salud. Es por ello, que este trabajo quiere observar la influencia de las pantallas, y el uso que se hace de ellas, sobre la salud mental de los jóvenes.

Dicho trabajo consta de cuatro grandes apartados; un primero en el que se incluye la justificación teórica del tema, es decir, la razón por la cual se ha elegido este tema, así como la relación que existe con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el marco teórico del estudio que comprende información acerca de la salud mental en las diferentes etapas vitales, dando una especial importancia a la joven-adulthood, cómo influyen las pantallas en la vida cotidiana de estas personas y, por último, la relación de estas con la salud mental. Además, se incluyen los objetivos generales y específicos del trabajo de investigación.

A continuación, se presenta la metodología, esta contiene el procedimiento a realizar, la información de los participantes, las variables e instrumentos utilizados y, finalmente, el análisis que se va a llevar a cabo.

En tercer lugar, se muestran los resultados y la discusión de los análisis estadísticos.

Para finalizar, se exponen las conclusiones de la investigación y el trabajo en general, junto a la opinión personal del mismo y, en último lugar, se encuentran las referencias bibliográficas y los anexos.

La investigación que se llevará a cabo tiene el objetivo de observar la influencia de las pantallas en la salud mental de los jóvenes adultos, en concreto se analizará cómo el uso de las redes sociales afecta de manera directa en el día a día.

En la actualidad, en la era tecnológica en la que nos encontramos, las pantallas tienen un papel muy importante en la vida de las personas, afectando a diversos ámbitos de la salud como es la alimentación, el sueño, el desarrollo y el bienestar psicológico (Fung Fallas et al., 2020). Actualmente, la mayoría de los niños y niñas empiezan a estar en contacto con las pantallas antes de los 2 años de edad, pasando una gran cantidad de minutos al día frente a un teléfono móvil (Chang et al., 2018). Esto se opone completamente a las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el sedentarismo en niños menores de 5 años. Estas establecen que el tiempo de pantallas en menores de 1 año debe ser nulo y, en el rango de 1 a 2 años, no debe superar la hora diaria. Asimismo, la Asociación Española de Pediatría (AEP), no recomienda su uso hasta los 7 años sin supervisión de un adulto y con un objetivo concreto y, a partir de esta edad, poder ir aumentando su uso de manera progresiva y pactando límites claros.

No son solo las pantallas en sí mismas lo más preocupante, sino que, como explica María Couso (2024) en su libro *Cerebro y Pantallas*, lo que realmente importa es el uso que se hace de ellas. En el año 2020, el 98% de la población española tenía un teléfono móvil, y los jóvenes son quienes mejor manejan esta tecnología, con esto se ha transformado su forma de comunicarse y las redes sociales son su principal fuente de información (González-Cortés et al., 2020).

No es hasta el siglo XXI que se empieza a utilizar el término de “red social” a partir de la generalización de Internet y los teléfonos móviles. Estas se crean con un propósito de hacer más fácil la comunicación, el intercambio de información y la creación de comunidades (Blasco, 2021). Más allá de estas funciones, las redes sociales en la actualidad tienen otras

utilidades. Está comprobado que siguen ejerciendo su labor para las que fueron diseñadas, pero mientras captan la atención de los usuarios, consiguen también cambiar su comportamiento e impedir que las personas se puedan liberar de ellas (Blasco, 2021).

Las adicciones comportamentales activan los mismos circuitos cerebrales que las adicciones a sustancias (Blasco, 2021). En el caso de la adicción a las redes sociales, se ha vinculado con efectos negativos como la disminución de la productividad, la presencia de relaciones sociales poco saludables y una menor satisfacción con la vida (Sun y Zhang, 2020).

Por todo ello, es muy importante tener un control sobre el poder que ejercen las redes sociales sobre las personas, creando un ambiente adecuado con las pantallas desde la infancia, para mantener una relación sana con ellas.

La motivación para realizar esta investigación viene dada principalmente por querer conocer los efectos de las pantallas en la salud. Se ha querido centrar en la salud mental ya que es un tema que está a la orden del día, pero quizá no se habla tanto de su relación con los dispositivos electrónicos, en general. Los jóvenes, claro está, es la generación que más contacto tiene con ellos ya que los emplean constantemente en su día a día: para los estudios, trabajo y tiempo libre. No se conocen realmente los efectos tan negativos que tiene el uso excesivo de las pantallas para las personas y tampoco se habla mucho de ello, es cierto que poco a poco se va teniendo más consciencia, pero cada vez es más frecuente ver a los niños pequeños con dispositivos móviles, en vez de fomentar su aprendizaje mediante los factores que aporta el entorno. Esto puede acabar derivando en lo que se conoce como “anhedonia”, una incapacidad de sentir placer por aquello que antes resultaba gratificante (Couso, 2021).

Los estímulos de las pantallas activan la dopamina, la cual está relacionada con las sensaciones placenteras, pero una vez se pasa este efecto, este no vuelve a sus niveles previos, sino a otros muy por debajo. Esto provoca querer experimentar esa sensación con más frecuencia y cada vez será más difícil por la tolerancia que se va desarrollando con respecto a

la, comúnmente conocida, hormona de la felicidad. Por lo que se dejará de buscar el placer en el entorno, para solo encontrarlo en las pantallas (Couso, 2021).

Este trabajo se relaciona de manera directa con las competencias generales del Máster de Psicopedagogía ya que aborda el desarrollo socioemocional de los individuos participantes del estudio y promueve el bienestar de todas las personas. En concreto se relaciona con las siguientes competencias:

- Competencia número 2. “Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta” porque se procede a analizar el impacto de las redes sociales en la salud mental de los jóvenes con una reflexión y enfoque crítico y profesional sobre esta problemática, considerando datos e investigaciones psicopedagógicas.
- Competencia número 3. “Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones, así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades” ya que la información obtenida se expone de forma definida y sencilla para que todos aquellos que lo lean puedan comprenderlo.

Asimismo, se relaciona estrechamente con las competencias propias del TFM:

- Competencia número 3. “Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones, así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades” por cómo esta investigación deberá ser presentada y justificada públicamente en la defensa del trabajo.

- Competencia número 5. “Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención” debido a que este trabajo implica respetar la confidencialidad y evitar sesgos, con una comunicación responsable de los resultados para evitar desinformación.

Por último, este trabajo también tiene una relación directa con los Objetivos de Desarrollo Sostenible:

- Objetivo número 3. “Salud y bienestar” ya que la salud mental es un aspecto clave del bienestar, además, con esta investigación se puede contribuir a entender los riesgos y beneficios del uso de las redes sociales, promoviendo mejores hábitos digitales.
- Objetivo número 4. “Educación de calidad” al realizar este trabajo desde un enfoque psicopedagógico, se aportarán conocimientos sobre cómo las redes sociales influyen en el aprendizaje, la concentración o el rendimiento académico.
- Objetivo número 5. “Igualdad de género” las redes sociales pueden afectar de manera distinta a hombres y mujeres en términos de autoestima, acoso digital y construcción de la identidad, por lo que, se aportará información sobre estas diferencias y su impacto.

Marco Teórico

La salud mental es esencial para el bienestar completo del individuo, lo que implica no solo la ausencia de trastornos, sino un equilibrio emocional y psicológico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar donde la

persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva, y hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2022).

La perspectiva actual, en torno a la salud mental, ha progresado hacia una visión biopsicosocial, que admite que los elementos biológicos, psicológicos y sociales se relacionan directamente con los problemas mentales. De acuerdo con Engel (1977), la salud mental no se debe considerar simplemente como la falta de enfermedades, sino como una situación de equilibrio entre estos tres elementos. Esto ha favorecido a un entendimiento más completo e integral de los trastornos mentales, que no solo promueve la intervención clínica, sino también el refuerzo de factores de protección como la resiliencia y el respaldo social.

Por otro lado, el modelo de recuperación, propuesto por autores como Anthony (1993), enfatiza que los individuos con trastornos mentales graves pueden lograr una vida plena y significativa mediante su participación activa en procesos de tratamiento, apoyo social y adaptación. Este modelo pone énfasis en la capacidad de las personas para encontrar sentido y propósito en sus vidas, a pesar de los desafíos que puedan enfrentar.

La salud mental es fundamental para el desarrollo saludable de los individuos y las comunidades. Como señala Keyes (2002), la salud mental permite a las personas desarrollarse plenamente, contribuir a la sociedad y gozar de una vida satisfactoria. Por tanto, el fomento de la salud mental es vital para el correcto funcionamiento de los sistemas educativos, laborales y sociales, y debe ser visto una prioridad en las políticas públicas.

Además, la salud mental está estrechamente vinculada con otros aspectos de la salud, como la salud física y el bienestar social. La relación entre la salud mental y las enfermedades físicas es bidireccional; es decir, los trastornos mentales pueden aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades físicas, y las enfermedades físicas pueden incrementar la probabilidad de padecer trastornos mentales (Walker et al., 2015). Esto resalta la importancia

de un enfoque integral de la salud que aborde tanto los aspectos físicos como los psicológicos de la vida de las personas.

Los trastornos mentales son comunes en la población mundial. Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud y la OMS (2017), aproximadamente una de cada cuatro personas en el mundo experimenta un trastorno mental en algún momento de su vida y, un estudio de UNICEF (2024), afirma que cuatro de cada diez adolescentes en España han tenido o tienen un problema de salud mental en el último año. Los trastornos más comunes incluyen la ansiedad, la depresión y los trastornos del estado de ánimo, que afectan a millones de personas de todas las edades y contextos sociales.

La importancia de la salud mental no trata solo la prevención y tratamiento de trastornos mentales, sino también la promoción de un bienestar positivo que permita a los individuos desarrollar todo su potencial. A medida que los trastornos mentales se vuelven cada vez más comunes en la población global, resulta vital que las políticas públicas, la educación y los sistemas sanitarios se concentren en potenciar el acceso a servicios apropiados y en fomentar un entendimiento más profundo sobre salud mental.

Salud Mental Infanto-Juvenil

La salud mental durante la niñez es un elemento crucial del crecimiento humano, dado que impacta en la habilidad de los niños para aprender, construir vínculos interpersonales y enfrentar los retos de su ambiente. Según Abarzúa y González (2007), se debe considerar la salud mental de los niños y adolescentes como un asunto de salud pública debido a su influencia en la calidad de vida y el bienestar general de la población. Los trastornos emocionales y de comportamiento durante la infancia pueden influir en el desempeño académico, la integración social y la estabilidad emocional a largo plazo.

Pupo et al., (2018) destacan que en la actualidad se observa un aumento en la prevalencia de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, lo que ha generado

preocupación entre profesionales de la salud y la educación. Entre los principales factores de riesgo se encuentran el estrés familiar, la violencia doméstica, el abuso infantil y el acoso escolar. Asimismo, estos autores señalan la importancia de la detección temprana y la intervención oportuna para minimizar los efectos negativos de estos problemas en el desarrollo infantil. Por otro lado, un artículo de UNICEF (2023) señala como factor desencadenante el propio desarrollo emocional de los niños y niñas ya que si existen problemas en reconocer y expresar las emociones cuando son pequeños, puede derivar en problemas de salud mental. También, cabe destacar el factor genético, este puede influir en la predisposición a sufrir algún problema de salud mental.

A raíz de la pandemia de la COVID-19, los niños y adolescentes sufrieron unos cambios muy importantes en sus rutinas y hábitos de vida debido al confinamiento domiciliario y al cierre de los centros educativos. Las vivencias de aquella época a las que tuvieron que hacer frente como era el miedo o la pérdida de seres queridos, pudo influir de manera muy negativa en su salud mental (Paricio y Pando 2020). Debido a esto se empezó a enfatizar la necesidad de fortalecer los sistemas de apoyo psicológico en las escuelas y promover estrategias de afrontamiento adaptativas en niños y familias (Campodónico, 2022)

En el ámbito educativo, la inclusión de la salud mental en las políticas públicas ha sido un avance significativo. Abarzúa y González (2007) subrayan la importancia de implementar programas de promoción de la salud mental en las instituciones educativas, con el fin de prevenir la aparición de trastornos psicológicos y fomentar el bienestar emocional de los estudiantes. Asimismo, Campodónico (2022) menciona que los sistemas educativos deben adoptar enfoques integrales que combinen la educación emocional con el acceso a servicios de apoyo psicológico.

Así, la *Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación*, enfatiza la importancia de la educación

emocional no solo en materias y asignaturas, sino en todas las áreas del currículo promoviendo el bienestar psicológico de los estudiantes.

Algunas de las estrategias que se promueven desde UNICEF España (2023) para la prevención de problemas de salud mental en la infancia es el crear un entorno familiar seguro para los niños y niñas con una buena comunicación y tiempo de calidad, la detección temprana de estos problemas para así poder abordar desde el principio cualquier situación, el fomento del juego y la creatividad mediante los cuales los niños puedan expresar sus sentimientos y emociones y una educación para los tutores legales y cuidadores incluyendo estrategias de apoyo a la salud mental desde la primera infancia.

Salud Mental en Jóvenes Adultos

La salud mental de los jóvenes ha sido un tema que durante muchos años no se le ha dado la importancia que se merecía, en concreto, este apartado se centrará en la de los jóvenes universitarios. Actualmente, los universitarios representan una parte de la población con más riesgo a sufrir problemas de salud mental (Alarcón, 2019).

Los factores de riesgo parten de la complejidad de esta nueva etapa estudiantil que puede dar el éxito o, por el contrario, el fracaso en la nueva fase vital, la competitividad que existe con los estudios y las notas, y el *bullying* o acoso escolar. Si los estudiantes sufren algunas de estas problemáticas, se tendrán que emplear los factores de protección como los llama Alarcón (2019). Estos son una serie de recursos que cumplen los roles de defensa, de manejo individual o colectivo frente a situaciones de estrés, que permite afrontar la realidad con empatía, coraje y esperanza.

Además, el mantener una relación saludable con los hábitos del día a día es muy importante; dormir las horas recomendadas, mantener una dieta variada o hacer ejercicio son una serie de factores que afectan directamente a la salud mental de los jóvenes (UNICEF, 2023). Asimismo, el uso excesivo de los dispositivos electrónicos, como la constante

exposición a las redes sociales, puede influir negativamente en el bienestar emocional ya que se vive en una comparación continuada con los demás.

Aun así, puede que esto no sea suficiente y los rasgos aislados terminen en cuadros de depresión o ansiedad y trastornos conductuales, entre otros. En los estudiantes universitarios, los síntomas se presentan con una mayor intensidad. En los últimos años, los pensamientos negativos y los actos auto-destructivos son más frecuentes en este alumnado (Mann et al., 2005).

Es necesario hablar de métodos preventivos y brindar un ambiente positivo y acogedor, orientado al bienestar integral de los jóvenes. UNICEF España (2023) se centra en el apoyo emocional y la comunicación, la educación en salud mental desde los centros educativos y la promoción de un estilo de vida saludable.

Alfabetización

Cuando se habla de alfabetización en salud mental (ASM), se hace referencia a las percepciones que se tienen acerca de los trastornos mentales. Actualmente, es muy importante que los jóvenes estén al tanto de estos problemas y posean competencias fundamentales para saber manejarlos, dada la importancia e implicaciones de los trastornos mentales (González et al., 2025). Así pues, Jorm et al. en 1997 definen la ASM como “el conjunto de conocimientos y creencias sobre los trastornos mentales que facilita su reconocimiento, tratamiento o prevención” (p.19).

Existen dos instrumentos de evaluación sobre la salud mental en español, con el primero se pueden apreciar los conocimientos que tienen los jóvenes a cerca de la salud mental (Castellvi et al., 2019). El segundo habla del estigma y, es la versión española de la escala Community Attitudes Mental Illness (CAMI-versión en español) (Ochoa et al., 2016). No obstante, en Portugal se adaptó el Cuestionario de Alfabetización en Salud Mental para Jóvenes

de Dias et al. (2018) que será el utilizado para el estudio que se llevará a cabo en el presente estudio.

De manera general, la salud mental sigue siendo un área desconocida ya que la sociedad no tiene tanta información sobre los problemas de este ámbito si se compara con otros temas de la salud (Zabaleta et al., 2023).

A continuación, se presentan dos estudios de validación del cuestionario MHLq en España que parten de mismo cuestionario al que se va a llevar a cabo en el presente trabajo. González et al., (2024), realizaron encuestas *online* a 1000 adolescentes de entre 12 y 16 años, siendo una muestra aleatoria pero equilibrada en género y edad. Emplearon el cuestionario de Alfabetización en Salud Mental para jóvenes (MHLq-E) que se divide en 4 categorías: la búsqueda de ayuda y habilidades, que consta de 9 ítems; el estigma con 5 ítems; el conocimiento de causas de 8 ítems y el conocimiento de síntomas con 10 ítems.

Los resultados que obtuvieron demostraron que los adolescentes tienen unos niveles adecuados en cuanto a la ASM, pero se destaca el hecho de que las chicas consiguieron unas puntuaciones más altas en todas las dimensiones. Asimismo, aquellos que tenían contacto con alguien que sufre problemas de salud mental, tienen mayores conocimientos sobre los síntomas y menores niveles de estigma.

