



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

ASOCIACIÓN ENTRE EL USO PROBLEMÁTICO DEL INTERNET Y EL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico General Gloria Nenúfar Pardo Ruiz

Dirigido por:

Dr. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz

Querétaro, Qro., febrero 2021



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“ASOCIACIÓN ENTRE EL USO PROBLEMÁTICO DEL INTERNET Y EL
RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Gloria Nenúfar Pardo Ruiz

Dirigido por:

Dr. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz

Presidente: Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz

Secretario: Med. Esp. Omar Rangel Villacaña

Vocal: M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo

Suplente: M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra

Suplente: M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Febrero, 2021

México

Resumen

Introducción: Se presentó un alza en el riesgo suicida en adolescentes de Querétaro, el noveno lugar a nivel nacional en intentos de suicidio con un mínimo de 8 años de edad. Así mismo con el uso problemático del internet, motivo de la probable asociación entre el uso problemático del internet y riesgo suicida.

Objetivo: Fue Determinar la asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes de 14 a 19 años de edad de la UMF9.

Material y métodos: Fue un estudio analítico transversal, comparativo y retrospectivo que se realizará en el grupo poblacional adolescente y derechohabiente de la UMF9 del IMSS, delegación Querétaro de entre 14 a 19 años, donde los criterios de selección fueron los siguientes: de Inclusión: edad entre 14 a 19 años, derechohabientes IMSS, haber deseado participar en el estudio; de exclusión: contar con historial de tratamiento psiquiátrico; de eliminación: no haber contestado los instrumentos o incompletos. El tamaño de la muestra se calculó por la fórmula de dos proporciones, el objetivo fue comparar dos de ellas, con IC 95%, la toma de muestra fue mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se utilizó la aplicación de los cuestionarios: "Uso problemático del internet" y "Riesgo suicida en adolescentes". El análisis estadístico fue descriptivo y se efectuó el análisis de porcentajes, estadística analítica, "Chi2". El estudio fue conforme a las normas éticas internacionales.

Resultados: 115 adolescentes, predominó el sexo femenino 59.5%, la edad promedio de uso problemático del internet 16.78 y $p=0.262$, predominio escolaridad preparatoria 65.8 % y $x^2=0.598$ y $p= 0.285$, actividad estudiante con 83.3% $x^2=3.461$ y $p= 0.326$. Con riesgo suicida moderado de 48.1% IC95%(39-57.2), seguido del leve con 40.5% IC95% (31.5-49.5). Los hombres tuvieron mayor uso problemático de internet con 78.0%, sin diferencia significativa $p=0.079$. La asociación de riesgo suicida y el sexo no fue estadísticamente significativa con una $p=0.901$. **Conclusión:** El uso problemático del internet y riesgo suicida fue estadísticamente significativo con ($p=0.000$). Es decir, los adolescentes que tuvieron uso problemático del internet tienen riesgo a la vez suicida.

Palabras clave: Uso problemático del internet, riesgo suicida, adolescentes.

Summary

Introduction: Was presented an increase in the suicide risk in adolescents from Querétaro, the ninth place nationwide in suicide attempts with a minimum of 8 years of age. Likewise, with the problematic use of the internet, reason for the probable association between the problematic use of the internet and suicide risk.

Objective: Was to determine the association between problematic Internet use and suicide risk in adolescents between 14 and 19 years of age at UMF9.

Material and methods: Was a cross-sectional, comparative and retrospective analytical study that will be carried out in the adolescent population group and beneficiary of the UMF9 of the IMSS, Querétaro delegation between 14 and 19 years of age, where the selection criteria were the following: Inclusion: age between 14 to 19 years, IMSS beneficiaries, having wanted to participate in the study; exclusion: have a history of psychiatric treatment; elimination: not having answered the instruments or incomplete. The sample size was calculated by the formula of two proportions, the objective was to compare two of them, with a 95% CI, the sample was taken by non-probabilistic convenience sampling, the application of the questionnaires was used: "Use Internet problem "and" Suicidal risk in adolescents ". The statistical analysis was descriptive and the analysis of percentages, analytical statistics, "Chi2" was carried out. The study was in accordance with international ethical standards.

Results: 115 adolescents, female sex predominated 59.5%, the average age of problematic Internet use 16.78 and $p = 0.262$, predominance of high school education 65.8% and $\chi^2 = 0.598$ and $p = 0.285$, student activity with 83.3% $\chi^2 = 3.461$ and $p = 0.326$. With a moderate suicide risk of 48.1% CI95% (39-57.2), followed by the mild one with 40.5% CI95% (31.5-49.5). Men had more problematic internet use with 78.0%, without significant difference $p = 0.079$. The association of suicide risk and sex was not statistically significant with $p = 0.901$.

Conclusion: Problematic internet use and suicide risk were statistically significant with ($p = 0.000$). In other words, adolescents who had problematic use of the Internet are at risk of suicide.

Keywords: Problematic internet use, suicidal risk, adolescents.

Dedicatorias

Dedico este trabajo a mis padres: Rogelio Pardo Pulido y María Gloria Ruiz Cazares por su ejemplo, por su ahínco, entrega y amor incondicional por siempre estar conmigo por la confianza y por darme la vida y estar conmigo en cada paso.

A mis Hermanos Rogelio Sinuhe Pardo Ruiz y Rogelio Horemheb Pardo Ruiz por ser parte de mi familia y retarme en cada paso así como educarme con el ejemplo.

A mi novio Omar André Vallejo Zavala por todo el tiempo que ha compartido conmigo y siempre ser mi mejor amigo así como su forma de ver la vida y nunca limitarme.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

AGRADECIMIENTOS

A el Dr. Luis Abraham Montes de Oca por su ayuda, paciencia y tiempo dedicado por creer en mis ideas y ayudarme a hacerlas posibles.

A la Dra. Leticia Blanco Castillo por su tiempo, enseñanza, buena disposición y paciencia durante todo este proceso, así como su orientación para concluir este trabajo.

A la Dra. Roxana Gisela Cervantes por su tiempo, disciplina y por darme las herramientas para completar este proceso, por su atención y disciplina.

Al Dr. Omar Rangel Villacaña por desde el principio formar parte de nuestro desarrollo así como el desarrollo del pensamiento crítico reflexivo.

A los Directores y Coordinadores de Investigación y posgrado de Universidad Autónoma de Querétaro, así como los investigadores académicos y personal administrativo de la misma.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se llevó a cabo esta investigación

Gracias a ustedes, lo logré.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Abreviaturas y siglas	vii
I. Introducción	11
II. Antecedentes	13
II.1 El Uso Problemático del Internet en Adolescentes	13
II.2 Estudios Relacionados con el Uso Problemático del Internet	13
II. 3 Criterios Diagnósticos del Uso Compulsivo del Internet	15
II. 4 Estudios Relacionados con el Uso Problemático del Internet	15
II.5 Instrumentos de Evaluación para el Uso del Internet	16
II.6 Instrumentos de Evaluación para el Riesgo Suicida	19
III. Fundamentación teórica	23
III.1 Definición de la Adolescencia	23
III. 2 Clasificación de la Adolescencia	23
III.3 El Uso del Internet en la Población Adolescente	23
III. 4 Acceso al Internet a Nivel Nacional	24
III.5 Factores Protectores para Evitar el Uso Problemático del Internet en Adolescentes	24
III. 6 Uso Problemático del Internet en Adolescentes	24
III. 7 Criterios Diagnósticos del uso Compulsivo del Internet	25
III.8 Factores de Riesgo del Uso Problemático del Internet	25
III. 9 Comportamiento Suicida a Nivel Mundial	26
III.10 Comportamiento Suicida a Nivel Nacional	26
III. 11 Comportamiento Suicida a Nivel Estatal	27
III. 12 Definición del Suicidio Según la Organización Mundial de la Salud	28
III. 13 Factores de Riesgo Asociados al Suicidio	28
III. 14 Criterios Diagnósticos del Trastorno de Comportamiento Suicida	29
IV. Hipótesis	32
IV.1. General	32
IV.2.Específicos	32
V. Objetivos	34
V.1 General	34
V.2.Específicos	34
VI. Material y métodos	35
VI.1 Tipo de investigación	35
VI.2 Población o unidad de análisis	35
VI.3 Muestra y tipo de muestra	35
VI.3.1 Criterios de selección	36

VI.3.2 Variables estudiadas	36
VI.4 Técnicas e instrumentos	36
VI.5 Procedimientos	37
VI.5.1 Análisis estadístico	38
VI.5.2 Consideraciones éticas	40
VII. RESULTADOS	40
VIII. DISCUSIÓN	45
IX. CONCLUSIONES	47
X. PROPUESTAS	48
XI. BIBLIOGRAFÍA	50
XII. ANEXOS	55

Dirección General de Bibliotecas de la UJAQ

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas de los adolescentes con y sin uso problemático y riesgo suicida en adolescentes	40
VII.2	Prevalencia del riesgo suicida en los adolescentes	41
VII.3.	Asociación del uso problemático del internet y riesgo suicida en adolescentes	42
VII.4.	Asociación entre el sexo y el uso problemático de internet	43
VII.5.	Asociación entre el riesgo suicida y el sexo	44

Abreviaturas y siglas

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

I. INTRODUCCIÓN

En población adolescente, el internet se usa como medio de comunicación, para la obtención de información en general y para el consumo de contenidos audiovisuales con un porcentaje de uso de hasta 81.9% según cifras de (INEGI, 2017).

