



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

TÍTULO:

**“GRAVEDAD DEL USO PATOLÓGICO DE INTERNET EN ADULTOS JÓVENES CON
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL REGIONAL
PSIQUIÁTRICO DR. HÉCTOR TOVAR ACOSTA”**

PROTOCOLO QUE PRESENTA

MANUEL GUSTAVO GONZÁLEZ RIVERA

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE

PSIQUIATRÍA

TUTOR DE TESIS:

Dr. Carlos Hernández Vega

Médico Adscrito al Servicio de Psiquiatría del Hospital

Psiquiátrico “Héctor H. Tovar Acosta”, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Ciudad de México, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

TESISTA

Dr. Manuel Gustavo González Rivera

Médico Residente de Psiquiatría

Unidad Médica de Alta Especialidad “Bernardo Sepúlveda”, Centro Médico Nacional

Siglo XXI. Teléfono: 99 81 87 23 42

Contacto: gusgonzalezrivera@gmail.com

TUTOR o TUTORES (ASESORES)

Nombre: Carlos Hernández Vega

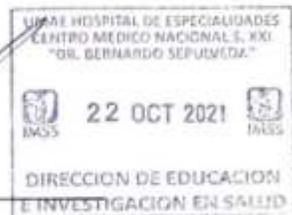
Especialidad: Médico Psiquiatra

Cargo: Médico adscrito al servicio del Hospital Psiquiátrico “Héctor H. Tovar Acosta”, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

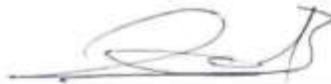
Teléfono: 55 55 03 39 43

Contacto: chv2203@hotmail.com

**"GRAVEDAD DEL USO PATOLÓGICO DE INTERNET EN ADULTOS JÓVENES
CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL
REGIONAL PSIQUIÁTRICO DR HÉCTOR TOVAR ACOSTA"**



Dra. Victoria Mendoza Zubieta
Jefe de la División de Educación en Salud
UMAE Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI



Dr. José Jesús Favila Bojórquez
Profesor titular del curso de especialización en Psiquiatría
UMAE Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI



Dr. Carlos Hernández Vega
Tutor de tesis
Médico Psiquiatra
Hospital Regional de Psiquiatría "Héctor H. Tovar Acosta"



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Dr. BERNARDO SEPULVEDA GUTIÉRREZ, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS: EF 03 09 015 034

Registro COMBIOETICA: COMBIOETICA 09 CEI 023 2017083

FECHA: Martes, 06 de Julio de 2021

Dr. Carlos Hernández Vega

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **"GRAVEDAD DEL USO PATOLÓGICO DE INTERNET EN ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL REGIONAL PSIQUIÁTRICO DR. HÉCTOR TOVAR ACOSTA"**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional
R-2021-3601-121

De acuerdo a la normativa vigente, debes presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a tu cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Eloy Cuevas García
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

*Debe haber un comienzo de cualquier gran hazaña
pero el continuar hasta el final
hasta que esté completamente terminado
produce la verdadera gloria*

- *Sir Francis Drake, 1587 "Sic Parvis Magna"*

A mis padres, Reyes y Teresa, y a mi hermana, Viridiana, quienes estuvieron indudablemente apoyándome con su sacrificio durante estos años a cumplir mis sueños y aspiraciones. Son el motor de vida que impulsa a perseguir mis metas e ideales.

A Anahí, Ángel, Estefanía y Joaquín, amigos de corazón y colegas, nunca pusieron en cuestión su fe hacia mí y me motivaron a perseguir estos sueños. Gracias por su presencia en este camino.

A Alba, quien su cariño, afecto y perseverancia estuvieron presentes desde el principio de mi camino profesional, y es parte fundamental de mi vida.

A Nava, Montserrat, Abigail, Ana y Edgar, con quienes compartí las alegrías y desdichas de estudiar la especialidad, guardias, clases, rotaciones y sucesos amargos. Gracias por estar, por enseñarme de su manera de vivir y por el apoyo en esta etapa. Jamás olvidaré las cosas que hicieron o tuvieron que pasar por ayudarme y apoyarme.

Y finalmente, a mis maestros, que poco a poco se convirtieron en amigos; Carlos, Eréndira y Elia, quienes son un ejemplo de conocimiento y motivación constante para continuar mejorando en el ejercicio de la psiquiatría. Son un ejemplo vivo para mi buena praxis.

CONTENIDO

RESÚMEN	7
MARCO TEÓRICO	8
PREGUNTA E HIPÓTESIS	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	14
METODOLOGÍA	15
Diseño de investigación	15
Universo de estudio	15
Población de estudio	15
MUESTREO	16
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	16
VARIABLES	17
ANÁLISIS	18
INSTRUMENTOS	18
PROCEDIMIENTO	19
CONSIDERACIONES ÉTICAS	19
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	23
Recursos humanos	23
Recursos materiales	23
Recursos financieros	23
Factibilidad	23
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	33
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	34
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS	39

RESÚMEN

INTRODUCCIÓN. Desde la década de los 90 existen reportes de personas convirtiéndose adictos al internet de la misma manera en que otras personas se vuelven adictos a la sustancias, alcohol y apuestas. El uso patológico del internet se ha vuelto el enfoque de investigadores en las últimas dos décadas dada la asociación con los trastornos mentales y su impacto en el curso y pronóstico de la patología mental.

OBJETIVO: Estimar la gravedad del uso patológico de internet en pacientes adultos jóvenes hospitalizados con diagnóstico de trastorno depresivo mayor del hospital regional de psiquiatría “Dr. Héctor A. Tovar Acosta”

MÉTODO: Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo de pacientes ingresados en el hospital regional de psiquiatría “Dr. Héctor A. Tovar Acosta” con diagnóstico de trastorno depresivo mayor con el cual se medirá el grado de uso patológico de internet con el test de adicción al internet (AIT) y de depresión con el inventario de depresión de Beck (BDI). Se empleará estadística descriptiva con parámetros de tendencia central, dispersión, distribución y prevalencia.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Es un estudio que no requiere financiamiento de la institución, se aplicará la encuesta en el área de admisión continua y hospitalización del hospital regional de psiquiatría “Dr. Héctor A. Tovar Acosta”. Recursos: encuestas de aplicación, computadora personal.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: El equipo se encuentra capacitado para detectar trastornos mentales de tipo afectivo y adictivo, aplicación de instrumentos e instauración de un tratamiento integral correspondiente a la patología.

GRAVEDAD DEL USO PATOLÓGICO DE INTERNET EN ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL REGIONAL PSIQUIÁTRICO “DR. HÉCTOR TOVAR ACOSTA”

MARCO TEÓRICO

En las últimas dos décadas, la difusión y utilidad del internet ha aumentado de manera rápida y exponencial en las personas haciendo que esta se convierta en una parte integral del día a día a nivel mundial. Los adolescentes y adultos jóvenes son los grupos etarios que han sido los usuarios reportados con un mayor uso en tiempo y frecuencia de esta tecnología¹. Esta permite un rápido y fácil acceso a información, comunicación interpersonal, entretenimiento y relaciones sociales.

En la adolescencia, el funcionamiento emocional y conductual se encuentra hiperactivado y presenta elementos de riesgo psicopatológico que son específicos de esta etapa. Esta hiperactivación conductual se sustenta en la alta plasticidad neurobiológica que permite al adolescente adaptarse a las diversas transformaciones corporales y emocionales por las que atraviesa, aprender estrategias en las relaciones sociales y adquirir independencia de sus padres. La alta plasticidad aparenta estar relacionada en la búsqueda de sensaciones y la toma de riesgos.

Durante la adolescencia temprana, estos jóvenes enfrentan numerosos cambios físicos y comienzan a reflexionar sobre sus experiencias emocionales; en la adolescencia media comienzan a separarse psicológicamente de las figuras parentales internalizadas y buscan nuevos objetos fuera de la familia; finalmente, al final de la adolescencia, su principal tarea de desarrollo consiste en integrar una identidad personal, social y sexual.

Al término de la adolescencia y en el curso de la adultez joven, el aislamiento social es descrito como esperado en individuos que cumplen características asociales. Estas personas son aquellas que prefieren quedarse en casa, utilizando su tiempo en sus cuartos haciendo el esfuerzo mínimo para comprometerse a hacer relaciones

interpersonales. Los jóvenes socialmente retraídos tienen una forma de comunicación en la que generalmente mantienen un contacto social mínimo mediante la vía digital. El internet en casa provee un canal conveniente para la comunicación interpersonal. Siendo más específicos, una preferencia innata por la comunicación en línea en lugar de la real puede incluso jugar un papel clave para el desarrollo del aislamiento social, al menos en este tipo de individuos ¹.