En este segundo estudio de González et al., (2025) quisieron observar si los ítems se agrupan en categorías coherentes, la fiabilidad y la validez del cuestionario. Se utilizó el mismo cuestionario que en el estudio anteriormente mencionado y se realizó a una muestra con las mismas características.

Observaron que el MHLq-E es un instrumento útil y fiable para evaluar la ASM, aunque se podría ajustar un poco más para afinar su precisión. Funciona bien y puede ser una base excelente para trabajar la salud mental en escuelas para saber qué saben los chicos, cómo piensan, y qué necesitan aprender.

Dentro del ámbito de los jóvenes, un estudio de Virtuoso et al. (2022) realizado en Guarda, Portugal a 179 personas de entre 15 y 20 años, reveló que casi un cuarto de los encuestados sufre en primera persona un problema de salud mental. Estos, junto a aquellos que tienen un familiar que sufre esta problemática, son quienes tienen más conocimientos sobre el tema de salud mental. Destacan también, que las mujeres frente a los hombres tuvieron una mayor puntuación en el apartado de creencias y estereotipos, ya que se considera que son más propensas a hablar del tema y, por tanto, a conocer más información.

Los jóvenes completaron el Cuestionario de Alfabetización en Salud Mental (MHLq) el cual consta de 29 preguntas tipo Likert que trata los estereotipos, la capacidad propia de ofrecer ayuda, las estrategias de autoayuda y los problemas de salud mental. Pese a que contaban con una muestra pequeña, afirmaron que los resultados finales mostraron un conocimiento general razonable.

Zabaleta et al., (2023) hablan sobre que el diagnóstico de un problema de salud mental no suele ser acompañado por la descripción de los síntomas vividos y su posible evolución ya que cada persona que lo vive experimenta unas situaciones diferentes, es por esto por lo que no se pueden estudiar estos trastornos tan fácilmente.

Existen diversos estudios y programas que se centran en la alfabetización de los adolescentes, pero no hay tanta información para los jóvenes adultos. Si se mejorase la alfabetización general en salud mental, mejoraría la vida de las personas que lo sufren, así como la de su comunidad. Asimismo, su difusión contribuiría a la prevención de los trastornos mentales.

Pantallas

Hoy día, los medios de comunicación enfocan gran parte de su contenido a los niños y niñas, por ello se plantean diversos puntos de vista acerca de su impacto, si este es positivo o negativo (Anderson y Subrahmanyam, 2017). A partir del primer año de vida, los niños y niñas

comienzan a tener contacto con las pantallas (Fung Fallas et al., 2020), se desarrollan en entornos repletos de tecnología, donde cada vez es más común que los niños y niñas usen dispositivos interactivos y móviles (Kabali et al., 2015).

Estos factores están relacionados con hábitos alimenticios poco saludables, una baja calidad del sueño, un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y una mayor prevalencia de obesidad infantil (Tremblay et al., 2017). El tiempo dedicado al uso de pantallas se relaciona entonces con una peor condición física, una menor calidad de vida, una baja autoestima, un menor rendimiento académico, la pérdida de habilidades sociales y un mayor riesgo de ansiedad y depresión (Saunders y Vallance, 2017), en general afecta negativamente a la salud mental, causando problemas de atención, especialmente derivados del uso de las redes sociales (Moreno-Villares y Galiano-Segovia, 2019).

Un estudio de Murciano-Hueso et al. en 2022, realizado a 2.066 jóvenes españoles de 12 a 18 años, reveló que el dispositivo más utilizado por los jóvenes es el teléfono móvil, dejando a la *tablet* en el último lugar. Asimismo, observaron que los jóvenes dedican más de 3 horas al día al uso de pantallas en su tiempo libre, dejando de lado el tiempo al estudio o trabajo y su uso principal es para ocio y diversión.

Para los jóvenes adultos las consecuencias no son muy diferentes. A raíz de la pandemia de la Covid-19 el tiempo de uso de las pantallas se disparó afectando directamente a la salud mental de los jóvenes (Wiciak et al., 2022). Un estudio de Wiciak et al. en 2022 reveló, a través de unas encuestas realizadas de manera *online*, que los niveles más altos de ansiedad, estrés y depresión, así como una peor calidad del sueño, están estrechamente relacionados con un mayor tiempo de uso de las pantallas.

Ya en 2009, Muñoz hablaba de nuevas formas de comunicación familiar, debido a las nuevas tecnologías. Debido a esto se fue dando un uso abusivo de Internet, lo que acababa provocando patologías psicosociales, tanto en niños como en adultos, sufriendo adicciones a la

televisión y a los videojuegos. Se hablaba no solo de enfermedades mentales, sino de cómo las pantallas llegan a causar problemas de salud física como obesidad, ya que el uso de pantallas es una actividad pasiva que, cada vez son más las horas que se invierten en ella.

Redes Sociales

El término “redes sociales” se refiere a estructuras creadas por individuos y organizaciones que interactúan entre sí, estableciendo comunidades en las plataformas digitales. Cada una de ellas tiene unos fines y usos particulares como conectar con personas conocidas, intercambiar información y opiniones o compartir intereses con otros usuarios, entre otros (Calva et al., 2019).

Entre los beneficios psicológicos que tienen las redes sociales, se destaca la estimulación de un gran número de regiones cerebrales, provocando un aumento de la memoria de trabajo, del aprendizaje perceptual y de la capacidad de tomar decisiones rápidas y gestionar múltiples estímulos al mismo tiempo (Arab y Díaz, 2015).

Pero, pese a estas cualidades positivas, las redes pueden provocar adicciones que deriven en un conjunto de trastornos psicológicos, si se hace un mal uso de las mismas (Hernández et al., 2017). Ya en el 2010, Echeburúa y De Corral, hablaban de la obsesión por el internet, no controlar el uso de la tecnología y cómo esto puede poner en peligro la salud de las personas.

Cualquier interés excesivo por una actividad puede llevar a la adicción, independientemente de si involucra o no una sustancia química. La adicción se caracteriza por un apego patológico que crea dependencia y limita la libertad del individuo, al reducir su campo de conciencia y restringir sus intereses. Incluso comportamientos que parecen inofensivos pueden, bajo ciertas condiciones, volverse adictivos y afectar significativamente la vida diaria de quienes los padecen (Echeburúa y De Corral, 2010), como puede ser el uso excesivo de las pantallas y, en concreto, de las redes sociales.

Las pantallas pueden resultar positivas si las vemos como un medio a través del cual, desde pequeños, los niños y niñas exploren y conozcan lugares y acontecimientos pasados que van más allá de su rutina diaria. Son también una fuente de información complementaria a lo que se aprende en la escuela (Anderson y Subrahmanyam, 2017).

Desde la perspectiva del desarrollo psicomotor, Martzog y Suggate (2022) declaran que existen videojuegos a través de los cuales se fomenta la actividad física. A pesar de esto, reúnen la opinión de diversos autores que afirman que ver la televisión durante largos periodos de tiempo puede derivar en problemas de salud, debido a comportamientos sedentarios y, como consecuencia, aumentar la probabilidad de enfermedades cardiovasculares (Asociación Española de Pediatría, 2024).

Según un artículo de Papa Pintor (2023), el ver la televisión durante las comidas, actividad muy frecuente en los hogares, puede tener efectos negativos en la salud. Diversos estudios han evidenciado que esta práctica se asocia con patrones de alimentación poco saludables, aumentando el riesgo de sobrepeso y obesidad (AEP, 2024).

En cuanto al desarrollo cognitivo, Anderson y Subrahmanyam (2017) aseguran que una alta exposición a las pantallas deriva en una disminución del espesor de la corteza cerebral y, por tanto, disminuye la capacidad de pensamiento y reduce las competencias cognitivas.

El uso prolongado de redes sociales y videojuegos se asocia también con una reducción del tiempo total de descanso, un retraso en la hora de acostarse y una mayor dificultad para conciliar el sueño (Oropeza, López y Granados, 2019). Igualmente, la exposición a pantallas antes de dormir puede provocar somnolencia durante el día, una menor sensación de sueño en la noche y una alteración de los ritmos del sueño (Levenson et al., 2016). Estos factores, según confirma la Asociación Española de Pediatría (2024), pueden contribuir a un estado de ánimo depresivo, problemas de conducta, reducción de la autoestima y alteraciones en el desarrollo cerebral.

El impacto de las redes sociales en la salud mental, según aseguran Gil y Quintero (2021), ha sido objeto de diversas investigaciones, que han revelado tanto efectos positivos como negativos. Algunas personas experimentan menor ansiedad y timidez al interactuar en línea, esto les permite desarrollar y poner en práctica sus habilidades sociales con mayor seguridad.

Sin embargo, el uso excesivo de redes sociales ha sido vinculado a diversos efectos adversos, tales como un aumento en los niveles de ansiedad, depresión y problemas de autoestima, lo que subraya los riesgos potenciales que estas plataformas pueden representar para la salud mental (Gil y Quintero, 2021).

A pesar de las muchas ventajas que pueden ofrecer las redes sociales, implican ciertos riesgos asociados con la privacidad y la dependencia, especialmente entre los usuarios más jóvenes. La etapa de la adolescencia y joven-adulthood se caracteriza por los cambios madurativos, cognitivos, afectivos y psicosociales, por ello, esta etapa se convierte en una fase de alta predisposición al desarrollo de ansiedad o depresión (Gómez et al., 2021).

Se ha demostrado, mediante estudios realizados a jóvenes, que aquellos que hacen una menor utilización de las redes sociales, tienen unos niveles más bajos de ansiedad y depresión, por el contrario, aquellos que invierten más horas *online* son más propensos a ver afectada su salud mental (Gómez et al., 2021).

Una investigación de Portillo-Reyes et al. (2021), analizó la relación de las redes sociales con la autoestima y los niveles de ansiedad, evidenciando cómo la adicción a estas plataformas puede tener consecuencias negativas en el bienestar emocional. Los resultados mostraron una correlación significativa entre un mayor uso de redes sociales y niveles elevados de ansiedad, así como una reducción en la autoestima.

Existen varios mecanismos por los cuales a través de las redes sociales se puede contribuir al desarrollo de la ansiedad (Huanca Baez, 2016) viéndose afectadas las otras áreas

mencionadas anteriormente como la autoestima. La comparación social es el más destacado ya que con el acceso constante a contenido de figuras públicas, se pueden generar sentimientos de inferioridad y baja autoestima (Perloff, 2014). La posibilidad de ser víctima de acoso *online* y de la presión social de recibir una validación social y comentarios positivos en las publicaciones en redes, puede generar estrés en los adolescentes (Twenge et al., 2018).

Por último, la dependencia digital que generan estos dispositivos, la necesidad constante de estar conectado y la falta de control en el uso de redes sociales pueden llevar a síntomas de ansiedad cuando no se tiene acceso a internet o a dispositivos móviles (Elhai et al., 2017). Asimismo, muchos estudiantes con una gran dependencia a estas plataformas manifiestan una percepción más negativa de sí mismos y un incremento en la ansiedad, lo que sugiere de nuevo, que el uso desmedido de redes sociales puede actuar como un factor de riesgo para la salud mental de los jóvenes. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias de prevención y concienciación sobre el uso equilibrado de redes sociales, con el fin de mitigar su impacto en la autoestima y el bienestar emocional de los jóvenes universitarios (Huanca Baez, 2016).

A partir de la información anterior acerca de las redes sociales y los trastornos de ansiedad, se presenta un estudio de Llanes et al. (2023), muy similar al llevado a cabo en el presente trabajo, que analiza la relación existente entre estas dos variables en estudiantes universitarios de México y Colombia. La investigación incluyó a 239 estudiantes.

A estos se les realizó el cuestionario de Adicción a las Redes Sociales, este tiene 24 ítems de tipo Likert con los que se mide la obsesión por las redes sociales, la falta de control en su uso y si este es un uso excesivo. Asimismo, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck, un cuestionario con 21 preguntas para evaluar los síntomas de ansiedad.

Los resultados revelaron que la principal red social utilizada es *WhatsApp*. En cuanto al principal uso que dan a estas redes, destaca el de pasar el tiempo en ellas. Por otro lado,

llama la atención que el apartado en el que se obtuvieron puntuaciones más altas fue en el uso excesivo, en la falta de control y en la de obsesión por las redes sociales.

En cuanto a los niveles de ansiedad, la mayoría se establece entre los leves, pero cabe destacar que el 10% de los participantes presentan una sintomatología grave. Esto puede deberse a los propios estudios universitarios, pero de un tiempo a esta parte, los problemas de ansiedad, así como otros trastornos, han aumentado debido a la era digital en la que nos encontramos.

Esta relación encontrada entre los indicadores de ansiedad y las conductas de adicción a las redes sociales es similar a la que se presenta en numerosos estudios realizados en diversos lugares del mundo.

Sería interesante comentar algún estudio realizado en España, pero no se han encontrado antecedentes de un estudio como este y como el que se procede a realizar en el presente trabajo.

Objetivos

El principal objetivo que se pretende alcanzar con este Trabajo de Fin de Máster es el siguiente:

- Analizar la influencia de las pantallas, en concreto las redes sociales, en la salud mental de los jóvenes adultos.

A raíz de este, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Revisar estrategias y literatura existente sobre el uso de pantallas y su relación con la salud mental en los jóvenes.
- Profundizar en métodos de investigación para el análisis de los datos recogidos a partir de los cuestionarios.

- Evaluar cuál es el uso que los jóvenes hacen de las pantallas y cómo este se relaciona con otras variables sociodemográficas, como por ejemplo el género.
- Observar cómo el uso de las redes sociales puede afectar a la autoestima, depresión y el sueño de los jóvenes.
- Analizar si existe relación entre variables de tipo psicológico y el uso de pantallas y redes sociales.

Metodología

Procedimiento de Investigación

El tipo de investigación que se va a llevar a cabo es de tipo descriptivo-transversal. Además, el estudio utilizado es mixto ya que se incluyen tanto ítems cuantitativos, como 4 preguntas cualitativas.

En primer lugar, se elaboró un cuestionario *online* a través de la plataforma Microsoft Forms (ver Anexo A) en el que se incluía información sobre el estudio antes de contestar y se realizaba de forma voluntaria y totalmente anónima. Este se tardaba en responder 15 minutos y ha sido movido por algunas de las clases de la Universidad de Valladolid, así como por redes sociales y *WhatsApp*. En él se incluía una primera pregunta que todos los participantes marcaban que respondían de manera voluntaria y daban su consentimiento para que los datos proporcionados fueran tratados y analizados.

Una vez se recogió una muestra suficiente, se comenzó con el análisis que se expone más adelante.

Participantes

En esta encuesta han participado 267 personas, de las cuales, como se observa en la Tabla 1, 71,2% (190) son mujeres, el 27,3% (73) hombres y un 1,5% (4) no se identifica con ninguno de los anteriores.

Tabla 1*Género de la muestra*

	N	%
Mujer	190	71,2
Hombre	73	27,3
No me identifico con ninguno de los anteriores	4	1,5

Nota: N se corresponde con el tamaño de la muestra.

En cuanto a la edad, como se muestra en la Tabla 2, predomina el rango de los 18 a los 24 años, cuya suma hace el 93,6% de las respuestas. De hecho, casi la mitad de los encuestados con un 48,6%, se centra entre los 19 y 20 años.

En esta pregunta se perdió un dato, ya que una persona no respondió con un valor adecuado.

Tabla 2*Edad de la muestra*

	N	%
18 años	17	6,4
19 años	61	22,8
20 años	69	25,8
21 años	32	12,0
22 años	32	12,0
23 años	24	9,0
24 años	15	5,6
25 años	6	2,3
26 años	3	1,1
27 años	2	0,8
28 años	1	0,4
30 años	2	0,8
35 años	1	0,4

39 años	1	0,4
---------	---	-----

En cuanto al lugar de residencia, como se observa en la Tabla 3, se constituye por 20 de las provincias españolas, siendo la más destacada con un 77,2% (206) Valladolid, ya que la encuesta se realizó en esta provincia. Asimismo, según la Tabla 4, casi la mitad de los encuestados pertenecen a un municipio de ente 100.000 y 500.00 habitantes.

Tabla 3

Provincia de residencia de la muestra

	N	%
A Coruña	1	0,4
Ávila	3	1,1
Baleares	1	0,4
Burgos	8	3,0
Cantabria	4	1,5
Ciudad Real	2	0,7
Guadalajara	1	0,4
La Rioja	1	0,4
Las Palmas	1	0,4
León	2	0,7
Lugo	1	0,4
Madrid	1	0,4
Palencia	22	8,2
Salamanca	1	0,4
Santander	1	0,4
Segovia	8	3,0
Soria	1	0,4
Valencia	1	0,4
Valladolid	206	77,2
Zamora	1	0,4

Tabla 4*Población de la residencia de la muestra*

	N	%
De menos de 20.000 habitantes	64	24,0
De entre 20.000 y 100.000 habitantes	56	21,0
De entre 100.000 y 500.000 habitantes	124	46,4
De más de 500.000 habitantes	23	8,6

Por último, se tuvieron en cuenta los estudios de los encuestados. Se centraron las opciones de respuesta en las ofertas que tiene la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, ya que principalmente se movió el cuestionario por el alumnado de la misma. Los resultados que se muestran en la Tabla 5, destacan una mayor participación por parte de los estudiantes de educación primaria con un 73,8% (197).