El uso del internet, ha sido uno de los acontecimientos de mayor trascendencia en los últimos años, con un impacto a nivel mundial posicionándose como la herramienta informática por excelencia. Como consecuencia, ha venido el abuso y su descontrol, aunque se trata de una dependencia psicológica y no orgánica. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define a la ciberadicción como una "adicción sin sustancia".

El usuario siente la necesidad de conectarse para publicar fotos de cada evento de su vida, de la comida que se sirve o cocina, del libro que lee, de la gente que encuentra y no puede dejar de usar su celular, incluso en encuentros familiares mermando la dinámica de convivencia.

La prevalencia de la adicción a Internet es del 6%, a nivel mundial esta puede afectar la vida de una persona, incluyendo su salud y sus relaciones interpersonales. (Cheng; Yee-lam Li, 2014).

En países como China se cuentan con centros de internación para que los pacientes sean internados en el centro de atención. La mayoría de instituciones se dedican a rehabilitar a personas que utilizan la red compulsivamente. McLaren y Willis señalan que el modelo que utilizan para tratar con la adicción es de 28 días de internación, a lo que se le añaden sesiones de seguimiento semanales durante un año. El costo es de 1,640 dólares por mes. (Rivero, 2014)

Dentro de estos se ha reportado un mayor incremento de suicidio de suicidio entre las mujeres y menores de edad, siendo esta población, susceptible

por estar en un periodo de formación, el estudio acerca del uso y abuso de nuevas tecnologías y su problemática es cada vez más factible y viable.

La posible asociación entre el riesgo suicida y el uso problemático del internet en adolescentes presenta un nuevo nicho de oportunidad para la rápida detección y prevención del suicidio, encontrando que hasta 800 000 personas se suicidan alrededor del mundo cada año entre los 15 y 29 años, el estado de Querétaro es actualmente el noveno lugar en el país con suicidio de adolescentes. (OMS, 2018)

Su uso y abuso problemático es factible de estadificar por su facilidad de reproducción, al ser un tema que se ha vuelto frecuente por el uso de las nuevas tecnologías contando los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social, se tendrán las condiciones apropiadas para analizar la asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes.

II. ANTECEDENTES

II.1 El uso problemático del internet en adolescentes:

Se refiere a la frecuencia en la navegación a sitios con servicios o contenido específico, como comercio electrónico, juegos de azar y juegos en línea; por lo regular estos sitios son algo que se frecuentan con bastante regularidad por los usuarios. (Caro; Ariso; Plaza, 2014)

II.2 Estudios relacionados con el uso problemático del internet:

Es de gran importancia conocer que en una población de adolescentes de entre 11 y 17 años, se presentó un uso problemático en el 34.4% y un uso moderado del 62.2% en una muestra de 1709 estudiantes españoles. En la realización de una encuesta a estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria de diferentes municipios de la provincia de A Coruña, durante los meses de octubre y noviembre de 2013, se utilizó un muestreo intencionado integrando un cuestionario elaborado expresamente para el presente estudio, dividido en dos bloques, el primero sobre variables sociodemográficas y hábitos de uso de internet, en el segundo se incluía la escala de uso problemático de internet, compuesta por 10 ítems y desarrollada por Rial, Gómez, Isorna, Araujo y Varela en el 2015, dicho instrumento, además de haber sido desarrollado específicamente, presenta una fiabilidad ($\alpha = 0.81$) y validez de constructo (probada a través de un AFC), sensibilidad (81%) y especificidad (82.6%). Con un formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 0 “Nada de acuerdo” a 4 “Totalmente de acuerdo”, siendo el rango teórico de la escala de 0 a 44 puntos. El punto de corte establecido para la detección de un uso problemático se sitúa en 16 puntos, de manera que los adolescentes con una puntuación igual o superior a 16 serían clasificados como usuarios problemáticos. (Rial; et al., 2015)

Así mismo, en un estudio en el país de Lima presenta el 86% de los participantes evidencia un uso normal de internet, el 13% se encuentran en riesgo de adicción y el 1% presenta uso adictivo de internet. El funcionamiento familiar no

se relaciona significativamente con la adicción a internet. Sin embargo, se encontró relación negativa con cohesión familiar, es decir, cuanto mayor es la cohesión familiar menor es el riesgo de adicción a internet. (Rengifo, Ferrúa, Vilca, 2015).

Otro estudio interesante nos habla del estudio de Widyanto y McMurrin quien fue uno de los primeros autores que encontraron una correlación inversa entre "adicción" a Internet y la edad. Complementariamente, el estudio de Shotton mostró que, para los sujetos dependientes, el uso de Internet se volvió más moderado cuando pasaron la etapa de la adolescencia. (Puerta, Carbonell, 2013)

Sería necesario profundizar más las adicciones tecnológicas para poder predecir su aparición entre los más jóvenes y cómo socavar sus posibles consecuencias

El uso excesivo de internet o la pérdida de control en el tiempo de conexión que conlleva problemas ocasionales o frecuentes en la vida diaria de los individuos en el 7% de los encuestados, siendo más frecuente en los hombres (9%) que en las mujeres (6%). (Redondo., et al., 2016)

Aunque el uso de la Red es un fenómeno generalizado y beneficioso a muchos niveles, cada vez son más los trabajos que advierten que un posible uso problemático o no adaptativo puede conllevar importantes consecuencias a nivel psicológico en las edades comprendidas entre los 11 y los 17 años, se ha intentado estudiar la relación entre el uso problemático de Internet y diferentes variables (sociodemográficas, el papel de los padres, el rendimiento académico, hábitos de uso y consecuencias asociadas. Se ha constatado también que el uso problemático se asocia a un menor rendimiento académico y a una mayor presencia de problemas físicos y psicosociales, presumiblemente consecuencia de éste. (Rial et al., 2015)

II.3 Criterios diagnósticos del uso compulsivo del internet:

Ni en el DSM-V ni en el CIE-10 existe una categoría diagnóstica precisa que se refiera a la adicción al internet, el concepto de acción se denomina como un estado de preocupación que se presenta producto como el producto de la relación con algo o alguien, misma que se mantiene como medio para conservar el propio control y equilibrio interno que le proporciona sensación de bienestar al individuo.

II.4 Estudios relacionados con el uso problemático del internet:

Según los autores Beard y Wolf, surge un concepto de uso problemático del internet que genera dificultades psicológicas, sociales, escolares y/o laborales en la vida de una persona.

Una de las poblaciones que puede presentar mayor riesgo en este sentido son los adolescentes, pues se encuentran en una etapa crítica del desarrollo en aspectos de estructuración de la personalidad y establecimiento de formas de interacción social

Goldberg, en 1995 definió el término de “adicción al internet” como una sobreutilización del internet asociada a problemas de adaptación del individuo, llegando a tener un impacto negativo en la vida cotidiana del mismo se hizo público por primera vez en 1996 en la Reunión Anual de la Asociación Psicológica Americana el termino esto ocasionó una polémica entre diferentes académicos y genero un interés por su estudio, si bien ya se había marcado el precedente para el denominado término, son Beard y Wolf quienes definen el Uso Problemático del Internet que genera dificultades psicológicas, sociales, escolares y/o laborales en la vida de una persona. (Castro Bolaño et al., 2017)

Si bien, el uso problemático no cuenta como tal con una definición operacional, incluso por el DSM-V, que lo engloba en los trastornos asociados al juego online, se establece un cuestionario diagnóstico propuesto por expertos

psicólogos, psiquiatras y educadores los cuales lo han clasificado en tres parámetros: El primero sin problemas con el uso de Internet; El segundo grupo con problemas ocasionales y el tercer grupo a quienes padecen frecuentes problemas. (Carbonell, 2014)

II.5 Instrumentos de evaluación para el uso del internet:

El cuestionario de Adicción a Redes Sociales (ARS), es un instrumento de diagnóstico en el cual se redactaron los ítems tomando en cuenta todos los criterios diagnósticos, de acuerdo a las reglas de construcción de ítems para cuestionarios de tipo Likert presentan 24 ítems con la calificación de 5 puntos (de 0 a 4) tomando en cuenta la frecuencia desde "nunca" hasta "siempre". Este instrumento permite detectar una adicción desde moderada hasta severa cuyos valores van de 20 a 49 puntos. Es una prueba psicométrica, objetiva, normativa y de ejecución típica. Compuesta por 3 subescalas: Obsesión por las Redes Sociales (10 ítems), Falta de Control Personal (6 ítems), Uso Excesivo de las Redes Sociales (8 ítems). Los hallazgos de la confiabilidad alcanzaron coeficientes alfa de Cronbach elevados entre 0.88. Además, el nivel de consistencia interna puede considerarse alto.

Quizá la escala más empleada para evaluar "adicción" a Internet por el Dr. Kimberly Young, este instrumento está conformado por 20 ítems que permiten detectar una adicción moderada hasta severa al internet. Cuyos valores van desde 20 a 49 puntos, recordando que: 1 = nunca, 3 = rara vez, 5 = siempre, 2 = casi nunca, 4 = casi siempre. Siendo 20-39 usuario promedio, de 40 a 69 experimenta frecuentes problemas por su uso excesivo, de 70 a 100 tiene problemas significativos por el uso de internet.