Desde el punto de vista de la evolutivo, los adultos jóvenes tienen que llevar a cabo una serie de tareas en su evolución para llevar a cabo una transición exitosa hasta la adultez madura (por ejemplo, la redefinición relacional con la familia, grupos de amigos y sociedad, asumir una identidad autonómica y de intimidad) y algunos autores han propuesto que el internet ha ayudado a estas personas a hacer frente al desafío que predispone este cambio evolutivo. A pesar de este tipo de beneficios en el desarrollo mental de las personas, una proporción se encuentra vulnerable a desarrollar un uso patológico con el internet e integrar un trastorno adictivo a la utilización de las redes mundiales (redes sociales, juegos online, foros) ^{2, 3}.

En resumen, los adultos jóvenes se han considerado población de riesgo a desarrollar esta conducta patológica. Estos grupo etarios, al ser nacidos o criados en al inicio o durante la era de propagación al internet son considerados particularmente a desarrollar el uso patológico de internet, esto debido a contar con un desarrollo ambiental en donde las computadoras, smartphones y otros dispositivos vinculados al internet están disponibles desde una edad temprana o presentes en la interacción social, académica y personal.

Es posible encontrar diferentes términos los cuales hacen referencia al uso problemático del internet o adicción al internet, tales como: “uso compulsivo del internet”, “uso excesivo del internet”, “uso problemático del internet”, “uso patológico del internet”, “dependencia a las computadoras”, “adicción a las redes”. Todos estos hacen referencia a un trastorno mental definido como una enfermedad del control de impulsos en el que el individuo pierde el control sobre el uso del internet y continúa utilizándolo de manera excesiva hasta el punto de experimentar resultados problemáticos o influencias negativas². Otras características comunes que se han

encontrado dentro estos diferentes términos son la presencia del uso incontrolable del internet, la necesidad de gastar más y más tiempo en línea y la irritabilidad y experimentar incomodidad física o psicológica cuando la conducta es prohibida⁴.

Aunque la adicción al internet no se incluye en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) y no existan criterios formales en la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados a la salud (CIE-10), el fenómeno adictivo del internet empieza a ser reconocido por el personal profesional en salud mental.

Numerosos estudios han enfatizado que las adicciones conductuales, tales como el uso de internet y videojuegos presentan síntomas que caracterizan a los trastornos adictivos. Griffiths⁵ propuso evaluar siete áreas específicas para la adicción al internet las cuales se enumeran a continuación: 1) tolerancia, 2) pasar más tiempo de lo planeado en Internet, 3) utilizar la mayor parte de su tiempo en actividades que les permitan estar en línea, 4) gastar más tiempo en línea que en actividades sociales o recreativas, 5) mantener un uso continuo a pesar del trabajo, labores académicas, problemas económico o preocupaciones en el ámbito familiar, 6) intentos fallidos de detener o reducir el uso del Internet y 7) recaída. Según el autor previamente mencionado y otros autores, el diagnóstico debe realizarse en presencia de tres o más de las áreas descritas⁶.

Por lo tanto, el término adicción en el contexto de abuso de internet y redes sociales, se ha elegido dada la relación evidente en comparación a otras adicciones (juego patológico y uso de sustancias). Para ello se cuenta con un instrumento creado en 1999 llamado "Internet Addiction Test", el cual ha sido utilizado alrededor del mundo y ha sido validado los parámetros psicométricos que mide. Este test ha sido traducido a varios idiomas, incluido el español, corroborando la capacidad para medir el nivel de adicción al internet e incluso a redes sociales.¹⁷

Los estudios de neuroimagen, en esta población han mostrado sobreestimulación en regiones cerebrales como el núcleo accumbens y/o corteza orbitofrontal. Estudios de imagen funcional revelaron una activación disminuida de la corteza prefrontal dorsolateral en la ejecución de tareas junto con una desconexión entre

esta corteza y la corteza prefrontal ventromedial en individuos vulnerables a un trastorno adictivo por el uso de internet. Una disminución simultánea en la conectividad entre la corteza dorsolateral, el estriado, la corteza cingulada anterior y posterior y el precúneo ha sido implicado en la susceptibilidad de desarrollar un uso patológico del internet en población sana⁷. Esto sugiere que la pérdida de la regulación ascendente de la vía entre una parte del cuerpo estriado, la corteza prefrontal dorsolateral y la red predeterminada podría ser responsable de esta psicopatología.

En México un estudio realizado en 522 personas entre 15 – 61 años reportó un 8% del total con riesgo para presentar adicción al internet mostrando signos moderados y un 0.2% de los participantes con resultado severo⁸.

Los factores de riesgo que se han identificado en la adicción al internet son menor competencia social, menor autocontrol, privación del sueño, una dinámica familiar incompetente, alta impulsividad y el género masculino.

La relación y sobreposición de los trastornos mentales concomitante a un trastorno adictivo por el uso de internet ha sido ampliamente reportada⁷, sobre todo con psicopatología que implican un estado de ánimo depresivo, consumo de sustancias y ansiedad.

Dentro de los síntomas asociados significativamente destacan los hábitos de sueño inadecuados, hábitos alimentarios desordenados, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica conductas autolesivas, ideación paranoide, ideación suicida con planeación estructurada y calidad de vida reducida^{10,13}. De hecho, la depresión asociada con adicción a Internet se considera un factor particularmente importante que desencadena la ideación suicida y la planificación del suicidio. Inversamente, desarrollar o tener un trastorno adictivo por el uso adictivo de internet empeora y agrava el curso del episodio depresivo. En consecuencia se crea un curso círculo vicioso en el que la depresión y la adicción a Internet se potencian mutuamente de la siguiente manera: las personas dependen del internet para aliviar el estrés diario, haciendo que lo utilicen en exceso, disminuyendo las relaciones sociales y el consiguiente deterioro de las relaciones

interpersonales en el mundo real y en internet, lo que provoca más angustia, malestar y depresión creando el ciclo en el que utilizará el internet para aliviar el malestar.

El uso de sustancias puede iniciar o agravar un padecimiento psicótico o trastorno del afecto y en general empeorar la salud física y mental de un individuo. En el caso de las adicciones conductuales; En específico al uso patológico de internet, se ha visto que estas personas cursan con una mayor desaprobación por la familia y perciben a sus red de apoyo como menos solidarios y cálidos. Además, algunos estudios han sugerido una asociación entre la dependencia emocional y el uso problemático de Internet y redes sociales.

En general, niveles bajos de regulación emocional ha sido considerados como factor que aumenta la probabilidad de comportamientos de riesgo en los adolescentes y adultos jóvenes tales como el juego patológico, adicción a los videojuegos, adicción al internet y abuso de sustancias¹¹.

Por lo mencionado en párrafos previos, este protocolo propone realizar la medición en una parte de la población susceptible que cursan con un episodio depresivo de cualquier severidad y dejar fuera a la población adulta media y tardía.

PREGUNTA

¿Cuál es el grado de severidad del uso patológico de internet en los adultos jóvenes que cursan un episodio depresivo?

HIPÓTESIS

Los adultos jóvenes que cursan con un episodio depresivo presentan mayor severidad en las conductas patológicas del uso de internet. A mayor severidad del episodio depresivo, mayor gravedad del uso patológico de internet.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El internet es una herramienta que se comenzó a utilizar y a expandir desde 1990. La rápida proliferación de equipos de cómputo y smartphones desde el año 2000 propiciando que más del 95% de la población mundial tenga acceso al servicio de internet en la actualidad. Las nuevas tecnologías y el internet ha cambiado nuestra manera de vivir en las últimas dos décadas, ha modificado nuestra manera de comunicar, socializar, entretener, estudiar, trabajar e incluso modificar formas de pensamiento e ideologías.

La adicción al internet ocurre como medida compensatoria de los efectos negativos de la vida aunque esta conducta altere la funcionalidad de manera patológica. Los individuos con adicción al internet tienen un mayor riesgo de sufrir un episodio depresivo o patología ansiosa con respecto a la población sana. De igual manera, un individuo cursando un trastorno depresivo tiene mayor riesgo desarrollar un trastorno adictivo del uso de internet e incluso agravar el curso del episodio afectivo.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se enfocará en estudiar la prevalencia y gravedad de adicción al internet en pacientes del grupo etario en riesgo cursando un trastorno o episodio depresivo con la finalidad de estimar la comorbilidad y poder relacionar el curso y gravedad del trastorno depresivo. Además se medirá el uso de sustancias concomitante en el mismo tipo de población para asociarlo como factor involucrado en la presencia de adicción al internet.