Tabla 5*Estudios de la muestra*

	N	%
Educación Infantil	15	5,6
Educación Primaria	197	73,8
Educación Social	2	0,7
Trabajo Social	1	0,4
Máster en Psicopedagogía	12	4,5
Máster en Profesor de Educación Secundaria	5	1,9
Máster Universitario en Inspección, Dirección y Gestión de Organizaciones y Programas Educativos	1	0,4
Otro	34	12,7

Variables e Instrumentos

El principal instrumento que se ha utilizado en esta investigación ha sido un cuestionario, de elaboración propia, que consta varios cuestionarios ya existentes donde se incluyen otras medidas estandarizadas (ver Anexo A). En primer lugar, se realizaron una serie de preguntas sociodemográficas ad hoc para conocer el género, la edad, los estudios y el lugar de residencia de los participantes. A continuación, se presentan las cuestiones relacionadas con el tiempo de uso de las pantallas y de las redes sociales. Por último, se propusieron los cuestionarios y escalas con las que observar conceptos relacionados con la salud mental.

Los cuestionarios que se incluyeron fueron la versión española del cuestionario de alfabetización MHLq de Dias et al. (2018) que consta de 29 ítems. Su objetivo principal es evaluar la ASM en jóvenes pudiendo así identificar áreas específicas de mejora en conocimientos, actitudes y habilidades con respecto a la salud mental. El cuestionario estructura en las siguientes dimensiones:

- Conocimiento de los problemas de salud mental con 11 ítems.
- Creencias erróneas o estereotipos con 8 ítems, de los cuales se invierten 6.
- Búsqueda de ayuda y habilidades de primeros auxilios con 6 ítems.
- Estrategias de autoayuda con 4 ítems.

Estos se responden en una escala Likert de 5 puntos y se obtiene una puntuación total sumando las respuestas de cada uno de los ítems. Una puntuación más alta indica un mayor nivel de alfabetización en salud mental.

Para evaluar la autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), que tiene como objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. En este estudio se empleó la versión traducida al español validada por Martín-Albo et al. (2007). Esta escala consta de 10 ítems con formato Likert de 4 puntos. En este caso, se dieron 5 opciones de respuesta para que coincidiesen con las demás preguntas. Como

consecuencia de este ajuste, la puntuación total oscila entre 10 y 50 puntos, en lugar del rango original de 10 a 40. Para mantener la validez interpretativa de los resultados, se reescalaron proporcionalmente los rangos propuestos. La mitad de los ítems de esta escala están formuladas en sentido negativo, por lo que los ítems del 1 al 5 se puntuaron de 1 a 5 y los ítems del 6 al 10, se hicieron del 5 al 1. La puntuación, por tanto, que se otorga en esta escala es la siguiente:

- De 37 a 50 puntos: autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- De 32 a 36 puntos: autoestima media. No representa problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 31 puntos: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Para evaluar los síntomas de ansiedad se utilizó la escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7) (Spitzer et al., 2006), un instrumento que consta de 7 ítems. Cada ítem evalúa con qué frecuencia el participante ha experimentado síntomas de ansiedad durante los último 15 días, utilizando una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1 = Nunca, 2 = Varios días, 3 = Más de la mitad de los días, 4 = Casi todos los días). La puntuación total va de 7 a 28, y se interpreta de la siguiente manera:

- De 7 a 12 indica ansiedad mínima.
- De 13 a 17 ansiedad leve.
- De 18 a 22 ansiedad moderada.
- De 23 a 28 ansiedad grave.

Para evaluar los síntomas depresivos se utilizó el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001), que consta de 9 ítems centrados en la frecuencia de síntomas depresivos experimentados en las últimas dos semanas. Aunque en su versión original utiliza una escala Likert de 4 puntos de 0 = Nunca a 3 = Casi todos los días, en este estudio se

modificó la escala a un rango de 1 a 4 para unificar el formato con el resto de los instrumentos administrados, por tanto, la puntuación total va de 9 a 36. Se ajustaron proporcionalmente los rangos interpretativos de la siguiente manera:

- De 9 a 13 indica ausencia o mínima depresión.
- De 14 a 17 depresión leve.
- De 18 a 22 depresión moderada.
- De 23 a 26 moderadamente grave.
- De 27 a 36 depresión grave.

Por último, se utilizó el Cuestionario de Oviedo del Sueño (Bobes García et al., 2000), compuesto por 15 ítems que miden la calidad del sueño, tales como dificultades para conciliarlo, frecuencia de despertares nocturnos y el descanso. 13 de estos ítems se agrupan en las siguientes subescalas:

- Satisfacción subjetiva del sueño: ítem 1.
- Insomnio: ítems 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3, 4, 5, 6, 7.
- Hipersomnio: ítems 2.5, 8, 9.

Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. En el caso del cuestionario actual, se eliminaron 3 de los ítems, el 6, 10 y 11, realizando este con 12 ítems. La puntuación de los mismos va de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7. La subescala de insomnio oscila entre 8 y 40, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Análisis de Datos

Este ha sido de tipo estadístico descriptivo y se realizó a través del programa IBM SPSS Statistics para la interpretación y tratamiento de los datos. El análisis se empleó para calcular

las frecuencias y porcentajes de algunas de las variables, así como las medias y desviación típica para los análisis de los cuestionarios.

Además, para comprobar si existía relación entre algunas variables, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson, con una significación de $\alpha = .05$.

Resultados

Se procede a mostrar los resultados del cuestionario realizado, en cuanto a las frecuencias de respuesta y el porcentaje que supone. Se han dividido en distintos apartados según el tipo de pregunta.

Características de Uso de las Pantallas

En primer lugar, se expone el tiempo de uso diario que se dedica a las diferentes pantallas: móvil, televisión, *tablet*, ordenador, consola y libro electrónico. Para todas ellas se les daban 6 opciones de respuesta en base a las horas.

Como se observa en la Tabla 6, la pantalla más utilizada es el teléfono móvil con diferencia, destaca el hecho de que casi un 80% de la muestra lo utiliza más de 3 horas al día. Esto evidencia la importancia del móvil en la vida cotidiana de los jóvenes. Cabe destacar que el 37,5% de los encuestados utiliza este dispositivo más de 5 horas al día.

La televisión, aunque tradicionalmente era uno de los dispositivos electrónicos más consumidos, presenta un uso muy reducido. Un 28,5% afirma no utilizarla en absoluto y el 40,8% la usa menos de una hora al día. Esto sugiere una posible sustitución de este medio por plataformas de contenido a las que se puede tener acceso desde los móviles u ordenadores.

La *tablet* muestra también un uso muy reducido, el 68,2% no hace uso de ella y se puede observar que el 87,3% la utiliza menos de 2 horas al día. Esto indica que este dispositivo tampoco es prioritario entre los jóvenes relacionando su uso más con los entornos escolares u otros más específicos.

En cuando al ordenador, se observa un uso más equilibrado, aunque el 8,2 % no lo utiliza, un 24 % lo usa entre 3 y 5 horas, y un 13,9 % más de 5 horas. Esto podría estar vinculado al uso académico y de tareas escolares e incluso con actividades de ocio.

La consola es uno de los dispositivos menos utilizados, el 83,1 % afirma no usarla, lo que puede significar una posible preferencia por juegos de móvil o falta de acceso a este tipo de tecnología.

Por último, el libro electrónico aparece como la pantalla con menor tiempo de uso. Un 88,8 % de los participantes indica que no lo utiliza diariamente. Este dato es especialmente relevante, ya que pone en evidencia una baja interacción con la lectura, incluso en formatos digitales, que suelen ser más accesibles y cómodos para los jóvenes acostumbrados a las pantallas y a la inmediatez. Esto sugiere que el bajo hábito lector no se debe únicamente al formato impreso, sino a una falta de interés general por la lectura prolongada.

De manera más visual, puede observarse el Anexo B.

Tabla 6

Tiempo de uso diario de las pantallas

	Móvil		Televisión		Tablet		Ordenador		Consola		Libro	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No utilizo	0	0,0	76	28,5	182	68,2	22	8,2	222	83,1	237	88,8
Menos de 1 hora	1	0,4	109	40,8	24	9,0	24	9,0	24	9,0	10	3,7
De 1 a 2 horas	13	4,9	61	22,8	27	10,1	59	22,1	14	5,2	11	4,1
De 2 a 3 horas	47	17,6	15	5,6	10	3,7	61	22,8	4	1,5	6	2,2
De 3 a 5 horas	106	39,7	6	2,2	16	6,0	64	24,0	1	0,4	2	0,7
Más de 5 horas	100	37,5	0	0,0	8	3,0	37	13,9	2	0,7	1	0,4

En cuanto a los momentos de uso, los datos de la Tabla 7 evidencian de nuevo el predominio de teléfono móvil en la rutina diaria de los jóvenes, no solo por la cantidad de tiempo de uso, sino por la variedad de momentos en los que está presente. Este es utilizado por

el 24,3 % a lo largo de todo el día, el 21,4 % lo utiliza antes de acostarse, el 21,18 % en los descansos que existen entre las clases o la jornada laboral, y un 14,6 % nada más despertarse, mostrando que acompaña a las personas desde el principio hasta el final del día. Esto indica una clara integración del móvil en las actividades cotidianas, tanto de ocio como académicas y sociales.

En cambio, el uso del ordenador se concentra principalmente en contextos formales. Un 52,9 % lo usa durante las clases o jornada laboral, y un 29 % lo tiene presente a lo largo del día. Esto sugiere que el ordenador mantiene un rol más funcional y está vinculado al estudio o al trabajo, a diferencia del móvil que aparece en momentos más personales.

La televisión, por su parte, destaca por su uso durante las comidas (51,18 %), lo que puede indicar una práctica habitual de acompañar estos momentos con contenido audiovisual, pese a sus efectos tan negativos. También tiene cierta presencia antes de dormir (17,54 %), aunque su uso en otros momentos es más bajo, en comparación con las pantallas mencionadas anteriormente.

La *tablet* muestra un uso limitado, pero es relevante el hecho de que el 23,04% la de uso durante las comidas y el 19,61% antes de acostarse.

En cuanto a la consola, su uso es esporádico y principalmente durante el día (26,57 %) o en los descansos (10,63 %), lo que la sitúa como una herramienta de ocio puntual. Más de la mitad de los encuestados (58,45 %) no la utiliza en absoluto.

Respecto al libro electrónico, se observa un uso muy bajo en todos los momentos del día. El 66,47 % afirma no utilizarlo, y solo un 14,97 % lo hace antes de dormir, lo que coincide con el momento tradicional de lectura relajada. La ausencia total de uso durante los descansos o comidas reflejan que, incluso en formato digital, los libros no forman parte significativa de la rutina diaria de los jóvenes.

Para observar esto de una manera más visual, se puede ver el Anexo C.

Tabla 7*Momentos del uso al día de las pantallas*

	Móvil		Televisión		Tablet		Ordenador		Consola		Libro	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No utilizo	0	0,00	37	17,54	56	27,45	11	3,75	121	58,45	111	66,47
Al despertarse	136	14,62	4	1,90	0	0,00	2	0,68	0	0,00	3	1,80
Antes de acostarse	199	21,40	37	17,54	40	19,61	17	5,80	9	4,35	25	14,97
Durante el día	226	24,30	22	10,43	26	12,75	85	29,01	55	26,57	18	10,78
Durante comidas	49	5,27	108	51,18	47	23,04	6	2,05	0	0,00	3	1,80
En el descanso de las clases/trabajo	197	21,18	3	1,42	8	3,92	17	5,80	22	10,63	7	4,19
Durante las clases o jornada laboral	123	13,23	0	0,00	27	13,24	155	52,90	0	0,00	0	0,00

En cuanto a los usos de los dispositivos electrónicos, la Tabla 8 presenta un análisis detallado sobre los principales usos que los encuestados dan a los diferentes tipos de pantallas. Este desglose permite observar las tendencias de consumo digital según el tipo de dispositivo y el propósito de uso.

En primer lugar, el teléfono móvil destaca como el dispositivo más utilizado y versátil. Los porcentajes más altos se encuentran en las categorías de comunicación (26,43%), redes sociales (25,65%) y búsqueda de información (16,23%), lo que refleja su papel central en la vida cotidiana para interactuar con otros, mantenerse informado y entretenerse. También tiene un uso relevante para el entretenimiento (14,68%) y los estudios (11,96%), aunque en menor medida para el trabajo (4,67%).

La televisión, por su parte, mantiene su lugar tradicional como medio de entretenimiento, con un 65,2% de los encuestados usándola con este fin. Sin embargo, un 24,7% afirma no utilizarla, lo que puede estar relacionado con el auge de plataformas digitales en otros dispositivos como móviles y ordenadores. Otros usos como redes sociales, búsqueda de información o estudios tienen una representación casi insignificante.

En cuanto a la *tablet*, más de la mitad de los usuarios (50,41%) declara no utilizarla, lo que sugiere una menor presencia o relevancia en el entorno cotidiano. Aquellos que sí la emplean lo hacen principalmente para el entretenimiento (18,73%), los estudios (14,05%) y la búsqueda de información (8,27%). Su papel parece más secundario o complementario en comparación con otros dispositivos.

El ordenador se posiciona como una herramienta polivalente, especialmente orientada al uso académico y profesional. Se utiliza principalmente para búsqueda de información (34,21%), estudios (28,57%), y en menor medida para el trabajo (9,40%) y la comunicación (5,64%). También cumple un papel en el entretenimiento (16,92%), lo que demuestra su multifuncionalidad frente a otros dispositivos más especializados.

Tabla 8

Principales usos de las pantallas

	Móvil		Televisión		Tablet		Ordenador		Consola		Libro	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No utilizo	0	0,00	66	24,7	183	50,41	17	3,20	176	78,92	144	75,8
Redes sociales	264	25,65	2	0,7	4	1,10	8	1,50	1	0,45	0	0,0
Buscar info.	167	16,23	11	4,1	30	8,27	182	34,21	0	0,00	1	0,5
Entretenimiento	151	14,68	174	65,2	68	18,73	90	16,92	39	17,49	38	20,0
Trabajo	48	4,67	1	0,4	20	5,51	50	9,40	0	0,00	1	0,50
Estudios	123	11,96	2	0,7	51	14,05	152	28,57	0	0,00	3	1,60
Comunicación	272	26,43	2	0,7	7	1,93	30	5,64	6	2,69	0	0,0
Otra	4	0,39	9	3,4	0	0,00	3	0,56	1	0,45	3	1,60

En el caso de la consola, su uso es claramente limitado al entretenimiento (17,49%), mientras que un 78,92% indica no utilizarla. Esto indica que, aunque sigue teniendo un público específico, su funcionalidad es mucho más acotada y no compite con otros dispositivos en términos de versatilidad o frecuencia de uso.

Finalmente, el libro electrónico, presenta un panorama mixto. Aunque el 75,8% indica no utilizarlo, también hay un grupo relevante que lo usa para entretenimiento (el 20%) y, una ínfima parte, para estudios (1,60%) o búsqueda de información (0,5%). Su uso es claramente más orientado al contenido textual o educativo, pero limitado frente a las pantallas interactivas.

Todo esto puede verse de una forma más visual en el Anexo D.

También se recogieron las percepciones subjetivas del uso del teléfono móvil por parte de los participantes en la Tabla 9. La mayoría piensa que utiliza el móvil entre 4 y 7 horas al día (48,3%), lo cual representa casi la mitad de la muestra. A esto se suma un 34,1% que manifiesta emplear entre 2 y 4 horas, lo que sitúa a más del 82% del total en una franja de uso diario de entre 2 y 7 horas. Este elevado porcentaje evidencia un uso excesivo del teléfono móvil. Un grupo reducido, el 8,2% (22 personas), reconoce usar el móvil más de 7 horas al día, lo que podría asociarse a un uso intensivo o incluso problemático, dependiendo del contexto y del tipo de actividades realizadas. Por otro lado, tan solo un 9% (24 participantes) afirma usarlo menos de 2 horas diarias, y, como es obvio, ninguno de los encuestados afirma no utilizarlo.

Tabla 9

Horas al día que se pasan con el móvil de manera subjetiva

	N	%
No utilizo	0	0,00
Menos de 2 horas	24	9,00
De 2 a 4 horas	91	34,10
De 4 a 7 horas	129	48,30
Más de 7 horas	22	8,20

Una persona de los encuestados no contestó con un valor adecuado a esta pregunta, por lo que se perdió un dato.