Los factores identificados por estos investigadores fueron: 1) Escoger pasar más tiempo en Internet que en actividades sociales, 2) Uso excesivo, es decir más tiempo del planeado en Internet, 3) Interferencia con responsabilidades, es decir descuida responsabilidades académicas o laborales por usar Internet, 4) Anticipación, es decir continuamente piensa en volver a conectarse, 5) Falta de

control, es decir el sujeto intenta reducir la cantidad de tiempo que pasa en Internet y fracasa, 6) Descuido de la pareja, es decir el sujeto prefiere invertir el tiempo dedicado habitualmente a la pareja en conectarse a Internet. El Alpha de Cronbach que posee este test oscila del 0.89 al 0.91 por lo que asegura su viabilidad y confiabilidad. (Padilla, Ortega, 2017).

A la vez, encontramos la Escala de la Adicción a Internet de Lima (EAIL) presenta ítems que permitirán evaluar las características sintomatológicas: saliencia, tolerancia, abstinencia, falla en el control y recaída; así como también características disfuncionales: problemas académicos, familiares e interpersonales. Para ello, se revisaron los cuestionarios de autorreporte más significativos en relación al internet. Los ítems resultantes fueron sometidos a juicio de expertos determinándose finalmente una escala de 11 ítems:

8 evalúan las características sintomatológicas, y 3 evalúan las características disfuncionales. Cada ítem cuenta con respuestas de opción múltiple tipo Likert de 4 opciones: Muy rara vez (1), Rara vez (2), A menudo (3), Siempre (4). o. En cuanto a la puntuación 4-6 riesgo por dependencia, una calificación de 7-9 un problema ya instaurado en la vida del consultante. Se calcularon medidas de consistencia interna, mediante el presentó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84, si retiramos cualquier ítem, este coeficiente bajaría a 0.82 o 0.83 en todos los casos, con valores de correlación ítem-total de 0,45 hasta 0,59. El análisis dimensional mostró una estructura de dos dimensiones que explicaba el 50.7 % de la varianza total. (Sahagún et al., 2015).

Caplan también construyó una escala para evaluar el uso problemático del Internet, donde correlacionó su escala con diferentes indicadores de salud mental, encontrando que esta mantenía una correlación directa con la depresión medida por el inventario de depresión de Beck revelo que los usuario presentan mayores niveles de depresión que los no dependientes en esta escala en cada categoría se obtuvo el puntaje. La escala tipo Likert va de 1 a 5, siendo 1 totalmente en desacuerdo al 5 totalmente de acuerdo, la versión del 2002 incluye

desde dejar las relaciones cara a cara por las online, mis relaciones online son más importantes que las cara a cara y finalmente soy más feliz en línea que fuera de línea tiene un alfa de Cronbach de 0.86, así como a la consistencia interna y validez. (Estrada et al., 2015)

Por su parte, Beranuy, Chamarro, Graner, y Carbonell en el año 2009 diseñaron una escala de adicción a Internet en España. Esta escala mide los conflictos intra e interpersonales dados por el uso excesivo de Internet. (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013)

En una universidad de Ibagué Colombia se realizó el cuestionario Internet Addiction Test –IAT durante este se realizaron dos grupos: el primero con un uso controlado de Internet (88 %) y el segundo con un uso problemático (12 %). Sólo un caso mostró uso adictivo se encontró que el uso problemático de Internet estaba relacionado directamente proporcional al el número de horas dedicado a redes sociales, chat, páginas de contenido para adultos y películas esta actividad ítems. Todos ellos recogen los criterios del DSM-IV para el abuso de sustancias y el juego patológico. (Puerta, Carbonell, 2013)

El Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el uso de Internet (CERI). Formado por 10 ítems, incluye preguntas relacionadas con el aumento de la tolerancia, efectos negativos sobre la conducta, las relaciones sociales y familiares, la reducción de actividades debidas al uso de Internet, pérdida de control y deseo intenso de estar conectado. Todos los ítems se presentan en una escala graduada de tipo Likert con categorías relativas las puntuaciones son: sin problemas con el uso de Internet de 10 a 17 puntos, problemas ocasionales en el uso de internet de 18 a 25 puntos, problemas frecuentes con el uso de Internet de 26 a 40 puntos. La confiabilidad, evaluada por el alfa de Cronbach de 0.87. Las interrelaciones se calcularon mediante coeficientes de correlación de Pearson con una alta confiabilidad y validez interfería en las actividades cotidianas de los usuarios. (Puerta, Carbonell, 2013)

II.6 Instrumentos de evaluación para el riesgo suicida:

La escala de Depresión de Beck es una escala de autoevaluación para la gravedad de la enfermedad, es breve y puede realizarse fácilmente en un periodo de 10 a 15 minutos, cuenta con 21 ítems, algunos de ellos mencionan algunos aspectos como: Ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos presentando las siguientes categorías: Una calificación de 0 a 13: sin depresión, Una calificación de 14 a 19: depresión leve, Una calificación de 20 a 28: depresión moderada, Una calificación de 29 a 63: depresión severa.

En cuanto a su fiabilidad y validez, este instrumento ha sido usado una muestra de 1393 estudiantes, en los cuales, se encontró lo siguiente : cifras de fiabilidad fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0.83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0.60 y 0.72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total) presento índices de validez convergente también altos, con correlaciones que oscilaban entre 0.68 y 0.89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total. (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2018).

A continuación, describiremos la escala de Hamilton para la depresión (HAM-D), diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. La versión original está formada por 21 ítems, existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems. La validación de la versión española de fue realizada en 1986. Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas

sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Encontramos que cada ítem tiene de tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52 y se clasifica de la siguiente manera: 0-7 No deprimido, 8-13 Depresión menor, 14-18 Depresión moderada, 19-22 Depresión severa, más de 23 Depresión muy severa. Dentro de su fiabilidad y validez encontramos que presenta una fiabilidad con una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86). Además de ser sensible tras cambio del tratamiento. (Purriños, 2018)

Otra escala muy usada es la “Montgomery Asberg Depression Rating Scale” (MADRS) es una escala que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión debe ser administrada por un clínico y existen versiones autoaplicadas. Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert (0: ausencia del síntoma y 6: máximo nivel de gravedad del síntoma. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. Se considera que una puntuación inferior a 10 puntos indica la ausencia del trastorno depresivo. La escala fue diseñada específicamente para evaluar la severidad de la sintomatología depresiva siendo la variación un dato relevante ya que nos ayuda a evaluar el grado de mejoría. Dentro de su validez y fiabilidad se evidencio una buena consistencia interna con un valor alfa de Cronbach de 0.9168 además de ser altamente confiable con coeficiente de correlación 0.983 y buena sensibilidad al cambio. (Guías de práctica clínica en el SNS. Escala de Depresión Montgomery Asberg, 2018).

Ahora bien, las previas no pertenecen como tal a escalas de riesgo suicida, sino que hablan de la depresión como el principal tópico a esclarecer. La siguiente, es la Clasificación de Riesgo Suicida, siendo una modificación del “Suicidal Ideation Questionnaire” dirigido a adolescentes, nos da una clasificación

del riesgo suicida de leve, moderado y severo. A continuación, describiremos cada uno.

La puntuación de las categorías se realiza en una escala de 0, 1 y 2 puntos para cada ítem. La sumatoria de las 22 primeras categorías determina el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 44 puntos.

El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0,1 y 2, según el número de intentos. La puntuación total se alcanza sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 50 puntos. A mayor puntuación, mayor gravedad. La puntuación para considerar que se presenta riesgo grave de suicidio es igual o superior a 38. El riesgo leve no ha presentado intentos suicidas, y la ideación es de frecuencia, intensidad y duración bajas. No existe intención suicida ni planificación de intentos, se asocia a síntomas leves y el autocontrol está conservado. Los factores de riesgo son escasos y existen factores protectores identificables. Debe evaluarse seriadamente la suicidalidad, monitoreando la ideación suicida.

En el moderado, las ideas suicidas son más intensas, frecuentes y persistentes. No presenta una planeación adecuada y tampoco hay intencionalidad de cometer el suicidio presentan síntomas moderados y persiste el autocontrol pueden llegar a requerir hospitalización.

En el nivel severo, la ideación es frecuente, intensa y persistente. Existen planes específicos de suicidio, e indicadores de intención suicida (p.ej. elección o búsqueda de un método, escritura de cartas, testamento). Ha efectuado conductas preparatorias (p.ej. de ensayo, búsqueda de un lugar). Existe un método accesible o disponible, evidencia de deterioro de autocontrol, síntomas disfóricos severos, múltiples factores de riesgo y escasos factores protectores. En el nivel extremo de severidad, la principal diferencia es la inexistencia de factores protectores. Los rasgos anteriores pueden estar aún más acentuados. Se identificó el punto de corte adecuado de la escala por medio del registro de sensibilidad y especificidad. Sobre las propiedades psicométricas, los autores describen una confiabilidad

interna alta (α de Cronbach=0.97), la correlación entre ítem y total de la escala fue alta (coeficientes de 0.6-0.8) y el coeficiente test-retest fue de 0.86. (Rangel, et al., 2015)

Si bien, las previas escalas nos ayudan ya sea a determinar la severidad de la sintomatología como la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) nos da solo la fotografía de ese momento, la escala de Hamilton para la depresión (HAM-D) monitoriza también la evolución clínica y sintomatología, la escala de Depresión de Beck es una escala que también nos habla de la gravedad de la enfermedad todas en general hablan de sintomatología y progresión de la depresión a diferencia la Clasificación de Riesgo Suicida que está dirigida a adolescente y los clasifica en leve, moderado y grave.