De igual manera se busca aportar datos para el estudio en esta población en específico en México ya que se cuentan con poca información a nivel nacional e internacional sobre la presencia, gravedad y curso de la adicción al internet en pacientes adolescentes y adultos jóvenes con patología mental.

OBJETIVOS

Objetivo general: Estimar la gravedad del uso patológico del internet en pacientes con un trastorno o episodio depresivo en el área de hospitalización y admisión continua del hospital psiquiátrico regional “Dr. Héctor Tovar Acosta”

- **Objetivos específicos:**

- Estimar el nivel de gravedad del uso patológico de internet en pacientes cursando un trastorno o episodio depresivo en el área de hospitalización y admisión continua del hospital psiquiátrico regional “Dr. Héctor Tovar Acosta”.
- Estimar la frecuencia y comorbilidad entre pacientes con uso patológico de internet y abuso de sustancias que se encuentran cursando un trastorno o episodio depresivo en el área de hospitalización y admisión continua del hospital psiquiátrico regional “Dr. Héctor Tovar Acosta”.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación: Estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo de pacientes en el área de hospitalización, que tengan diagnóstico de trastorno o episodio depresivo.

Universo de estudio: La población de estudio estará conformada por pacientes que se encuentran hospitalizados o acuden al servicio de admisión por la presencia a de un episodio o trastorno depresivo. El número de pacientes se obtendrá con muestra a conveniencia.

Población de estudio: Pacientes que acudan al servicio de admisión continua o se encuentren hospitalizados en el hospital psiquiátrico regional “Dr. Héctor Tovar Acosta” con diagnóstico de episodio o trastorno depresivo en el periodo de Julio – Agosto 2021.

MUESTREO

Muestra no probabilística de conveniencia, puesto que se escogerá de forma voluntaria los elementos que conformarán a la muestra y que será representativa de la población de referencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- Criterios de inclusión

- Pacientes de 18 – 40 años de edad
- Ambos sexos
- Pacientes que cumplan con criterios para definir un episodio depresivo diagnosticado de primera vez.
- Pacientes que cumplan con criterios para definir un trastorno depresivo recurrente y cursando un episodio actual.

- Criterios de exclusión

- Síndrome confusional agudo
- Episodio agudo de psicosis
- Deterioro cognitivo mayor grave que impidan responder la encuesta.
- Discapacidad intelectual que impida responder la encuesta.

VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido al momento de la entrevista	Años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa	Numérica	Encuesta personal
Sexo	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.	Femenino: genero gramatical: propio de la mujer. Masculino: género gramatical, propio del hombre	Cualitativa	Nominal	Encuesta personal
Ocupación	Cargo, oficio o profesión que tiene el individuo al momento de la aplicación del cuestionario	Estudiante Trabajador Pensionado Desempleado	Cualitativa	Nominal	Encuesta personal
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo.	Soltero: una persona que nunca ha adquirido matrimonio civil y no vive con una pareja con las condiciones establecidas para el concubinato. Casado: una persona que ha adquirido matrimonio civil y no ha iniciado un proceso de divorcio. Concubinato: dos personas que viven como pareja en un tiempo determinado por la ley, sin tener otra pareja. Divorciado: Una persona casada que ha concluido un trámite judicial de divorcio con una sentencia	Cualitativa	Nominal	Encuesta personal
Episodio depresivo	Cuadro clínico con una duración mayor a 2 semanas que se caracteriza por tener un estado de ánimo decaído, pérdida del interés en diferentes ámbitos de la persona, alteraciones cognitivas, alteración neurovegetativas y alteraciones conductuales.	Personas que cumplen criterios de un episodio depresivo de acuerdo al manual estadístico de enfermedades mentales en su quinta versión (DSM – V).	Cualitativa Mínima: 0 - 13 Leve: 14 - 19 Moderado: 20 - 29 Severo: igual o mayor a 30.	Nominal	Inventario de depresión de Beck
Trastorno depresivo recurrente	Trastorno crónico del ánimo con dos o más episodios depresivos caracterizados por tener ánimo decaído, pérdida del interés en diferentes ámbitos de la persona, alteraciones cognitivas, alteración neurovegetativas y alteraciones conductuales.	Personas que cumplen criterios de un trastorno depresivo recurrente de acuerdo al manual estadístico de enfermedades mentales en su quinta versión (DSM – V).	Cualitativa Mínima: 0 - 13 Leve: 14 - 19 Moderado: 20 - 29 Severo: igual o mayor a 30.	Nominal	Inventario de depresión de Beck
Uso patológico de internet	Conducta compulsiva para utilizar el internet que causa un entorpecimiento normal de las interacciones sociales, y que también aumenta el estrés diario y sentimientos de soledad, ansiedad y depresión.	Personas que cumplen un puntaje mayor a 30 puntos en el AIT	Cuantitativa Leve: 30 – 49 Moderado: 50 – 79 Severo: mayor a 80	Nominal	Test de Adicción al Internet
Número de horas al día de uso del internet	Tiempo empleado a utilizar el internet en 24 horas	Medida cronológica designada al uso de internet en un día	Cuantitativa	Numérica	Encuesta personal
Adicción a otras sustancias	Patrón establecido de consumo excesivo de drogas psicoactivas, como alcohol, tabaco, medicamentos para el dolor o drogas ilegales el cual causa disfunción en el ámbito físico, laboral, social o interpersonal.	Personas que cumplan con criterios de un abuso de sustancias de acuerdo al manual estadístico de enfermedades mentales DSM - V	Cualitativa Riesgo bajo/ abstinencia: 0 Riesgo: 1 – 2 Abuso: 3 – 6 Dependencia: mayor de 6	Nominal	DAST

ANÁLISIS

Se empleará estadística descriptiva con parámetros de tendencia central, dispersión, distribución y prevalencia. Los datos obtenidos con las escalas DAST 10, AIT y BDI se vaciarán en los programas Excel 2010 y SPSS versión 26.0.

INSTRUMENTOS

Para la medición del uso patológico al internet se utilizará el IAT (Test de adicción al internet) que está formada por 20 ítems con un formato de respuesta likert (Smith et al., 1989). La escala cuenta con 20 ítems divididos en 5 respuestas. La puntuación obtenida a partir de la suma de los ítems oscila entre 0 - 30 (normal), 31 – 49 puntos (leve), 50 – 79 puntos (moderado) y 80 – 100 puntos (severo)^{12, 16}. De igual manera se realizará BDI (Inventario de depresión de Beck) que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio y pesimismo. Las puntuaciones mínima y máxima en el test oscilan entre los siguientes puntos de cortes: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-29, depresión moderada; y mayor a 30, depresión grave ¹³. Por último se aplicará el DAST – 10 (Drug Abuse Screening Test) la cual cuenta con una alta sensibilidad para detectar abuso de drogas, es una escala de 10 ítems con la cual, un puntaje entre 3 – 6 puntos indica probable abuso de sustancias y mayor a 6 puntos indica dependencia a sustancia¹⁴.