En contraste con el tiempo de uso objetivo (Tabla 6), resultados recabados a partir de la aplicación de bienestar digital de los móviles, se observa una clara diferencia. De manera subjetiva (Tabla 9), el 34,1 % de los jóvenes consideraba utilizar el móvil entre 2 y 4 horas diarias, y únicamente un 8,2 % afirmaba emplearlo más de 7 horas al día. Sin embargo, los datos objetivos extraídos de la Tabla 6, muestran que solo un 17,6 % se encuentra en el rango de 2 a 3 horas, y que un 37,5 % supera las 5 horas diarias de uso. Esta diferencia sugiere una tendencia generalizada a subestimar el tiempo real que se pasa frente a la pantalla del móvil.

De todo el tiempo que se pasa con el teléfono móvil, se puede afirmar que una gran parte se destina a las redes sociales, en la Tabla 10 se muestra lo que respondieron los participantes a esta cuestión.

En primer lugar, un pequeño porcentaje de los encuestados (1,1%) indica que no utiliza redes sociales. Un 5,2% señala que las utiliza menos de una hora al día, mientras que el 30,3% afirma pasar entre 1 a 2 horas diarias en estas plataformas.

El grupo más numeroso es el que dedica entre 2 a 4 horas al día, representando el 44,9% del total. Por otra parte, un 16,5% de los encuestados usa redes sociales entre 4 a 8 horas diarias, y finalmente, un 1,9% indica que pasa más de 8 horas al día en ellas.

Tabla 10

Horas al día que se pasan en redes sociales

	N	%
No utilizo	3	1,1
Menos de 1 hora	14	5,2
De 1 a 2 horas	81	30,3
De 2 a 4 horas	120	44,9
De 4 a 8 horas	44	16,5
Más de 8 horas	5	1,9

Como se ha comentado anteriormente, uno de los principales usos que se hace de las tecnologías es a través de las redes sociales. En la Tabla 11 se muestra que la predominante es Instagram con un 34,2%, seguida con un 30,2% por TikTok, lo que evidencia una fuerte preferencia por las plataformas visuales y de consumo rápido. Ambas redes representan juntas más del 64% del total.

X (antes Twitter) también tiene una presencia significativa con un 19,9%, lo que podría indicar que, aunque es menos visual, sigue siendo una fuente relevante de contenido, noticias e interacción. En cambio, plataformas como Facebook con un 6,1% y LinkedIn con 4,4%, muestran un uso mucho más reducido, probablemente por su carácter más formal, por estar asociadas a generaciones mayores o a contextos laborales/educativos más específicos.

Tabla 11

Redes sociales utilizadas

	N	%
Instagram	257	34,20
X	150	19,90
TikTok	227	30,20
Facebook	46	6,10
Bluesky	0	0,00
LinkedIn	33	4,40
Otra	36	4,80
No tengo	3	0,40

El uso de otras redes con un 4,8%, y el número de personas que afirman no tener redes sociales (0,4%), reflejan que prácticamente la totalidad de las personas encuestadas utilizan alguna plataforma digital, lo que refuerza la idea de una presencia digital casi universal en esta muestra.

Finalmente, la ausencia total de menciones a Bluesky indica que esta red aún no ha alcanzado popularidad entre los participantes.

Alfabetización

En la Tabla 12 se muestran las medias y desviaciones típicas de las respuestas en distintas dimensiones de alfabetización. Los ítems de conocimiento presentan la media más alta (45,42), lo que sugiere un mayor nivel de alfabetización en este aspecto. En contraste, los ítems de autoayuda reflejan la media más baja (17,67), indicando una menor competencia o frecuencia en esta dimensión. La desviación típica más alta se encuentra en los ítems de conocimiento (4,650), lo que sugiere una mayor variabilidad en las respuestas en comparación con otras áreas. En conjunto, la media total es de 131,57, lo cual indica un alto nivel de alfabetización en general, con una desviación típica de 10,565.

Tabla 12

Media de respuesta y desviación típica en alfabetización

	Media	DT
Ítems conocimiento	45,42	4,650
Ítems estereotipos	34,15	3,571
Ítems búsqueda ayuda	25,19	3,627
Ítems autoayuda	17,67	1,897
Total	131,57	10,565

Nota: DT se corresponde con la Desviación Típica

En el Anexo E se pueden observar las frecuencias de respuesta de cada uno de los ítems. En términos generales, los resultados muestran un alto nivel de acuerdo con afirmaciones positivas hacia la salud mental, así como una buena comprensión de los factores que pueden afectarla.

Se destacan varios ítems con un alto nivel de acuerdo, como MHLq13, MHLq16 y MHLq17, pertenecientes a la categoría de estereotipos, por lo que los participantes muestran

un alto nivel en conocimientos certeros. Asimismo, MHLq2 y MHLq28, dentro de estrategias de autoayuda, presentan puntuaciones muy altas.

Por el contrario, los ítems MHLq24, MHLq25 y MHLq26 muestran un alto nivel de desacuerdo, lo que indica que abordan conceptos más controvertidos o creencias erróneas sobre la salud mental.

Autoestima

Los resultados en autoestima presentan una media de 37,26, lo cual quiere decir que los participantes se muestran con una autoestima elevada, sin embargo, la desviación típica es de 6,960 por tanto, se observa una gran variabilidad de los resultados.

En Anexo F, se muestran las frecuencias de respuesta del cuestionario de autoestima de Rosenberg. En términos generales, se puede observar una percepción positiva por parte de los participantes.

Ansiedad y Depresión

A continuación, en la Tabla 13 se presentan las medias de los cuestionarios de ansiedad y depresión. La media obtenida en ansiedad es de 16,05, lo que se clasifica como un nivel leve. En el caso de la depresión, la media es de 17,58, situándose en un nivel moderado. Estos resultados indican que, en general, la muestra presenta más síntomas relacionados con la depresión que con la ansiedad.

En cuanto a las desviaciones típicas, tanto en ansiedad (4,797) como en depresión (5,521) se observa una cierta variabilidad, siendo mayor en depresión. Esto sugiere que, aunque la media indica un nivel moderado de depresión, existen diferencias significativas entre los participantes, algunos podrían presentar síntomas más leves y otros más intensos.

En cuanto a las frecuencias de respuesta de cada ítem, puede observarse en el Anexo G. Se observan puntuaciones medias-moderadas en los ítems correspondientes a la ansiedad, que va de los ítems ANSI1 a ANSI7, pertenecientes al GAD-7. En cuanto a los ítems

correspondientes al PHQ-9, de ANSI8 a ANSI16, las medias tienden a ser más bajas en comparación con los del anterior cuestionario.

Tabla 13

Media y desviación típica en ansiedad y depresión

	Media	DT
Ansiedad	16,05	4,797
Depresión	17,58	5,521

Sueño

Las respuestas al cuestionario del sueño obtienen una media de 25,96, lo que significa que los participantes presentan una puntuación moderada en cuanto al insomnio. Con respecto a la desviación típica, esta tiene un valor de 7,025, lo cual indica que los participantes difieren mucho en sus respuestas observando así que algunos podrían presentar una mayor gravedad de insomnio.

Las frecuencias de respuesta del cuestionario, que se muestran en el Anexo H, sugieren que los participantes experimentan dificultades moderadas en varias dimensiones del sueño, con una percepción general más negativa que positiva.

Tiempo de Uso del Móvil en Función del Género

La Tabla 14 presenta la distribución del tiempo de uso diario del teléfono móvil desglosado por género. Cabe destacar el hecho de que se haya excluido de este análisis a aquellos que respondieron que no se identifican con ninguno de los dos géneros al tener únicamente 4 respuestas y ser una muestra tan pequeña.

Volviendo al análisis de la tabla, a pesar de que se observa un mayor número absoluto de mujeres en todas las categorías, es importante destacar que la muestra está compuesta por

190 mujeres y 73 hombres, por lo que los datos se analizarán en términos relativos para evitar interpretaciones sesgadas.

En la categoría de menos de 3 horas diarias, se encuentran el 27,4 % de los hombres (20 de 73) y el 21,6 % de las mujeres (41 de 190). En el rango de 3 a 5 horas, están el 38,4 % de los hombres (28) y el 40,5 % de las mujeres (77), lo que representa el grupo más numeroso en ambos géneros. Finalmente, en el grupo de más de 5 horas de uso diario, un 34,2 % de los hombres (25) y un 37,9 % de las mujeres (72) manifiestan un uso elevado del dispositivo.

Aunque en términos absolutos las mujeres aparecen con mayor uso, al relativizar los datos según el tamaño de la muestra, se observa que la distribución por género es relativamente equilibrada, con una ligera tendencia en ambos géneros hacia un uso intermedio o intensivo del móvil (más de 3 horas al día). Esto sugiere que, aunque el uso que dan las mujeres es mayor, los hábitos en ambos géneros se presentan de forma bastante similar.

Para verlo de manera más visual, se puede observar la Figura 1. Se aprecia que la mayoría de los participantes, independientemente del género, utilizan el móvil entre 3 y 5 horas al día. Además, el porcentaje de mujeres que usan el móvil más de 5 horas diarias es ligeramente superior al de los hombres, mientras que estos presentan una mayor proporción de uso en la franja inferior a 3 horas.

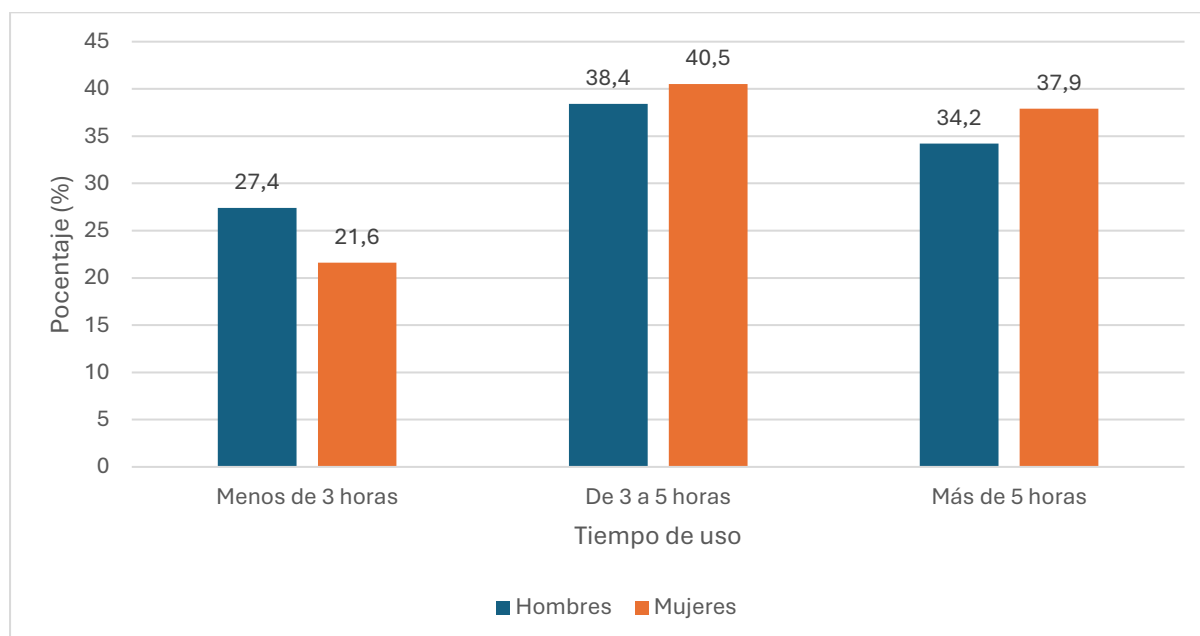
Tabla 14

Tiempo de uso del móvil en función del género

	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
Menos de 3 horas	20	27,4	41	21,6
De 3 a 5 horas	28	38,4	77	40,5
Más de 5 horas	25	34,2	72	37,9

Figura 1

Gráfico del tiempo de uso del móvil en función del género



Tiempo de Uso del Ordenador en Función del Género

En la Tabla 15 se muestra el tiempo de uso del ordenador en función del género y al igual que en el apartado anterior, se habla solamente de hombres y mujeres y se mostrarán los resultados en porcentajes, teniendo en cuenta el número de respuestas.

En la categoría de menos de 3 horas diarias, se sitúan el 64,4 % de los hombres (47 de 73) y el 61,1 % de las mujeres (116 de 190), lo que indica que la mayoría tiene un uso reducido del ordenador. En el grupo de 3 a 5 horas, se observa el 23,3 % de los hombres (17) y el 24,2 % de las mujeres (46). Finalmente, en la categoría de más de 5 horas al día, se encuentran el 12,3 % de los hombres (9) y el 14,7 % de las mujeres (28).

En términos generales, la distribución del tiempo de uso del ordenador es bastante similar entre hombres y mujeres, con una ligera mayor proporción de mujeres en las categorías de uso medio y elevado. Estos datos sugieren que, independientemente del género, la mayoría de los participantes utilizan el ordenador menos de 3 horas al día, y solo una minoría hace un uso intensivo del mismo.

En el gráfico de la Figura 2, se puede observar de forma más visual esta distribución. Se aprecia claramente que la mayoría de los participantes, tanto hombres como mujeres, utilizan el ordenador menos de 3 horas al día, destacando especialmente en el caso de los hombres. Los usos más prolongados de más de 5 horas son minoritarios en ambos géneros.

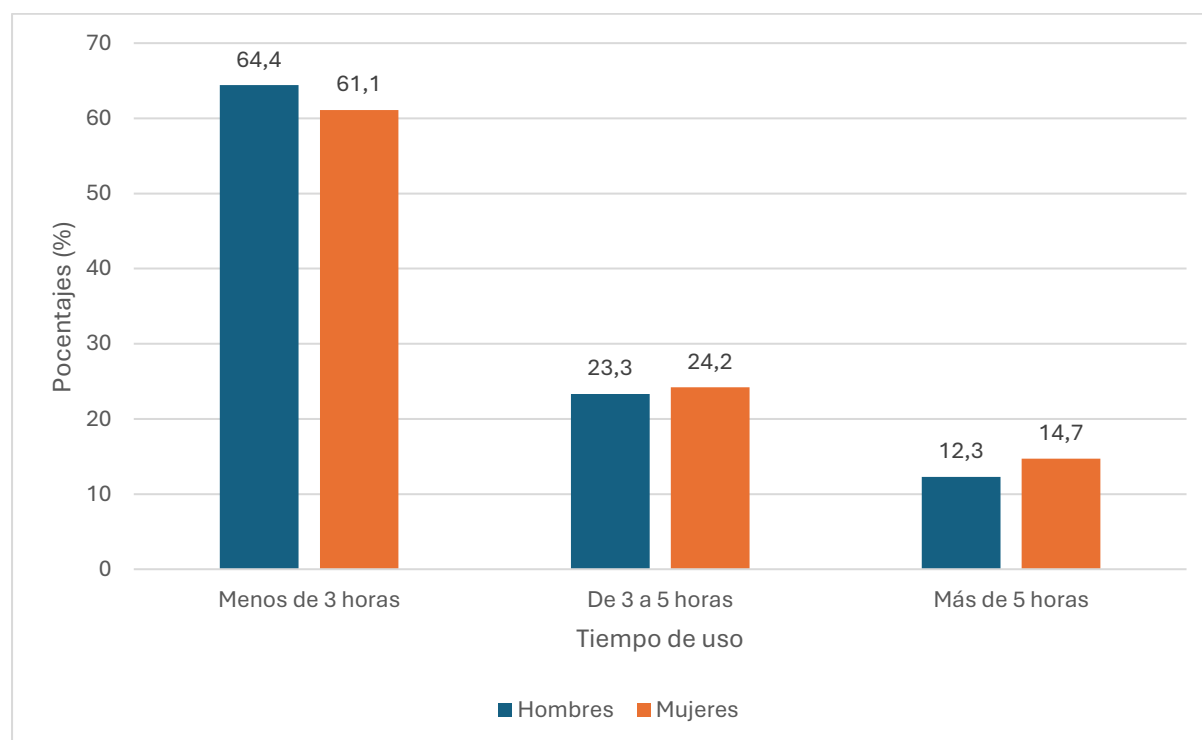
Tabla 15

Tiempo de uso del ordenador en función del género

	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
Menos de 3 horas	47	64,4	116	61,1
De 3 a 5 horas	17	23,3	46	24,2
Más de 5 horas	9	12,3	28	14,7

Figura 2

Gráfico del tiempo de uso del ordenador en función del género



Tiempo en Redes Sociales en Función del Género

En relación con el tiempo diario dedicado a las redes sociales, en la Tabla 16 se observa que el 46,6 % de los hombres (34 de 73) y el 45,3 % de las mujeres (86 de 190) afirman utilizarlas entre 2 y 4 horas al día, siendo esta la franja de uso más común en ambos géneros.

Un 41,1 % de los hombres (30 de 73) y un 33,7 % de las mujeres (64 de 190) señalaron un uso inferior a 2 horas diarias. Por otro lado, el uso intensivo de más de 4 horas al día fue más frecuente entre las mujeres, con un 21,1 % (40 de 190), frente al 12,3 % de los hombres (9 de 73).