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

III.1 Definición de la adolescencia:

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años este periodo se divide en dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). [OMS, 2018]

III.2 Clasificación de la adolescencia:

En la primera parte de la mencionada adolescencia temprana, (10 a los 14 años) comienzan a manifestarse los cambios físicos una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias, estos cambios se pueden asociar a la ansiedad y en segunda parte la adolescencia tardía, (15 a los 19 años) usualmente ya se han desarrollado todos los cambios físicos más importantes aunque continúa en desarrollo físico y se desarrolla la capacidad del pensamiento analítico y reflexivo, se adquiere además, mayor confianza y claridad de opiniones, en contraparte, es la etapa más vulnerable en cuanto a estabilidad psicológica y emocional, factores sensibles que pueden llegar a afectar radicalmente el comportamiento del adolescente, llevándolo a un estado de depresión.(OMS,2018)

III.3 El uso del Internet en la población adolescente

A propósito, nuestra población de estudio, los adolescentes han encontrado un refugio social en las redes sociales, usando el internet como medio de comunicación, educación y/o entretenimiento. A continuación, mencionaremos algunos datos relevantes: El día mundial del internet es el 17 de mayo a nivel nacional. Según cifras de INEGI del año 2016 hasta el 70.5% de los cibernautas mexicanos son menores de 35 años y casi el 40% de los hogares presentan una conexión a internet. (INEGI, 2017)

III.4 Acceso al internet a nivel nacional

El acceso es predominante entre los jóvenes del país, donde el 57.4% de la población de seis años o más se declaró como usuaria de Internet, su uso es predominante en la población joven. Los usuarios recurrentes ingresan 1 o más días por semana, siendo hasta el 91.1% y a nivel mensual hasta el 98.4%, los usuarios inusuales son solo el 1.6%, la disponibilidad de Internet es predominante hasta en un 39.2%, las siguientes ciudades según su proporción son las siguientes Hermosillo 71.3%, Cancún 68.9%, Monterrey 65.3% y Querétaro 65.2%. Las principales actividades en el 2015: Búsqueda de información 88.7%; Medio de comunicación 84.1% y acceso a redes sociales entre el 71 y el 77 %. (INEGI, 2017)

III.5 Factores protectores para evitar el uso problemático del internet en adolescentes:

Dentro de ellos, encontramos las relaciones inter e intrapersonales, actualmente en la dinámica familiar se encuentra mermada la interacción entre los miembros de la familia y la evasión de los conflictos personales, escudándose en el uso de las redes sociales y el internet. Esto nos lleva a discutir el uso problemático del internet, donde encontramos las siguientes definiciones: “Adicción a Internet” en donde directamente no existe una adicción a Internet, sino problemas de conducta derivados del acceso a la diversidad de contenidos que provee la Internet. (Samada, Ariso, Plaza, 2014)

III.6 Uso problemático del internet en adolescentes:

Se refiere a la frecuencia en la navegación a sitios con servicios o contenido específico, como comercio electrónico, juegos de azar y juegos en línea. Por lo regular, estos sitios son frecuentados con bastante regularidad por los usuarios. (Samada, Ariso, Plaza, 2014)

III.7 Criterios diagnósticos del uso compulsivo del internet:

Ni en el DSM-V ni en el CIE-10 existe una categoría diagnóstica precisa que se refiera a la adicción al internet. El concepto de “adicción” se denomina como un estado de preocupación que se presenta como el producto de la relación con algo o alguien, misma que se mantiene como medio para conservar el propio control y equilibrio interno que le proporciona sensación de bienestar al individuo.

III.8 Factores de riesgo del uso problemático del internet:

Dentro de los factores de riesgo asociados encontramos el uso o abuso de sustancias o internet, la psicopatología y la ideación suicida, los cuales parecen estar relacionadas.

Las tasas obtenidas de consumo de las distintas sustancias y de uso de internet fueron: Alcohol, tabaco y otras drogas, así como el uso de internet desadaptativo o patológico: 14.53% en varones y 20.77% mujeres. Se ha observado una capacidad predictiva que va desde tentativas suicidas previas, síntomas depresivos, uso desadaptativo o patológico de internet. (Serrano et al., 2017)

Otro factor relacionado que se ha implicado entre el juego patológico, el abuso de Internet, videojuegos y la aparición de síntomas psicológicos, donde se estudiaron a jóvenes y adolescentes de entre 12 y 30 años, procedentes de centros asociados a la FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados) entre las conductas adictivas como la adicción al internet y los síntomas psicológicos excluyendo el caso entre el abuso de videojuegos, ya que estos presentan una sintomatología depresiva. (Estévez, et al., 2014)

El uso intensivo del Internet por parte de los adolescente, eleva la preocupación por los riesgos online, pues los adolescentes presentan una gran confianza durante la exposición involuntaria a contenidos inapropiados online (pornografía, violencia, promoción del alcohol y drogas o patologías alimentarias),

junto a la normalización de diversas fórmulas de ciberacoso y un porcentaje significativo de adolescentes que dedican un tiempo excesivo a navegar o que se manifiestan dependientes de determinados servicios de Internet.(García, López, García, 2014)

III. 9 Comportamiento suicida a nivel mundial:

Según la organización mundial de la salud (OMS), con información presentada en el año 2016, cada año, se suicida alrededor de 800 000 personas alrededor del mundo, un dato alarmante que da pie a la probable prevención, en donde por cada suicido consumado, también encontraremos más intentos suicidas y en estos, la posibilidad de prevención. Es alarmante que la segunda causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes dentro de los 15 a 29 años, sea el suicidio. Cabe destacar que, la mayoría de estos, son realizados en países de segundo y tercer mundo, donde figuran las siguientes formas de suicidio como las principales: La ingestión de plaguicidas; el ahorcamiento y el uso de armas de fuego (OMS, 2018)

III.10 Comportamiento suicida a nivel nacional:

Las entidades federativas que tuvieron mayores tasas de suicidio, por cada 100 000 habitantes, fueron Chihuahua 11.4% Aguascalientes 9.9%, Campeche y Quintana Roo 9.1% por cada 100 000 habitantes. En el estado de Querétaro presentamos una tasa de suicidio del 10.5% por cada 100 000 habitantes, según cifras de UMF No. 9 hasta septiembre del 2018 se habían presentado 16 intentos suicidas y en el año 2017 en la se presentaron 23 casos de intentos suicidas de los cuales 6 ya habían presentado un intento previo, 6 realizaron cita para atender esa problemática en la consulta, 5 se clasificaron como urgencia sentida en el servicio de Atención Medica Continua y 6 presentaron un intento que puso en peligro su vida y requirió hospitalización. (INEGI, 2017)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se celebra el día mundial del suicidio siendo el 10 de septiembre día en el cual se esclarecen los mitos y

realidades así como la importancia de su pronto diagnóstico para su tratamiento adecuado.

Es de gran importancia mencionar algunos datos acerca del suicidio, además de ciertos aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes, según un artículo de revisión de la revista mexicana de pediatría, se encuentra como la segunda causa de defunción entre los 10 a 24 años. Se prevé que a nivel global, alcanza las cifras de 1.8% en el año 1998 y para el año 2020 podría alcanzar el 2.4%. (IMSS, 2018)

III. 11 Comportamiento suicida a nivel estatal:

Durante el año 2016, la fiscalía reportó 103 casos de suicidios y en el año 2015 se presentaron 116 casos. El patronato psicológico Queretano (Psyque) presentó como factores de riesgo para la conducción al suicidio, la ansiedad y depresión asociada a factores sociales desencadenantes, tales como, violencia intrafamiliar, separaciones amorosas y bullying. Cabe subrayar que a los intentos consumados se agregan 35 intentos.

Un dato alarmante es que cada vez se presentan más intentos suicidas a etapas más tempranas, se han llegado a registrar casos en nuestro estado de menos de 10 años.

Autoridades de la Psyque nos mencionan sus consideraciones: Comenta Stephanie Hernández, coordinadora de terapeutas de la Psyque, que se sigue con la tendencia donde la mayoría de los casos consumados y hasta más del 80% son realizados por hombres; así como Olivia Barbosa, presidenta de la Psyque, presenta su consternación acerca de las tendencias suicidas en los adolescentes en el 2016.

Se reportó un niño de 8 años con intento suicida por ese mismo año una niña de 13 años se suicidó colgándose de un árbol, al parecer por una decepción amorosa, otro niño de 14 años en Pedro Escobedo, cometió el acto suicida

después de una discusión con sus padres. (El Universal periódico Querétaro, 2018)

III. 12 Definición del suicidio según la Organización Mundial de la Salud:

La OMS define el suicidio como “Un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada, donde el riesgo de suicidio se define como la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida. (Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2017)

La gravedad del riesgo de suicidio es un continuo, desde la sola ideación a la ideación suicida con un plan que tiene un riesgo más alto.

III.13 Factores de riesgo asociados al suicidio:

La detección de factores de riesgo, es una herramienta para la prevención del riesgo suicida, su aplicación en el departamento de urgencias tendría un impacto directamente en los servicios de emergencias, ya que, en su mayoría nunca han obtenido servicios de salud mental. Se obtuvo una muestra con 298 adolescentes que buscaban servicios de emergencia pediátricos o psiquiátricos (50% hombres, 83% blancos, 16% negros o afroamericanos, 5.4% hispanos) hasta el 98% reportó una ideación suicida grave o un intento de suicidio reciente (46% intento e ideación, 10% solo intento, 42% ideación sola) y el 27% el abuso de sustancias persiste un subgrupo de adolescentes que pueden tener un riesgo muy alto de suicidio debido a la combinación de depresión, abuso de alcohol y tendencias suicidas e impulsividad. (King., et al.,2016)

Es de gran importancia el adecuado y pronto diagnóstico, ya que una de las formas de prevenir el suicidio es precisamente en su intento, definiendo este

concepto como el comportamiento que lleva a cabo el individuo con la intención de morir.

Existen ciertos marcadores de riesgo que intervienen entre ellos el grado de planificación, que implica la elección de un tiempo y un lugar que minimicen la probabilidad de rescate o de interrupción, el estado mental del individuo en el momento del comportamiento puede también agravarse con algunos desencadenantes, como el reciente diagnóstico de una enfermedad letal, la pérdida brusca e inesperada de un pariente cercano o una pareja, la pérdida del empleo o ser desalojado del domicilio.

III.14 Criterios diagnósticos del trastorno de comportamiento

Suicida:

Según DSM V Trastorno de comportamiento suicida incluye las siguientes características:

- El individuo debe haber realizado, al menos, un intento de suicidio.
- Si otra persona disuade al individuo o éste cambia de idea antes de iniciar el comportamiento, no se debería realizar el diagnóstico.
- El acto no debe cumplir los criterios para la autolesión no suicida, es decir, no debe conllevar los episodios autolesivos repetidos al menos cinco veces en los últimos 12 meses.
- El acto no debe haberse iniciado durante un delirium o un estado de confusión.
- Si el individuo se intoxicó deliberadamente antes de iniciar el comportamiento para disminuir la ansiedad anticipatoria o minimizar la interferencia con el comportamiento que tenía planeado, se debería realizar la diagnóstica.

Mientras que los criterios diagnósticos para riesgo suicida mayormente se asocian a depresión, y lo más recurrentes son los usados por el Clasificación

Internacional de Enfermedades CIE10, publicada por la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Americana de Psiquiatría y el ya mencionado DSM V.

Estos a su vez, nos describían el episodio depresivo y lo clasificaban según su duración, menor de 2 semanas o bien, si duraba al menos 2 semanas, o si el episodio no es atribuible a un abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico y una puntuación de leve, moderado y grave

En esta clasificación, durante el Episodio depresivo leve: La persona es apta para continuar la mayoría de sus actividades; En el episodio depresivo moderado: El individuo tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias y mientras tanto, en el episodio depresivo grave: La persona presenta síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud, 2017).

Una persona, al presentar un episodio grave, vuelve clara la necesidad de estudiarlo, ahora bien, desde un enfoque preventivo, se hablará del riesgo suicida, que es un factor relacionado con la conducta suicida y es el resultado de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar desde una simple ideación, hasta el suicidio consumado.

Uno de los principales problemas que surgen al interpretar los hallazgos de los estudios acerca de la conducta suicida, es su baja representatividad, ya que el suicidio es una conducta infrecuente.

Dos estudios prospectivos con un seguimiento de 18-24 meses, observaron diferentes porcentajes de intento de suicidio entre el 8% y el 16. 6%, sin tomar en cuenta la gravedad del trastorno depresivo. En el primero, el riesgo de suicidio fue mayor en los periodos de remisión parcial y durante el episodio de remisión total. Los factores relevantes mencionados fueron la duración del episodio depresivo, los intentos de suicidio y la falta de pareja. En el segundo, los

factores de riesgo fueron la historia familiar de suicidios previos, los antecedentes de drogadicción o tabaquismo, los trastornos límite de la personalidad y la separación familiar en edad temprana y se encontró que las mujeres presentaron tres veces más riesgo suicida que los hombres. (Lawrence, et al., 2015)

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

IV.HIPÓTESIS

IV.1. Hipótesis general:

Ho. En adolescentes de 14 a 19 años con uso problemático del internet, el riesgo suicida se presenta en $\leq 62.2\%$ y en adolescentes sin uso problemático de internet el riesgo suicida es $\leq 34.4\%$.

Ha. En adolescentes de 14 a 19 años con uso problemático del internet, el riesgo suicida se presenta en un porcentaje $> 62.2\%$ y en adolescentes sin uso problemático de internet el riesgo suicida es $> 34.4\%$.

IV.2. Hipótesis específicas:

1.- Ho. En adolescentes de 14 a 19 años con uso problemático del internet el riesgo suicida se presenta en $\leq 62.2\%$ el riesgo suicida leve; y en adolescentes sin uso problemático de internet el riesgo suicida leve es $> o = 34.4\%$.

Ha. En adolescentes de 14 a 19 años con uso problemático del internet el riesgo suicida se presenta en $> 62.2\%$ el riesgo suicida leve; y en adolescentes sin uso problemático de internet el riesgo suicida leve es $< 34.4\%$

2.- Ho. En adolescentes de 14 a 19 años con uso problemático del internet el riesgo suicida se presenta en $\leq 62.2\%$ el riesgo suicida moderado; y en adolescentes sin uso problemático de internet el riesgo suicida moderado es $> o = 34.4\%$.

Ha. En adolescentes de 14 a 19 años con uso problemático del internet el riesgo suicida se presenta en $> 62.2\%$ el riesgo suicida moderado; y en adolescentes sin uso problemático de internet el riesgo suicida moderado es $< 34.4\%$

3.-Ho. En adolescentes de 14 a 19 años con uso problemático del internet el riesgo suicida se presenta en $\leq 62.2\%$ el riesgo suicida grave; y en adolescentes sin uso problemático de internet el riesgo suicida grave es $> o = 34.4\%$.

Ha. En adolescentes de 14 a 19 años con uso problemático del internet el riesgo suicida se presenta en $> 62.2\%$ el riesgo suicida grave; y en adolescentes sin uso problemático de internet el riesgo suicida grave es 34.4% .

Dirección General de Bibliotecas de la UJAQ

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general:

Determinar la asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes de 14 a 19 años.

V.2. Objetivos específicos:

- Determinar el uso problemático del internet en adolescentes de 14 a 19 años
- Determinar el riesgo suicida en adolescentes de 14 a 19 años
- Determinar si existe asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes de 14 a 19 años

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un transversal comparativo en adolescentes de 14 a 19 años que acudieron a la consulta externa y sala de espera de la UMF 9 de marzo 2020 a junio del 2020.

VI.2 Población o unidad de análisis

Adolescentes de 14 a 19 años, que acudieron a la consulta externa y la sala de espera de la Unidad Médica Familiar 9

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Fórmula para dos proporciones:

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2) (k)}{(p_1 - p_2)^2}$$

- n= número de participantes que se necesitan
- p1= 62.2% uso problemático= 0.62
- q1= (1-p1)= 0.38
- p2= 34.4 % = 0.34
- q2= (1-p2)= 0.66
- K=(Z α + Z β) PODER al 80% = 6.2%

$$n = \frac{((0.62) (0.38) + (0.34) (0.66)) [(6.2)]}{(0.62 - 0.34)^2}$$

$$n = \frac{(0.2356) + (0.2244) [(6.2)]}{(0.28)^2}$$

$$n = (0.46) [(6.2)]$$

0.0784

n= 2.852

0.0784

36.37 = 36 por grupo

- Grupo 1: Adolescentes sin uso problemático del internet que sean derechohabientes del IMSS de entre 14 a 19 años.
- Grupo 2: Adolescentes que tienen uso problemático del internet que sean derechohabientes del IMSS de entre 14 a 19 años.
- Se empleará el muestreo no probabilístico por conveniencia.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron adolescentes de 14 a 19 años, derechohabientes del IMSS, que desearon participar en el estudio con previo consentimiento informado y autorización del padre o tutor. Se excluyeron todos aquellos que contaran con historial psiquiátrico previo, así mismo, se eliminaron los cuestionarios que no fueron contestados en su totalidad.

VI.3.2 Variables estudiadas

Variabes sociodemográficas tales como: edad (años); sexo (hombre o mujer); escolaridad (secundaria, preparatoria); ocupación (estudiante, actividad sin remuneración económica, empleado, comerciante u obrero).

Variabes dentro de cada cuestionario como: riesgo suicida (sin, leve, moderado, grave); uso del internet (con y sin uso problemático).

VI.4 Técnicas e instrumentos

Los instrumentos fueron dos cuestionarios, el primero es el “Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Internet” El cuestionario consta de 10 ítems y valora el uso problemático del internet. Los ítems se elaboraron a partir de las

subescalas de conflictos inter e intrapersonales. La escala de respuestas es tipo Likert de cuatro puntos: 1 casi nunca, 2 algunas veces, 3 bastantes veces, 4 casi siempre. La puntuación total se alcanza sumando el subpuntaje. La suma total se clasifica como: no tiene problemas con el uso del internet de: 10 a 17, problemas ocasionales de: 18 a 25 puntos, uso problemático de 26 a 40 puntos de tal forma 0 a 17 puntos sin uso problemático y más de 18 puntos con uso problemático.

El siguiente cuestionario es el “Cuestionario para Detección de Riesgo Suicida en adolescentes” El riesgo suicida se midió a través del cuestionario de riesgo suicida que tiene 25 ítems, 22 detectan ideación suicida y 3 ítems que detectan intento suicida. La puntuación de las categorías se realiza en 0, 1, 2 puntos para cada ítem. La sumatoria de las 22 primeras categorías determina el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 44 puntos. El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0, 1, 2 según el número de intentos. La puntuación total se alcanza sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 50 puntos. Se clasifica como: Riesgo leve: 10 a 18, Riesgo moderado: 19-29, Riesgo grave: 30 o más.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la aprobación por el Comité Local de Investigación en salud, se solicitó la autorización por los directivos de la Unidad Medico Familiar No.9, contando con su aprobación el investigador principal acudió a la sala de espera en ambos turnos de lunes a domingo para identificar a los adolescentes que pudieran asistir a consulta y a los adolescentes acompañantes en la sala de espera, se les invitó a ellos y al padre/madre o tutor a participar en el estudio, brindando información verbal y escrita de su participación en el mismo, así como la firma de consentimiento informado a padre y tutor y asentamiento al adolescente, todo esto con la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia hasta obtener el tamaño de la muestra. Al aclarar las dudas se les llevo a los adolescentes a un área reservada la misma quedo pactada afuera del consultorio en el lugar que

habitualmente están las asistentes medicas a la vista de sus padres o tutores pero a su vez privacidad, contando a la vez con una área para sentarse y adecuada iluminación y se realizaron los instrumentos: “Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Internet” la sumatoria se clasifica como: de 0 a 17 sin uso problemático, 10 a 17 puntos no tiene problemas, 18 a 25 puntos problemas ocasionales, 26 a 40 puntos uso problemático del internet al termino se aplicó el “Cuestionario para Detección de Riesgo Suicida en adolescentes” con 25 ítems la sumatoria oscila entre 0 y 50 puntos. Se clasifica como: 10 a 18 riesgo leve, 19-29 riesgo moderado, 30 o más riesgo grave. Toda la información se dio a conocer a los padres de familia y los adolescentes, con la mayor privacidad que merece

VI.5.1 Análisis estadístico

La información se organizó en una base de datos en un programa estadístico SPSS y se efectuó el análisis descriptivo para organizar y describir las características principales de los datos reunidos y evitar generalizaciones.

El análisis estadístico fue descriptivo, con promedios y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas: Se sacaron también intervalos de confianza. El análisis inferencial fue con la prueba de X^2 .

VI.5.2 Consideraciones éticas

Se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual, se presentará para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013, se respeta el artículo 9 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La

responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento”. Así como el artículo 10 que refiere, “Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración”

Se realizaron las derivaciones correspondientes en caso de detectar uso problemático y/o riesgo suicida leve o moderado, se enviaron con su médico familiar para valorar envió a psicología y manejo integral. En caso de haber presentado riesgo suicida grave, se enviaron a Urgencias del HGR1 para interconsulta a psiquiatría y posible manejo hospitalario.

VII. RESULTADOS

CUADRO VII.1 Características sociodemográficas de los adolescentes con y sin uso problemático y riesgo suicida en adolescentes

N =115
Grupo 1:36
Grupo 2: 79

Variables sociodemográficas		Uso problemático de internet Promedio	Sin uso problemático de internet Promedio	Valor de p
Edad		16.78	16.39	0.262
Sexo		%	%	
	Hombre	40.5	25	0.107
	Mujer	59.5	75	
Escolaridad				
	Secundaria	34.2	41.7	0.285
	Preparatoria	65.8	58.3	
Ocupación				
	Estudiante	83.3	81	0.326
	Actividad sin remuneración económica	0	5.1	
	Empleado	13.9	7.6	
	Obrero	2.8	6.3	

X² significativo cuando la p es ≤ 0.05.

Fuente. Hoja de datos el protocolo titulado: "Asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes".

En los dos grupos, tanto el de uso problemático de internet, como el de uso no problemático, predominó el género femenino con 59.5% y 75% respectivamente. En los dos grupos predominó la escolaridad preparatoria y la

actividad estudiante, estuvo presente en su mayoría en los dos grupos, sin que la diferencia fuera estadísticamente significativa.

CUADRO VII.2 Prevalencia del riesgo suicida en los adolescentes

N =115

Riesgo suicida	Uso problemático del internet	IC 95%	
	(%)	Inferior	Superior
Sin riesgo	7.6	2.8	12.4
Riesgo leve	40.5	31.5	49.5
Riesgo moderado	48.1	39	57.2
Riesgo grave	3.8	0.3	7.3

Fuente. Hoja de datos el protocolo titulado: "Asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes".

De los 115 adolescentes el riesgo suicida moderado se presentó en mayor porcentaje con 48.1 IC 95% (39-57.2), seguido del leve con 40.5% IC 95% (31.5-49.5).

CUADRO VII.3 Asociación del uso problemático del internet y riesgo suicida en adolescentes

N =115
 Grupo1:36
 Grupo 2: 79

Riesgo suicida	Uso problemático del internet	Sin uso problemático del internet	X ²	p
Sin riesgo	7.60%	44.40%		
Riesgo leve	40.50%	41.70%	6.671	0.000
Riesgo moderado	48.10%	13.90%		
Riesgo grave	3.80%	0.00%		

X² significativo cuando la p es ≤ a 0.05

Fuente. Hoja de datos el protocolo titulado: "Asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes".

El riesgo suicida leve fue de 40.5% en el grupo con uso problemático de internet y en grupo sin uso problemático fue de 41.7%. El riesgo suicida moderado fue de 48.1% en el grupo con uso problemático de internet y de 13.9% en el grupo sin uso problemático. El riesgo suicida grave se presentó en el 3.8% en el grupo con uso problemático. Con diferencia estadísticamente significativa (p=0.000).

CUADRO VII.4 Asociación entre el sexo y el uso problemático de internet

Sexo	Uso problemático de internet	Sin uso problemático de internet	p
Hombre	78.0	22.0	0.079
Mujer	63.5	36.5	
Total	100	100	

X^2 significativo cuando la p es \leq a 0.05

Fuente. Hoja de datos el protocolo titulado: "Asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes".

Los hombres tuvieron mayor porcentaje de uso problemático de internet con 78.0% en comparación con las mujeres con 63.5%, sin diferencia estadísticamente significativa $p=0.079$.

CUADRO VII.5 Asociación entre el riesgo suicida y el sexo

Sexo	Sin riesgo %	Riesgo leve %	Riesgo moderado %	Riesgo grave %	p
Hombre	36.4	31.9	39.5	33.3	
Mujer	63.6	68.1	60.5	66.7	0.901
Total	100	100	100	100	

Fuente. Hoja de datos el protocolo titulado: "Asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes"

La asociación de riesgo suicida y el sexo. En general las mujeres tienen mayor porcentaje de riesgo que los hombres, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa.

VIII. DISCUSIÓN

La presente investigación aborda un tema poco estudiado y por demás, no tratado en la población mexicana. Al ser el uso de internet tan común en los tiempos modernos, pocas veces se piensa en asociarlo con una de las principales patologías comunes en los adolescentes como lo es el riesgo suicida. Sin embargo, también el riesgo suicida en este grupo etario ha ido cobrando relevancia, presentándose con un origen multifactorial, por lo que, uno de estos podría ser el uso de las redes sociales de manera compulsiva, motivo por el cual, se estriba la sospecha diagnóstica de la asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes, todo esto en un primer nivel de atención donde se puede influir en la detección oportuna de las principales variables ya mencionadas, siendo éstas imperativas para la prevención del suicidio en la población adolescente.

Ahora bien, en cuanto a la frecuencia del uso problemático del internet y riesgo suicida en adolescentes, no hay estudios previos que hayan usado los mismos instrumentos para establecer dicha relación.

Los adolescentes que participaron en esta investigación fueron seleccionados al azar, así mismo, no contaban con un factor de riesgo determinado. En este estudio se encontraron resultados muy similares a estudios previamente realizados en donde sí había un uso problemático del internet en su mayoría presentado en el rango de los 16 años, inclinado al lado femenino, sin ser concluyente, ya que, al momento de realizar el cuestionario, la mayor participación fue hecha por mujeres, por otro lado, un factor influyente fue la escolaridad, predominando el nivel de preparatoria refiriendo que la encuesta era para uso académico.

Si bien, se encontró hasta un 44.4% se encuentran sin uso problemático y solo un 3.8% con uso problemático grave mismos que fueron debidamente enviados al servicio de urgencias del hospital general zona 1. El riesgo moderado es de hasta 48.10%, seguido del riesgo leve 40.50% de la población evaluada,

quienes fueron enviados a la consulta externa para ser contra referidos al servicio de psicología por su médico familiar para continuar su seguimiento. Algunos desconocían que presentaban estos rasgos y sin riesgo suicida 7.6%

Es importante mencionar que se debe dar seguimiento, pues, en su gran mayoría presentaban un uso problemático del internet y riesgo suicida moderado.

Se sabe que no es la única herramienta de tamizaje o bien, diagnóstico, pero es de utilidad para acercar esta clase de información a una población en riesgo, y de esta forma, poder propiciar en la vida, una mejor salud y atención mental de forma oportuna en un primer nivel de atención, antes de presentar desenlaces fatales.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

IX. CONCLUSIONES

De la población estudiada con las siguientes características sociodemográficas en cuanto al género se encontró que un 59.5% eran mujeres y un 40.5% hombres sin ser esta una diferencia significativa

Ahora bien, de acuerdo con la escolaridad hubo un predominio de preparatoria con un 58.3% en comparación con 41.7% de secundaria y como actividad estudiante con un 83.3% donde se refirió su uso para fines académicos, denotando que estas diferencias no son estadísticamente significativas.

La prevalencia del riesgo suicida fue en su mayoría moderado con 48.1% IC95% (39-57.2), seguido del leve con 40.5% IC95% (31.5-49.5).

La asociación del uso problemático del internet y riesgo suicida leve fue de 40.5% en el grupo con uso problemático de internet y en grupo sin uso problemático fue de 41.7%. El riesgo suicida moderado fue de 48.1% en el grupo con uso problemático de internet y de 7.6% en el grupo sin uso problemático. El riesgo suicida grave se presentó en el 3.8% en el grupo con uso problemático. Con diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$).

Los hombres presentaron mayor porcentaje de uso problemático de internet con 78.0%, las mujeres con 63.5%, sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0.079$).

La asociación de riesgo suicida y el sexo, en general las mujeres tienen mayor porcentaje de riesgo que los hombres, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa. Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

X. PROPUESTAS

- Realizar cuestionarios de uso problemático del internet y riesgos suicida en adolescentes, que se trabajaron en este estudio. Con esto se puede hacer un breve tamizaje oportuno a pacientes que presenten uso problemático del internet y riesgo suicida teniendo como consecuencia detectar para mejorar la salud mental de los adolescentes y prevenir desenlaces fatales, esto a su vez tiene un impacto social manteniendo la estructura familiar al tener un sano desarrollo individual, podrá entrar en plenitud a la etapa laboral y como mínimo se tendrá en cuenta las conductas de riesgo que pueden orillar a conductas antisociales y peligrosas a nuestros adolescentes.

- Realizar tamizaje a los adolescentes del uso problemático y riesgo suicida utilizando los instrumentos de la presente investigación, debido a su fácil aplicación incluso podría ser usada dentro de los grupos de Juvenimss de ayuda para establecer un pronto diagnóstico y derivación oportuna.

- Realizar estrategias para la prevención oportuna con ayuda del uso de aplicaciones de tiempo en pantalla para limitar el tiempo de exposición y establecer restricciones con control parental durante las horas de estudio y también en tiempos inapropiados

- Proponer una regulación legislada de los sitios web, aplicaciones, redes sociales en los cuales naveguen los adolescentes para evitar la sobreexposición a contenidos que pudieran resultar lascivos o inapropiados dándole un adecuado nombre a la corrupción de menores y penándolo como está establecido en la ley

- Realizar campañas publicitarias para la concientización a padres de familia y público en general y establecer un programa específico en sector salud para esta problemática como línea de ayuda para adicciones al internet redes e implicaciones en el suicidio de adolescentes

- Realizar otro tipo de diseño de estudio donde se puedan separar como casos y controles para así continuar y mejorar su validez científica así mismo dar seguimiento y propiciar un cambio permanente en términos de salud mental.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

XI. BIBLIOGRAFÍA

Bousoño S. M., Al-Halabí S., Burón P., Garrido M., Díaz Mesa E.M, Galván G. et.al., 2017. Substance use or abuse, internet use, psychopathology and suicidal ideation in adolescents. Adicciones.Vol.29. (2). Págs. 1-8.

Castro B. S., Mahamud R. K., 2017. Procrastinación Académica y Adicción a internet en estudiantes universitarios de lima. Av.psicol. Vol.25. (2). Pags. 189-197.

Cheng C, Yee-lam Li A., 2014. Internet Addiction Prevalence and Quality of (Real) Life: A Meta-Analysis of 31 Nations Across Seven World Regions. Revista Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking.2014. Hong Kong. Vol. 17(12)

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud.F30-39.2017.Trastornos del humor (afectivos). F32 Episodios depresivos. DSM IV.(internet).Disponible desde: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F32.html

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del inventario. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).2013. Disponible desde: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

El Universal periódico Querétaro.2016. Bajan Suicidios durante el 2016. Especialistas han atendido casos de niños de hasta ocho años de edad. Disponible desde: <http://www.eluniversalqueretaro.mx/portada/29-12-2016/bajan-suicidios-durante-2016>

Estévez G. A., Herrero F. D., Sarabia G. I., Jáuregui B. P., 2014. El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el

Alcoholismo y las otras Toxicomanías. Adicciones. Vol. 26(4). Págs.282-290.

Estrada A. B. D., Delgado A. C., Landero H. R., González R. M. T., 2015 Propiedades Psicométricas del Modelo Bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios.

García B. C., López de Ayala L. M. C., García J. L. A., 2014.Los riesgos de los adolescentes en Internet los menores como actores y víctimas de los peligros de Internet. Revista Latina de Comunicación Social. Vol.4. (69).Págs. 462-485.

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.2017. Disponible desde: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado01/introduccion.html

Guías de práctica clínica en el SNS. Escala de Depresion Montgomery Asberg.2018. Disponible desde: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018. Infografía, Día mundial para la prevención del suicidio. (Internet). 2018. Disponible desde: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/infografias/prevencion-suicidio>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2017. Aumentan uso de internet, teléfonos inteligentes y tv digital: encuesta nacional sobre disponibilidad y uso de tecnologías de la información en los hogares. Disponible desde: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/especiales/especiales2017_03_02.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2018. "Estadísticas a Propósito del... Día Mundial para la Prevención del Suicidio" Datos Nacionales. Disponible desde: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2017. "Estadísticas a Propósito del... día Mundial de Internet (17 de mayo)". Disponible desde: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/internet2017_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2017. "Estadísticas a Propósito del... día Mundial de Internet (17 de mayo)" Datos Nacionales. Disponible desde: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/internet2017_Nal.pdf

[King C. A., O'Mara R. M., Hayward C. N., Cunningham R. M., 2016...](#) Adolescent Suicide Risk Screening in the Emergency Department. [Acad Emerg Med](#). Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5036443/>

Lawrence D. Johnson S., Hafekost J., Boterhoven de Haan K., Sawyer M., et al. 2015. The Mental Health of Children and Adolescents. Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing Disponible desde: [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/\\$File/child2.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/$File/child2.pdf)

Organización Mundial de la Salud. 2018. Desarrollo en la adolescencia. Disponible desde: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 2018. Datos y cifras. (Internet). 24 de agosto de 2018. Disponible desde: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 2018. Datos y cifras. Disponible desde: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Pacheco J. R., Rangel N. K., or, Briceño M. L., Saura I.2016. Experiencias relacionadas con el uso de internet celular Universitarios. Vol. 49. (1). No. Págs. 7-22.
- Padilla R. C., Ortega B. J., 2017. Adicción a Redes Sociales y Sintomatología Depresiva en Universitarios. Casus. Centro de Terapias Integrales. Vol. 2. (1).Págs. 47-53.
- Puerta C. D. X. Cortés, Carbonell X.2013.Usó problemático de Internet en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. Avances en Psicología Latinoamericana. Bogotá Colombia. Vol. 31. (3). Págs. 620-631.
- Purriños M. J., 2018. Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale Disponible desde: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
- Rangel G. C. X, Suárez B. M. F., Escobar C. F., 2015. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina Departamento de Psiquiatría. Rev. Fac. Med., Vol. 1. (4).Págs. 707-716.
- Rengifo C. A., Ferrúa L. M., Wildman V. Q. 2015. Funcionamiento familiar y adicción a internet en estudiantes de una institución educativa pública de Lima Norte. Universidad Peruana Unión. Revista Científica de Ciencias de la Salud. Vol. 8. (2). Págs. 9-17.
- Rial B. A., Golpe F. S., Gómez S. P., Barreiro C. C., Couto.2015. Variables asociadas al uso problemático de internet entre adolescentes. Health and addictions: salud y drogas.Vol.15. (1). Págs. 25-38.
- Rial B. A., Golpe F.S., Gómez S. P., Barreiro C.C., 2015. Variables asociadas al uso Problemático de Internet entre adolescentes. Instituto de Investigacion de Drogodependencias. Vol. 15. (1). Págs. 25-38.

Rivero E., 2014. Unocero. Ciencia. México. Disponible desde: <https://www.unocero.com/ciencia/china-centros-de-rehabilitacion-para-adictos-a-internet/>

Sahagún C. M. N., Cuevas Martínez C. B. A., Delgado Q. E. G., Gerónimo Salamanca R. C. G., 2015. Adicción a redes sociales y su relación con problemas de autoestima en la población de 15 a 19 años en población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica MD. Vol. 6. (4) Págs. 285-289.

Samada M.C., Ariso J.M., Plaza J. 2014. La adicción a Internet y la terapia familiar sistémica como propuesta para favorecer un buen uso de la red. Universidad Internacional de La Rioja. Versión PDF. Págs. 1-9

Xavier C. 2014. La adicción a los videojuegos en el DSM-5. Universidad Ramón Blanquera. Adicciones. Vol.26. (2). Págs.91-95.

XII. ANEXOS



FORMATO DE SOLICITUD DE SERVICIOS (4-30-200) INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



 **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

SOLICITUD DE SERVICIOS

ORDINARIO
URGENTE

NOMBRE _____ NSS _____
PARA SER ATENDIDO POR _____

ENVIADO POR _____

FECHA _____

FORMA 4-30-200

4-30-200

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

XII.1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE

DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“LA ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DEL INTERNET Y EL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES”



Nombre: _____

Grado _____ Grupo: _____

Folio: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIALES													
EDAD (años)	SEXO	ESCOLARIDAD	OCUPACION										
()	1. Hombre	1. Secundaria	1. Estudiante										
	2. Mujer	2. Preparatoria	2. Actividad sin remuneración económica.										
			3. Empleado										
			4. Comerciante										
			5. Obrero										
<p>RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS:</p> <p>CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON EL INTERNET</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">No Tiene Problemas</td> <td style="text-align: center;">Uso problemático</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10 a 17 Puntos</td> <td style="text-align: center;">18 o más</td> </tr> </table> <p>CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">Riesgo Leve</td> <td style="text-align: center;">Riesgo Moderado</td> <td style="text-align: center;">Riesgo Grave</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10 a 18 Puntos</td> <td style="text-align: center;">19 a 29 Puntos</td> <td style="text-align: center;">30 o más Puntos</td> </tr> </table>				No Tiene Problemas	Uso problemático	10 a 17 Puntos	18 o más	Riesgo Leve	Riesgo Moderado	Riesgo Grave	10 a 18 Puntos	19 a 29 Puntos	30 o más Puntos
No Tiene Problemas	Uso problemático												
10 a 17 Puntos	18 o más												
Riesgo Leve	Riesgo Moderado	Riesgo Grave											
10 a 18 Puntos	19 a 29 Puntos	30 o más Puntos											

XII.2 INSTRUMENTO 1

CUESTIONARIO DEL USO PROBLEMÁTICO DEL INTERNET INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



“LA ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DEL INTERNET Y EL
RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES”

Nombre: _____

Grado _____ Grupo: _____. Folio: _____

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON EL INTERNET	CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON EL INTERNET			
	ÍTEMS	Casi nunca 1	Algunas veces 2	Bastantes veces 3
1. ¿Con qué frecuencia haces nuevas amistades con personas conectadas a Internet?				
2. ¿Con qué frecuencia abandonas las cosas que estás haciendo para estar más tiempo conectado a la red?				
3. ¿Piensas que tu rendimiento académico o laboral se ha visto afectado negativamente por el uso de la red?				
4. Cuando tienes problemas, ¿conectarte a Internet te ayuda a evadirte de ellos?				
5. ¿Con qué frecuencia anticipas tu próxima conexión a la red?				
6. ¿Piensas que la vida sin Internet es aburrida, vacía y triste?				
7. ¿Te enfadas o te irritas cuando alguien te molesta mientras estas conectado?				
8. ¿Cuándo no estás conectado a Internet, te sientes agitado o preocupado?				

9. ¿Cuándo navegas por Internet, te pasa el tiempo sin darte cuenta?				
10. ¿Te resulta más fácil o cómodo relacionarte con la gente a través de Internet que en persona?				
TOTAL:				
No tiene	Problemas ocasionales	Uso problemático		
10 a 17 puntos	18 a 25 puntos	26 a 40 puntos		

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

XII.2 INSTRUMENTO 2



CUESTIONARIO DEL RIESGO SUICIDA INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



“LA ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DEL INTERNET Y EL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES”

Nombre: _____

Grado _____ Grupo: _____

Folio: _____

CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

ÍTEMS	0	1	2
	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
1. ¿Tienes conflictos frecuentes con tu familia?			
2. ¿Tienes conflictos con tus compañeros/as?			
3. ¿Actúas de forma violenta en casa o en el instituto?			
4. ¿Mantiene unos hábitos adecuados de higiene y aseo personal?			
5. ¿En tu familia ha habido algún suicidio?			
6. ¿Tomas drogas o alcohol?			
7. ¿Tu rendimiento académico es bajo?			
8. ¿Tienes problemas sentimentales?			
9. ¿Has tenido abuso sexual?			
10. ¿Has recibido maltrato físico?			
11. ¿Te aburres continuamente?			
12. ¿Tus padres toman drogas o alcohol?			
13. ¿Te sientes estresado/a?			
14. ¿Tienes alucinaciones o pensamientos extraños?			
15. ¿Has vivido algún suceso de acoso?			
16. ¿Duermes con normalidad?			
17. ¿Comes bien de forma habitual?			
18. ¿Tienes dolores de cabeza, estomago, ansiedad?			
19. ¿Piensas que eres una mala persona?			
20. ¿Te muestras poco tolerante a los elogios o a los premios?			

21. ¿Tienes alguna situación familiar que te preocupe?			
22. Lanzas indirectas a familiares o amigos/as del tipo no me veréis más, nada me importa...			
23. Has deseado alguna vez estar muerto/a			
24. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?			
25. ¿Has intentado suicidarte? Ningún intento Un intento Dos intentos Tres o más			
Total:			
Sin riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	
0 a 9 puntos	10 a 29 puntos	19 a 29 puntos	
Riesgo grave			
30 o más puntos			

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

XII.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

del estudio:	Asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes
Patrocinador externo (si aplica) *:	No aplica.
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF 09 delegación Querétaro, Marzo 2020
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes
Procedimientos:	Se acudirá a la sala de espera en ambos turnos de Lunes a Domingo donde se identificarán a los adolescentes que pudieran asistir a consulta y a los adolescentes acompañantes, se les invitara a ellos y a padre/madre o tutor a participar en el estudio, dándose información verbal y escrita de su participación en el mismo, se les solicitará firma de consentimiento informado a padre y tutor y asentamiento al adolescente. Una vez que se firmó el consentimiento y se aclararon dudas se llevara a los adolescentes a un área específica asignada para la aplicación de los instrumentos a la vista de sus padres pero con privacidad para entablar una conversación y procederá a la aplicación de los instrumentos: "Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Internet" y "Cuestionario de Riesgo Suicida en los Adolescentes", el resultado se informara a padres o tutores y en caso de detectar uso problemático y/o riesgo suicida leve o moderado se enviara (4.30.200) con médico familiar para valorar envío a psicología y manejo integral; en caso de riesgo suicida grave, se enviara a Urgencias HGR1 para interconsulta a psiquiatría y posible manejo hospitalario.
Posibles riesgos y molestias:	Al contestar los instrumentos posible percepción de pérdida de tiempo e intimidad invadida.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la posible asociación entre el uso del internet y el riesgo suicida en adolescentes Se canalizara en caso de alteración Médico Familiar
Información sobre resultados y alternativas De tratamiento:	Brindar información oportuna sobre los resultados obtenidos canalizar, al servicio de medicina familiar y/o psicología a los pacientes que lo requieran.
Participación o retiro:	El retiro del estudio no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	La información otorgada será anónima y confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autorizo que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre resultados obtenidos y derivación a atención médica en caso necesario.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz. Especialista en Medicina Familiar UMF 9. Celular: 442 364 6628. Correo electrónico: dr.montesdeoca@hotmail.com
Colaboradores:	Gloria Nenúfar Pardo Ruiz Médico Residente de Medicina Familiar UMF 9 Celular: 461 145 85 62 Correo electrónico: neglopa@mail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 5627 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica. **Clave: 2810-0**



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación entre el uso del internet y el riesgo suicida en adolescentes
Patrocinador externo (si aplica) *:	No aplica.
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF 09 delegación Querétaro, Marzo del 2020
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar asociación entre el riesgo suicida y uso problemático del internet en adolescentes
Procedimientos:	Se acudirán a la sala de espera en ambos turnos de Lunes a Domingo donde se identificaran a los adolescentes que pudieran asistir a consulta y a los adolescentes acompañantes, se les invitara a ellos y a padre/madre o tutor a participar en el estudio, dándose información verbal y escrita de su participación en el mismo, se les solicitara firma de consentimiento informado a padre y tutor y asentamiento al adolescente. Una vez que se firmó el consentimiento y se aclararon dudas se llevara a los adolescentes a un área específica asignada para la aplicación de los instrumentos a la vista de sus padres pero con privacidad para entablar una conversación y procederá a la aplicación de los instrumentos: "Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Internet" y "Cuestionario de Riesgo Suicida en los Adolescentes", el resultado se informara a padres o tutores y en caso de detectar uso problemático y/o riesgo suicida leve o moderado se enviara (4.30.200) con médico familiar para valorar envió a psicología y manejo integral; en caso de riesgo suicida grave, se enviara a Urgencias HGR1 para interconsulta a psiquiatría y posible manejo hospitalario.
Posibles riesgos y molestias:	Al contestar los instrumentos posible percepción de pérdida de tiempo e intimidad invadida.
Posibles beneficios que recibirá al participar En el estudio:	Conocer la posible asociación entre el uso del internet y el riesgo suicida en adolescentes Se canalizara en caso de alteración Medico Familiar
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Brindar información oportuna sobre los resultados obtenidos canalizar, al servicio de medicina familiar y/o psicología a los pacientes que lo requieran.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	La información otorgada será anónima y confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autorizo que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica)	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre resultados obtenidos y derivación a atención médica en caso necesario.

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

Investigador Responsable:	Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz. Especialista en Medicina Familiar UMF 9. Celular: 442 364 6628. Correo electrónico: dr.montesdeoca@hotmail.com
Colaboradores:	Gloria Nenúfar Pardo Ruiz Médico Residente de Medicina Familiar UMF 9 Celular: 461 145 85 62 Correo electrónico: neglopa@mail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 5627 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y/o firma del adolescente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y Firma del padre de familia

Testigo

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica. **Clave: 2810-009**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de asentimiento en menores de edad (14 a 17 años)

Nombre del estudio: "Asociación entre el uso problemático del internet y el riesgo suicida en adolescentes en la unidad Médico Familiar 9 de Querétaro".

Número de registro institucional _____

Objetivo del estudio y procedimientos _____

Hola, mi nombre es Gloria Nenúfar Pardo Ruiz y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca del uso problemático de internet y el riesgo suicida en adolescentes. Para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en realizar una encuesta.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes negarte. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco será un inconveniente.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor, pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que indica "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