PROCEDIMIENTO

Las escalas serán aplicadas a pacientes que acuden al servicio de admisión continua o se encuentran hospitalizados en el hospital regional de psiquiatría “Dr. Héctor Tovar Acosta” que cuenten con el cumplimiento de criterios nosológicos para un episodio o trastorno depresivo en curso, estos se realizarán entre las 08:00 y 16:00 horas. La sesión tendrá una duración entre 40 - 60 minutos por paciente donde se aplicarán las escalas y se realizará una evaluación psiquiátrica general mediante una entrevista breve. Los participantes serán informados del objeto de la investigación, así como de los resultados obtenidos de la escala. En caso de detectar a algún paciente con clínica sugestiva de algún trastorno mental subyacente se recomendará seguimiento por consulta externa o se notificará al médico tratante, en el caso de pacientes hospitalizados, para ajuste de tratamiento.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo se llevó a cabo de acuerdo con las regulaciones éticas internacionales para la investigación en seres humanos, como la declaración de Helsinki, informe Belmont, pautas CIOMS y de acuerdo con la Ley general de salud en materia de investigación.

a) Riesgo de la investigación: Esta investigación tiene un riesgo categoría II (riesgo mínimo) de acuerdo con el con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el Título segundo, capítulo I, artículo 17, ya que los instrumentos que se aplicarán tocan temas susceptibles en la salud mental que pueden repercutir en el actuar de los individuos que participan en el estudio. La aplicación de las escalas será supervisada por un médico capacitado para esta tarea y quién podría determinar si por el estado de salud de la paciente será posible su participación dentro de este estudio.

b) Posibles beneficios: El sujeto de estudio no recibirá ningún beneficio directo de su participación, sin embargo, los resultados del proyecto permitirán un aporte al conocimiento de la patología mental en cuanto a la asociación del uso patológico de internet con un episodio depresivo. Cualquier información que se obtenga derivada del estudio que pueda ser relevante para el tratamiento del paciente, le será proporcionado al médico tratante.

c) Balance riesgo-beneficio: No existe un beneficio directo para el participante, ya que el resultado de este estudio podría proporcionarnos información necesaria sobre la gravedad de la enfermedad y su asociación con otros trastornos mentales, y para el Instituto al permitir más adelante la identificación de sujetos que potencialmente pueden beneficiarse de los nuevos conocimientos adquiridos, por lo que al prácticamente no existir riesgos adicionales el balance se inclina al beneficio.

d) Confidencialidad. Los investigadores se comprometen a resguardar los datos obtenidos de los sujetos de investigación (datos demográficos, variables antropométricas, resultados clinimétricos) y que todos serán anónimos; para ello las hojas de recolección de datos serán identificadas con un folio numérico consecutivo que corresponderá con los datos que puedan identificar al sujeto de estudio y solo el responsable del proyecto y el alumno de tesis de especialidad tendrán acceso a los mismos.

e) Consentimiento informado. El alumno de especialidad (que no forma parte del grupo de los médicos tratantes de los sujetos de estudio) será el encargado de entrevistarse con el sujeto de investigación para solicitar el consentimiento informado en un cubículo de admisión o en el área de hospitalización. Una vez resueltas las dudas se procederá a la firma del consentimiento por el paciente. El consentimiento informado será impreso y firmado por duplicado con una copia para el participante.

f) Selección de participantes: Toda vez que los sujetos participantes son derechohabientes del IMSS y que se realizará un muestreo consecutivo, todos los sujetos con el padecimiento tienen la posibilidad de participar. La selección es

imparcial, sin sesgo social, racial, preferencia sexual y cultural, respetando en cada momento la libertad y autonomía de los participantes.

g) Conflictos de interés: No hay conflictos de interés por parte de ninguno de los miembros del equipo de investigación en este proyecto.

De igual manera, esta investigación se sustenta en los cuatro principios éticos universales:

a) **Beneficencia.** En este estudio se planeó realizar detección de sintomatología adictiva y afectiva de carácter conductual y depresiva; si durante la realización de la entrevista se sospechaba de un trastorno afectivo, se realizará la hoja de referencia para que fuera atendido por el médico especialista en psiquiatría, en esta hoja se describirán los datos encontrados así establecer una ruta de tratamiento en fin de evitar las consecuencias en su funcionalidad. De esta forma protegemos la salud mental del paciente. El paciente que participará en el estudio contestará los ítems de los cuestionarios anexados sin que ello representara un riesgo, costo o carga significativa para él.

b) **Justicia.** La realización de este estudio se llevará a cabo en pacientes que acudan a valoración en admisión continua o se encuentren ingresados en el hospital regional de psiquiatría “Dr. Héctor Tovar Acosta”. A todos se les otorgará el consentimiento informado y los mismos instrumentos de estudio, será la misma participación la que se solicitó a cada uno de los pacientes que serán parte del estudio. Al establecer un diagnóstico de trastorno conductual o afectivo de tipo depresivo se estará tomando en consideración la necesidad de cada paciente de recibir la atención por el médico especialista; otorgando la intervención en salud mental de acuerdo con la necesidad individual de cada paciente.

c) **Autonomía.** Se le informará al paciente el objetivo del estudio y en que consiste su participación, es decir contestar los cuestionarios anexados al presente documento y descritos en la parte de metodología, se realizará utilizando un lenguaje sencillo, aclarando dudas al respecto de la terminología médica, sin omisión de información, ni encubrimiento de la verdad. Los investigadores

involucrados nos comprometemos a respetar la privacidad del paciente en todo momento; proteger la confidencialidad de la información brindada; Con esto se espera crear en el paciente un punto de vista al hacer la elección respecto a su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado; basado en sus creencias personales.

d) No maleficencia. Durante la realización de este estudio no se llevarán a cabo procedimientos que pongan en riesgo la salud física del paciente. Se tomó en cuenta que la condición médica del paciente no sea riesgosa permitiéndole participar en el estudio sin generarle dolor físico, incapacidad o la muerte. Más aún de detectarse sintomatología conductual o afectiva que requiera tratamiento será referido al médico especialista para que sea atendido de manera pronta.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos humanos: Como investigador principal de este estudio cuento con la suficiencia académica como psiquiatra, cuento con los conocimientos necesarios durante la formación como residente en la UMAE Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI, que me permiten llevar a cabo la valoración psiquiátrica breve, la aplicación de instrumentos para la detección de trastornos mentales, así como la instauración del manejo y seguimiento. Los compañeros médicos psiquiatras en las áreas involucradas tienen el grado, capacitación y suficiencia para la detección de patología mental, así como de la instauración de tratamiento de un trastorno adictivo.

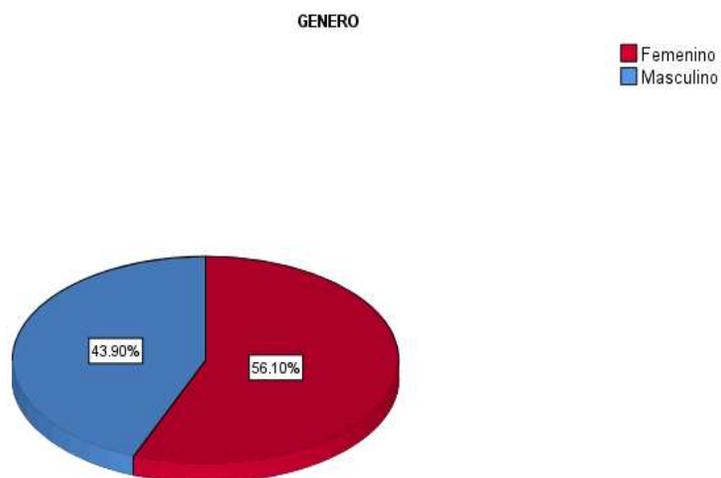
Recursos materiales: Instalaciones del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor Tovar Acosta”, hospital de tercer nivel, anexo del hospital “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” CMN SXXI, cuestionarios de aplicación, fotocopias, bolígrafos y computadora personal.

Recursos financieros: Se requerirá utilizar fotocopias de las escalas, así como el uso de bolígrafo para contestar las mismas, gastos que serán cubiertos por el investigador a cargo, sin generarle algún costo a la institución.

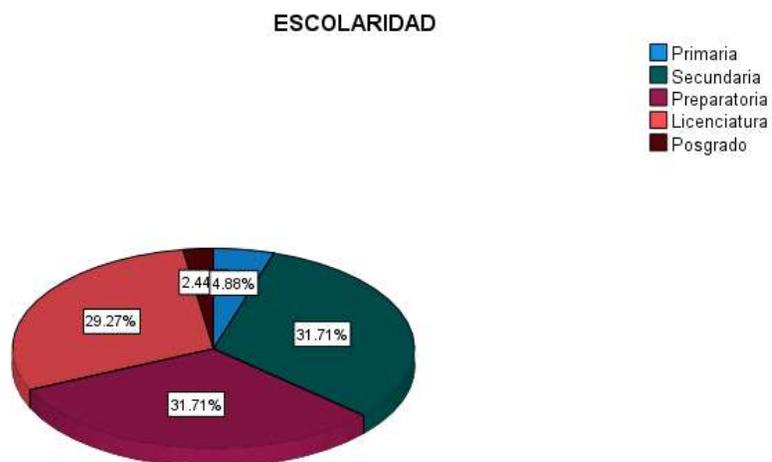
Factibilidad: El estudio es factible ya que los procedimientos se realizarán en el servicio por personal calificado y no requieren de apoyo financiero adicional.