Estos datos muestran que, aunque el patrón general de uso es similar entre hombres y mujeres, hay una mayor proporción de mujeres que pasan más tiempo en redes sociales, al igual que son menos, frente a los hombres, las que invierten menos de 2 horas al día en ellas.

De forma más visual, en la Figura 3, se observa que, tanto hombres como mujeres tiende a pasar mayoritariamente entre 2 y 4 horas diarias en redes sociales. Sin embargo, se puede observar cómo las mujeres dedican más tiempo al día a estar con las redes sociales, mientras que los hombres lo presentan en el grupo de menos de 2 horas.

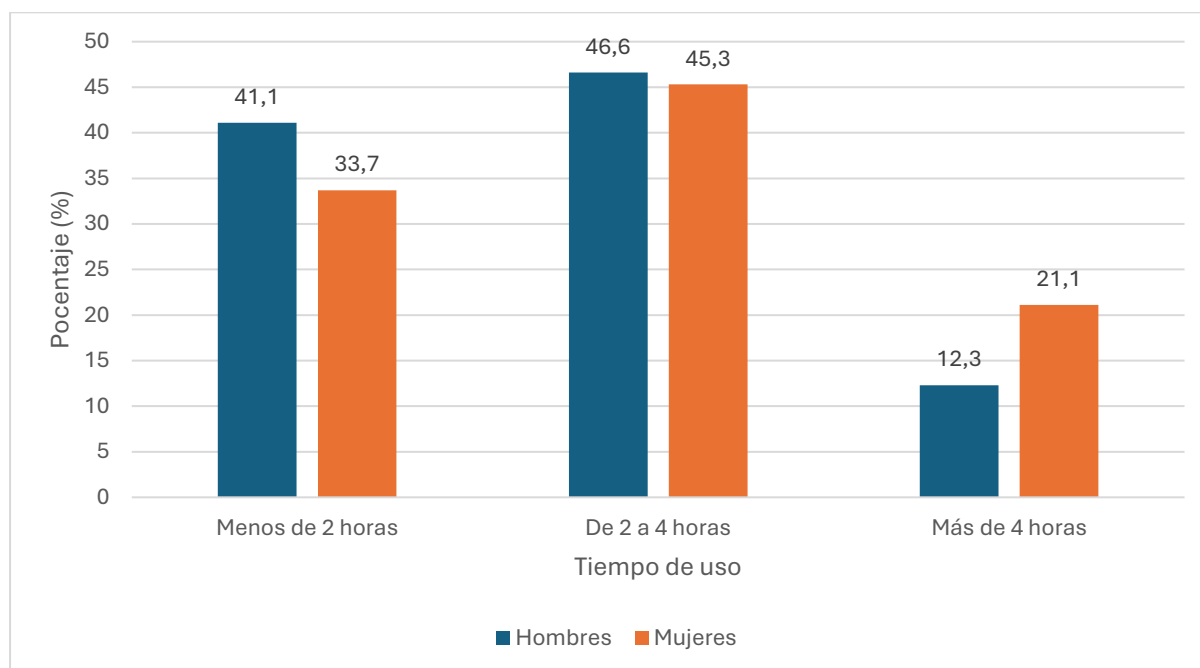
Tabla 16

Tiempo en redes sociales en función del género

	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
Menos de 2 horas	30	41,1	64	33,7
De 2 a 4 horas	34	46,6	86	45,3
Más de 4 horas	9	12,3	40	21,1

Figura 3

Gráfico del tiempo en redes sociales en función del género



Diferencias en Función del Género

En la Tabla 17 se reflejan las diferencias en diversas variables en función del género. En primer lugar, se observa que tanto hombres, con una media de 131,58 puntos, como mujeres, con 131,68, presentan una alfabetización elevada, lo que indica un buen nivel general en aspectos relacionados con la salud mental. Al desglosar esta variable en sus subdimensiones, se aprecia que los hombres obtienen una puntuación ligeramente más alta en el conocimiento de los problemas (46,16) que las mujeres (45,15), lo que indica un mayor nivel de información sobre este tema en ellos. En cuanto a la búsqueda de ayuda y habilidades de primeros auxilios, ambos géneros presentan puntuaciones similares (25,25 en hombres y 25,18 en mujeres), lo que sugiere una disposición comparable a buscar apoyo externo y saber actuar. En cuanto a las creencias erróneas o estereotipos, las mujeres puntúan ligeramente más alto (34,56 frente a 33,25), lo que podría interpretarse como una mayor conciencia o sensibilidad ante los estigmas relacionados con la salud mental. Por último, en las estrategias de autoayuda, las puntuaciones

son también muy similares (17,81 en hombres y 17,63 en mujeres), indicando un uso moderado de estrategias personales para el autocuidado psicológico.

En lo que respecta a las otras variables, tanto hombres como mujeres muestran niveles elevados de autoestima (37,30 y 37,26, respectivamente). En ansiedad, ambos géneros se sitúan en un nivel leve (14,88 en hombres y 16,49 en mujeres). Sin embargo, en depresión hay una diferencia más notable, los hombres presentan un nivel leve (16,75), mientras que las mujeres alcanzan un nivel moderado (17,83), lo que podría indicar una mayor presencia de síntomas depresivos en ellas.

Por último, en la variable sueño, tanto hombres (24,38) como mujeres (26,51) muestran puntuaciones medias, lo que sugiere una presencia moderada de insomnio, ligeramente más elevada en el caso de las mujeres.

Para poder observarlo de una manera más visual, se puede ver el Anexo I.

Tabla 17

Diferencias en función del género

	Hombre		Mujer	
	Media	DT	Media	DT
Alfabetización	131,58	11,475	131,68	9,964
Conocimiento	46,16	5,083	45,15	4,360
Búsqueda ayuda	25,25	3,789	25,18	3,562
Estereotipos	33,25	4,126	34,56	3,221
Autoayuda	17,81	2,018	17,63	1,843
Autoestima	37,30	7,076	37,26	6,973
Ansiedad	14,88	3,567	16,49	5,157
Depresión	16,75	4,560	17,83	5,858
Sueño	24,38	6,909	26,51	7,018

Correlaciones

Por último, se procede a comentar las correlaciones existentes entre las variables de salud mental y el tiempo con el móvil y en redes sociales con el análisis de correlaciones de Pearson, utilizando un nivel de significación de $\alpha = .05$. La tabla completa puede observarse en el Anexo J.

Los resultados obtenidos muestran asociaciones estadísticamente significativas entre varias de las variables evaluadas, especialmente en relación con la alfabetización, la autoestima, la ansiedad y el uso de tecnologías.

En primer lugar, se observó que la alfabetización en general presenta correlaciones positivas, significativas y fuertes con sus subdimensiones: el conocimiento sobre los problemas de salud mental ($r = .821$), la identificación de estereotipos ($r = .707$), las estrategias de autoayuda ($r = .689$) y la disposición a pedir ayuda ($r = .654$).

Por otro lado, los síntomas emocionales, como la ansiedad y la depresión, presentan una fuerte correlación entre sí ($r = .755$), lo que quiere decir que cuanto mayor es el nivel de ansiedad, mayor es también el nivel de depresión. Además, ambas variables se relacionan negativamente con la autoestima, es decir, a unos niveles mayores de ansiedad y depresión, menores serán los de autoestima. En el caso de la ansiedad, la correlación es de $r = -.526$, y en el caso de la depresión, $r = -.634$, en ambas presentan correlaciones moderadas-fuertes.

También se detectaron correlaciones significativas entre las variables emocionales y el sueño. Tanto la ansiedad, de forma moderada ($r = .548$), como la depresión, de manera moderada-elevada ($r = .691$), se correlacionaron positivamente con la variable del sueño, mientras que esta última se relacionó negativamente con la autoestima ($r = -.441$). Esto indica que, a mayores niveles de ansiedad o depresión, hay una manifestación mayor de somnolencia o insomnio y unos niveles de percepción personal más bajos.

En cuanto al uso de tecnologías, se encontraron correlaciones positivas entre el uso de redes sociales y algunas variables de malestar psicológico. En concreto, el uso de redes se asoció de forma significativa con la depresión ($r = .158$) y el sueño ($r = .158$), aunque estas correlaciones son bajas. Además, también presenta una relación moderadamente fuerte con el uso del teléfono móvil ($r = .495$), lo cual tiene todo el sentido porque las redes sociales se usan en el móvil. En cambio, el uso del móvil mostró pocas correlaciones significativas con otras variables, salvo una relación negativa con la autoestima ($r = -.173$), aunque esta es pequeña, lo que indica un efecto sutil del uso excesivo del teléfono móvil sobre la percepción personal.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan varios aspectos relevantes sobre el uso de pantallas, la salud mental y las diferencias de género en una muestra joven. En primer lugar, destaca el bajo uso de la televisión, lo que sugiere un cambio en los hábitos de consumo de contenidos audiovisuales en favor del teléfono móvil. Este último muestra cifras especialmente llamativas, 100 personas indican usarlo más de cinco horas diarias, y, de manera subjetiva, 22 afirman que su uso supera las siete horas al día, lo que denota un uso intensivo y potencialmente problemático.

Uno de los patrones más preocupantes detectados es el uso del móvil al despertarse y antes de dormir, dos momentos clave para el equilibrio del sueño y el bienestar psicológico. El uso de pantallas en estos periodos del día se ha asociado con dificultades para conciliar el sueño (Oropeza, López y Granados, 2019), menor calidad del descanso (Wiciak et al., 2022) y mayor activación mental (Levenson et al., 2016), lo que puede contribuir a la dispersión observada en las respuestas sobre el sueño. Esta variabilidad indica que, aunque algunos participantes descansan adecuadamente, existe una parte considerable que experimenta problemas relacionados con el insomnio o el descanso irregular. Asimismo, los resultados de las correlaciones de la investigación indican que el uso de redes se asocia de forma significativa

con la depresión y el sueño, lo cual concuerda igualmente con la literatura mencionada en el marco teórico. Por otro lado, el estudio de Hökby et al. (2025) aporta una perspectiva significativa al analizar cómo el tiempo de pantalla se relaciona con los síntomas depresivos y los trastornos del sueño, por lo que se relaciona directamente con los resultados indicados.

También, con esta investigación, se ha identificado un uso habitual de la televisión durante las comidas, lo que podría implicar una pérdida de momentos de socialización presencial, una desconexión con el entorno inmediato y, según afirma el estudio de Tremblay et al. (2017), problemas de obesidad.

En cuanto al uso de redes sociales, aunque solo 5 personas afirman usarlas más de 8 horas al día, la percepción subjetiva de uso es en general menor a la objetiva, lo cual apunta a una posible falta de conciencia sobre el tiempo real invertido en estas plataformas. Este dato es especialmente relevante, ya que el uso de pantallas se centra principalmente en redes sociales, como forma de interacción social, incluso en contextos donde ya se está acompañado físicamente, por ejemplo, entre clases y en el descanso del trabajo, lo cual puede generar un empobrecimiento en la calidad de las relaciones sociales cara a cara.

Estos resultados van en la línea con los hallazgos del I Estudio sobre la percepción de la salud mental en adolescentes y el mal uso de la tecnología (DKV, 2024), en el cual se destaca una clara asociación entre el uso problemático de dispositivos y síntomas como ansiedad, estrés o dificultades en la autorregulación emocional y conductual. Este paralelismo confirma la hipótesis de que el uso excesivo de pantallas puede tener un impacto significativo en la salud mental de los jóvenes, especialmente cuando no existen pautas educativas ni límites claros desde el entorno familiar, escolar o social.

Pese a estos datos, es importante subrayar que la muestra presenta una alfabetización elevada en salud mental, lo cual representa una fortaleza importante. Las personas participantes muestran, en general, conocimientos adecuados, actitudes críticas frente a los estereotipos y

disposición tanto a buscar ayuda como a aplicar estrategias de autoayuda, aunque estas últimas con menor frecuencia. Aun así, no se encuentran correlaciones entre alfabetización y el uso de pantallas y redes sociales, es decir, no parece que dar más uso a estos dispositivos, sirva para saber más sobre salud mental.

En lo referente a variables emocionales, los resultados reflejan un perfil de autoestima moderadamente positivo, aunque con ciertas inseguridades puntuales que podrían abordarse mediante intervenciones centradas en el refuerzo emocional y el autoconocimiento. En cuanto a la ansiedad, los niveles son leves en ambos géneros, mientras que la depresión se presenta en niveles moderados en mujeres, un hallazgo que resulta coherente con estudios previos que señalan una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres jóvenes y concuerdan igualmente con el estudio mencionado de Hökby et al. (2025).

Cabe destacar que las mujeres presentan un mayor uso de pantallas que los hombres, especialmente en el uso de redes sociales, lo que abre la puerta a explorar con más profundidad la relación entre el género y los efectos psicosociales del consumo digital. Esto se relaciona estrechamente con la investigación de Gil y Quintero (2021) en la que revelaban que el uso intensivo de redes sociales podía provocar un aumento de los niveles de ansiedad y depresión. De igual manera, los resultados en cuanto a correlaciones de esta investigación indican que cuanto mayor es el nivel de ansiedad, mayor es también el nivel de depresión, siendo coherente con la literatura mencionada.

Entre las principales limitaciones del estudio destaca la naturaleza no aleatoria de la muestra, que ha sido seleccionada por conveniencia. Aunque el número total de participantes es elevado, este factor limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. Además, existen desequilibrios notables en la muestra en cuanto a género, estudios cursados o etapa educativa, con escasa representación del alumnado de infantil o de máster. Del mismo modo, la diferencia en número entre hombres y mujeres dificulta la comparación estadística rigurosa

entre géneros, aunque puede ser reflejo de la distribución real del alumnado en los grados de educación.

A partir de esta investigación, sería de gran interés desarrollar estudios que profundicen en el impacto emocional del uso de pantallas, especialmente en relación con variables como el sueño, la autoestima y los síntomas ansioso-depresivos. También sería relevante realizar análisis longitudinales que permitan observar la evolución del uso digital y su influencia a medio y largo plazo. Además, se podrían diseñar intervenciones específicas de alfabetización digital y gestión emocional, enfocadas en reducir el tiempo de exposición a pantallas y fomentar un uso más consciente y saludable, particularmente entre mujeres jóvenes, quienes parecen ser más vulnerables a los efectos negativos del consumo excesivo de redes sociales.

Desde una perspectiva psicopedagógica, los resultados obtenidos en esta investigación evidencian la necesidad de abordar el uso de pantallas no solo como un fenómeno tecnológico, sino también como un factor que puede influir directamente en el bienestar emocional y los procesos de aprendizaje de los jóvenes. La psicopedagogía, al situarse en la intersección entre la psicología y la educación, ofrece herramientas clave para interpretar cómo el uso excesivo o desregulado de dispositivos digitales puede afectar a funciones cognitivas como la atención, la memoria y la autorregulación, así como generar síntomas de ansiedad, aislamiento o baja autoestima.

En este sentido, las implicaciones para el ámbito psicopedagógico son relevantes. Por un lado, se abren posibilidades de intervención preventiva mediante programas de educación emocional y uso responsable de la tecnología que promuevan un desarrollo más equilibrado. Por otro lado, es necesario fortalecer los mecanismos de detección de señales de malestar asociadas al uso de pantallas, diferenciando si las dificultades que presenta el alumnado son de origen psicopedagógico, emocional o contextuales.

Los y las profesionales de la psicopedagogía también pueden jugar un papel muy importante como agentes de acompañamiento, orientando tanto al alumnado como a las familias y a otros profesionales. Su intervención no se limita al diagnóstico o la atención de dificultades, sino que también se proyecta en el diseño de propuestas educativas integrales que fomenten el pensamiento crítico, la autorregulación emocional y la construcción de relaciones saludables tanto en el entorno físico como en el digital.

Conclusiones

El presente trabajo ha supuesto un choque con la realidad en cuanto al uso que hacen los jóvenes adultos con las tecnologías y las consecuencias que esto tiene para ellos.

Con él se ha permitido conocer de manera más profunda la relación entre el uso de pantallas y diversas variables psicoemocionales en jóvenes, así como su nivel de alfabetización en salud mental. Entre los principales hallazgos destaca un nivel elevado de alfabetización en salud mental, especialmente en aspectos relacionados con el conocimiento de los problemas de salud mental y la autoayuda y las habilidades en primeros auxilios, lo cual es un indicador positivo del grado de conciencia que presentan los y las participantes.

Sin embargo, también se ha detectado un uso intensivo de las pantallas, especialmente del teléfono móvil, con un alto porcentaje de jóvenes que lo utilizan al despertarse y antes de dormir, lo que puede afectar negativamente a su descanso y bienestar emocional. Además, se observa un uso frecuente de redes sociales como principal forma de socialización, incluso en momentos en los que podrían relacionarse cara a cara, lo que plantea interrogantes sobre la socialización actual.