RESULTADOS

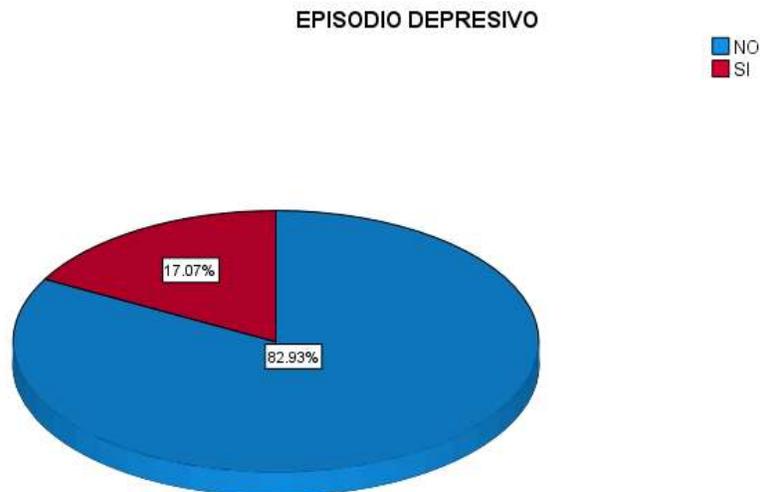
Para este estudio se colecto un total de 50 sujetos de los cuales 9 se retiraron por encontrarse con síntomas de psicosis, quedándose con un total de 41 sujetos de estudio, de los cuales 56.1% (23) son del género femenino, y el 43.9% (18) al masculino.



El 4.9% (2) tienen un nivel de estudios de primaria, 31.7 % (13) de secundaria, 31.7 % (13) de preparatoria, 29.3% (12) de Licenciatura y el 2.4% (1) de posgrado.



También se encontró que el 75.6% (31) son solteros, 14.6% (6) casados y 9.8% (4) viven en unión libre. En esta población se encontró que el 17.1% (7) presentaron Episodio depresivo, un 4.9% (2) presentaron un episodio moderado y 12.2% (5) tenían un episodio grave.

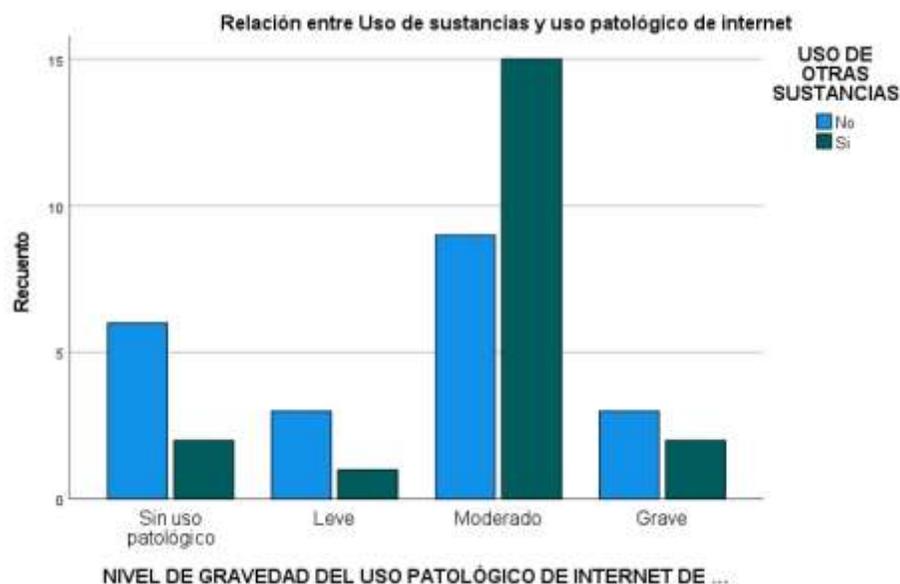


De acuerdo con la valoración psiquiátrica también se reportó que 82.9% (34) presentaban un trastorno depresivo recurrente, y que solo el 17.1% (7) no lo presentaron. De los cuales de acuerdo con la escala de Beck se vio que el 34.1% (14) tenían casos moderados, mientras el 48.8% (20) presentaban un caso grave.

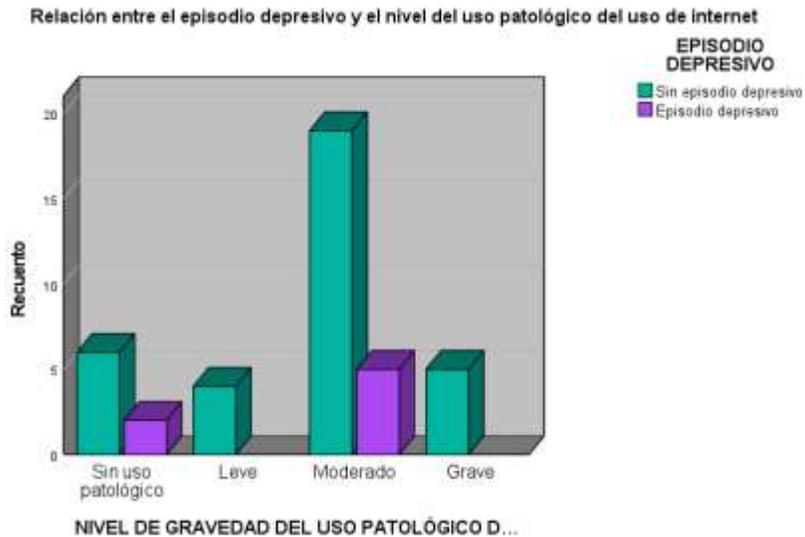


El nivel de horas de internet utilizadas varia de 1 como mínimo y 9 como máximo, aunque la mediana fue de 5 horas, 29.3% (12) sujetos usan en promedio este total. La escala de gravedad mostro que 19.5% (8) no tienen uso patológico del uso del internet, 9.8% (4) tiene una gravedad leve, 58.5% (24) una gravedad moderada y 12.2% (5) una gravedad severa.

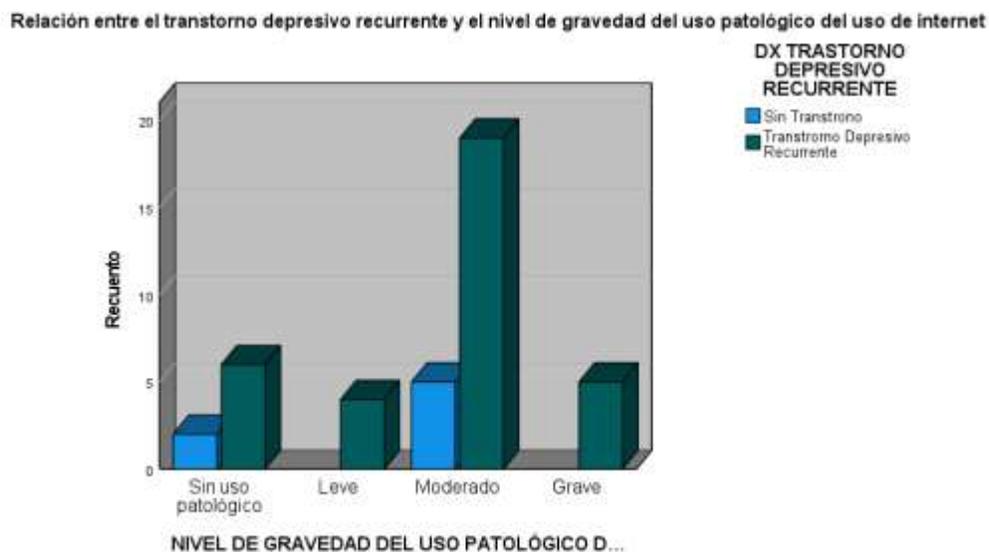
Y también se muestra que el 48.8% (20) es adicto a otras sustancias, mientras el 51.2% (21) no las usa. El 4.9% (2) tienen uso de sustancias pero sin uso patológico de internet, mientras que el 2.4% (1) tiene uso de sustancias con un grado leve del uso patológico de internet, mientras que el 36.6% (15) tiene con grado moderado y solo el 4.9% (2) presentan un cuadro grave del uso patológico del internet.



Al realizar una prueba comparativa se observa que 4.9% (2) presentan un episodio depresivo, pero sin un uso patológico del uso del internet, 12.2% (5) presentan el episodio depresivo y un uso patológico con grado moderado del uso de internet, mientras que el 17.1% (7) presentaban un grado grave del uso patológico del uso del internet de acuerdo con la escala de AIT, sin embargo, no tuvo un valor estadísticamente significativo. $\chi^2 = 2.44$ $p = 0.485$



El 14.6% (6) no presentaron uso patológico de internet de acuerdo con la escala AIT, 9.8% (4) un grado leve, 46.3% (19) un grado moderado y 12.2% (5) un grado grave en presencia de un trastorno depresivo recurrente, sin embargo, no tuvo un valor estadísticamente significativo. $\chi^2 = 2.44$ $p = 0.485$



Al hacer una prueba de comparación de medias entre la presencia del uso de horas de internet, pero solo de entretenimiento y presentar un Episodio depresivo se observó que la media era de 4.28 ± 2.8 versus 4.1 ± 1.5 en quienes no presentaban Episodio depresivo, con adecuada significancia estadística ($p = 0.009$)

De igual forma al correr un análisis de comparación entre medias para la presencia del uso de horas de internet, pero solo de entretenimiento y presentar el trastorno depresivo recurrente se observó que la media era de 4.1+ 1.5 versus 4.28 +2.8 en quienes no presentaban dicho trastorno, con adecuada significancia estadística ($p=0.009$)

Tabla cruzada

Recuento

		Entretenimiento		Total
		No	Si	
Autocrítica	1	4	3	7
	2	7	20	27
	3	0	5	5
Total		11	28	39

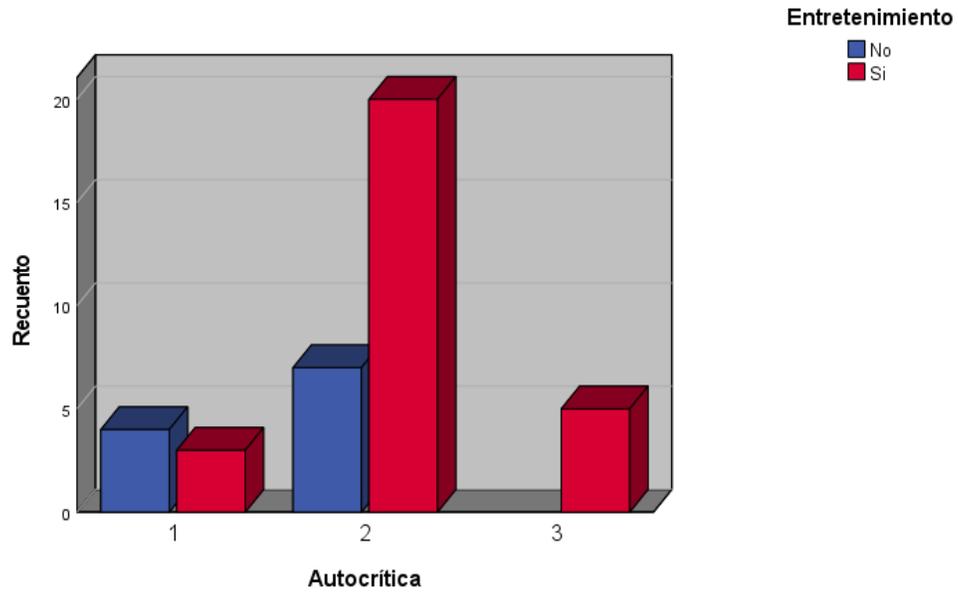
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.928 ^a	2	.085
Razón de verosimilitud	5.937	2	.051
Asociación lineal por lineal	4.774	1	.029
N de casos válidos	39		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.41.

Se realizó un análisis multivariado para analizar las horas de entretenimiento versus la relación entre cada uno de los ítems de la Escala de Beck (tristeza poner variables), Se observó una tendencia con las variables de entretenimiento visual y autocrítica. $\chi^2=4.9$ ($p=0.085$)

Relación entre abuso de horas de entretenimiento y autocrítica



DISCUSIÓN

De acuerdo a este estudio, los resultados en la frecuencia de un trastorno depresivo de acuerdo al sexo dio como resultado un 56.1% para el género femenino del total de población. Este hallazgo, concuerda con los reportados en múltiples bibliografías, lo que se ajusta a los diferentes estudios a nivel de la epidemiología de la depresión en adultos jóvenes, que demuestran que es más frecuente en el sexo femenino¹⁸. Es probable que dadas las condiciones socioculturales del país, el género femenino es que más frecuentemente acuden a una valoración psiquiátrica creando un posible sesgo poblacional.

En cuanto al grado de escolaridad y estado civil, los resultados mostraron una frecuencia más alta de episodios depresivos en las variables con nivel educativo de preparatoria y estado civil soltero, siendo un 13.7% y un 75.6% respectivamente para personas que cumplen con un trastorno depresivo de primera vez o recurrente. Sela et al. (2021) investigó las propiedades psicométricas de una muestra hebrea con el test de adicción al internet y caracterizó al grupo patológico por sus variables sociodemográficas y patrones de adicción. Los resultados indican que las personas con uso patológico del internet son más jóvenes, no están casadas y tienen relativamente bajo estatus económico, en comparación con individuos sin uso patológico del internet. Los resultados también están en línea con estudios previos que demostraron que el nivel socioeconómico bajo, el estatus de “no casado” y un nivel educativo bajo son factores de riesgo para adicción al internet¹⁹.

En términos generales, el diagnóstico de un trastorno depresivo puede ser subdiagnosticado utilizando escalas y determinados criterios estadísticos; y en esta población estudiada, al estar en un hospital psiquiátrico se pudieran ver limitados los resultados por estas condiciones.

Peukert (2010) encontró que la prevalencia de adicción al internet a lo largo de la vida era de 1% a lo largo de la vida, con una prevalencia de 3 a 4% en población adulta joven en Norway. Los datos en Alemania sugirieron cifras similares de un 3.5%.

Si bien, el valor no fue estadísticamente significativo, la frecuencia de un uso patológico de internet en personas comórbidas con un trastorno depresivo mayor fue elevada con un 68.3% del total de pacientes. Bernardi (2009) Mencionó que el trastorno por déficit de atención y la depresión son las comorbilidades comúnmente más citadas en el uso patológico del internet. Cabe mencionar que estos trastornos debe ser tratados para prevenir el deterioro en la prognosis del uso patológico del internet. En particular, una evaluación efectiva y tratamiento de ambas patologías son imperativas. La prevención de la adicción al internet puede mejorar el tratamiento de un trastorno depresivo preexistente, el cual puede ser exacerbado por el excesivo tiempo utilizado en internet^{21,22}.

De igual manera, Anderson et al., 2017; Bernal-Ruiz et al. (2017) refiere que la interacción entre la una baja regulación emocional y el pobre control inhibitorio ha sido sugerido como aspecto clave en las adicciones conductuales y el uso patológico del internet, es ahí donde la sintomatología depresiva pudiera estar participando en el desarrollo de esta patología²³.

El número de horas utilizando el internet se mostró con una mediana de 5 horas, en los pacientes con uso patológico del internet y trastorno depresivo. Shawn (2018) mencionó que entre de los factores ambientales que han mostrado correlación con la adicción al internet incluye el tiempo gastado en línea independientemente de la actividad realizada. En su estudio reportó actividades como el uso de smartphones, entretenimiento visual con episodios compulsivos llamados “binging”²⁴.

El estudio también demostró un porcentaje de 36.6% de uso patológico moderado y 4.9% de uso patológico grave en personas con algún trastorno por consumo de sustancias. Lanthier (2020) reunió seis estudios en los cuales encontraron una o muchas asociaciones leves a medianas positivas con el uso de cannabis. Similarmente se ha encontrado un vínculo entre el uso patológico del internet y el consumo de cannabis, y la mayoría de los estudios informan asociaciones positivas pequeñas o medianas²⁵.

También se ha mencionado que ciertos síntomas depresivos se encuentran relacionados a el número de horas pasadas en internet y la evolución hacia una

patología adictiva. LAM (2014) En una revisión sistemática de la literatura, se encontró que los juegos adictivos se asociaron con una peor calidad del sueño y el uso problemático de Internet se asoció con insomnio subjetivo y la mala calidad del sueño²⁶.