Desde una perspectiva emocional, se observa una autoestima moderadamente positiva en general, aunque con signos de vulnerabilidad en determinados perfiles. Las mujeres muestran mayores niveles de ansiedad y depresión que los hombres, así como un mayor uso de

pantallas, especialmente en redes sociales. El sueño presenta una alta variabilidad, lo que refleja diferencias significativas en los hábitos y calidad del descanso.

En conjunto, estos resultados invitan a reflexionar sobre la necesidad de promover intervenciones preventivas centradas en el uso saludable de las pantallas, el fortalecimiento emocional y la mejora del descanso, especialmente en contextos educativos y comunitarios.

Por último, se procede a evaluar los objetivos planteados para el trabajo. En primer lugar, se ha podido analizar la influencia de las pantallas, con un especial interés en las redes sociales, sobre la salud mental de los jóvenes adultos. Asimismo, se ha podido revisar literatura existente sobre el uso de pantallas y compararla con los resultados del propio trabajo. En cuanto al segundo objetivo específico, se ha logrado profundizar en métodos de investigación, en concreto en la descriptivo-transversal al analizar los datos recogidos del cuestionario. Por último, se ha evaluado el uso que se hace de las pantallas, relacionándolo con las demás variables sociodemográficas que se recogieron y se ha observado cómo el uso de dichas pantallas afecta en la salud mental de los jóvenes.

Opinión Personal

Personalmente, este trabajo ha supuesto un reto para mí, principalmente a la hora de realizar los análisis ya que no había realizado algo así con anterioridad, pero haber podido conocer y aprender un poco sobre este tema me ha resultado muy enriquecedor.

El tema elegido parte de mi Trabajo de Fin de Grado en el que analicé la influencia de las pantallas en la educación infantil, el poder haber continuado con el tema me ha hecho reafirmarme en lo interesante que es saber más sobre sus efectos positivos, pero también los negativos y lo peligrosas que estas son cuando se hace un mal uso de ellas.

Considero que hay pocos estudios relacionados con este tema pese a ser algo con lo que estamos en constante contacto. Me ha sorprendido mucho la cantidad de horas que pasamos al

día con las pantallas y con las que no realizamos un uso muy provechoso, más bien es invertir el tiempo en ellas en vez de hacer otras cosas más productivas,

Aprovecho para agradecer a todas las personas que han participado respondiendo al cuestionario y me han hecho saber la importancia de reflexionar acerca de este tema. En especial, agradezco a mi tutora Clara, que me ha animado desde el primer momento y con la que me he sentido muy apoyada.

Referencias

- Abarzúa, M., y González, M. (2007). Salud mental infanto-juvenil como problemática pública. *Revista de Psicología*, 16(2), 79-95.
- Alarcón Renato, D. (2019). La Salud Mental de los estudiantes universitarios. *Revista Médica Herediana*, 30(4), 219-221.
- Anderson, D. R. y Subrahmanyam, K. (2017). Digital Screen Media and Cognitive Development. *Pediatrics*, 140(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758C>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Arab, E., y Díaz, A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 7-13.
- Asociación Española de Pediatría. (2024). *Actualización del Plan Digital Familiar: Recomendaciones sobre el uso de pantallas en la infancia y adolescencia*. Recuperado el 26 de febrero de 2025 de: <https://www.aeped.es/noticias/aep-actualiza-sus-recomendaciones-sobre-uso-pantallas-en-infancia-y-adolescencia>
- Blasco, H. (2021). El impacto de las redes sociales en las personas y en la sociedad: redes sociales, redil social, ¿o telaraña? Tarbiya. *Revista de Investigación e Innovación Educativa*, 49.
- Bobes García, J., González G-Portilla, M. P., Saíz Martínez, P. A., Bascarán Fernández, M. T., Iglesias Álvarez, C., & Fernández Domínguez, J. M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo del sueño. *Psicothema*, 12(1), 107–112.
- Calva Nagua, D. X., Galarza Schoenfeld, A. S., y Sare Ochoa, F. I. (2019). Las redes sociales y las relaciones interpersonales de las nuevas generaciones de ecuatorianos. *Conrado*, 15(66), 31-37.

- Campodónico, N. M. (2022). Aproximaciones sobre la salud mental de la infancia y adolescencia de hoy: una revisión sistemática. *Veritas & Research*, 4(1), 113-127.
- Castellvi, P., Casañas, R., Arfuch, V. M., Moreno, J. J. G., Torres, M. T., García-Forero, C., Ruiz-Castañeda, D., Alonso, J., y Lalucat- Jo, L. (2020). Development and Validation of the EspaiJove.net Mental Health Literacy (EMHL) Test for Spanish Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 72.
- Chang, H. y., Park, E. J., Yoo, H. J., won Lee, J., y Shin, Y. (2018). Electronic media exposure and use among toddlers. *Psychiatry investigation*, 15(6), 568.
<https://doi.org/10.30773/pi.2017.11.30.2>
- Couso, M. (2024). *Cerebro y pantallas*. Destino.
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1318. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- DKV Instituto de la Vida Saludable; Educar es Todo (2024). *I Estudio sobre la percepción de la salud mental de los adolescentes y el mal uso de la tecnología*. Confederación salud mental España. Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-percepcion-salud-mental-adolescentes-tecnologia-dkv/>
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías ya las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-95.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Elhai, J. D., Levine, J. C., Dvorak, R. D., y Hall, B. J. (2016). Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 63, 509-516.

- Fung Fallas, M., Rojas Mora, E. J., y Delgado Castro, L. G. (2020). Impacto del tiempo de pantalla en la salud de niños y adolescentes. *Revista médica Sinergia*, 5(6).
- Gabelas Barroso, J. A. (2009). Pantallas y jóvenes en el ágora del nuevo milenio. *Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación*, 19.
- Gil Vera, V. D., y Quintero López, C. (2021). La ansiedad y la depresión derivadas del abuso de las redes sociales: un análisis relacional. In *Memorias científicas del II Congreso en Salud Mental Digital* (Vol. 97).
- Gómez Campos, R., Urra Albornoz, C., Vidal Espinoza, R., Riveros, J., Opazo, O., Rivera Portugal, M., Urzua Alul, L., Cossio Bolaños, M. y Méndez Cornejo, J. (2021). Uso de redes sociales, ansiedad, depresión e indicadores de adiposidad corporal en adolescentes. *Salud (i) Ciencia*, 24(6), 327-332.
- González-Cortés, E., Córdoba-Cabús, A., y Gómez, M. (2020). Una semana sin smartphone: usos, abuso y dependencia del teléfono móvil en jóvenes. *Bordón: Revista de Pedagogía*, 72(3), 105-121.
- González Sanguino, C., Rodríguez Medina, J., Ayuso Lanchares, A. y Valdivieso León, L. (2025). Psychometric properties of the Spanish version of the Mental Health Literacy questionnaire (MHLq-E). *Current Psychology*, 1-13.
- González Sanguino, C., Rodríguez Medina, J., Redondo Pacheco, J., Betegón, E., Valdivieso León, L., y Irurtia, M. J. (2024). An exploratory cross-sectional study on Mental health literacy of Spanish adolescents. *BMC Public Health*, 24(1), 1469.
- Grané, M. (2015). Infancia y pantallas, crecer con las TIC. *Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital*, 47-60.
- Hernández Mite, K. D., Yanez Palacios, J. F., y Carrera Rivera, A. A. (2017). Las redes sociales y adolescencias: repercusión en la actividad física. *Revista universidad y sociedad*, 9(2), 242-247.

- Hökby, S., Alvarsson, J., Westerlund, J., Carli, V. and Hadlaczky, G. (2025). Adolescents' screen time displaces multiple sleep pathways and elevates depressive symptoms over twelve months. *PLOS Global Public Health*, 5(4), e0004262.
- Huanca Baez, J. (2016). Asociación entre las redes sociales de internet y trastorno de ansiedad en adolescentes de dos academias preuniversitarias de la ciudad de Arequipa.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., y Pollitt, P. (1997). Alfabetización en salud mental": una encuesta sobre la capacidad del público para reconocer los trastornos mentales y sus creencias sobre la eficacia del tratamiento. *Med J Aust*, 166, 182-6.
- Kabali, H. K., Irigayen, M. M., Nunez Davis, R., Budacki, J. G., Mohanty, S. H., Leister, K. P. y Bonner Jr, R. L. (2015). Exposure and use of mobile media devices by young children. *Pediatrics*, 136(6), 1044-1050. <http://doi.org/10.1542/peds.2015-2151>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Levenson, J. C., Shensa, A., Sidani, J. E., Colditz, J. B., y Primack, B. A. (2016). The association between social media use and sleep disturbance among young adults. *Preventive medicine*, 85, 36-41.
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- Llanes Bonilla, A. T., Zapata Salazar, J. y Pérez Pedraza, B. Á. (2023). Conducta Adictiva a Redes Sociales Digitales y su Relación con Síntomas de Ansiedad en Universitarios. *Políticas Sociales Sectoriales*, 1(1), 502-523.

- Mann, J. J., Bortinger, J., Oquendo, M. A., Currier, D., Li, S., y Brent, D. A. (2005). Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1672-1679.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458–467. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>
- Martzog, P. y Suggate S. P. (2022). Screen media are associated with fine motor skill development in preschool children. *Early Childhood Research Quarterly*, 60, 363-373. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2022.03.010>
- Moreno-Villares, J. M., y Galiano-Segovia, M. J. (2019). El tiempo frente a las pantallas: la nueva variable en la salud infantil y juvenil. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1235-1236.
- Muñoz García, F. (2009). Impacto de las pantallas, televisión, ordenador y videojuegos. *Pediatría integral*, 881, 697-706.
- Murciano-Hueso, A., Gutiérrez-Pérez, M., Martín-Lucas, J., y Huete, A. (2022). Juventud online. Estudio sobre el perfil de uso y comportamiento de los jóvenes a través de las pantallas. *RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 28(2).
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., y Haro, J. M. (2016). Spanish validation of the social stigma scale: Community Attitudes towards Mental Illness. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150–157.
- Organización Mundial de la Salud (17 de junio de 2022) *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Organización Mundial de la Salud para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar más. (24 de abril de 2019). *Nuevas directrices de la OMS sobre actividad física, sedentarismo y sueño para niños menores de 5 años*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Oropeza-Bahena, G., López-Sánchez, J. D., y Granados-Ramos, D. E. (2019). Hábitos de sueño, memoria y atención en niños escolares. *Revista mexicana de neurociencia*, 20(1), 42-49.
- Papa Pintor, Y. (11 de julio de 2023). Los peligros de comer frente al televisor. *Mejor con salud*. Recuperado de: <https://mejorconsalud.as.com/los-peligros-de-comer-frente-al-televisor/>
- Paricio del Castillo, R., y Pando Velasco, M. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 37(2), 30-44.
- Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex roles*, 71, 363-377.
- Portillo Reyes, V., Ávila Amaya, J. A., y Capps, J. W. (2021). Relación del uso de redes sociales con la autoestima y la ansiedad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 3(1), 139-149.
- Pupo-González, L., Noguera-Reyes, Y., Prada-Justel, M. E., y Labrada-Pupo, D. (2018). Salud mental infanto juvenil, características de una problemática actual. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(6 Especial).

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* (Vol. 11, p.326). Princeton University Press.
- Saunders, T. J., y Vallance, J. K. (2017). Screen time and health indicators among children and youth: current evidence, limitations and future directions. *Applied health economics and health policy*, 15, 323-331.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Sun,Y. y Zhang,Y. (2020). A review of theories and models applied in studies of social media addiction and implications for future research. *Addictive Behaviors*, 114(20). <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106699>
- Tremblay, M. S., Chaput, J. P., Adamo, K. B., Aubert, S., Barnes, J. D., Choquette, L., Duggan, M., Faulkner, G., Goldfield, G. S., Gray, C. E., Gruber, R., Janson, K., Janssen, I., Jaramillo Garcia, A., Kuzik, N., LeBlanc, C., MacLean, J., Okely, A. D., ... y Carson, V. (2017). Canadian 24-hour movement guidelines for the early years (0–4 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *BMC public health*, 17, 1-32. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4859-6>
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., y Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical psychological science*, 6(1), 3-17.
- UNICEF España (8 de octubre de 2024). *4 de cada 10 adolescentes manifiestan haber tenido o creer haber tenido un problema de salud mental*. Recuperado de: <https://www.unicef.es/noticia/adolescentes-manifiestan-problema-salud-mental>

UNICEF España (2023). *Salud mental*. Recuperado de: <https://www.unicef.es/causas/salud-mental>

Virtuoso, J., Ribeiro, J. F., Santos Silva, I., Oviedo, N., Gonzalez, I., Santos, S., Fernandes, P., y Oliveira, R. S. (2022). Alfabetización en salud mental: conocimientos y creencias de una población adolescente. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 24(94), e195-e200.

Walker, E. R., McGee, R. E., y Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341.

Wiciak, M. T., Shazley, O., & Santhosh, D. (2022). An observational report of screen time use among young adults (ages 18-28 years) during the COVID-19 pandemic and correlations with mental health and wellness: international, online, cross-sectional study. *JMIR Formative Research*, 6(8), e38370.

Zabaleta González, R., Lezcano Barbero, F., y Perea Bartolomé, M. V. (2023). Alfabetización en Salud Mental: Revisión Sistemática de la Literatura. *Psykhē (Santiago)*, 32(1).

Anexos

Anexo A. Cuestionario de redes sociales

Cuestionario de redes sociales

Este cuestionario forma parte de un trabajo de investigación sobre el tiempo de uso de las redes sociales y cómo este se relaciona con diferentes cuestiones sobre la salud mental. Tendrás que responder a este breve cuestionario, el cual es completamente anónimo, que no te llevará más de 5 minutos.

Además, todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Si tienes cualquier duda, puede ponerse en contacto con nosotras mediante correo electrónico:

sandra.herrero.rodriguez@estudiantes.uva.es y clara.gonzalez.sanguino@uva.es

Marcando esta casilla, usted declara que responde a este cuestionario de manera voluntaria y consiente que los datos sean utilizados y analizados. *

☐ Consiento

Preguntas iniciales

Género *

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ No me identifico con ninguno de los anteriores

Edad *

Provincia *

Tu lugar de residencia es *

- ☐ de más de 500.000 habitantes
- ☐ de entre 100.000 y 500.000 habitantes
- ☐ de entre 20.000 y 100.000 habitantes
- ☐ de menos de 20.000 habitantes

Estudios cursados *

- ☐ Educación Primaria
- ☐ Educación Infantil
- ☐ Educación Social
- ☐ Trabajo Social
- ☐ Máster en Psicopedagogía
- ☐ Máster en Investigación Aplicada a la Educación
- ☐ Máster en Profesor de Educación Secundaria
- ☐ Máster Universitario en Inspección, Dirección y Gestión de Organizaciones y Programas Educativos
- ☐ Otro

Curso en el que estás matriculado *

- ☐ 1º
- ☐ 2º
- ☐ 3º
- ☐ 4º

¿Cuánto tiempo pasas de media al día con los siguientes dispositivos? *

	No utilizo	Menos de 1 hora al día	De 1 a 2 horas	De 2 a 3 horas	De 3 a 5 horas	Más de 5 horas
Teléfono móvil	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Televisión	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tablet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ordenador	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consola	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Libro electrónico	☐	☐	☐	☐	☐	☐

¿En qué momentos del día utilizas el teléfono móvil? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Nada más despertarte
- ☐ Antes de acostarte
- ☐ A lo largo de todo el día
- ☐ Durante las comidas
- ☐ En el descanso de las clases/trabajo
- ☐ Durante las clases o jornada laboral
- ☐ No utilizo

¿En qué momentos del día utilizas la televisión? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Nada más despertarte
- ☐ Antes de acostarte
- ☐ A lo largo de todo el día
- ☐ Durante las comidas
- ☐ En el descanso de las clases/trabajo
- ☐ Durante las clases o jornada laboral
- ☐ No utilizo

¿En qué momentos del día utilizas la tablet? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Nada más despertarte
- ☐ Antes de acostarte
- ☐ A lo largo de todo el día
- ☐ Durante las comidas
- ☐ En el descanso de las clases/trabajo
- ☐ Durante las clases o jornada laboral
- ☐ No utilizo

¿En qué momentos del día utilizas el ordenador? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Nada más despertarte
- ☐ Antes de acostarte
- ☐ A lo largo de todo el día
- ☐ Durante las comidas
- ☐ En el descanso de las clases/trabajo
- ☐ Durante las clases o jornada laboral
- ☐ No utilizo

¿En qué momentos del día utilizas la consola? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Nada más despertarte
- ☐ Antes de acostarte
- ☐ A lo largo de todo el día
- ☐ Durante las comidas
- ☐ En el descanso de las clases/trabajo
- ☐ Durante las clases o jornada laboral
- ☐ No utilizo

¿En qué momentos del día utilizas el libro electrónico? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Nada más despertarte
- ☐ Antes de acostarte
- ☐ A lo largo de todo el día
- ☐ Durante las comidas
- ☐ En el descanso de las clases/trabajo
- ☐ Durante las clases o jornada laboral
- ☐ No utilizo

¿Cuál es el principal uso que das al teléfono móvil? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Redes sociales
- ☐ Búsqueda de información
- ☐ Entretenimiento (series, juegos, lectura...)
- ☐ Trabajo
- ☐ Estudios
- ☐ Comunicación con otras personas
- ☐ Otra
- ☐ No utilizo

¿Cuál es el principal uso que das a la televisión? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Redes sociales
- ☐ Búsqueda de información
- ☐ Entretenimiento (series, juegos, lectura...)
- ☐ Trabajo
- ☐ Estudios
- ☐ Comunicación con otras personas
- ☐ Otra
- ☐ No utilizo

¿Cuál es el principal uso que das a la tablet? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Redes sociales
- ☐ Búsqueda de información
- ☐ Entretenimiento (series, juegos, lectura...)
- ☐ Trabajo
- ☐ Estudios
- ☐ Comunicación con otras personas
- ☐ Otra
- ☐ No utilizo

¿Cuál es el principal uso que das al ordenador? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Redes sociales
- ☐ Búsqueda de información
- ☐ Entretenimiento (series, juegos, lectura...)
- ☐ Trabajo
- ☐ Estudios
- ☐ Comunicación con otras personas
- ☐ Otra
- ☐ No utilizo

¿Cuál es el principal uso que das a la consola? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Redes sociales
- ☐ Búsqueda de información
- ☐ Entretenimiento (series, juegos, lectura...)
- ☐ Trabajo
- ☐ Estudios
- ☐ Comunicación con otras personas
- ☐ Otra
- ☐ No utilizo

¿Cuál es el principal uso que das al libro electrónico? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Redes sociales
- ☐ Búsqueda de información
- ☐ Entretenimiento (series, juegos, lectura...)
- ☐ Trabajo
- ☐ Estudios
- ☐ Comunicación con otras personas
- ☐ Otra
- ☐ No utilizo

¿Cuánto tiempo de media pasas **al día** con tu teléfono móvil? Puedes comprobarlo en el apartado de "bienestar digital" de los ajustes de su teléfono, calcula el promedio de la última semana. **Indicar tiempo en horas.** *

¿Qué redes sociales tienes? Puedes marcar varias opciones *

- ☐ Instagram
- ☐ X
- ☐ TikTok
- ☐ Facebook
- ☐ Bluesky
- ☐ LinkedIn
- ☐ Otra
- ☐ No tengo

¿Cuánto tiempo pasas **al día** en redes sociales? Puedes comprobarlo en el apartado de "bienestar digital" de los ajustes de su teléfono, calcula el promedio de la última semana. *

- ☐ No utilizo
- ☐ Menos de 1 hora
- ☐ De 1 a 2 horas
- ☐ De 2 a 4 horas
- ☐ De 4 a 8 horas
- ☐ Más de 8 horas

Pensar y sentir en el día a día

A continuación, se presentarán una serie de afirmaciones sobre la salud mental con las que tendrás que indicar en qué nivel, de acuerdo o desacuerdo, te encuentras. *

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Si alguien cercano a mi desarrollase un trastorno mental le ofrecería mi apoyo.	☐	☐	☐	☐	☐
El ejercicio físico ayuda a mejorar la salud mental.	☐	☐	☐	☐	☐
Una persona con depresión se siente muy desgraciada.	☐	☐	☐	☐	☐
Las personas con esquizofrenia normalmente tienen delirios (ej. Pueden creer que constantemente están siendo vigiladas o perseguidas).	☐	☐	☐	☐	☐
Si yo mismo tuviera un problema de salud mental buscaría la ayuda de mi familia.	☐	☐	☐	☐	☐

Si un amigo mio desarrollase un trastorno mental le animaría a ir a un psicólogo.	☐	☐	☐	☐	☐
Los trastornos mentales no afectan a la conducta de las personas.	☐	☐	☐	☐	☐
Dormir bien ayuda a mejorar la salud mental.	☐	☐	☐	☐	☐
Si yo mismo/a tuviera un trastorno mental buscaría ayuda de un psicólogo.	☐	☐	☐	☐	☐
Si yo mismo/a tuviera un trastorno mental buscaría ayuda de un psiquiatra.	☐	☐	☐	☐	☐
Una persona con ansiedad puede sentir pánico en situaciones que teme.	☐	☐	☐	☐	☐
Las personas con trastornos mentales provienen de familias con poco dinero.	☐	☐	☐	☐	☐
Si una persona cercana a mi desarrollara un trastorno mental, le escucharía sin juzgar o criticar.	☐	☐	☐	☐	☐
El consumo de alcohol puede causar trastornos mentales.	☐	☐	☐	☐	☐
Los trastornos mentales no afectan a los sentimientos de las personas.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuanto antes se identifiquen y traten los trastornos mentales, mejor.	☐	☐	☐	☐	☐
Solo los adultos tienen trastornos mentales.	☐	☐	☐	☐	☐
Cambios en el funcionamiento cerebral pueden causar la aparición de un trastorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐

Si un amigo mío desarrollara un trastorno mental, le animaría a buscar ayuda de un psiquiatra.	☐	☐	☐	☐	☐
Si yo mismo/a tuviera un trastorno mental buscaría la ayuda de mis amigos/as.	☐	☐	☐	☐	☐
Seguir una dieta equilibrada ayuda a mejorar la salud mental.	☐	☐	☐	☐	☐
Uno de los síntomas de la depresión es la pérdida de interés o disfrutar de la mayoría de las cosas.	☐	☐	☐	☐	☐
Si un amigo mío desarrollara un trastorno mental, yo no estaría capacitado para ayudarlo.	☐	☐	☐	☐	☐
La duración de los síntomas es un aspecto importante para determinar si una persona tiene, o no, un trastorno mental.	☐	☐	☐	☐	☐
La depresión no es un trastorno mental de verdad.	☐	☐	☐	☐	☐
La adicción a drogas puede causar trastornos mentales.	☐	☐	☐	☐	☐
Los trastornos mentales afectan a los pensamientos de las personas.	☐	☐	☐	☐	☐
Hacer cosas agradables ayuda a mejorar la salud mental.	☐	☐	☐	☐	☐
Una persona con esquizofrenia puede ver y escuchar cosas que nadie más ve o escucha.	☐	☐	☐	☐	☐
Hablar sobre los problemas con alguien cercano ayuda a mejorar la salud mental.	☐	☐	☐	☐	☐
Situaciones muy estresantes pueden causar trastornos mentales.	☐	☐	☐	☐	☐

¿Tienes algún tipo de contacto con la salud mental? *

- ☐ Sí
- ☐ No

Razón del contacto *

- ☐ Familiar
- ☐ Laboral
- ☐ Asistencial
- ☐ Ocio o amistad
- ☐ En primera persona (tengo problemas de salud mental)
- ☐ Otra

Confianza y bienestar personal

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con la autoestima, deberás indicar en qué grado de acuerdo o desacuerdo te encuentras con respecto a ellas. *

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	☐	☐	☐	☐	☐
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	☐	☐	☐	☐	☐
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	☐	☐	☐	☐	☐
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	☐	☐	☐	☐	☐
En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.	☐	☐	☐	☐	☐
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	☐	☐	☐	☐	☐
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	☐	☐	☐	☐	☐
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	☐	☐	☐	☐	☐
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	☐	☐	☐	☐	☐
A veces creo que no soy buena persona.	☐	☐	☐	☐	☐

Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	☐	☐	☐	☐	☐
A veces creo que no soy buena persona.	☐	☐	☐	☐	☐

¿Cómo te sientes?

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones en los cuales deberás señalar con qué frecuencia has sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días. *

	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado.	☐	☐	☐	☐
No ha podido dejar de preocuparse.	☐	☐	☐	☐
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas.	☐	☐	☐	☐
Ha tenido dificultad para relajarse.	☐	☐	☐	☐
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto.	☐	☐	☐	☐
Se ha irritado o enfadado con facilidad.	☐	☐	☐	☐
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible.	☐	☐	☐	☐
Poco interés o placer en hacer cosas.	☐	☐	☐	☐
Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas.	☐	☐	☐	☐
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o ha dormido demasiado.	☐	☐	☐	☐
Se ha sentido cansado/a o con poca energía.	☐	☐	☐	☐
Sin apetito o ha comido en exceso.	☐	☐	☐	☐
Se ha sentido mal con usted mismo/a, o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia.	☐	☐	☐	☐

Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión.

☐
☐
☐
☐

¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario, muy inquieto/a o agitado/a que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.

☐
☐
☐
☐

Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de lastimarse de alguna manera.

☐
☐
☐
☐

Sueño

A continuación, se realizarán una serie de preguntas sobre tus hábitos de sueño, hacen referencia a cómo has dormido normalmente durante el último mes. Intenta ajustarte en tus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.

30. ¿Cómo de satisfecho estás con tu sueño? *

- ☐ Muy insatisfecho
- ☐ Bastante insatisfecho
- ☐ Insatisfecho
- ☐ Satisfecho
- ☐ Bastante satisfecho
- ☐ Muy satisfecho

¿Cuántos días a la semana has tenido dificultades para...? *

	Ninguno	1 o 2 días	3 días	4 o 5 días	6 o 7 días
Conciliar el sueño	☐	☐	☐	☐	☐
Permanecer dormido	☐	☐	☐	☐	☐
Lograr un sueño reparador	☐	☐	☐	☐	☐
Despertar a la hora habitual	☐	☐	☐	☐	☐
Excesiva somnolencia	☐	☐	☐	☐	☐

¿Cuánto tiempo has tardado en dormirte una vez que lo intentabas? *

- ☐ 0-15 minutos
- ☐ 16-30 minutos
- ☐ 31-45 minutos
- ☐ 46-60 minutos
- ☐ Más de 60 minutos

¿Cuántas veces te has despertado por la noche? *

- ☐ Ninguna vez
- ☐ 1 vez
- ☐ 2 veces
- ☐ 3 veces
- ☐ Más de 3 veces

¿Has notado que te despertabas antes de lo habitual? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo antes? *

- ☐ Me he despertado como siempre
- ☐ Media hora antes
- ☐ 1 hora antes
- ☐ Entre 1 y 2 horas antes
- ☐ Más de 2 horas antes

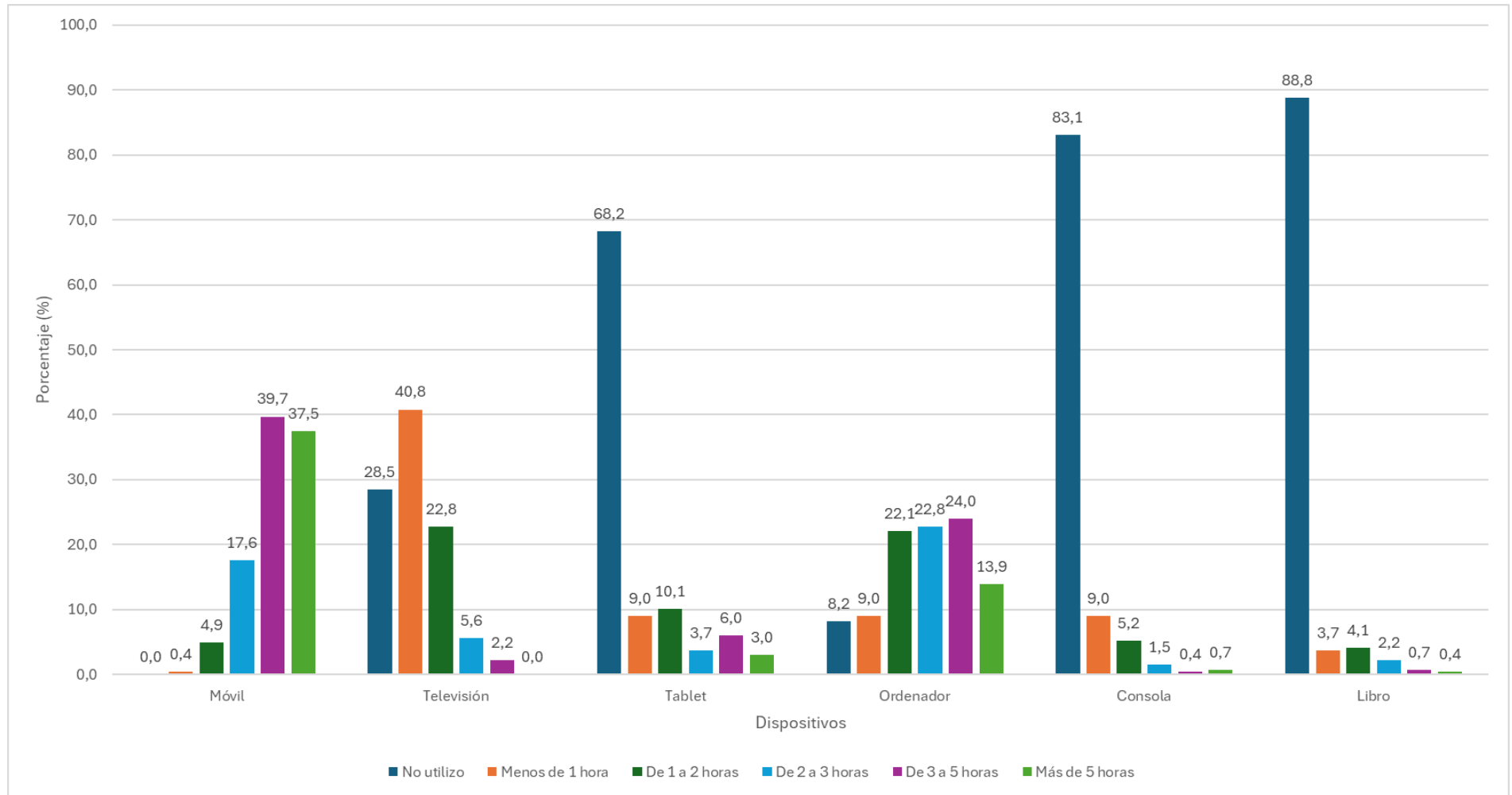
¿Cuántos días a la semana has estado preocupado/a o has notado cansancio o disminución en tu funcionamiento por no haber dormido bien la noche anterior? *

- ☐ Ningún día
- ☐ 1 o 2 días a la semana
- ☐ 3 días a la semana
- ☐ 4 o 5 días a la semana
- ☐ 6 o 7 días a la semana

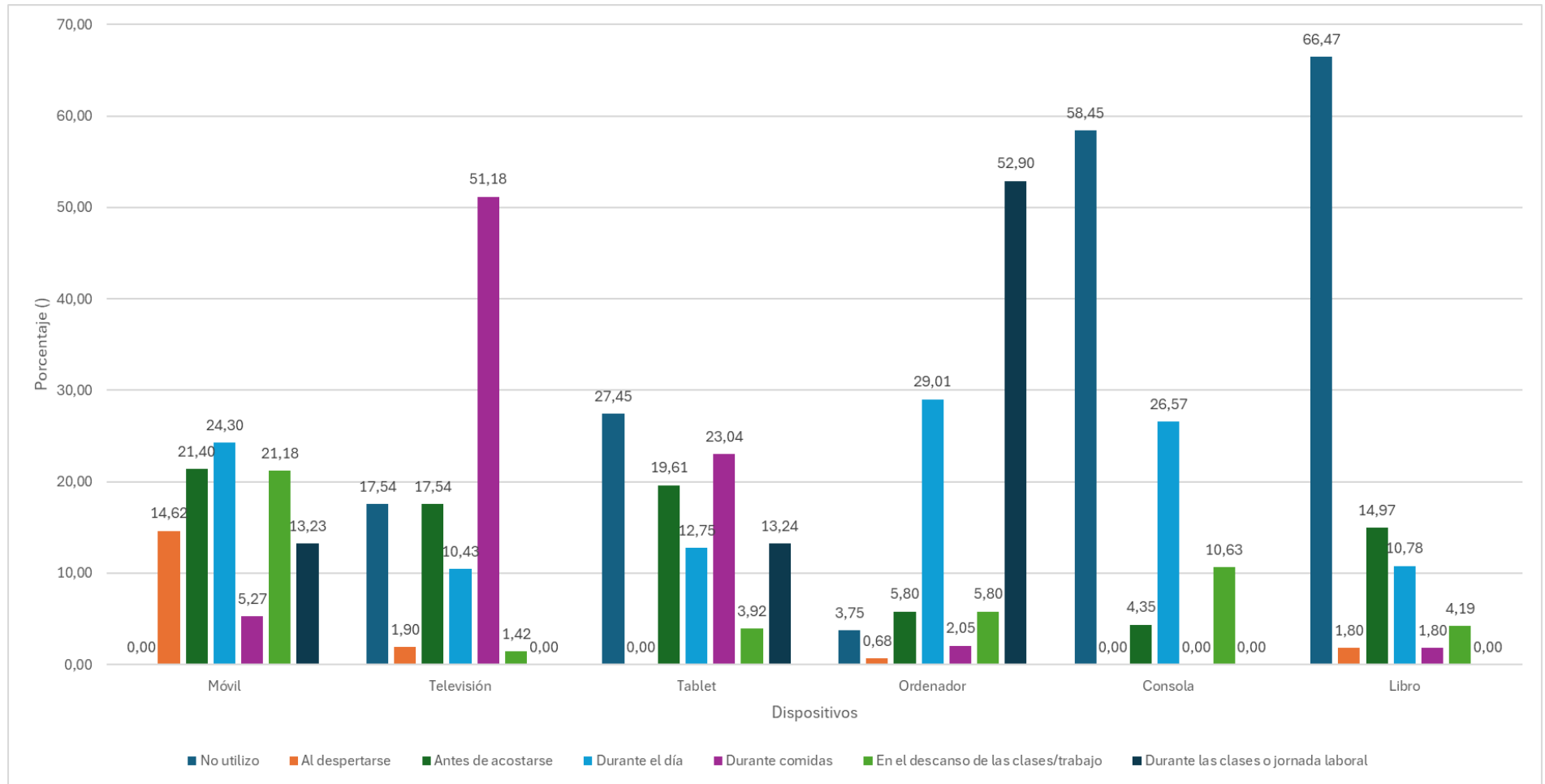
¿Cuántos días a la semana te has sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirte durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche? *

- ☐ Ningún día
- ☐ 1 o 2 días a la semana
- ☐ 3 días a la semana
- ☐ 4 o 5 días a la semana
- ☐ 6 o 7 días a la semana

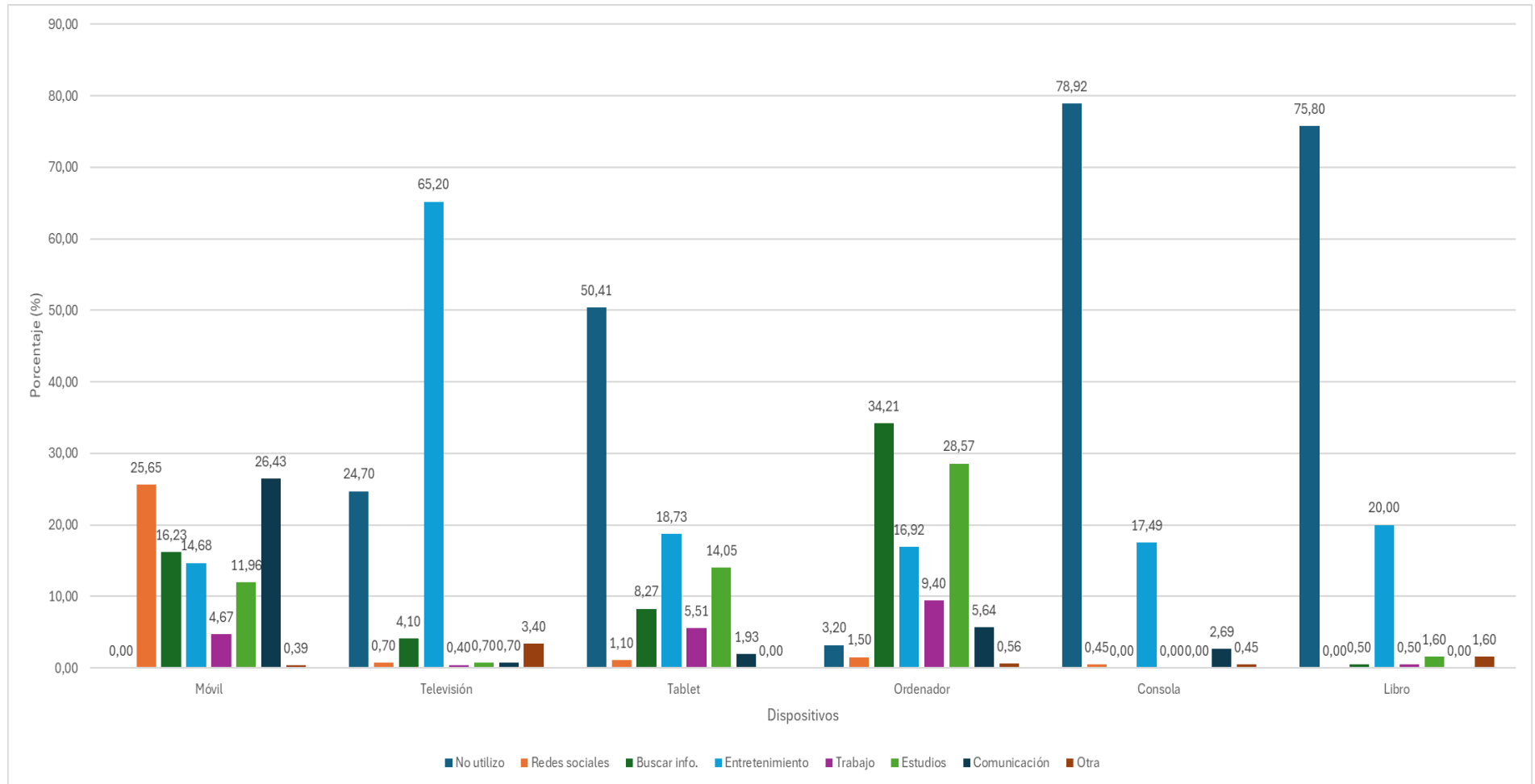
Anexo B. Tiempo de uso diario de las pantallas



Anexo C. Momentos del uso al día de las pantallas



Anexo D. Principales usos de las pantallas



Anexo E. Frecuencia de respuestas en el cuestionario de Alfabetización

	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Ni acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MHLq1	0	0	0	0	1	0,4	52	19,5	214	80,1
MHLq2	0	0	3	1,1	7	2,6	82	30,7	175	65,5
MHLq3	3	1,1	9	3,4	61	22,8	134	50,2	60	22,5
MHLq4	0	0	9	3,4	63	23,6	141	52,8	54	20,2
MHLq5	5	1,9	16	6,0	26	9,7	83	31,1	137	51,3
MHLq6	1	0,4	2	0,7	10	3,7	88	33,0	166	62,2
MHLq7	10	3,7	11	4,1	5	1,9	113	42,3	128	47,9
MHLq8	0	0	2	0,7	9	3,4	104	39,0	152	56,9
MHLq9	3	1,1	9	3,4	39	14,6	89	33,3	127	47,6
MHLq10	9	3,4	18	6,7	70	26,2	82	30,7	88	33,0
MHLq11	0	0	0	0	5	1,9	121	45,3	141	52,8
MHLq12	1	0,4	4	1,5	52	19,5	83	31,1	127	47,6
MHLq13	1	0,4	0	0	3	1,1	91	34,1	172	64,4
MHLq14	2	0,7	3	1,1	43	16,1	123	46,1	96	36,0
MHLq15	7	2,6	13	4,9	7	2,6	101	37,8	139	52,1
MHLq16	3	1,1	0	0	12	4,5	69	25,8	183	68,5
MHLq17	1	0,4	5	1,9	8	3,0	68	25,5	185	69,3
MHLq18	4	1,5	0	0	60	22,5	147	55,1	56	21,0
MHLq19	0	0	9	3,4	43	16,1	111	41,6	104	39,0
MHLq20	2	0,7	13	4,9	30	11,2	113	42,3	109	40,8
MHLq21	1	0,4	7	2,6	34	12,7	129	48,3	96	36,0
MHLq22	2	0,7	2	0,7	19	7,1	146	54,7	98	36,7
MHLq23	21	7,9	74	27,7	104	39,0	58	21,7	10	3,7
MHLq24	37	13,9	122	45,7	80	30,0	20	7,5	8	3,0
MHLq25	145	54,3	85	31,8	24	9,0	9	3,4	4	1,5
MHLq26	161	60,3	94	35,2	9	3,4	3	1,1	0	0
MHLq27	1	0,4	1	0,4	11	4,1	116	43,4	138	51,7

	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Ni acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
MHLq28	1	0,4	1	0,4	23	8,6	114	42,7	128	47,9
MHLq29	3	1,1	1	0,4	62	23,2	130	48,7	71	26,6
MHLq30	0	0	3	1,1	20	7,5	129	48,3	115	43,1
MHLq31	0	0	6	2,2	32	12,0	139	52,1	90	33,7

Anexo F. Frecuencia de respuestas en el cuestionario de Autoestima

	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Ni acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESTIM1	2	0,7	3	1,1	21	7,9	150	56,2	91	34,1
ESTIM2	3	1,1	4	1,5	17	6,4	146	54,7	97	36,3
ESTIM3	3	1,1	11	4,1	37	13,9	138	51,7	78	29,2
ESTIM4	11	4,1	23	8,6	57	21,3	106	39,7	70	26,2
ESTIM5	8	3,0	19	7,1	56	21,0	127	47,6	57	21,3
ESTIM6	12	4,5	35	13,1	38	14,2	142	53,2	40	15,0
ESTIM7	5	1,9	16	6,0	44	16,5	113	42,3	89	33,3
ESTIM8	38	14,2	111	41,6	52	19,5	45	16,9	21	7,9
ESTIM9	24	9,0	74	27,7	50	18,7	85	31,8	34	12,7
ESTIM10	9	3,4	33	12,4	33	12,4	92	34,5	100	37,5

Anexo G. Frecuencia de respuestas en el cuestionario de Ansiedad y Depresión

	Nunca		Menos de la mitad de los días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ANSI1	16	6,0	146	54,7	72	27,0	33	12,4
ANSI2	27	10,1	116	43,4	86	32,2	38	14,2
ANSI3	29	10,9	104	39,0	89	33,3	45	16,9
ANSI4	44	16,5	112	41,9	76	28,5	35	13,1
ANSI5	84	31,5	106	39,7	49	18,4	28	10,5

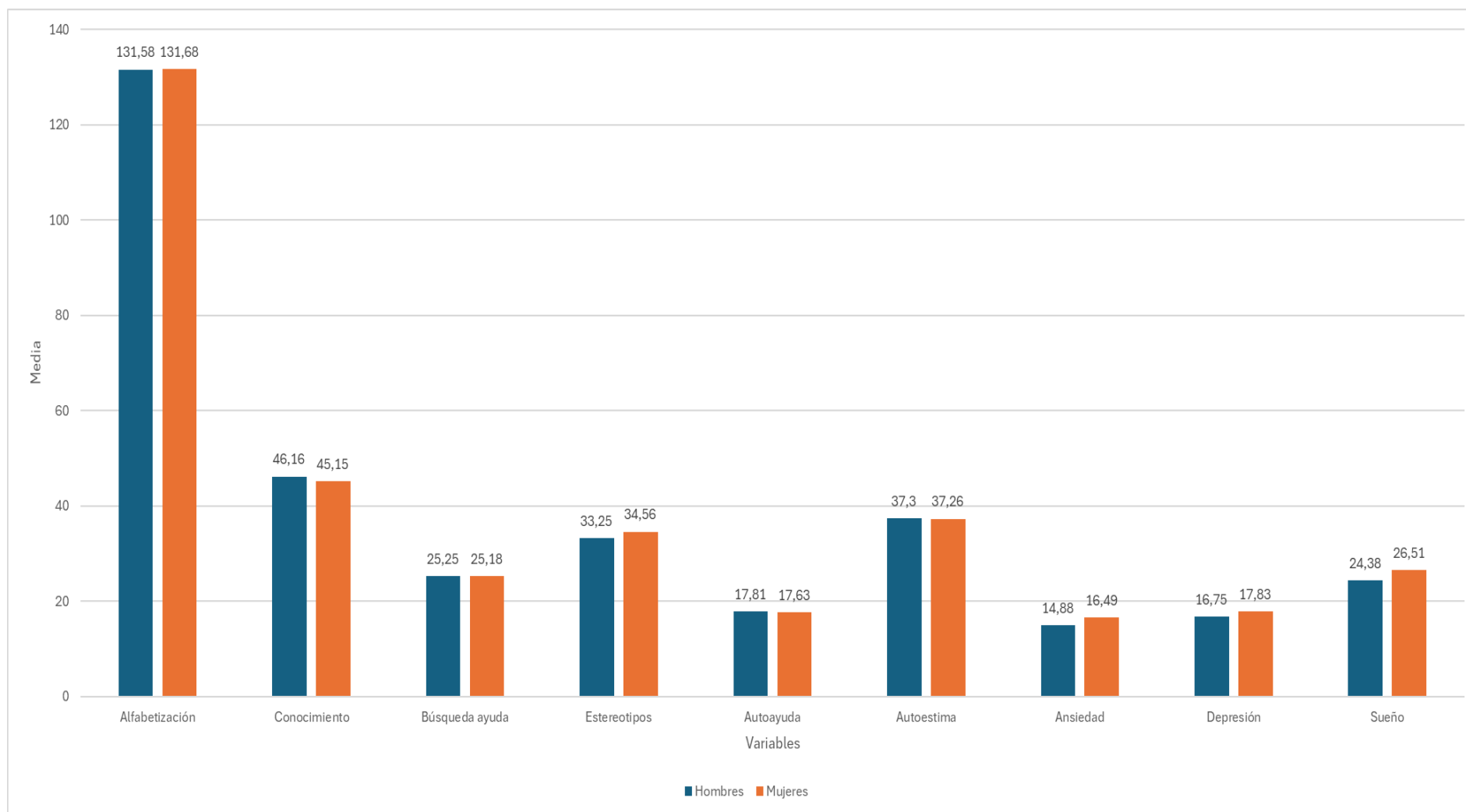
	Nunca		Menos de la mitad de los días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días	
ANSI6	46	17,2	133	49,8	67	25,1	21	7,9
ANSI7	113	42,3	106	39,7	29	10,9	19	7,1
ANSI8	79	29,6	133	49,8	39	14,6	16	6,0
ANSI9	114	42,7	102	38,2	33	12,4	18	6,7
ANSI10	64	24,0	95	35,6	66	24,7	42	15,7
ANSI11	25	9,4	110	41,2	80	30,0	52	19,5
ANSI12	94	35,2	89	33,3	52	19,5	32	12,0
ANSI13	114	42,7	110	41,2	29	10,9	14	5,2
ANSI14	83	31,1	112	41,9	53	19,9	19	7,1
ANSI15	140	52,4	87	32,6	32	12,0	8	3,0
ANSI16	211	79,0	38	14,2	11	4,1	7	2,6

Anexo H. Frecuencia de respuestas en el cuestionario de Sueño

	Muy insatisfecho		Bastante insatisfecho		Insatisfecho		Satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SUE1	13	4,9	41	14,4	51	19,1	80	30,0	66	24,7	16	6,0
	Ninguno		1 o 2 días		3 días		4 o 5 días		6 o 7 días			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
SUE2	70	26,2	105	39,3	42	15,7	31	11,6	19	7,1		
SUE3	140	52,4	70	26,2	20	7,5	21	7,9	16	6,0		
SUE4	74	27,7	90	33,7	33	12,4	40	15,0	30	11,2		
SUE5	85	31,8	83	31,1	31	11,6	39	14,6	29	10,9		
SUE6	116	43,4	75	28,1	30	11,2	25	9,4	21	7,9		
	De 0 a 15 minutos		De 16 a 30 minutos		De 31 a 45 minutos		De 46 a 60 minutos		Más de 60 minutos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
SUE7	89	33,3	82	30,7	48	18,0	25	9,4	23	8,6		

	Ninguna vez		1 vez		2 veces		3 veces		Más de 3 veces	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SUE8	77	28,8	84	31,5	71	26,6	26	9,7	9	3,4
	Ha sido como siempre		Media hora antes		1 hora antes		Entre 1 y 2 horas antes		Más de 2 horas antes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SUE9	129	48,3	62	23,2	42	15,7	20	7,5	14	5,2
	Ningún día		1 o 2 días		3 días		4 o 5 días		6 o 7 días	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SUE10	56	21,0	118	44,2	47	17,6	30	11,2	16	6,0
SUE11	98	36,7	95	35,6	40	15,0	20	7,5	14	5,2

Anexo I. Diferencias en función del género



Anexo J. Correlaciones entre variables

	MHQ	CONOC	ESTERE	AUTO	AYUDA	ESTIM	ANSI	DEPRE	SUE	MÓVIL	REDES
MHQ	1										
CONOC	,821**	1									
ESTERE	,707**	,428**	1								
AUTO	,689**	,526**	,352**	1							
AYUDA	,654**	,310**	,235**	,354**	1						
ESTIM	,248**	,141*	,152*	,280**	,190**	1					
ANSI	0,073	0,094	0,117	0,023	-0,037	-,526**	1				
DEPRE	-0,118	-0,026	-0,059	-,171**	-,139*	-,634**	,755**	1			
SUE	-0,043	-0,005	0,062	-,126*	-0,115	-,441**	,548**	,691**	1		
MÓVIL	-0,052	-0,059	-0,023	-0,046	-0,034	-,173**	0,093	0,106	0,081	1	
REDES	0,057	0,007	0,104	0,022	0,027	-0,09	0,118	,158**	,158**	,495**	1