Mamun (2019) refiere que condiciones extremas, la conducta adictiva relacionada al uso de dispositivos con acceso a internet puede llevar a una intencionalidad suicida²⁷. Kim (2019) encontró en sus pacientes una ideación suicida persistente en el 35.1 % de los usuarios patológicos del internet versus un 17.8% de los usuarios normales²⁸. Con esto podemos relacionar sintomatología afectiva relacionada a estos usuarios. En este estudio se encontró relación entre síntomas de autocrítica y baja autoestima y el número de horas utilizadas en el entretenimiento visual. De igual manera, Anderson et al., 2017; Bernal-Ruiz et al. (2017) refiere que la interacción entre la una baja regulación emocional y el pobre control inhibitorio ha sido sugerido como aspecto clave en las adicciones conductuales y el uso patológico del internet, es ahí donde la sintomatología depresiva pudiera estar participando en el desarrollo de esta patología²³.

Una última condicionante a mencionar es la reciente pandemia por COVID-19, numerosos estudios han detectado una tendencia al aumento del uso patológico del internet por diferentes condicionantes ligadas al aislamiento. Por ejemplo, Kamarudinn (2020) hace alusión a que durante la pandemia por COVID-19, la importancia de uso en los dispositivos electrónicos como smartphones y computadoras ha aumentado y agravado debido a la capacidad multifuncional que integran las funciones como la información, comunicación, educación online, entretenimiento². El estudio por Oka (2021) reveló que la prevalencia del uso patológico del internet incremento más de 1.8 veces durante la pandemia (7.7% a 13.8%) en la población adulta joven².

CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo ligar la gravedad del uso patológico del internet con la severidad del episodio depresivo en curso, la cual no mostro relevancia significativa, sin embargo con los cuestionarios anexos se pudieron extraer diversas variables que mostraron relevancia en esta población, tales como el número de horas dedicado al internet y actividad realizada. Además la comorbilidad de ambas patologías, hablando del uso patológico del internet y el trastorno depresivo es frecuente, así como es reportado en nuestros resultados. Es de importancia imperativa tratar con ambas patologías mentales dado que la relación que ha demostrado a lo largo de su estudio y un probable empeoramiento del curso del episodio o de la adicción conductual citada.

El estudio de esta adicción es reciente, alrededor de unos 30 años, aunado a la reciente pandemia, aislamiento y necesidad de utilizar dispositivos vinculados al internet es necesaria la investigación de factores de riesgo, factores precipitantes y agravantes así como una sintomatología prevalente en pacientes con un uso patológico del internet, esto con la finalidad de definir estrategias de intervención primaria, secundaria y terciaria que mejoren las condiciones de vida de los pacientes deprimidos dado el riesgo a desarrollar o empeorar esta conducta.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	PRODUCTO
ENERO-FEBRERO 2021	
<ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento del problema • Investigación bibliográfica • Recolección de citas bibliográficas fiables 	<ul style="list-style-type: none"> • Tema de investigación • Información mundial, nacional y local del problema de interés • Título de la investigación • Marco teórico
MARZO 2021	
<ul style="list-style-type: none"> • Investigación sobre los instrumentos de recolección de datos más apropiados para el estudio planteado • Enumeración bibliográfica • Asesorías por parte del investigador responsable en función del tema de investigación planteado • Lectura de Guía para la Elaboración de Protocolos 2019 del IMSS • Redacción del protocolo 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de recolección de datos • Bibliografías citadas por orden numérico • Marco teórico • Planteamiento del problema • Justificación • Objetivos • Hipótesis • Material y métodos • Criterios para el estudio • Recursos humanos y financieros • Anexos • Redacción final del protocolo de investigación
SEMESTRE 2 (DICIEMBRE 2020-JULIO 2021)	
JUNIO 2021	
<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación del protocolo de investigación 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del muestreo
JULIO-SEPTIEMBRE 2021	
<ul style="list-style-type: none"> • Muestreo de pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de instrumentos de evaluación (AIT, BDI y DAST-10)
SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2021	
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de datos • Proyecciones estadísticas • Redacción de la tesis • Supervisión y autorización por investigador principal 	<ul style="list-style-type: none"> • Titulación oportuna

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerniglia L, Zoratto F, Ciminoc S, Laviola G, Ammaniti M, Adriani W. Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2016.
2. Marzilli E, Cerniglia L, Ballaroto G, Cimino S. Internet Addiction among Young Adult University Students: The Complex Interplay between Family Functioning, Impulsivity, Depression, and Anxiety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17: 8231 - 15.
3. Černja I, Vejmelka L, Rajter M. Internet addiction test: Croatian preliminary study. *BMC Psychiatry*. 2019; 19: 388 - 11.
4. Young K. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *Cyberpsychology & Behaviour*. 1998; 1 (3): 237 - 8.
5. Griffiths M. Internet addiction: Does it really exist? In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications*. 1998; 61 – 14.
6. Navarro A, Rueda E. Adicción al internet: revisión crítica de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2000; 36: 691 – 9.
7. Rahmani F, Sanjari H, Hadi M. Microstructural changes and internet addiction behaviour: A preliminary diffusion MRI study. *Addictive Behaviours*. 2019. 98.
8. Capetillo N, Juárez M. Internet addiction in university medical students. *Medicina Universitaria*- 2015; 17 (67): 88 – 93.
9. Young K, Rodgers R. The Relationship Between Depression and Internet Addiction. *CyberPsychology & Behavior*. 1998; 1 (1): 25-3.
10. Seki T, Hamazaki K, Natori T, Inadera H. Relationship between internet addiction and depression among Japanese university students. *Journal of Affective Disorder*. 2019; 256: 668 - 5.
11. Estévez A, Jáuregui P, Sánchez I, López H, Griffiths M. Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. 2017; 6(4): 534–10.
12. Young, K. *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. Wiley. 2010.19-15

13. Beck A, Ward C, Mendelson J, Mock J, Erbaugh A. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561 – 51.
14. Mustafa, K. Internet addiction and psychopathology. *Turk Online J Educ Technol*. 2011; 10 (1).
15. Bohn M, Babor T, Kranzler H. Validity of the drug abuse screening test (DAST – 10) in inpatient substance abusers. *Problems of Drug Dependence*. 1991; 199, 233 – 5.
16. Puerta D, Carbonell X, Chamarro A. Análisis de las propiedades psicométricas de la versión en español del Internet Addiction Test. *Trastornos Adictivos*. 2012; 14 (4), 99-5.
17. Marín V, Sampedro B, Vega E. Estudio psicométrico de la aplicación del Internet Addiction Test con estudiantes universitarios españoles. *Contextos Educativos*. 2017; 2: 147-14.
18. Arrivillaga Q, Cortés Carolina, Goicochea V, Lozano T. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios *Universitas Psychologica*, vol. 3, núm. 1, enero-junio, 2004, pp. 17-26.
19. Sela Y, Bar-Or RL, Kor A, Lev-Ran S. The Internet addiction test: Psychometric properties, socio-demographic risk factors and addictive comorbidities in a large adult sample. *Addict Behav*. 2021;122 (107).
20. Peukert P, Sieslack S, Barth G, et al. Internet and computer game addiction: phenomenology, comorbidity, etiology, diagnostics and therapeutic implications for the addicts and their relatives. *Psychiatr Prax* 2010;37(5):219–24.
21. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissosociative symptoms. *Compr Psychiatry* 2009;50(6): 510–6. 62.
22. Carli V, Durkee T, Wasserman D, et al. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology* 2013;46(1):1–13.
23. Moretta T, Buodo G. The Relationship Between Affective and Obsessive-Compulsive Symptoms in Internet Use Disorder. *Front. Psychol*. 2021.

24. Shaw M, Black DW. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs* 2008;22(5):353–65.
25. Lanthier-Labonté, S., Dufour, M., Milot, D. M., and Loslier, J. (2020). Is problematic Internet use associated with alcohol and cannabis use among youth? a systematic review. *Addict. Behav.* 106:106331.
26. Lam LT. Internet gaming addiction, problematic use of the internet, and sleep problems: a systematic review. *Curr Psychiatry Rep.* 2014; 16(4):444
27. Mamun MA, Griffiths MD. A rare case of Bangladeshi student suicide by gunshot due to unusual multiple causalities. *Asian J Psychiatr.*
28. Kim M-H, Min S, Ahn J-S, An C, Lee J. Association between high adolescent smartphone use and academic impairment, conflicts with family members or friends, and suicide attempts. *PLoS One.* 2019;14(7).
29. Kamaruddin PSNM, Nawati AM. Smartphone usage and pattern on self-reported symptoms among medical students in Universiti Kebangsaan Malaysia during the COVID-19 lockdown. *Res Sq.* 2020.
30. Oka T, Hamamura T, Miyake Y, Kobayashi N, Honjo M, Kawato M, Kubo T, Chiba T. Prevalence and risk factors of internet gaming disorder and problematic internet use before and during the COVID-19 pandemic: A large online survey of Japanese adults. *J Psychiatr Res.* 2021 Oct;142:218-225.

ANEXOS

ANEXO 1 – CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"GRAVEDAD DEL USO PATOLÓGICO DE INTERNET EN ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL REGIONAL PSIQUIÁTRICO DR. HÉCTOR TOVAR ACOSTA"
Lugar y fecha:	CDMX a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se le invita a participar en este proyecto que tiene por objetivo estudiar si existe adicción al internet en algún grado a personas con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, con la finalidad de identificar y correlacionar la severidad de ambos diagnósticos.
Procedimientos:	Si acepta participar, se le entregará esta Forma de Consentimiento para que la firme. Si decide no participar no afectará los cuidados, atención o tratamiento que recibe. El estudio consistirá en realizar las siguientes evaluaciones: <ol style="list-style-type: none">1. Evaluación clínica realizada por un Psiquiatra.2. Aplicación de un cuestionario dirigido a datos sociodemográficos, comorbilidades y uso del internet y redes sociales.3. Aplicación de tres pruebas clinimétricas. 2 hetero-aplicables: Test de uso de internet, Test de Screening para Abuso de Sustancias y 1 auto-aplicable: Inventario de Depresión de Beck. La aplicación de las pruebas tendrá un tiempo estimado de 45 a 60 minutos. Para efectuar todos estas pruebas, se requerirá estar hospitalizado o acudir una única vez a admisión continua.
Posibles riesgos y molestias:	<ol style="list-style-type: none">1. La aplicación de pruebas psicométricas en ocasiones puede ser tediosa y abrumadora para el paciente, se tomará un tiempo necesario entre prueba y prueba de ser necesario. De igual manera si no desea continuar las pruebas ese mismo día, será posible reagendar una valoración para continuar con el procedimiento.2. Recuerde que usted puede suspender la participación en este estudio cuando lo desee.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le darán todos los resultados de las evaluaciones mencionadas. En caso que se detecte algún problema de salud (que no sea depresión), se le dará por escrito la información a fin que su Médico Familiar pueda darle el tratamiento o de acuerdo al caso, referirlo a la especialidad correspondiente. En todo caso, usted seguirá siendo tratado en el Hospital Regional de Psiquiatría Héctor Tovar Acosta Por su participación no existirá remuneración económica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados de todas las evaluaciones serán entregados por el psiquiatra durante su consulta rutinaria en caso de estar hospitalizados y por el psiquiatra adscrito en caso de encontrarse en admisión continua.
Participación o retiro:	La participación en este proyecto es completamente voluntaria. Si acepta participar pero en el transcurso del protocolo desea retirarse, puede hacerlo sin afectar su esquema de tratamiento, la atención del médico tratante o cualquier otro servicio que el IMSS le otorga como derechohabiente. Gracias por leer esta información. Por favor pregunte al doctor en el estudio todas las dudas que tenga, para asegurar que entiende completamente los procedimientos que se harán si acepta participar.
Privacidad y confidencialidad:	Si Usted acepta participar en este estudio, su expediente médico será revisado directamente por los investigadores para saber la evolución de su enfermedad y también puede ser revisado por el

Comité de Ética para confirmar que el estudio se está llevando de manera correcta. La información recolectada durante el estudio será almacenada sin incluir su nombre, solo el número de paciente correspondiente al estudio, es decir, solo los investigadores y el médico durante el estudio, sabrá que la información se relaciona a Usted. Los resultados del estudio pueden ser publicados en la literatura médica, pero su identidad nunca será revelada.

Coloque una cruz (x) según el caso:

Pruebas de evaluación clinimétricas:

NO autoriza que se realicen las pruebas clinimétricas

SI autoriza que se realicen las pruebas clinimétricas

Beneficios al término del estudio:

Al término del estudio su participación contribuirá a la identificación de la adicción al internet como conducta compulsiva en grupos etarios del país para su posterior identificación de acuerdo al grupo de riesgo y así realizar un tratamiento integral de esta nueva patología.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Manuel Gustavo González Rivera, responsable del proyecto, residente de cuarto año de psiquiatría del CMN Siglo XXI – Hospital de Especialidades Tel. 99 81 87 23 42, de 8:00 a 16:00. E-mail: gusgonzalezrivera@gmail.com

Colaboradores:

Dr. Carlos Hernández Vega, médico adscrito del Hospital Regional de Psiquiatría Héctor Tovar Acosta, Tel. 56068323 ext 21341 de 14:00 a 20:00. E-mail: chv2203@hotmail.com

Este proyecto fue evaluado por el Comité Nacional de Investigación en Salud de la Coordinación de Investigación en Salud del IMSS. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Avenida Cuauhtémoc 330, piso 4 de la Coordinación de Investigación, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21784, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Anexo 2 – Encuesta personal

Trabajo: “GRAVEDAD DEL USO PATOLÓGICO DE INTERNET EN ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL REGIONAL PSQUIÁTRICO DR. HÉCTOR TOVAR ACOSTA”

La siguiente encuesta ha sido diseñada con el objetivo de conocer sus datos demográficos así como antecedentes personales de su historial médico. La información que usted proporcione sobre su persona y salud será tratada anónima y confidencialmente, por lo tanto intente responder lo más sinceramente posible.

Instrucciones. Por favor, lea atentamente cada pregunta antes de responder, ante alguna duda, puede preguntar al entrevistador.

Gracias por su colaboración.

Nombre: _____ NSS: _____

Edad: _____ Sexo (Femenino/Masculino): _____

Ocupación: _____ Nacionalidad: _____

Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____

Abuso de alguna droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc) () ¿Cuál? _____

Otra enfermedad psiquiátrica diagnosticada: _____

Tratamiento psiquiátrico actual: _____

En relación al uso del internet:

¿Cuántas horas al día utiliza el internet aproximadamente?: _____

A continuación coloque el tiempo estimado de uso entre las diferentes actividades enlistadas:

Actividad	Tiempo estimado de uso
Trabajo	
Redes sociales (Facebook, Twitter, Snapchat, Instagram, Tik Tok, Reddit, etcétera)	
Aplicaciones de entretenimiento visual (Youtube, DailyMotion, entre otros)	
Foros	
Páginas específicas de internet	
Otros (especifique):	

Anexo 3 – Test de uso de internet

Test de uso de Internet

Kimberly Young, PhD

Marque el casillero, para cada una de las 20 preguntas, que represente con mayor precisión lo que usted experimenta respecto al uso de Internet:

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

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

Anexo 4 – DAST-10

Cuestionario de prueba de detección de drogas (**DAST-10**, por sus siglas en inglés) Debido a que el uso de drogas puede afectar su salud, necesitamos hacerle algunas preguntas sobre su uso de las drogas. Si se siente incómodo al completar este formulario, hágaselo saber a su proveedor de salud.

En los siguientes enunciados, "abuso de drogas" se refiere a:

1. Usar medicamentos con receta médica o de venta libre excediéndose de las instrucciones, y
2. Cualquier uso de drogas que no sea uso médico.

Las distintas clases de drogas pueden incluir:

Metanfetaminas (velocidad) Cannabis (marihuana, tiesto)

Solventes (solvente de pintura) Tranquilizantes (Valium)

Barbitúricos Cocaína

Estimulantes (velocidad) Alucinógenos (LSD)

Narcóticos (heroína)

Recuerde que las preguntas no incluyen bebidas alcohólicas.

Marque con un "Sí" o "No" las siguientes preguntas:

1. ¿Ha utilizado drogas que no sean las que se requieren por razones médicas?	No	Sí
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	No	Sí
3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?	No	Sí
4. ¿Alguna vez ha tenido desvanecimientos o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?	No	Sí
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable por usar drogas?	No	Sí
6. ¿Su cónyuge (o padres) se queja alguna vez por su participación con las drogas?	No	Sí
7. ¿Ha abandonado a su familia por su uso de las drogas?	No	Sí
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?	No	Sí
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de retraimiento (se ha sentido enfermo) cuando dejó de tomar drogas?	No	Sí
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de las drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?	No	Sí

Anexo 5 – Inventario de Depresión de Beck

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 17 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: