



FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. RAFAEL SERRANO –
IMSS BIENESTAR

“DETECCION DE ADICCION A REDES SOCIALES EN
MEDICOS RESIDENTES DEL ESTADO DE PUEBLA, EN
EL AÑO 2025”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRIA



PRESENTA:

VICTOR GABRIEL CONTRERAS MOLINA

DIRECTOR:

DR. MARCO ANTONIO PUENTE LOPEZ

ASESOR:

DR. ENRIQUE TORRES RASGADO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DRA. NORMA EDITH BRETON TOVAR

PROFESOR TITULAR: JORGE ALFREDO GAYOSSO DEL
VALLE

H. PUEBLA DE Z. FEBRERO 2026

INDICE

Numero de pagina

I. Antecedentes generales	1
1 Conceptualización de adicciones	1
1.1 Definición de adicción	1
2.0 Neurobiología de las adicciones	1
2.1 Generalidades de la neurobiología de las adicciones	1
2.2.1 Mecanismos neurobiológicos de la etapa de refuerzo agudo / consumo	2
2.2.2 Mecanismos neurobiológicos de la etapa escalada / dependencia	2
2.2.3 Mecanismos neurobiológicos de la etapa abstinencia /afecto negativo / dependencia	3
3.0 Genética de las adicciones	3
3.1 Generalidades de la genética relacionada con las adicciones	3
4.0 Conceptualización de conductas adictivas	5
4.1.1 DSM V-TR	5
4.1.2 CIE 11	5
4.2.1 Conductas adictivas	6
4.2.2 Tipos de conductas adictivas	6
4.3 Trastorno de juego patológico	6
4.4 Trastorno por videojuegos	7
4.5 Trastorno de adicción a internet	8
4.6 Teléfonos inteligentes	10
4.7 Adicción a teléfonos inteligentes	11
5.0 Tratamiento	13
6.0 Conceptualización de redes sociales	14
6.1 Definición de redes sociales	14
6.2 Tipos de redes sociales	14
7.0 Estadísticas del uso de redes sociales	15
8.0 Aspectos de las redes sociales a nivel comunitario	15
Antecedentes particulares (específicos)	16
9.0 Adicción a las redes sociales	16
9.1 Definición y estadística de la adicción a redes sociales	16
9.2 Fisiología de la adicción a redes sociales	19
9.3 Uso de redes sociales en profesionales de la salud	19

9.4 Patrón de uso de redes sociales	20
9.5 Adicción a redes sociales en profesionales de la salud	21
10.0 Prueba “SMAS-SF”	21
11.0 Justificación	21
12.0 Planteamiento del problema	23
13.0 Pregunta investigación	24
14.0 Hipótesis científica	24
15.0 Objetivos	24
15.1 Objetivos generales	24
15.2 Objetivos particulares (específicos)	24
16.0 Materiales y métodos	24
16.1.1 Diseño del estudio	24
16.1.2 Ubicación espacio temporal	24
16.2 Estrategia de trabajo	25
16.3 Muestreo	26
16.4 Definición de la unidad de población	26
16.4.1 Selección de la muestra	26
16.5.0 Criterios de selección de las unidades de muestreo	26
16.5.1 Criterios de inclusión	26
16.5.2 Criterios de exclusión	27
16.5.3 Criterios de eliminación	27
16.6 Tamaño de la muestra	27
16.6.1 Formula para el tamaño de la muestra	28
16.7 Definición de las variables y escalas de medición	28
16.7.1 Tabla de variables	28
16.8 Método de recolección de datos	32
17.0 Logística	33
17.1.1 Recursos humanos	33
17.1.2 Recursos materiales	34
17.1.3 Recursos financieros	34
17.2 Cronograma de actividades	34
17.2.1 Grafica de Gantt	34

18.0 Bioética	35
19.0 Resultados	36
20.0 Discusión	41
21.0 Conclusión	43
22.0 Consideraciones futuras	44
23.0 Agradecimientos	44
24.0 Bibliografía y referencias	45
25.0 Anexos	53

Resumen

El presente estudio analizo una muestra de 158 médicos residentes del estado de Puebla, México, con el fin de identificar un patrón de comportamiento adictivo relacionado con el uso específico de redes sociales. Utilizando la escala validada en población mexicana “SMAS-SF” que evalúa cuatro dimensiones de comportamiento adictivos por medio de un cuestionario de tipo Likert, se obtuvo como resultado una positividad del 5.6% de la muestra, considerando la afectación predominante de tres de cuatro dimensiones que comprenden el área de evaluación de la prueba, notando mayor riesgo con los ítems involucrados con la “necesidad de estar conectado a redes sociales”. Aun así, resaltamos la importancia del estudio a futuro de las múltiples variables de riesgo individual que pudieran estar involucradas y condicionar en mayor o menor medida el comportamiento adictivo en individuos particulares expuestos.

Introducción

En los últimos años, con el avance de la neurobiología, se ha permitido identificar nuevos elementos involucrados con la etiopatogenia de enfermedades mentales de todo tipo, incluyendo las adicciones; y respecto a estas, los avances han concluido que la generación y perpetuación de las adicciones sucede desde el involucro de factores biológicos y psico sociales, que pueden variar en cada población, pero que pueden desarrollarse no solo con el consumo de sustancias, sino también por medio de ciertos comportamientos cronificados no relacionados con el uso de sustancias que terminan por modificar el funcionamiento neuro bioquímico. El presente estudio analiza el comportamiento adictivo relacionado con el uso de las redes sociales en una población de médicos residentes del estado de Puebla en México, con el fin de identificar riesgos sanitarios relativamente nuevos y poco estudiados relacionados con el advenimiento y desarrollo de las tecnologías en la vida contemporánea, ya que estos dispositivos tecnológicos se han universalizado al punto de estar presentes en todos los sectores de la población.

Antecedentes generales

1. Conceptualización de las adicciones

1.1 Definición de adicción

Una adicción es un trastorno mental caracterizado por la necesidad de consumir una sustancia psicoactiva o de realizar una actividad compulsivamente a pesar del impacto negativo en la salud (World Health Organization, 2018).

Se define como la dependencia de sustancias o actividades dañinas para la salud o el equilibrio psíquico según la Real Academia Española (RAE, 2023).

Históricamente, la conceptualización de la “adicción” se ha explicado por modelos biomédicos que refuerzan la idea de que quien sufre la adicción, es el “adicto”, adjetivo calificativo que funciona como etiqueta definitoria que afecta la percepción del problema, sus posibles soluciones disponibles y recaídas, sin embargo, al relacionar la conducta adictiva a una enfermedad, las personas pueden sentir alivio o liberación al encontrar una explicación y un posible tratamiento para su situación (De Amores & Martinez, 2025).

2.0 Neurobiología de las adicciones

2.1. Generalidades de la neurobiología de las adicciones

La neurobiología pretende comprender los cambios a nivel molecular, celular y de los distintos neuro circuitos, en el caso de las adicciones, se ha visto que la influencia neurobiológica individual y los distintos factores ambientales vulneran a la aparición de las conductas adictivas (Semaan & Khan, 2023).

Las adicciones incluyen la activación de los circuitos de recompensa, estados emocionales negativos y cambios cognitivos mediados por circuitos neurobiológicos de los ganglios basales, sistema límbico, la amígdala, y la corteza cerebral, así como circuitos neuro bioquímicos que median la neuro plasticidad del refuerzo positivo, habito compulsivo y afectos negativos. (Semaan & Khan, 2023).

La adicción a sustancias puede conceptualizarse como un ciclo recurrente de tres etapas: refuerzo agudo/consumo, abstinencia/afecto negativo, y preocupación/anticipación (deseo), que implica cambios neuroplásticos en los sistemas de recompensa cerebral, estrés y función cognitiva, que pueden reflejarse

en el deterioro psicológico y en los estudios de imagenología cerebral (Horseman & Meyer, 2019).

2.2.1 Mecanismos neurobiológicos de la etapa de refuerzo agudo/consumo

Una etapa que depende en gran medida de la función alterada de la vía mesolímbica, que inicia con las respuestas de gratificación o placer por el consumo específico de una sustancia originando un refuerzo positivo e impulsividad consecuente a través de la activación de células dopaminérgicas que parten del área tegmental ventral y se dirigen específicamente al núcleo accumbens, globo pálido, amígdala e hipocampo (Koob & Volkow, 2016).

Este “secuestro” dopaminérgico de la vía mesolímbica activa la motivación continua que genera el aprendizaje asociativo, las respuestas condicionadas y la tolerancia, sin embargo, hay diferencias individuales genéticas y neurobiológicas en cada sistema mesolímbico que determinaran los mecanismos particulares de sensibilidad, teniendo en cuenta que, además, otros sistemas se ven implicados, sobre todo del GABA, glutamato, endocannabinoides y opioides endógenos (Feltenstein et. al. 2021).

2.2.2 Mecanismos neurobiológicos de la etapa de escalada/dependencia

Sucede por la activación dopaminérgica de la vía mesocortical, la cual promueve comportamientos continuos de “búsqueda” al asociar estímulos gratificantes (droga) con acciones, contextos y efectos específicos, lo que termina por dominar la producción conductual independiente de acciones dirigidas a objetivos causando pérdida de la conducta controlada (Koob & Volkow, 2016))

En la formación de estos hábitos “estimulo-respuesta”, parece estar involucrado sobre todo el circuito cortico-estriado-talámico, sobre todo el cuerpo estriado dorsal, pues es una zona hiperactiva relacionada con este tipo de conductas automáticas, no sin resaltar, que se ha demostrado un déficit en áreas corticales prefrontales encargadas de la adaptación, y en las que se ha visto reducción de la materia gris, alteraciones dendríticas y consecuente disfunción de las funciones ejecutivas cerebrales (Feltenstein et. al. 2021)

2.2.3 Mecanismos neurobiológicos de la etapa de abstinencia/afecto negativo/recaída

En esta etapa, influyen estímulos emparejados, el afecto negativo (ansiedad, irritabilidad), y parece ser que se trata de un fenómeno que cesa frente a estímulos de castigo o al acceso de un reforzador alternativo no farmacológico en donde se involucran áreas meso-cortico-límbicas hiperactivas como la amígdala, la corteza prefrontal, el núcleo accumbens y el hipocampo (Koob & Volkow, 2016).

Dicha hiperactividad esta mediada principalmente por circuitos dopaminérgicos en receptores D1, aunque también influye actividad glutamatérgica sobre todo en receptores AMPA y kainato en las áreas ya descritas, en las que también sucede una activación de proteínas Fos y ARNm ARC (Feltenstein et. al. 2021).

Además, es considerable la influencia del estrés (fracaso social, comorbilidades, etc.), ya que implican actividad de la corticotropina, cortisol y vías noradrenérgicas, y también la influencia de otras vías como las de los endocannabinoides y opioides endógenos (Feltenstein et. al. 2021).

3.0 Genética de las adicciones

3.1 Generalidades de la genética relacionada con las adicciones

Una arquitectura poligénica individual (con cambios celulares y moleculares) subyace a la adicción y ha revelado que los loci genéticos asociados con el riesgo se pueden dividir en aquellos asociados con una responsabilidad general de amplio espectro a la adicción y aquellos asociados con el riesgo de adicción específico a las drogas, ambos influenciados también por el ambiente en donde se incluye el afrontamiento resiliente o no frente a diversas crisis de la vida (Bogdan et. al. 2023). En el caso del consumo de sustancias y la adicción, algunas de las señales significativas (además de los nuevos loci) en los estudios de asociación de genoma completo (GWAS) se encontraban en genes candidatos que se sabe que regulan el metabolismo (como *ADH1B* para el alcohol y *CYP2A6* para la nicotina) y codifican sitios de unión a receptores como el *OPRM1* para los opioides (Bogdan et. al. 2023). De manera más general, los GWAS de rasgos complejos han revelado que, con algunas excepciones (como los efectos del polimorfismo de un solo nucleótido), las

variantes genéticas únicas tienen tamaños de efecto pequeños y que estos rasgos son altamente poligénicos, de hecho, mientras que los estudios de gemelos sugieren una heredabilidad de 50% para una variedad de adicciones, los GWAS y los análisis de exoma completo pueden explicar solo una cuarta parte de esta heredabilidad y la parte "faltante" probablemente reside en variantes raras que se identificarán con tecnologías de secuenciación (Bogdan et. al. 2023).

En la etapa de dependencia/intoxicación, se han identificado tanto alteraciones en los mecanismos de transducción de señales como cambios en la transcripción genética. Por ejemplo, la exposición crónica a una amplia variedad de drogas aumenta la formación de cAMP en el núcleo accumbens, con aumento de la actividad de la proteína quinasa A (PKA) dependiente de cAMP y la fosforilación de proteínas dependientes de PKA, lo que promueven comportamientos compulsivos continuos de búsqueda de objeto adictivo (Edwards 2010).

Cambios inducidos por sustancias en factores de transcripción también pueden producir efectos competidores en la función de recompensa. Por ejemplo, el uso repetido de drogas sobre activa al factor de transcripción Δ FosB, que origina una sensibilidad exagerada a la gratificación de los objetos de adicción, lo que sugiere que el factor de transcripción Δ FosB podría ser un desencadenante molecular que inicia y mantiene un estado adictivo (Fentelstein et. al 2021).

Desde la perspectiva de la etapa de abstinencia/afecto negativo, en humanos, dos polimorfismos de nucleótido único en el gen del receptor CRF1 (CRHR1) se asociaron con el consumo compulsivo de drogas en adolescentes y el consumo excesivo en adultos. (Blomeyer 2008).

Desde la etapa de preocupación/anticipación, una mutación humana común en el gen de la hidrolasa de amida de ácido graso, se ha asociado a una reducción de la expresión de esta hidrolasa asociada al alelo variante, lo que mejora selectivamente la conectividad corteza frontal-amígdala y, por ende, el aprendizaje de extinción del miedo, esto disminuye comportamientos similares a la ansiedad (Dincheva 2015).

4.0 Conceptualización de conductas adictivas:

La adicción a sustancias (o a las drogas) es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por un deseo recurrente de seguir tomando la droga a pesar de las consecuencias perjudiciales. La adicción a las “no-sustancias” (o adicción conductual) abarca el juego patológico, la adicción a la comida, al Internet y al teléfono móvil. Su definición es similar a la adicción a las drogas, pero difieren entre sí en dominios específicos (Zou et. al. 2017).

4.1.1 DSM-5 TR

En el DSM-5 TR (versión revisada del DSM-V del año 2013), la sección relacionada al tema de las adicciones es la de "Trastornos relacionados con sustancias y Trastornos Adictivos" para reflejar la comprensión en desarrollo con respecto a las adicciones (American Psychiatric Association 2022).

El DSM-5 TR enumera 9 tipos de adicciones a sustancias (alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos; inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes; y tabaco), y además incluye en la sección “trastornos adictivos no relacionados con sustancias” al “juego patológico”, que ya había si considerada en el DSM-V (trastorno no relacionado con sustancias), lo que nos revela que prácticamente no hubo cambios respecto al tema de adicciones conductuales en esta nueva edición, excepto que se le incluye el concepto de “adiccion” (American Psychiatric Association 2022).

4.1.2 CIE-11

El grupo de trabajo de la CIE-11, a partir de la última evidencia neurobiológica, incluye dentro de su sección “Trastornos debidos al uso de sustancias o a comportamientos adictivos” al “Trastorno por juego de apuestas” y al “Trastorno por uso de video juegos”, así como a “otros trastornos especificados relacionados con comportamientos adictivos”, en donde se incluye la compulsión sexual, lo cual es bastante relevante tomando en cuenta que la versión del CIE-10 del año 1992 no considera la existencia de “adicciones comportamentales” (International Advisory Group for the Revision of the ICD-11 Mental and Behavioural Disorders 2018).

4.2.1 Conductas adictivas

La OMS considera que hay pruebas suficientes para la inclusión del trastorno del juego y trastorno por uso de videojuegos, aunque los grupos de trabajo consideran que falta más investigación respecto al trastorno por uso de internet, al trastorno por uso de teléfonos inteligentes, la adicción al sexo, al ejercicio y a las compras (World Health Organization 2018).

Se han descrito 6 elementos centrales en los individuos con adicción conductual; siendo estos la prominencia (la actividad se vuelve altamente valorada y toma prioridad sobre otras actividades), la modificación del estado de ánimo (la respuesta emocional a la conducta; esto puede ser en forma de una sensación placentera cuando se realiza la actividad o puede conducir a estados de ánimo bajo o disfórico), tolerancia (la necesidad de cantidades crecientes de la conducta para alcanzar el nivel deseado de modificación del estado de ánimo), síntomas de abstinencia (sensaciones desagradables o síntomas fisiológicos de abstinencia al reducir o detener la actividad), conflicto (conflictos con otras actividades o personas debido a la conducta), y la recaída (una tasa de retorno a la conducta inicial) (Derevensky 2019).

4.2.2 Tipos de conductas adictivas

4.3 Trastorno de juego patológico

Se ha demostrado por neurobiología (desregulación fronto-estral) y neuroimagenología que el juego activa estructuras cerebrales de recompensa que refuerzan comportamientos compulsivos de juego tal y como lo hacen las drogas, lo que debe tomarse en cuenta, ya que, en la actualidad, esta “pérdida de control” es la característica principal de los fenómenos adictivos (Hasanovic et. al. 2021).

Dentro de sus criterios en el DSM-V, se encuentran el pasar mucho tiempo jugando o consiguiendo dinero para poder jugar, necesidad de apostar cada vez mayor cantidad de dinero, intentos fallidos por controlar el juego o por detenerlo, inquietud o irritabilidad al cesar o intentar cesar el juego, uso del juego para evadir situaciones o estados afectivos negativos, así como disfunción académica, social o laboral por las consecuencias del juego (Hasanovic et. al. 2021).

Se han estimado tasas de prevalencia alrededor del mundo entre el 0.1 y 2% y se ha visto que tiene alta comorbilidad, especialmente con trastornos por uso de sustancias, y, además, es más común en hombres, grupos étnicos y con bajo nivel socio económico y en aquellos individuos que en su infancia mostraron mayor impulsividad (Hasanovic et. al. 2021).

4.4 Trastorno por uso de videojuegos

Los estudios de neuro imagenología han demostrado que el trastorno por uso de videojuegos comparte alteraciones neurobiológicas típicas de otras adicciones, como la activación de los circuitos de recompensa, hipo actividad en áreas de control de impulsos, deterioro de la toma de decisiones y reducción en la conectividad funcional en las redes cerebrales del control cognitivo (inteligencia), función ejecutiva, motivación y recompensa, con desregulación principalmente dopaminérgica y serotoninérgica (Weinstein & Lejoyeux, 2020).

Se ha demostrado que, en niños preescolares de 5 años, existe una asociación entre el aumento del uso de pantallas y la reducción de la integridad microestructural de tractos de materia blanca cerebral relacionados con habilidades lingüísticas y alfabéticas, incluso se ha visto una correlación negativa entre el uso de pantallas y la disminución del grosor cortico-límbico, lo que sugiere envejecimiento prematuro del cerebro (Weinstein & Lejoyeux, 2020).

En estos cambios estructurales de reducción del volumen de materia gris y la densidad de la materia blanca, también se ha visto hipertrofia del cuerpo estriado izquierdo, de hecho, el jugar videojuegos se correlaciona con el retraso en el desarrollo de varias regiones del cerebro, como el hipocampo, la corteza orbitofrontal, el globo pálido, la ínsula, el núcleo caudado, el putamen y el tálamo (Weinstein & Lejoyeux, 2020).

A pesar de que el Grupo de Trabajo del DSM solo identificó al trastorno del video juego como un trastorno con potencial digno de investigación posterior, la Organización Mundial de la Salud si decidió que había suficiente evidencia clínica y experimental para incluirlo en la CIE-11 como un trastorno del comportamiento que

dura doce o más meses y que requiere tratamiento (World Health Organization 2018).

4.5 Trastorno de adicción a internet

La adicción a internet comenzó a investigarse desde la década de los años 90, luego de encontrarse evidencia de que la ludopatía mostrara afecciones neurobiológicas similares a los trastornos adictivos conocidos, y se encontraran una serie de conductas relacionadas: 1) tolerancia, cada vez se necesita estar más tiempo conectado; 2) abstinencia, con malestar cuando se interrumpe el uso; 3) uso mayor a lo pretendido; 4) deseo por dejar de usar Internet sin éxito; 5) uso por tiempo excesivo; 6) abandono de otras actividades para poder usar más Internet; y 7) uso continuo a pesar de saber que está perjudicando la calidad de vida (Cabero et al., 2019).

La virtualidad, se ha convertido en un “pasatiempo” que promueve aprendizajes pero que también aumenta el riesgo de deteriorar las habilidades sociales y formar actitudes “negativas” o agresivas, además de problemas de atención, memoria y de comunicación, o problemas de soledad y depresión (Isidro y Moreno, 2018).

Aun así, existe un debate si se trata de una adicción o una dependencia a ciertas tecnologías específicas, o incluso un tipo de afición o hábito, aunque se ha visto que un exceso o abuso de Internet, puede provocar aislamiento, ansiedad y afectar el autoestima y autocontrol (Cabero, et al., 2019).

La adicción a la internet se ha relacionado con malestar psicológico, ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, estrés, ansiedad social, baja autoestima, y es importante reconocer que, aunque hoy en día implica el uso de dispositivos inteligentes, debe distinguirse cada vez más del patrón de mantenimiento y desarrollo de conductas adictivas generados por el mismo uso del teléfono o las actividades específicas de chat, juego etc., incluidas en los dispositivos inteligentes o la red (Tang et. al; 2024).

Resulta vital en el análisis de estas conductas adictivas el estudio por medio de dispositivos de neuroimagen como la resonancia magnética funcional, que registra actividad neuronal relacionada con procesos cognitivos y que examina redes

neuronales relacionadas con el funcionamiento ejecutivo, así como los niveles de oxigenación en el cerebro (Tang et. al; 2024).

Hay fuerte evidencia sobre la relación entre el control cognitivo y el sistema de recompensa y ejecutivo que involucra principalmente alteraciones en los ganglios basales, amígdala extendida y corteza prefrontal, cuyos cambios aumentan la saliencia del incentivo, disminuyen la sensibilidad de la experiencia de placer y reducen el control ejecutivo que se relaciona con la impulsividad y regulación emocional, afectando los procesos de toma de decisiones, los cuales están regulados también por la corteza orbitofrontal y dorsolateral (Méndez et. al; 2024).

Se ha encontrado actividad neural reducida en la corteza cingulada anterior durante el procesamiento de recompensas en personas con uso problemático de internet o dispositivos inteligentes, y también se ha encontrado aumento de materia gris en el putamen bilateral y núcleo accumbens derecho y disminución de la materia gris en la corteza orbitofrontal (Méndez et. al; 2024).

Los estudios de resonancia magnética funcional han encontrado una disminución de la conectividad funcional cortico-subcortical, sobre todo entre el cuerpo estriado derecho y el giro supramarginal derecho, así como en el circuito frontoparietal derecho, corteza prefrontal medial y red de modo por defecto y una conectividad aumentada en la corteza frontoparietal izquierda, la corteza prefrontal lateral izquierda y la ínsula anterior izquierda, también mayor conectividad entre giro fusiforme izquierdo y giro angular derecho (Méndez et. al; 2024).

Se ha relacionado directamente la atrofia de la corteza cingulada anterior y corteza prefrontal dorsolateral con mayores puntuaciones en escalas de adicción a internet, con disminución de la conectividad entre ínsula-corteza cingulada anterior y amígdala – ínsula, giros parahipocampales y polos temporales, lo que asocia desregulación emocional, disminución de la discriminación, mayor sensibilidad a recompensas y menor actividad en el córtex prefrontal medial derecho (Méndez et. al; 2024).

Se podría decir que a grandes rasgos la adicción a internet y a dispositivos inteligentes (de forma general) se asocia a funciones ejecutivas deterioradas (falla del auto control, evaluación de riesgos dañada e inhibición cognitiva) y afectaciones

del sistema de recompensas, lo que permitirá a futuro una mejor comprensión de las llamadas adicciones conductuales (Marín et. al; 2021).

Los adolescentes adictos a internet sufren pérdida de control, tienen una mala percepción de autoimagen, baja autoestima, experimentan retraimiento social y reportan conflictos familiares. Se ha revelado que, en circunstancias extremas, una AI severa puede conducir a una distimia, trastornos bipolares, afectivos, de ansiedad social, depresión mayor, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria (Cerniglia 2017).

Actualmente no existen instrumentos de evaluación "estándar de oro". Muchas de las escalas desarrolladas se han basado en los criterios clínicos del DSM para la dependencia de sustancias o del trastorno de juego (Derevensky 2019).

4.6 Teléfonos inteligentes

Los teléfonos inteligentes son en parte minicomputadoras y en parte teléfonos celulares que permiten la conexión a internet y búsqueda de información (Choi 2015).

En los últimos años se ha producido una explosión en el número de aplicaciones (apps), que permiten a los usuarios desde monitorizar su salud hasta controlar las condiciones ambientales en su hogar (Choi 2015).

El número de usuarios de teléfonos inteligentes se proyecta en aproximadamente más de 6.000 millones desde el 2020 (Lunden 2019).

La propiedad de teléfonos inteligentes es casi universal en América del Norte y partes de Europa y Asia, independientemente del género, raza, etnia, o nivel socioeconómico (Pew Research Center 2019).

La razón por la que los padres inicialmente les dan a sus hijos un teléfono inteligente es para facilitar el contacto (ya sea de padre a hijo o de hijo a padre) (Nielsen 2017). En los Estados Unidos y Japón, los jóvenes pasan la mayor parte del tiempo en su dispositivo móvil (Statista 2017).

4.7 Adicción a los teléfonos inteligentes

Desde que salió el primer celular en 1973 (Motorola) y el iPhone en 2007, el uso de teléfonos móviles se ha convertido en algo común y aceptado en la vida diaria, pues facilita las tareas al brindar herramientas y permite acceso instantáneo a diversas fuentes de información, ya que además tiene fácil portabilidad, sin embargo, cada vez es más frecuente encontrar uso inicial de teléfono desde edades más tempranas, lo que se asocia con algunos problemas de salud mental (Loleska & Jordanova, 2021).

Se ha visto que el 68% de las personas entre 18 y 34 años pasan más de una hora con sus teléfonos y según las estadísticas de 2021, los brasileños, los chinos y los estadounidenses son los que más usan el teléfono, pero hablando de niños, aproximadamente uno de cada diez ya ha usado internet antes de cumplir un año y generalmente el 47% de los padres piensa que sus hijos son adictos al celular, en Japón el 61% de los padres lo siente, y en EE. UU., el 59% (Loleska & Jordanova; 2021).

Tan solo en España, el 45,90 % de los padres, afirma que sus hijos han tenido el primer teléfono inteligente a los 14 años. De ellos, el 93,20 % lo utiliza como tecnología para conectarse a internet (Valencia et. .al. 2021).

Suele observarse que los adolescentes auto perciben usar principalmente los dispositivos inteligentes e internet para “buscar información relacionada con sus estudios”, mientras que sus docentes piensan lo contrario (Valencia et. al. 2021).

El uso excesivo de teléfonos inteligentes puede tener consecuencias adversas para la salud mental y física, ya que los jóvenes duermen con sus teléfonos inteligentes, comen con sus teléfonos inteligentes y revisan repetidamente sus mensajes y textos. (Pew Research Center 2018).

A nivel internacional, las tasas de prevalencia de adicción entre los jóvenes son del 19,9% en Suiza, el 30,9% en Corea del Sur, el 10,0% en el Reino Unido, y el 6,4% en Turquía. La amplia variabilidad en las tasas de prevalencia es atribuible al uso de diferentes escalas y metodologías de medición (López – Fernández 2017).

El contexto en el que se utiliza el término “adicción a teléfonos inteligentes” (consenso cada vez más oficial) podría atribuirse a la frecuencia de uso (sobre uso

o uso compulsivo), una correlación directa con la depresión y/o el estrés, la extensión de los síntomas de abstinencia como resultado de la reducción del uso (nomofobia) y las similitudes potenciales con la adicción a las drogas, como la falta de control conductual, lo que se ha reflejado en un aumento de accidentes por automóvil (Loleska & Jordanova, 2021).

La adicción se manifiesta como un hábito (circuito cortico-estriatal-talámico) con comportamiento repetitivo complejo (circuito cognitivo prefrontal) que lleva a incapacidad para regular cognitivamente el abuso o comportamiento nocivo continuo que lleva al desarrollo de tolerancia, abstinencia, disfunción interpersonal y trastornos mentales (Loleska & Jordanova, 2021).

En muchos estudios se observan ansiedad, depresión, estrés, problemas de sueño y soledad relacionados con el uso excesivo del teléfono móvil, y hay hallazgos que revelan una fuerte asociación entre algunos trastornos psiquiátricos y la adicción al teléfono móvil como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastorno de personalidad dependiente, trastorno de personalidad compulsiva y somatización (Aket et. al; 2017).

Otras afecciones psicológicas y sociales encontradas involucran pérdida de habilidades de autonomía, regulación emocional, construcción de relaciones, desarrollo de una imagen corporal positiva y de identidad, y práctica del 'phubbing' cuando se mira el teléfono en lugar de prestar atención a las personas (Aker et. al; 2017).

No se encontró que variables como el sexo, edad, promedio de calificaciones, vivienda, nivel socioeconómico, estado civil de los padres, tabaquismo, consumo de alcohol o de bebidas energéticas, estado nutricional y la actividad física se asociaran significativamente con la adicción al teléfono inteligente (Nikolic et. al, 2023).

Se ha visto que los predictores independientes significativos de la adicción a los teléfonos inteligentes incluyeron un uso más prolongado del teléfono, un tiempo más corto hasta el primer uso del teléfono después de despertarse y el predominio del uso de las redes sociales como la actividad principal en el teléfono (Nikolic et. al, 2023).

El uso de teléfonos inteligentes implica predominantemente menor rendimiento académico, un comportamiento sedentario que lleva a un índice de masa corporal más alto y varios problemas de salud, como discapacidades visuales, problemas musculoesqueléticos, retraso en la hora de acostarse y la reducción de la duración total del sueño, alteración del ritmo circadiano etc., (Nikolic et. al, 2023)

A pesar de actualmente no tener una definición oficial, se considera parte del mismo espectro de adicciones conductuales como lo son la ludopatía y el trastorno por videojuegos (Billieux 2016).

5.0 Tratamiento

Pocos niños y adolescentes buscan voluntariamente tratamiento, algunas escuelas ahora requieren que los niños coloquen sus teléfonos inteligentes en su casillero al principio de la jornada escolar y permiten recuperarlos solo al final de la jornada (Smith 2018).

Formas de tratamiento para varios trastornos del comportamiento incluyen terapia cognitiva/cognitivo-conductual, entrevistas motivacionales, terapia familiar, foros y grupos de apoyo en línea. (Yau 2014).

Existe evidencia de que los niños cada vez son expuestos en mayor medida y desde edades más tempranas a estas tecnologías sin que los padres pongan límites (Chiong et.al. 2010).

Se espera que los jóvenes estén "conectados" las 24 horas del día, los 7 días de la semana, debido esto a que, aunque la tecnología ha facilitado ciertas tareas, las presiones sociales que se ejercen sobre los adolescentes ha aumentado exponencialmente, y de hecho, las tasas de suicidio han aumentado en los niños menores de 15 años, y han aumentado drásticamente para los jóvenes de entre 15 y 24 años (American Foundation for Suicide Prevention 2019).

Hacer un seguimiento de la cantidad de tiempo que los niños pasan frente a la pantalla puede proporcionar a los padres una mejor idea de la gravedad del problema (Derevensky 2019).

Aunque, con el tiempo, algunos jóvenes pueden superar estos trastornos a medida que se vuelven adultos a través de un proceso de recuperación natural o, en algunos casos, a través de intervenciones psiquiátricas (Derevensky 2019).

Aunque la abstinencia de los juegos de azar y de las conductas de juego pueden ser posibles, el uso de internet y de los teléfonos inteligentes es esencial, por lo que un mayor conocimiento de las trayectorias de desarrollo y de los factores de riesgo y protección, nos permitirá desarrollar una prevención y tratamiento más eficaz (Derevensky 2019).

6.0 Conceptualización de redes sociales

Las redes sociales son definidas como un servicio de información en la sociedad que ofrece a los usuarios una plataforma de comunicación a través de internet para que estos generen un perfil con sus datos personales, facilitando la creación de comunidades (Real Academia Española 2024).

6.1 Definición de redes sociales

Las redes sociales son espacios virtuales en Internet que facilitan la interacción entre personas por medio de un contacto sincrónico o anacrónico, y que permiten compartir y publicar información con un público diverso incluso desde el anonimato (Manza, 2021).

6.2 Tipos de redes sociales

1. Redes sociales generales: Son las más conocidas y usadas. Permiten crear perfiles personales, compartir contenido, interactuar con amigos y seguir a personas o páginas de interés, las más populares son Facebook, X (Twitter), Instagram y LinkedIn (ND Marketing digital, 2025).
2. Redes sociales profesionales: Permiten establecer contactos profesionales, buscar empleo, compartir conocimientos y participar en discusiones relacionadas con su industria, algunas son: LinkedIn, Xing y Viadeo (ND Marketing digital, 2025).
3. Redes sociales temáticas: Enfocadas en temas específicos o comunidades de interés, pueden ser tanto generales como profesionales, pero su enfoque principal

es reunir a personas con intereses comunes, algunas son: Goodreads (para amantes de la lectura), Strava (para deportistas) y Houzz para amantes del diseño de interiores (ND Marketing digital, 2025).

4. Redes sociales multimedia: Se centran en el contenido visual, como fotos o videos y permiten compartir y descubrir contenido visual de manera rápida y sencilla, algunas son: Instagram, Tik-Tok y Pinterest (ND Marketing digital, 2025).

5. Redes sociales de nicho: Son menos conocidas, pero atraen a comunidades más pequeñas y específicas pues se enfocan en intereses o grupos particulares, como aficionados a un deporte en particular o amantes de una serie de televisión, como ejemplo: Ravelry (para amantes del tejido) y Untappd para amantes de la cerveza artesanal (ND Marketing digital, 2025).

7.0 Estadísticas del uso de redes sociales

Hasta abril de 2023, se vio que 5.180 millones de personas en todo el mundo usaban Internet, y en promedio, los usuarios de internet de todo el mundo pasan 6 horas y 43 minutos en línea al día, de hecho, en 2023, se mostró que las plataformas de redes sociales atraen a 4.8 mil millones de usuarios en todo el mundo, lo que significa un aumento significativo con respecto a los 2.46 mil millones de 2017 (Eichenberg et. al, 2024).

Hablando específicamente de redes sociales, los usuarios pasan una media de 2 horas y 25 minutos en las redes sociales cada día y tienen, de media, 8,9 cuentas de redes sociales, principalmente los jóvenes de entre 14 y 24 años, que acceden a sus teléfonos aproximadamente 214 veces al día (Eichenberg et. al, 2024).

8.0 Aspectos de las redes sociales a nivel comunitario

La omnipresencia de las redes sociales llega a plantear alteraciones a los patrones clásicos de interacción social, permitiendo una apertura plena para la expansión de las ideas y la participación, sin embargo, también han presentado nuevos dilemas y retos a nivel filosófico y moral (Gozálvez, 2023).

Se han mostrado áreas negativas como la desinformación, el acceso a información dañina, manifestaciones abiertas de odio y acoso (Eloas, 2015).

Se requiere de la involucración activa de los individuos en la sociedad para regular de manera adecuada el potencial de estas herramientas y minimizar en la medida de lo posible los impactos negativos que pueden presentar (Reyes et. al., 2022). Sin duda las redes sociales digitales continuarán evolucionando en los próximos años y traerán cambios notables y duraderos a las comunidades humanas (Perez-Rodriguez, 2022).

Antecedentes Específicos

9.0 Adicción a las redes sociales

9.1 Definición y estadística

En esta época contemporánea, es innegable que la tecnología nos ha facilitado la vida, ya que nos facilita el acceso a la información, la variedad de medios de comunicación, el aumento de la productividad, el entretenimiento, etc., a la vez que es rentable y ahorra tiempo, sin embargo, a pesar de dichos beneficios, el uso excesivo de la tecnología se ha reconocido como un problema o incluso un trastorno (Doan LP et. al., 2022).

Las redes sociales son cada vez más populares, encuestas del Global Web Index destacan que el 53,6% de la población mundial utiliza redes sociales, y el uso medio diario de las redes sociales es de 2 h y 25 min, y otros estudios, informaron que en el año 2020 4 mil millones de personas usaban activamente las redes sociales, y se prevé que para 2026, 4.750 millones de personas tendrán una cuenta en una red social, lo que significa que casi 6 de cada 10 personas estarán en línea (Doan LP et. al., 2022).

La presencia de adicción a redes sociales puede producir sensación de soledad, pérdida de emociones positivas, y disminución de vinculación con los miembros de la comunidad, por lo cual se requieren crear políticas para la regulación de estos instrumentos. (Chegeni, et. al., 2021).

Las adicciones a las redes sociales son cada vez más frecuentes, especialmente en mujeres jóvenes, pero a pesar de su creciente prevalencia, aún no se ha reconocido completamente en los sistemas de clasificación diagnóstica, siendo que

se caracteriza por comportamientos excesivos y gratificantes que conducen a síntomas de adicción psicológica (Eichenberg et. al., 2024).

De hecho, algunos estudios muestran una frecuencia en mujeres de 58.6%, frente a un 41.4% de hombres, con una edad promedio de 20.1 años. (Jasso et. al, 2017)

La adicción a las redes sociales se ha reportado con una tasa de prevalencia del 22.8% (de 14 a 31% según el país), y se caracteriza como una dependencia psicológica desadaptativa de las redes sociales, lo que conduce a síntomas de adicción conductual, y actualmente, la evaluación se basa en cuestionarios adaptados y validados en poblaciones específicas (Cheng et. al., 2021).

Se ha visto que es el doble de frecuente en sociedades colectivistas que en sociedades individualistas, resaltando que influyen de manera importante factores culturales de las diversas naciones (Cheng et. al., 2021).

Con frecuencia, las personas con un uso problemático de las redes sociales (sobre todo cuando es mayor a 2 horas) lidian con otros problemas de salud mental, como fatiga crónica, frustración, depresión, ansiedad social, problemas de sueño, dificultades con la autoestima, pues sucede que el número de "me gusta" que reciben en las plataformas se convierte en un indicador de su autoestima (Eichenberg et. al., 2024).

El "miedo a perderse algo" o FOMO, y los rasgos de personalidad que expresan neuroticismo y el apego inseguro, se han identificado como predictores de la adicción a las redes sociales, pero aún se debate el vínculo de la extraversión con el uso de las redes sociales (Doan LP et. al., 2022).

La adicción a redes sociales es más activa en servicios multimedia como "Instagram" (uso en más del 70% de jóvenes) y "Pinterest", con alto contenido de imágenes y secuencias de video que permiten una "comparación con los demás", influyendo directamente en la autoestima de los usuarios, de hecho, también se ha observado una relación entre el apego ansioso o las emociones negativas y la búsqueda de consuelo en Facebook (Eichenberg et. al, 2024)

Algunos estudios se han enfocado en plataformas específicas, y han revelado cómo la adicción a Facebook llevó a un empeoramiento del rendimiento académico, otros han mostrado relación entre la depresión y la adicción a Instagram, y lo más reciente

muestra que formas más visuales de las redes sociales, como Instagram y Tik Tok, tienen niveles más altos de adicción a las redes sociales en comparación con plataformas convencionales como Whatsapp (Dam VAT et. al., 2023).

Para determinar si un individuo tiene una adicción a las redes sociales, debe cumplir con síntomas de prominencia del comportamiento, tolerancia, uso de las redes sociales para modificación del estado de ánimo, síntomas de recaída, de abstinencia cuando no se usa, así como el impacto en el funcionamiento (Dam VAT et. al., 2023).

Se ha visto que el uso de las redes sociales ha impactado no solo en la actividad física y la calidad del sueño, sino también en el rendimiento académico, síntomas depresivos y de ansiedad (Dam VAT et. al, 2023).

Una de las preocupaciones alarmantes sobre la adicción a las redes sociales está relacionada con los patrones alimentarios desordenados en jóvenes (riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios), pues se ha demostrado que muchos usuarios de Facebook están insatisfechos con su apariencia y reportan mayor tendencia a los trastornos alimentarios (Mushtaq et. al. 2023).

Para muchos usuarios, la mayor parte del tiempo de uso de redes sociales se usa para mirar el perfil de otro usuario sin interactuar realmente con él, lo que en muchos casos termina por causar preocupaciones de la imagen corporal, autoestima o trastornos alimentarios (Mushtaq et. al. 2023).

La prevalencia de los trastornos alimentarios y la adicción a las redes sociales está aumentando significativamente, no solo en las mujeres, sino también en los hombres, y esta vulnerabilidad a volverse adicto a las redes sociales y al desarrollo de trastornos alimentarios también podría deberse a la posible falta de control y seguimiento de los jóvenes por parte de los padres (Mushtaq et. al. 2023).

También influyen factores genéticos y psicológicos como la impulsividad y la imagen corporal negativa, que contribuyen tanto al tabaquismo como a los comportamientos alimentarios desordenados (Mushtaq et. al. 2023).

9.2 Fisiología de la adicción a redes sociales

Dentro de lo estudiado, se ha visto principalmente involucrado el aumento del funcionamiento de los sistemas de recompensa a nivel dopaminérgico, con estímulos de refuerzo y repetición fáciles e inmediatos, que propician a la retransmisión dopaminérgica a nivel cortico límbico y a la liberación de péptidos opioides endógenos, lo que crea un ciclo de previsión anticipatoria de placer y reforzamiento (Reed et. al. 2017).

Al presentarse una recepción de contenido atractivo y estimulante que además se obtiene de manera muy rápida produce una retroalimentación sinérgica que amplifica la sensación de recompensa consecuencia de estos estímulos y su contenido, ocasionando una mejora transitoria del estado de ánimo. (Reed et. al. 2017)

En este proceso, se ha visto que influye el factor psicológico del aislamiento, el cual actúa como un elemento ambiental que aumenta la posibilidad de realización de conductas automáticas de gratificación de forma sostenida que alivien momentos de tensión, ya que al estar otras personas normalmente se produce una inhibición ejecutiva cortical que impide que se perpetúen dichas conductas (Reed et. al. 2017). Existen factores intrínsecos determinados genéticamente como son el temperamento y los rasgos de personalidad, que influyen directamente en la búsqueda de gratificación, así las personas con tendencia a la búsqueda de novedad tenderán a sentirse fácilmente aburridas, lo cual los llevara a buscar estímulos novedosos y atractivos de manera frecuente, como por ejemplo el internet y las redes sociales, que son novedosas y atractivas (Jaishy et. al. 2023).

La gran cantidad de contenido estimulante conlleva una percepción de disociación con distorsión de la percepción del tiempo y una interrelación con la experiencia de respuestas placenteras mediadas por circuitos dopaminérgicos (Jaishy et. al. 2023).

9.3 Uso de redes sociales en profesionales de la salud

Se ha demostrado que las redes sociales tienen un gran potencial para expandir y explorar las relaciones entre los profesionales de la salud y los usuarios a quienes

brindan sus servicios, por lo cual son una herramienta útil que permite acercar la posibilidad de recibir atención a su salud a las personas (Hu et. al. 2021).

Las redes sociales permiten interconectar a grupos de personas para poder interactuar de manera eficiente y coordinarse a nivel profesional, así como aglomerar a profesionales con intereses en común para intercambiar información e interactuar de manera común para lograr metas en común en los ámbitos profesionales (Hu et. al. 2021).

Permiten también la interconexión y la difusión sistémica de nuevas evidencias médicas, así como influir en los servicios de salud (incluso a nivel administrativo) que se brindan y proveer evidencia clínica para la toma de decisiones y por lo tanto mejorar los resultados de la atención que se brinda (Hu et. al. 2021)

9.4 Patrón de uso de redes sociales en profesionales de la salud

Las redes sociales tienen un impacto directo en las cuestiones sanitarias y en la población ya que se han establecido como un factor de determinante influencia para normar las conductas relacionadas con la salud a nivel social, pues es a través de ellas que se distribuyen las ideas y conocimientos, y también pueden emplearse como una herramienta para brindar información y apoyar a la solución de problemas de salud pública (Martin, 2019).

A nivel de los médicos, estos los emplean en sus centros de trabajo para tener una mayor participación y más determinante ya que existen redes con una amplia presencia e indiscutible influencia en la sociedad que incluyen entre otras a Facebook, YouTube, Twitter y por medio de ellas pueden brindar herramientas a la población y hacerse conocer con blogs, podcast, etc. Y con ello llegar literalmente a miles o millones de usuarios (Martin, 2019).

Por este medio es posible lograr extender la misión de los sistemas de salud y favorecer sistemas de prevención y detección temprana de patologías de manera muy amplia y extensa con un mínimo de inversión tanto material como de tiempo, y también pueden servir como sustento para actividades de investigación en salud (Martín, 2019).

9.5 Adicción a redes sociales en profesionales de la salud

Existen múltiples comorbilidades asociadas a la adicción a las redes sociales en los profesionales de la salud, incluso se ha descrito una correlación positiva con depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo compulsivo y uso problemático de alcohol (Martin, 2019).

La ansiedad es muy común en estudiantes de medicina y llega a presentarlo el 33%, pero también se observan problemas de sueño, aunque aún hacen falta más estudios al respecto (Martin, 2019).

10.0 Prueba “SMAS-SF” (Social Media Adiction Scale-Students Form)

Es una herramienta diagnóstica tipo Likert de 26 ítems, adaptada por Sahin en el año 2018, para utilizarse en el contexto mexicano, la cual permite detectar patrones de uso adictivo de redes sociales en el alumnado (Valencia-Ortiz et. al. 2021).

Dentro de su objetivo clínico, se encuentra el análisis de las consecuencias que ocasiona a nivel interpersonal, social, laboral y académico el uso excesivo de redes sociales, el placer que genera la conexión continua a las redes sociales, la obsesión por permanecer informado y el malestar por perderse de noticias, y el malestar por no poder permanecer sin estar conectado a las redes sociales (Valencia-Ortiz et. al. 2021).

El instrumento cuenta con un índice de fiabilidad obtenido mediante el alfa de Cronbach de 0,926, para el total de la escala; de 0,836, para el factor «Satisfacción»; de 0,827, para el factor «Problemas»; de 0,826, para el factor «Obsesión de estar informado»; y de 0,797, para el factor «Necesidad/obsesión de estar conectado», valores todos ellos que indican índices altos de fiabilidad en el contexto mexicano (Valencia-Ortiz et. al. 2021).

11.0 Justificación

Esta investigación es relevante debido a que el uso de redes sociales es un fenómeno relativamente nuevo a nivel histórico pero que ha impactado globalmente la actividad individual y colectiva sobre todo en occidente, modificando las relaciones familiares, grupales, la vida escolar, laboral, las actividades de ocio, la

economía y sobre todo la salud, específicamente la salud mental. El “Global Web Index” destaca que el 53,6% de los humanos usan redes sociales diariamente aproximadamente 2 h y 25 min, de hecho, se prevé que para 2026, 4.750 millones de personas tendrán una cuenta en una red social, lo que significa que casi 6 de cada 10 personas estarán en línea, se estima una frecuencia de uso en mujeres de 58.6%, frente a un 41.4% de hombres, con una edad promedio de 20.1 años y una prevalencia de “uso adictivo” aproximadamente del 22 %.

El uso de algunas redes sociales como: What’s Up, Facebook, Instagram, Tik-tok, You Tube, etc., sucede tanto en niños desde los 3 años, hasta en ancianos, sin distinción de raza, género o nivel socio económico, y lo alarmante, es que, científicamente han existido algunos hallazgos de tipo neurobiológico que muestran el desarrollo de un patrón de uso adictivo a estas, lo que pone en riesgo sanitario, y afectación de la funcionalidad.

El beneficio de esta investigación es brindar conocimiento de este fenómeno poco estudiado, ya que, si bien hay evidencia sólida que apunta a que se trata de un trastorno de adicción conductual, faltan más investigaciones que permitan confirmar e integrar estos posibles nuevos diagnósticos en los sistemas internacionales y oficiales de diagnóstico. Por otra parte, poca investigación hay en contexto mexicano, siendo ausente la investigación en la población del estado de Puebla.

Es necesario contribuir con estas investigaciones pues nos permiten identificar tanto problemáticas específicas de salud, como factores de riesgo sanitario a los cuales se exponen incluso funcionarios públicos, lo que nos llevara a el ejercicio de medidas psicoeducativas, de sensibilización y prevención en poblaciones específicas.

Este estudio pretende beneficiar al conocimiento situacional de salud relativo a un fenómeno extenso en la población hasta cierto punto “normalizado”. Su realización no afectara la actividad laboral ni la salud física o mental de los involucrados por lo que se considera viable en términos de tiempo y recursos, además de novedoso y beneficioso.

12.0 Planteamiento del problema

Urge estudiar el fenómeno clínico de la “adicción a las redes sociales”, porque en el último siglo ha existido un aumento exponencial del uso de redes sociales que se ha visto influido por las características culturales y las demandas propias de cada población, sin embargo, algunos estudios han demostrado una relación positiva entre el uso problemático de redes sociales y diversas afecciones psicológicas o trastornos psiquiátricos, ya que han encontrado que algunos patrones de uso presentan características neurobiológicas similares a las de los trastornos adictivos (dependencia, tolerancia, abstinencia, deseo de abandono sin éxito, abandono de otras actividades, etc.).

Se ha encontrado que el uso excesivo se asocia con trastornos afectivos, alteraciones del sueño, alteraciones de las funciones ejecutivas, disfunción familiar, académica o laboral e incluso con un aumento de accidentes referente al uso de vehículos.

En México el tiempo promedio invertido por los usuarios de redes sociales dedicado a la conexión es de 8.20 horas diarias, y aproximadamente la mitad de las personas usuarias de redes sociales muestra un patrón de uso problemático.

Además, es vital contribuir con esta investigación, ya que, actualmente no hay suficiente evidencia científica respecto de si este comportamiento pudiera ser incluido como una adicción conductual, como es el caso del trastorno de juego patológico o trastorno por uso de videojuegos.

De cualquier forma, se ha estado desarrollando una ardua línea de investigación referente a la adicción a las redes sociales, así como diversos instrumentos de medición del fenómeno como es el “SMAS-SF” (“Social Media Adiction Students”, por sus siglas en ingles), que es usado en esta investigación y que esta validado en población mexicana.

Necesitamos evaluar si el uso excesivo de redes sociales tiene una presencia de impacto negativo en la población mexicana, comportándose como una adicción conductual.

13.0 PREGUNTA: ¿Existe adicción a redes sociales en médicos residentes del estado de Puebla?

14.0 Hipótesis: Existe un patrón de uso adictivo de redes sociales en médicos residentes en el estado de Puebla.

15.0 Objetivos

15.1 Objetivo General: Identificar si existe adicción a las redes sociales en médicos residentes en el estado de Puebla en el año 2025.

15.2 Objetivos Particulares:

1. Establecer el patrón de consecuencias problemáticas, conductas obsesivas, necesidad de conexión y satisfacción relacionadas con el uso de redes sociales en médicos residentes del estado de Puebla.
2. Contribuir al acervo bibliográfico relacionado con la investigación de adicciones conductuales, específicamente “adicción a redes sociales”.
3. Identificar redes sociales con mayor vulnerabilidad e incidencia de adicción a redes sociales.

16.0 Material y métodos

16.1.1 Diseño del estudio

Se realiza un estudio con enfoque cualitativo, observacional (hipotético deductivo) descriptivo (estadística descriptiva), transversal, prospectivo y multicéntrico, que analiza la frecuencia y la distribución de un tema de estudio en una muestra. Las pruebas estadísticas respectivas son las medidas de tendencia central y medidas de variabilidad o dispersión.

16.1.2 Ubicación espacio temporal

Este estudio se llevará a cabo a nivel multicéntrico en el Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, en el Hospital General del Sur Eduardo Vázquez Navarro, Hospital General De Cholula y Hospital General Zona Norte Puebla.

Este protocolo y las mediciones que se requieren para el estudio se llevaran a cabo desde el mes de junio de 2025 hasta el mes de agosto de 2025.

16.2 Estrategia de trabajo

El siguiente trabajo tendrá varias etapas:

- Etapa 1: Planteamiento y justificación del estudio: En el cual se implementará también el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación del estudio.
- Etapa 2: Revisión bibliográfica: En la que se hará la revisión de literatura, en este caso, la investigación relacionada con los fenómenos adictivos y con el uso de redes sociales, así como la relación con ambos temas.
- Etapa 3: Diseño de la investigación: En esta sección analizaremos el tipo de estudio, determinaremos criterios de inclusión, exclusión y eliminación, así como el tamaño de la muestra, los métodos de recolección de datos y la aprobación ética correspondiente.
- Etapa 4: Trabajo de campo: Recolección de datos: Seleccionaremos a los participantes que cumplen los criterios de inclusión, una vez que se les haya informado acerca del estudio y hallan aceptado y firmado consentimiento informado.
- Aplicación de instrumentos: Se buscará a médicos residentes del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, así como del Hospital General Del Sur Eduardo Vázquez Navarro, Hospital General de Cholula y Hospital General Zona Norte de Puebla, de las especialidades médicas básicas (cirugía, medicina interna, ginecología-obstetricia, anestesiología, pediatría y urgencias) y psiquiatría de los distintos grados, luego se explicará la intención, la importancia y el objetivo del estudio. Posteriormente se aplicará la escala de "SMAS-SF" (Escala para medir la adicción de estudiantes a las redes sociales).
- Etapa 5: Análisis de datos: Emplearemos medidas de análisis de estadística descriptiva para describir nuestros hallazgos.
- Etapa 6: Redacción de resultados, discusión y conclusiones: Describiremos los resultados obtenidos y discutiremos los hallazgos en el contexto estadístico de significancia.
- Etapa 7: Preparación del examen de grado y productos científicos: Consiste en el análisis del protocolo de investigación para la preparación oral de la tesis, así como del examen profesional para obtener el título de la especialidad en psiquiatría.

16.3 Muestreo

Se trata de una población de aproximadamente 158 usuarios. El muestreo se realizará con la fórmula para obtener el tamaño de la muestra necesaria, con un intervalo de confianza del 95% y un error del 5%.

16.4 Definición de la unidad de población

La unidad de población del presente estudio está conformada por los médicos residentes de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano y los médicos residentes de cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia, anestesiología, urgencias y pediatría del Hospital General del Sur Eduardo Vázquez Navarro, Hospital General De Cholula y Hospital General de Zona Norte de Puebla, en los cuales se aplicarán los cuestionarios durante el período establecido para la recolección de datos. Estos usuarios constituyen la base de estudio y representan el grupo de interés para analizar el patrón de uso adictivo de redes sociales.

16.4.1 Selección de la muestra

Todos los médicos residentes de las diferentes especialidades ya mencionadas en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, el Hospital General del Sur Eduardo Vázquez Navarro, el Hospital General de Cholula y el Hospital General Zona Norte de Puebla, que cumplan los criterios de selección y acepten a participar en el estudio de manera voluntaria.

16.5.0 Criterios de selección de las unidades de muestreo:

16.5.1 Criterios de inclusión

Se incluirá al siguiente personal:

- a) Médicos residentes de las diferentes especialidades médicas ya mencionadas
- b) Médicos residentes que acepten realizar voluntariamente el cuestionario "SMAS-SF"
- c) Médicos –residentes que acepten y firmen el formato de consentimiento informado

16.5.2 Criterios de exclusión

No se incluirá al personal que no pertenezca las siguientes profesiones de la salud:

- a) Médicos residentes de otras especialidades a las ya mencionadas
- b) Participantes que no acepten de manera voluntaria participar en este estudio
- c) Participantes que no firmen el consentimiento informado

16.5.3 Criterios de eliminación

- i) Médicos residentes que en cualquier momento decidan abandonar el estudio
- ii) Médicos residentes que no respondan de manera completa o correcta los instrumentos de recolección de datos ni las escalas de medición.

16.6 Tamaño de la muestra

Se seleccionará de forma directa a los individuos que formaran parte de la población de estudio. Estos individuos serán fácilmente accesibles ya que se integrarán aquellos que estén cursando su programa de residencia medica en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, en el Hospital General del Sur Eduardo Vázquez Navarro, Hospital General de Cholula y el Hospital General De Zona Norte de Puebla. Estos métodos serán de muestreo no probabilístico que será útil para este estudio el cual tiene características principalmente exploratorias. Se procurará reunir el mayor número de sujetos posibles para tener un refuerzo en caso de que se pierdan sujetos durante el estudio. Ya que si el muestreo es eficiente permitirá elaborar inferencias acerca de la población si esta logra ser lo suficientemente grande. Con ello se buscará evitar un sesgo estadístico que distorsione los resultados del estudio.

Se empleará la siguiente fórmula para realizar el cálculo del tamaño de la muestra: Pero en caso de que no se logren reclutar sujetos suficientes se procederá a tomar una muestra por conveniencia durante los meses que dure el estudio

16.6.1 Fórmula para el tamaño de la muestra:

Partiendo de una población finita (con el fin de reducir costos económicos, mano de obra y materiales), para recolectar datos en menor tiempo se realizó una fórmula para tamaño de muestra finita:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

n Tamaño de la muestra:

A determinar

N: Tamaño de la población o universo: 265

Z: Parámetro estadístico relacionado con nivel de confianza (95%): 1,96

d Margen de error máximo esperado o precisión (5 %): 0.05

p Probabilidad de evento exitoso (50 %): 0.5

q Probabilidad de evento fracasado (50 %): 0.5

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 158. (Equivalente al 59 % de la población finita).

16.7 Definición de las variables y escalas de medición

CUADRO DE VARIABLES: 16.7.1 Tabla de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida	Instrumento
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Número de años vividos hasta el día de la realización de cuestionario	Cuantitativa (continua)	Años cumplidos	Interrogatorio
Genero	Conjunto de elementos	Función, actividad o atributo que	Cualitativa (nominal)	Cisgénero, Transgénero, No	Interrogatorio

	relacionados con la identidad acorde o no con los caracteres sexuales.	se atribuye socialmente al hombre o a la mujer		binario, Agénero, Bigénero, Género fluido.	
Médico residente <i>(Variable independiente)</i>	Medico que se encuentra cursando el grado de especialidad.	Especialidad médica específica.	Cualitativa (nominal) Variable independiente	Cirugía, Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Anestesiología, Urgencias,	Interrogatorio
Lugar de residencia médica <i>(Variable dependiente)</i>	Sitio en que se ejerce residencia médica para obtener grado de especialidad.	Diferencias entre ubicación para la realización de residencia médica.	Cualitativa (nominal dicotómica) Variable dependiente	Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, Hospital General Del Sur Dr. Eduardo Vázquez Navarro.	Interrogatorio
Años de estudio de residencia médica	Cantidad de años enfocados al aprendizaje	Números de años que ha cursado en la residencia médica.	Cuantitativa (continua)	Primero, segundo, tercero, cuarto.	Interrogatorio

	regularizado				
Tipo de redes sociales usadas	Especificación del tipo de red social usada	Redes sociales generalistas, especializadas, profesionales	Cualitativa (nominal)	Whats'Up, Facebook, Instagram, Tik Tok	Interrogatorio
Medio de acceso a redes sociales	Dispositivo con el que ingresa a redes sociales	Diferencias entre dispositivo con el que usa redes sociales	Cualitativa (nominal)	Teléfono, Computadora, Tableta, reloj inteligente	Interrogatorio
Uso de redes sociales	Accesibilidad a redes sociales durante el día	Diferencias entre el acceso a redes sociales durante el día	Cualitativa (nominal dicotómica)	Si / No	Interrogatorio
Frecuencia de uso de redes sociales	Patrón de uso de redes sociales en un tiempo determinado	Diferencias entre el patrón de frecuencia de uso de redes sociales	Cualitativa (nominal)	Todo el tiempo, 1 o 2 veces por día, 3 a 6 veces por día, 7 a 12 veces por día, 2 o 3	Interrogatorio

				veces por semana, 1 vez por semana	
Adicción a redes sociales (Variable dependiente)	Patrón patológico de uso de redes sociales	Diferencias entre el patrón de uso patológico de redes sociales.	Cualitativa (nominal dicotómica) Variable dependiente	Si / No	Cuestionario
Conocimiento de contactos en sus redes sociales	Identificación de contactos por familiaridad en redes sociales	Porcentaje de contactos conocidos en las redes sociales	Cuantitativa (continua)	10% o menos, 11-30%, 31-50%, 51-70%, más del 70%	Interrogatorio
Veracidad de datos en redes sociales	Autenticidad de información personal en redes sociales	Colocación de información honesta relativa a perfil de redes sociales	Cualitativa (nominal dicotómica)	Si, no.	Interrogatorio.
Gusto por las redes sociales	Gozo por uso de redes sociales	Respuesta placentera al uso de	Cualitativa (nominal dicotómica)	Si, no.	Interrogatorio.

		redes sociales			
--	--	-------------------	--	--	--

16.8 Método de recolección de datos

Se aplicará el cuestionario de adicción a redes sociales en estudiantes SMAS-SF de 26 ítems. Este es un instrumento y escala clínica de valoración de adicción a redes sociales. La recolección de datos se llevará a cabo por la propia persona ya que es un cuestionario auto aplicado. Posterior a reclutar a los participantes y explicar en qué consiste la investigación se llevará a cabo la firma del consentimiento informado. Posterior a lo cual se recabarán datos demográficos y médicos y se les solicitara realicen el llenado del instrumento de medición. La recopilación de los datos se hará de manera virtual para recopilar las encuestas y los instrumentos de medición economizando recursos y tomando medidas ecológicas.

Los datos demográficos que se solicitarán serán: Edad, genero, grado académico, lugar de residencia médica, año actual de residencia médica. Preguntar si utilizan redes sociales y cuales redes sociales utilizan. Preguntar el medio de conexión a las redes sociales y la frecuencia con que se conectan a estas. También preguntaremos sobre el conocimiento de usuarios en sus redes sociales, la veracidad de sus datos incluidos en estas y finalmente el gusto por las redes sociales.

La escara SMAS-SF es instrumento de diagnóstico que no reconoce las adicciones psicológicas como trastornos; sin embargo, la mayoría de los autores que tratan este tipo de adicciones toma como referencia los indicadores de la adicción a sustancias. El primer paso que se dio fue sustituir este concepto de «sustancia» por el de «redes sociales», en este paso intervinieron además de los autores tres psicólogos expertos en psicología clínica, educativa y psicometría, que colaboraron en los aspectos de redacción, comprensión, claridad en las definiciones y coherencia de los criterios de partida. Con los criterios identificados y arbitrados, se construyó el Cuestionario SMAS-SF, para ello se recogieron las experiencias de

instrumentos que medían adicciones a internet y a redes sociales y se redactaron los ítems tomando en cuenta todos.

Los criterios diagnósticos, de acuerdo con las reglas de construcción de ítems para cuestionarios de tipo Likert. Este conjunto de criterios ya definidos con los ítems que lo evaluaban, fueron revisados por jueces evaluadores expertos, quienes aportaron sus observaciones, se rehízo el cuestionario varias veces hasta que se cumplió con las exigencias que deseábamos. Para la valoración de los ítems se optó por aplicar el sistema de calificación de 5 puntos (de 0 a 4) tomando en cuenta la frecuencia desde «nunca» hasta «siempre».

En el proceso de elaboración del cuestionario se obtuvo un alto índice de fiabilidad y los ítems se aglutinaron alrededor de cuatro factores: problemas, satisfacción, obsesión por estar informado y necesidad/obsesión por estar conectado.

Se les pidió indicar para cada ítem si era o no claramente comprensible; de igual forma, podían preguntar directamente por cualquiera de ellos.

Se realizó alfa de Cronbach, Y Los valores obtenidos, tanto para la globalidad del instrumento (.93) como para los ítems que conformaban los factores (satisfacción: .84; problemas: .83; información: .83; y necesidad de estar conectado: .78), sugieren altos índices de fiabilidad.

Cabe resaltar que el cuestionario ha sido aplicado en población mexicana y presenta validación y adecuada consistencia.

17.0 Logística

17.1.1 Recursos humanos: El presente protocolo de investigación fue realizado por el médico residente de cuarto año de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano Víctor Gabriel Contreras Molina, quien es titular del proyecto, con orientación del asesor experto y director del protocolo Dr. Marco Antonio Puente López y el asesor metodológico y codirector de protocolo Dr. Enrique Torres Rasgado. Además *médicos residentes de diferentes especialidades (psiquiatría, cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, traumatología-ortopedia y anestesiología) y años (primero a cuarto).

A su vez se contó con personal de enseñanza e investigación que proporciono el permiso para la aplicación de los cuestionarios y la aprobación de los comités de ética correspondientes parte de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

17.1.2 Recursos materiales: Se conto con las instituciones del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano “El Batán”, el Hospital General del Sur Eduardo Vázquez Navarro, Hospital General de Cholula, Hospital General Zona Norte. A su vez, se contó con el servicio de internet de estos hospitales. Se conto además con equipo de cómputo personal de marca ASUS modelo D5153, donde se realizó la investigación.

17.1.3 Recursos financieros: Toda la inversión económica que hizo posible la realización del presente protocolo fue hecha por el residente titular encargado del mismo, se realizaron gastos referentes al transporte (camión urbano, servicio de taxi etc.) para el traslado al Hospital psiquiátrico y los Hospitales generales previamente mencionados, además se gastó en múltiples alimentos en los periodos en que se consiguieron los datos de la investigación y en los periodos en que se aplicaron las pruebas.

17.2 Cronograma de actividades

17.2.1 Grafica de Gantt

	MESES					
Actividades	Enero 2023 – febrero o 2026	Junio - Julio 2025	Agosto – septiembre - octubre 2025	Noviembre 2025	Diciembre 2025	Marzo 2026

Revisión de bibliografía						
Aplicación de cuestionarios						
Recolección de datos						
Análisis e interpretación						
Conclusión y recomendaciones						
Redacción final de tesis						
Presentación						

18.0 Bioética

La declaración de Helsinki el cual es un documento que regular la investigación médica, el cual el principio básico es el Respeto al individuo, su derecho a la auto determinación, a tomar decisiones una vez que se informa sobre beneficios y riesgos de su participación en un estudio de investigación (Declaración de Helsinki, Asociación Médica Mundial; 2001).

La Norma Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente clínico, menciona que el expediente clínico debe incluir información derivada de la participación del paciente en un protocolo de investigación, cuando este ocurre dentro del establecimiento de salud, debe contener el consentimiento informado para participar en el estudio, intervenciones, procedimiento o tratamientos realizados como parte del protocolo, eventos adversos o efectos secundarios documentados; toda información obtenida del expediente relacionada con la investigación está protegida por la Ley General de salud. La norma mexicana 012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, dicta que todo proyecto debe contar con: protocolo de investigación bien definido,

consentimiento firmado por cada participante, registro institucional y seguimiento. Ley General de Salud título quinto: Investigación para la salud, artículo 100: la investigación en seres humanos solo puede realizarse si: se obtiene consentimiento informado del participante, se respeta la dignidad, seguridad y bienestar del sujeto de investigación.

Se exige un régimen en el que cada paso de la investigación incluya la autonomía del paciente, la beneficencia, no maleficencia y la justicia.

En favor de la beneficencia, se procedió con obligación moral de hacer el bien a nivel individual y colectivo, con énfasis en la prevención de daños y en la promoción de los intereses y beneficios de los participantes.

A favor de la no maleficencia se evitaron y previnieron conductas de riesgo y que atentaran contra la integridad y dignidad tanto física como psicológica de los participantes.

A su vez, atendiendo el principio de justicia, se realizó la investigación de forma clara y precisa, y se otorgaron los detalles de esta a los participantes que aceptaron realizar las pruebas, respetando su decisión.

Como se menciona, se priorizo en todo momento la decisión de los participantes y por ende su autonomía, (cabe resaltar que todos los participantes contaron con un juicio integro y dentro del marco de la realidad, lo que les permitió actuar con autonomía).

La realización de las pruebas para los participantes se hizo de manera laica y gratuita.

En este estudio se elaborará un consentimiento informado.

19.0 Resultados:

Dentro de la muestra que estuvo compuesta por 158 participantes médicos residentes, obtuvimos una mayor participación del Hospital General Del Sur (52.5% de la muestra), posteriormente el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano (30.4%), Hospital General De Cholula (14.6%) y Hospital General De Zona Norte (2.5%).

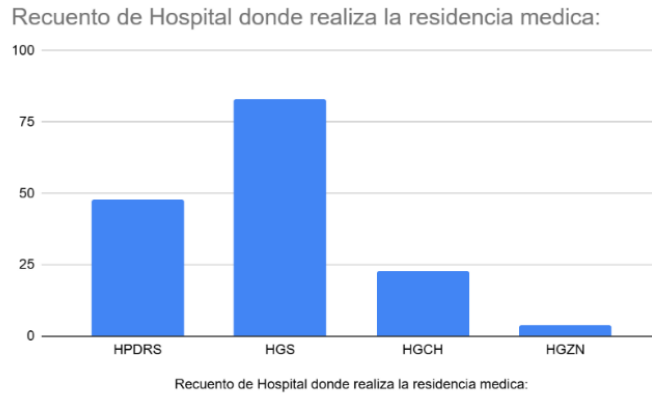


Gráfico 1

La mayoría de los participantes fueron del 1er año de residencia (29.7% de la muestra), seguidos de 3er año (27.2%), 2do año (22.8%) y finalmente de 4to año (20.3%).

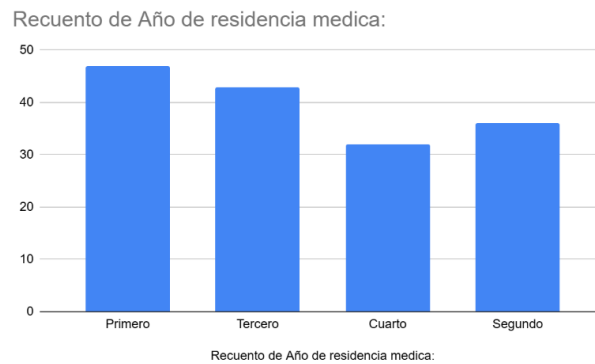


Gráfico 2

Se identifico, además, un rango de edad entre los 25 y treinta y ocho años, siendo la moda los 30 años (17.7).

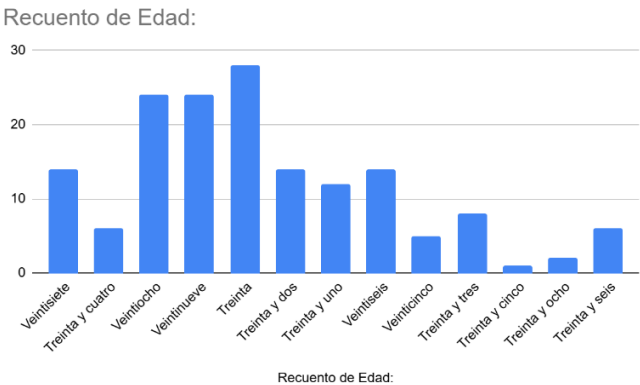


Gráfico 3

También observamos que 64.6% de la muestra estuvo conformada por el género femenino, seguidos de un 34.2% del género masculino y un 0.6% del género no binario, el otro 0.6% opto por no comentar el género.

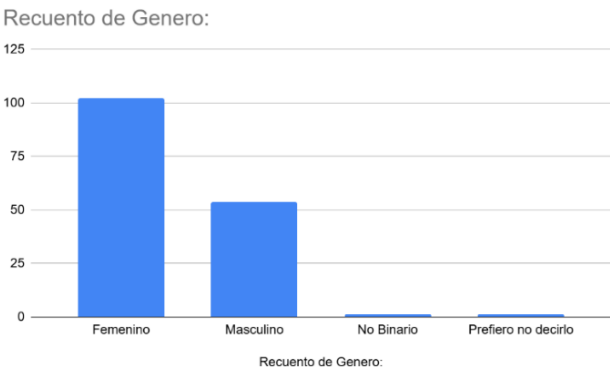


Gráfico 4

Además, resaltamos que un 98.1% (155 participantes) confirmaron el uso de redes sociales (principalmente Facebook, seguido de Instagram, WhatsApp y X etc.) mayormente desde su teléfono celular (86.7%), el resto refirió no usarlas.

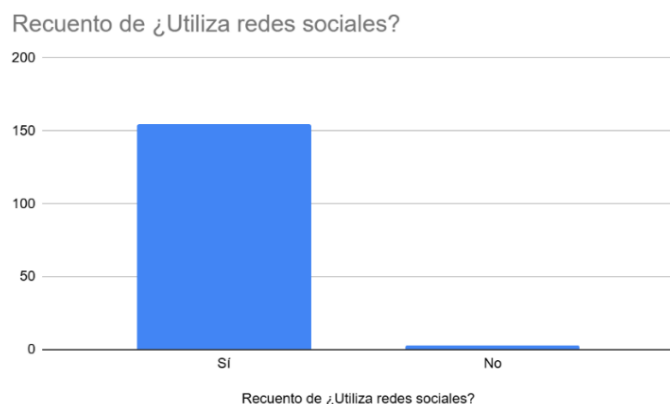


Gráfico 5

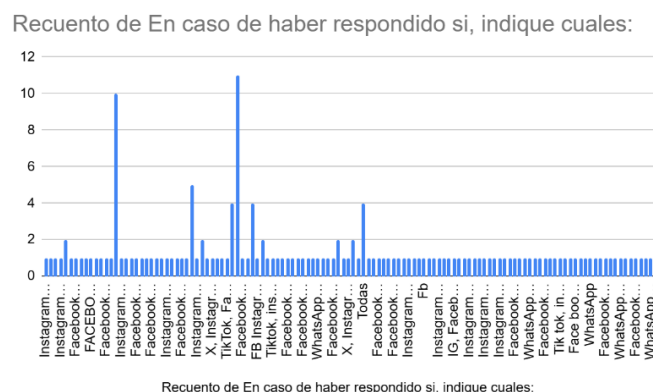


Grafico 6

Otro aspecto relevante fue la observación de que un 46.8% refirió conocer personalmente a más del 70% de sus contactos en redes sociales, seguido de un 24.1% que refirió conocer personalmente entre el 51 al 70% de sus contactos en redes sociales, un 12% refirió conocer entre el 31 y el 50% de sus contactos, un 8.2% menciona conocer entre el 11 al 30% y finalmente un 8.9% comentó conocer al 10% o menos de sus contactos en redes sociales personalmente.

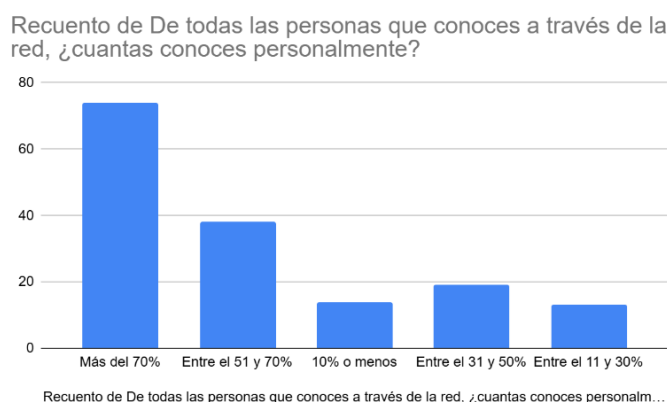


Gráfico 7

Otro 76.6% de los participantes confirmó usar datos veraces en sus cuentas de redes sociales, mientras que un 23.4% mencionó no hacerlo.

Finalmente, en una pregunta abierta relacionada con la motivación principal personal que lleva al uso de redes sociales, se identificó como razón principal su

función como medio de entretenimiento (“distracción”, “reírme”, “memes”, “entretenimiento”).

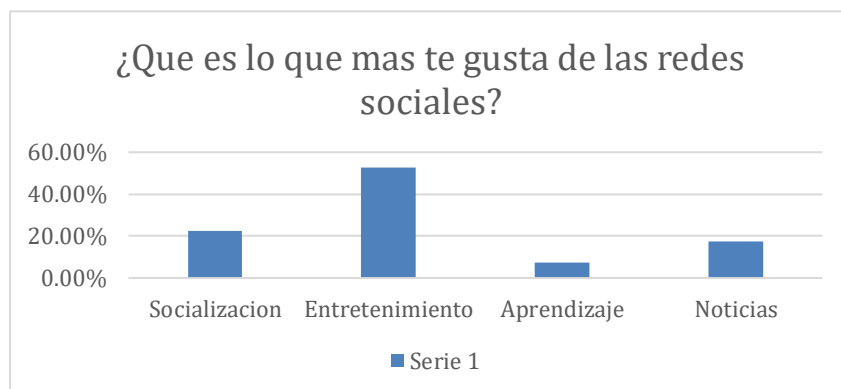


Gráfico 8

Dentro de los ítems específicos de la prueba “SMAS-SF” enfocada a identificar patrones de uso adictivo a redes sociales en estudiantes, se obtuvo un porcentaje de positividad por ítem de la siguiente forma:

1: 24.7%, 2: 37.6%, 3: 42.1%, 4: 8.25%, 5: 16.1%, 6: 9.8%, 7: 19.6%, 8: 21.6%, 9: 18.7%, 10: 8.2%, 11: 40.7%, 12: 12.0%, 13: 19.0%, 14: 6.3%, 15: 26.6%, 16: 4.8%, 17: 20.6%, 18: 3.2%, 19: 19.6%, 20: 8.2%, 21: 18.3%, 22: 52.6%, 23: 41.5%, 24: 49%. 25: 46.2%, 26: 38.6 %. Siendo los valores mas altos los relacionados con los ítems del factor 3 (15, 17, 22, 23, 24, 25, 26), relacionados con la obsesión o necesidad de estar conectado.

De forma individual, el porcentaje de usuarios determinado como “positivos” para patrón de comportamiento adictivo fue del 5.6%, (9 de 158), en los que se encontró 3 o 4 áreas (factores) problemáticas (de un total de 4 áreas) con puntaje del 50% o más en cada una de esas áreas. Se evidencio de igual forma, que, en estos individuos afectados, el factor 3 fue el que mostro respuestas positivas en mayor cantidad, lo que sugiere que, tenga o no un individuo un patrón de uso adictivo a redes sociales, la población adulta busca mantenerse informada por estos medios.

No se identificaron o analizaron otras variables que pudieran condicionar a estos individuos a presentar respuestas positivas relacionadas con el patrón de uso redes sociales adictivo.

20.0 Discusión

Aslan & Polat (2024), mencionan en un estudio realizado en Turquía en jóvenes estudiantes universitarios de entre 18 y 29 años la presencia de adicción a redes sociales sin distinguir entre otros términos, la refieren positiva (en aproximadamente 63.66%) y asociada con el uso excesivo sobre todo mayor a cinco horas al día acompañado de falta de control de uso, lo cual fue evaluado con la escala “SMAC-AF” de veinte elementos elaborada por Sahin. Esto difiere en parte de nuestros resultados incluso utilizando una escala elaborada por el mismo autor, pero adaptada al contexto mexicano, algo que podría explicarlo es el tipo de población, que además de ser de distinta raza, presenta de forma general una edad mayor, pues no es adolescente y a demás estos autores encontraron una mayor población afectada de hombres, cuando en nuestro estudio se estudió una población en donde predominan las mujeres (64%). Por otro lado, no se descarta el comportamiento adictivo relacionado con el uso de redes sociales que resulto en 5.6%, y que podría estar condicionado por variables de riesgo que otros autores mencionan.

Aslan & Polat (2024) relacionan la adicción a redes sociales con estudiantes vulnerables que cursan con otros factores de riesgo psicológico como síntomas afectivos, soledad, problemas de sueño, baja autoestima, y algunos factores sociales como bajo nivel educativo y de ingresos; y encuentran una correlación negativa significativa con la autoeficacia académica, las habilidades para resolver problemas y la satisfacción vital. Algo que podemos considerar es que en nuestro estudio no se consideraron asociaciones específicas de ninguna de estas variables “negativas”, sin embargo, dentro de los factores sociales si contamos con una población con alto nivel educativo y mediano nivel de ingresos.

Imperator et. al. (2022), mencionan en un estudio realizado en Italia, que el uso disfuncional y adictivo de las redes sociales es una condición que está significativamente relacionada con trastornos de salud mental, algo que no se

contempló en nuestro estudio y contribuye al fortalecimiento de hipótesis positivas de adicción a redes sociales sobre todo en poblaciones con factores biológicos y psicológicos que los vulneran.

Doan et. al. (2022), evaluaron la adicción a redes sociales en jóvenes vietnamitas e informaron de que el 21,5% de los participantes sufría adicción a internet y que quienes la tenían, tenían más probabilidades de padecer trastornos psiquiátricos como ansiedad o depresión, además es destacable que su población fue un 80% conformada por jóvenes mujeres y Facebook, Zalo y Youtube fueron las plataformas de redes sociales más populares (97,1%, 80,9% y 75,7%, respectivamente), también, hablar con amigos y actualizar noticias fueron los principales objetivos del uso de las redes sociales entre los participantes (43,9% y 47,4%, respectivamente). Esto es particularmente interesante ya que en nuestro estudio también la población fue mayormente de mujeres, y encontramos a Facebook y YouTube dentro de las redes sociales más usadas, además, su población suele compartir los mismos motivos que los nuestros referentes a los motivos que impulsan a buscar las redes sociales “sensación de mantenerse informado y conectado” mientras a la vez se busca entretenimiento y sociabilidad.

Doan et. al. (2022), encontraron en su estudio que el 16,8% informó que a menudo había intentado dejar de usar las redes sociales pero no lo había conseguido, un 16,2% de los participantes a menudo/muy a menudo dedicaban tiempo a pensar o planificar para usar las plataformas de redes sociales; un 15% sentía la necesidad de usar las redes sociales o las utilizaba para olvidarse de problemas personales; un 11,5% de los participantes se ponían ansiosos o agitados cuando eran vetados y solo el 8,1% sintió el impacto negativo del uso excesivo de las redes sociales. Esto se relaciona con nuestros resultados ya que también una parte menor de la población fue identificada con datos positivos para patrón de comportamiento adictivo relacionado con el uso de redes sociales, sin embargo, los factores de nuestra prueba “SMAS-SF” relacionados con la obsesión o necesidad de estar conectado e informado fueron los que arrojaron los valores más altos de positividad.

21.0 Conclusión

Teniendo en cuenta el patrón de resultados medido en forma de porcentajes, se pudo realizar una evaluación de los múltiples factores que considera nuestra prueba “SMAS-SF”, siendo así que, todos los 4 factores mostraron de forma colectiva resultados negativos, pues ningún factor supero el 50% de respuestas positivas, incluso ningún ítem, excepto el ítem 22 “me gusta entrar a las redes sociales para mantenerme informado continuamente”, con 52.6%. El análisis individual mostro una afectación positiva del 5.6% de la muestra, lo que sugiere que un patrón de uso adictivo a redes sociales puede presentarse en sujetos que podrían estar condicionados a otras variables (no analizadas en este estudio) que los vulneran frente al uso crónico de redes sociales aumentando el riesgo sanitario de comportamiento adictivo no relacionado con el consumo de sustancias.

Por tanto, dado que la prueba “SMAS-SF” acreditada en población estudiante mexicana y elaborada estratégicamente con el fin de localizar equivalentes de conducta adictiva de tolerancia, dependencia y abstinencia, determinamos que existe patrón de uso adictivo a redes sociales en médicos residentes del estado de Puebla que se encuentran sujetos a variables condicionantes no especificadas, que pudieran tener un componente multifactorial biológico, psicodinámico, antropológico, social, cultural, etc.

A pesar de que la mayor cantidad de sujetos en la muestra parece tener un uso de redes sociales no perjudicial, se analiza en el factor 4 que al no estar en el “grupo” o “escenario virtual” y su situación respectiva en un determinado momento, podría generarse un malestar predominantemente psíquico que llevaría a los usuarios a ingresar en sus redes sociales, y de igual forma, analizando el factor 3, observamos que al usuario no estar conectado y no enterarse de lo que sucede en las redes sociales se estaría “perdiendo de algo”, lo que podría generarle malestar predominantemente psíquico y secundariamente lo llevaría a buscar el ingreso a las redes sociales.

Este hecho, nos permite considerar la relación del ser humano con las redes sociales en sí, encontramos que uno de los principales motivantes es la búsqueda del “intercambio de información”, situación que desde el punto de vista antropológico

se explicaría por la necesidad de cohesión social en grupos, una forma de adaptación social en la que además existe el refuerzo de identidad y moralidad, que fortalece el sentido de pertenencia y que incide en la percepción del autoestima pues se concuerda o no con información reducida, acentuada mediante un proceso de asimilación, una situación bastante humana, estudiada desde la perspectiva de la conducta social y su relación con la neurobiología, resaltamos el gran papel del cerebro prefrontal y su relación con la interpretación de la información concebida como pensamiento. Esto también podría explicar síntomas de malestar reactivos al uso de las redes sociales, lo que nos impulsaría a un uso razonable, ético y sanitario de estas.

22.0 Consideraciones futuras

Habría que identificar en futuras investigaciones las variables condicionantes de riesgo de desarrollo de comportamiento adictivo en estudios de asociación o correlación, además de estudiar distintas poblaciones mexicanas, jóvenes, adultos, ancianos, así como identificar sesgos que pudieran ser motivantes de investigaciones futuras, así también considerar la aparición de nuevas redes sociales con características distintas que pudieran reflejar otros resultados en esta misma prueba. Además, considerando la comparativa de nuestra población y las poblaciones referidas en los distintos estudios con resultados positivos, valdría la pena realizar estudios que identifiquen los causales de impacto en poblaciones vulnerables biológica y socialmente, para el ejercicio de medicina preventiva con medidas de cuidado digital pertinentes.

23.0 Agradecimientos

Se agradece al Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, al Hospital General del Sur, Hospital General de Cholula, Hospital General de Zona Norte de Puebla, por los espacios para desarrollo de tesis, a todo el personal colaborador y todos aquellos que decidieron participar y ser parte del estudio.

24.0 Referencias y Bibliografía

American Foundation for Suicide Prevention. (2019). Suicide statistics. Available at: <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (2013). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Aker S, Sahin MK, Sezgin S, et al. (2017). Psychosocial factors affecting smartphone addiction in university students. J Addict Nurs.

Aslan & Polat. (2024). "Investigating social media addiction and impact of social media addiction, loneliness, depression, life satisfaction and problem-solving skills on academic self-efficacy and academic success among university students". Front Public Health. 2024 Jul 8;12:1359691. doi: 10.3389/fpubh.2024.1359691. eCollection 2024. PMID: 39040868 PMCID: PMC11261762 DOI: 10.3389/fpubh.2024.1359691

Azúa, M. (2009). The Social Factor. Editorial R.R. Donnelly, Estados Unidos.

Belin D, Everitt BJ. (2008). Cocaine seeking habits depend upon dopamine-dependent serial connectivity linking the ventral with the dorsal striatum. Neuron.

Berridge MJ. (2012). Calcium signalling remodelling and disease. Biochem Soc Trans.

Billieux J, Maurage P, Lopez-Fernandez O, Kuss DJ, Griffiths MD (2016). Can disordered mobile phone use be considered a behavioral addiction? An update on current evidence and a comprehensive model for future research. Curr Addict Rep.

Blomeyer D, Treutlein J, Esser G, Schmidt MH, Schumann G, Laucht M. (2008). Interaction between CRHR1 gene and stressful life events predicts adolescent heavy alcohol use. Biol Psychiatry.

Bogdan et. al. (2023). "The Genetically Informed Neurobiology of Addiction (GINA) model". Nat Rev Neurosci.

Bryant RA, Felmingham KL, Kemp AH, et al. (2005). Neural networks of information processing in posttraumatic stress disorder: a functional magnetic resonance imaging study. Biol Psychiatry.

Cabero et.al. (2019) "La adicción a las redes sociales: validación de un instrumento en el contexto mexicano". Universidad de Sevilla. Departamento de Didáctica y Organización Educativa.

Cabero et al., (2019). La adicción de los estudiantes a las redes sociales on-line: un estudio en el contexto latinoamericano. *Revista Complutense de Educación*.

Caine SB, Negus SS, Mello NK, et al. (2002). Role of dopamine D2-like receptors in cocaine self-administration: studies with D2 receptor mutant mice and novel D2 receptor antagonists. *J Neurosci*.

Carbonell, X. (2014). ¿Qué son las adicciones tecnológicas? Internet, MMORPG y redes sociales. En X. Carbonell (coord.), *Adicciones tecnológicas qué son y cómo tratarlas*.

Cerniglia L, Zoratto F, Cimino S, et al. (2017). Internet addiction in adolescence: neurobiological, psychosocial and clinical issues. *Neurosci Biobehav Rev*.

Chegeni M, Shahrababaki PM, Shahrababaki ME, Nakhaee N, Haghdooost A. (2021). Why people are becoming addicted to social media: A qualitative study. *J Educ Health Promot*.

Cheng C, Lau YC, Chan L, Luk JW. (2021). Prevalence of social media addiction across 32 nations: Meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values. *Addict Behav*.

Chiong C, Shuler C (2010). *Learning: is there an app for that. Investigations of young children's usage and learning with mobile devices and apps*. New York: The Joan Ganz Cooney Center at Sesame Workshop.

Choi SW, Kim DJ, Choi JS, et al. (2015). Comparison of risk and protective factors associated with smartphone addiction and Internet addiction. *J Behav Addict*.

Chóliz, M., & Marco, C. (2012). *Adicción a Internet y redes sociales. Tratamiento psicológico*. Madrid: Alianza.

Covey DP, Roitman MF, Garris PA. (2014). Illicit dopamine transients: reconciling actions of abused drugs. *Trends Neurosci.*

Dam VAT et. al. (2023). "Quality of life and mental health of adolescents: Relationships with social media addiction, Fear of Missing out, and stress associated with neglect and negative reactions by online peers". *PLoS One*.

De Amores & Martinez, (2025). "Del dicho al hecho: cambiando la función con la que nos relacionamos con la adicción". *Adicciones*, Vol 37, Numero 2.

Derevensky J (2019). Behavioral addictions: some developmental consideration. *Curr Addict Rep*.

Derevensky, et.al. (2019). Behavioral Addictions. *Pediatric Clinics of North America*.

De Witte et. al. (2005). Neuroprotective and abstinence-promoting effects of acamprosate: elucidating the mechanism of action. *CNS Drugs*.

Dickson L et. Al. (2008). Youth gambling problems: examining risk and protective factors. *Int Gamb Stud*.

Doan LP et. al. (2022) "Social Media Addiction among Vietnam Youths: Patterns and Correlated Factors". *Int J Environ Res Public Health*.

Dong, G., Lin, X., Zhou, H., & Lu, Q. (2014). Cognitive flexibility in internet addicts: fMRI evidence from difficult-to-easy and easy-to-difficult switching situations. *Addictive Behaviors*, 39, 677–683. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.11.028

Echeberúa, E., & de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-95.

Echeberúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencia*, 37(4), 435-447.

Edwards S, Koob GF. (2010). Neurobiology of dysregulated motivational systems in drug addiction. *Future Neurol*.

Eichenberg et. al. (2024). "Social media addiction: associations with attachment style, mental distress, and personality". *BMC Psychiatry*. Apr 15;24:278. doi: 10.1186/s12888-024-05709-z

Elías et. al. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos, Vol. 26. Núm. 1. Tema central: Escolar y adolescente: problemas de salud más frecuentes páginas 7-13.

Escurre Mayaute et.. al. (2014). CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ADICCIÓN A REDES SOCIALES (ARS), *Liberabit. Revista de Psicología*, vol. 20, núm. 1, pp. 73-91

Feltenstein et. al. (2021). "Neural Substrates and Circuits of Drug Addiction". Cold Spring Harb Perspect Med. 1;11(4): a039628. doi: 10.1101/cshperspect.a039628.

Geisler S, Wise RA. (2008). Functional implications of glutamatergic projections to the ventral tegmental area. *Rev Neurosci*; 19: 227–44.

Gillan CM, et al. (2014). Enhanced avoidance habits in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*; 75: 631–38

Gozálvez-Pérez, G Cortijo-Ruiz Sophia. (2023). Desarrollo humano y redes sociales en sociedades digitales, colección de Filosofía de la Educación.

Grace AA. (2000). The tonic/phasic model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving. *Addiction*; 95 (suppl 2): S119–28.

Hasanovic et. al. (2021). "Gambling Disorder as an Addictive Disorder and Creative Psychopharmacotherapy". *Psychiatr Danub*. Spring-Summer;33(Suppl 4):1118-1129.

Hirvonen J, et al. (2012). Reversible and regionally selective downregulation of brain cannabinoid CB1 receptors in chronic daily cannabis smokers. *Mol Psychiatry*; 17: 642–49.

<https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/las-adicciones-suelen-ser-dificiles-de-superar-y-pueden-requerir-tratamiento-medico-y-psicologico>

Holden C. (2001). "Behavioral" addictions: do they exist? *Science*;294(5544): 980–982

Horseman & Meyer (2019). "Neurobiology of addiction". *Clin Obstet Gynecol* 118 127.doi: 10.1097/GRF.0000000000000416.

Huajie Hu et. Al. (2021). Review of social networks of professionals in healthcare settings—where are we and what else is needed?, *Globalization and Health*, 17:139, December.

Imperatori et. al. (2022) "The association between social media addiction and eating disturbances is mediated by muscle dysmorphia-related symptoms: a cross-sectional study in a sample of young adults". *Eat Weight Disord*. 2022 Apr;27(3):1131-1140. doi: 10.1007/s40519-021-01232-2. Epub 2021 Jun 26.

International Advisory Group for the Revision of the ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revisión of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*; 10(2): 86–92.

Isidro, A. I. y Moreno, T. (2018). Redes sociales y aplicaciones de móvil: uso, abuso y adicción. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1 (monográfico 3), 203-212.

Jacobs DF. (1986). A general theory of addictions: a new theoretical model. *J GamblBehav*;2(1):15–31.

Jaishy R, et. al. (2023). Internet addiction and its effects on psychological wellbeing: A community-based study. *Ind Psychiatry J. Jan-Jun*;32(1):113-119

Janes AC, et al. (2010). Brain reactivity to smoking cues prior to smoking cessation predicts ability to maintain tobacco abstinence. *Biol Psychiatry*; 67: 722–29.

Jasso et. al. (2017). Conducta adictiva a las redes sociales y su relación con el uso problemático del móvil, *Acta de investigación psicol vol.7 no.3 Ciudad de México dic.*

Jessor R. (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. New York: Cambridge University Press.

Jessor R, et al. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Dev Psychol*;31(6):923–33.

Johnstone T, et. Al. (2007). Failure to regulate: counterproductive recruitment of top-down prefrontal-subcortical circuitry in major depression. *J Neurosci*; 27: 8877–84

Kalivas PW (2009). The glutamate homeostasis hypothesis of addiction. *Nat Rev Neurosci*; 10: 561–72.

Kelz MB et al. (1999). Expression of the transcription factor deltaFosB in the brain controls sensitivity to cocaine. *Nature*; 401: 272–76.

Koob GF, et al. (2014). Addiction as a stress surfeit disorder. *Neuropharmacology*; 76: 370–82.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. doi:10.1016/s2215-0366(16)00104-8

Loleska & Jordanova (2021). "Is Smartphone Addiction in the Younger Population a Public Health Problem?", Ioannis Chrysikos, Sciendo. DOI: <https://doi.org/10.2478/prilozi-2021-0032>

Lopez-Fernandez O. (2017). Short version of the Smartphone Addiction Scale adapted to Spanish and French: towards a cross-cultural research in problematic mobile phone use. *Addict Behav*;64:275–80.

Lunden I. (2019). smartphone users globally by 2020, Overtaking basic fixed phone subscriptions. 2015. Available at: <https://techcrunch.com/2015/06/02/6-1b-smartphone-users-globally-by-2020-overtaking-basic-fixed-phone-subscriptions/>. Accessed February 3.

Marín et. al. (2021). "Internet Addiction and Attention in Adolescents: A Systematic Review". *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. Apr;24(4):237-249. doi: 10.1089/cyber.2019.0698. Epub 2020 Oct 28.

Martin (2019). Redes Sociales en el ámbito de la Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Cantabria, España.

Martinez D et al. (2007). Amphetamine-induced dopamine release: markedly blunted in cocaine dependence and predictive of the choice to self-administer cocaine. *Am J Psychiatry*; 164: 622–29.

Matsumoto M, Hikosaka O. (2007) Lateral habenula as a source of negative reward signals in dopamine neurons. *Nature*; 447: 1111–15.

Mushtaq T et. al. (2023). "Prevalence of Eating Disorders and Their Association with Social Media Addiction among Youths". *Nutrients*. Nov 5;15(21):4687. doi: 10.3390/nu15214687.

Méndez et. al., (2024). "Effects of internet and smartphone addiction on cognitive control in adolescents and young adults: A systematic review of fMRI studies". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews journal homepage: www.elsevier.com/locate/neubiorev*.

ND Marketing digital. (2025). "Clasificación de las redes sociales: Tipos y categorías principales". Agencia de marketing digital. Blog - ND Marketing digital.

Nielsen. (2017). Mobile kids: the parent, the child and the smartphone. Available at: <https://www.nielsen.com/us/en/insights/news/2017/mobile-kids-the-parent-the-child-and-the-smartphone.html>.

Nikolic et. al., (2023). "Smartphone addiction, sleep quality, depression, anxiety, and stress among medical students". *Front. Public Health*, 05 September 2023 Sec.

Norman AB, et. Al. (2011). The affinity of D2-like dopamine receptor antagonists determines the time to maximal effect on cocaine selfadministration. *J Pharmacol Exp Ther*; 338: 724–28

Pérez-Rodríguez, (2022). Culturas digitales en las redes sociales, Vol. 20 Núm. 2: LTE1. Ciencia Cognitiva y Neuromarketing | LTE2.

Pew Research Center. (2019). Teens, social media & technology 2018. 2018. Available at: <http://www.pewinternet.org/2018/05/31/teens-social-media-technology-2018/>. Accessed February 5.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2024): Diccionario panhispánico del español jurídico (DPEJ) [en línea]. < <https://dpej.rae.es/> >.

Renau, V et. al. (2013). Construcción de la identidad a través de las redes sociales online: una mirada desde el construccionismo social. *Anuario de Psicología*, 43(2), 159-170.

Reed P, et. al. (2017). Differential physiological changes following internet exposure in higher and lower problematic internet users. *PLoS One*. May 25;12(5):e0178480.

Reyes et. al. (2022). Las redes sociales y su influencia en la transformación de los estudiantes en ciudadanos digitales, *Luz* vol.21 no.3 Holguín jul.-set. Epub 15-Sep-2022

Sahin, C. (2018). Social Media Addiction Scale - Student Form: The Reliability and Validity Study. *TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 17(1), 168-182

Semaan & Khan; (2023) “Neurobiology of Addiction”. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Schultz W, et.al. (1997). A neural substrate of prediction and reward. *Science*; 275: 1593–99.

Smith R. (2018). France bans smartphones from schools. Available at: <https://www.cnn.com/2018/07/31/europe/france-smartphones-school-ban-intl/index.html>.

Statista. (2017). Minutes spent daily on mobile devices among Japanese teenagers in 2017, by activity and gender. Available at: <https://www.statista.com/statistics/758200/japan-daily-mobile-device-use-teens-by-activity-gender/>.

Statista. (2017). Share of children owning tablets and smartphones in the United Kingdom (UK) from 2017, by age. Available at: <https://www.statista.com/statistics/805397/children-ownership-of-tablets-smartphones-by-age-uk/>.

Tang et. al. (2024). "The relationship between childhood trauma and internet addiction in adolescents: A meta-analysis". *J Behav Addict*.

Teran Frisancho, (2023). Adicción a redes sociales como factor asociado a ansiedad, depresión y mala calidad de sueño en estudiantes de medicina, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Medicina Escuela Profesional de Medicina, Perú.

Valencia-Ortiz, et.al. (2021). Adicción a las redes sociales en estudiantes mexicanos: percepciones de discentes y docentes. *Tecnología, Ciencia y Educación*, 19, 103-122. <https://doi.org/10.51302/tce.2021.616>

Verdejo-Garcia A, et al. (2014). Functional alteration in frontolimbic systems relevant to moral judgment in cocaine-dependent subjects. *Addict Biol*; 19: 272–81.

Volkow ND, et al. (2010). Cognitive control of drug craving inhibits brain reward regions in cocaine abusers. *Neuroimage*; 49: 2536–43

Volkow ND, et al. (1993). Decreased dopamine D2 receptor availability is associated with reduced frontal metabolism in cocaine abusers. *Synapse*; 14: 169–77

Volkow ND, et.al. (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci USA*; 108: 15037–42.

Vorel SR, et al. (2002). Dopamine D3 receptor antagonism inhibits cocaine-seeking and cocaine-enhanced brain reward in rats. *J Neurosci*; 22: 9595–603.

Vorel SR, et.al. (2001). Relapse to cocaine-seeking after hippocampal theta burst stimulation. *Science*; 292: 1175–78

Watters, C. et. al. (2013). Examining the structure of the Internet Addiction Test in adolescents: A bi-factor approach. *Computers in Human Behaviour*, 29(6), 2294-2302. doi: 10.1016/j.chb.2013.05.020

Weinstein & Lejoyeux. (2020). “Neurobiological mechanisms underlying internet gaming disorder”. Dialogues Clin Neurosci.

Wise RA. (2009). Roles for nigrostriatal—not just mesocorticolimbic—dopamine in reward and addiction. Trends Neurosci; 32: 517–24.

World Health Organization. International classification of diseases-eleventh revision (ICD-11). (2018). (Switzerland): World Health Organization.

Yau YH, et al. (2014). Food addiction: evidence, evaluation and treatment. In: Rosenberg K, Feder L, editors. Behavioral addictions. New York: Elsevier. p. 143–84.

Zou et. al. (2017). “Definition of Substance and Non-substance Addiction”. Adv Exp Med Biol: 1010:21-41. doi: 10.1007/978-981-10-5562-1_2.

25.0 Anexos

ANEXO 1: Formato de captura de datos

Esta es una encuesta en la que Ud. participa voluntariamente, por lo que le agradecemos encarecidamente que sea absolutamente sincero(a) en sus respuestas. Antes de responder al cuestionario le pedimos que nos proporcione los siguientes datos:

Hospital donde realiza residencia medica:

Año de residencia: _____

Edad: _____

Género: _____

Lugar de residencia medica: _____

Utiliza Redes Sociales: _____. Si respondió SI, indique cuál o cuáles:

Si respondió NO, entregue el formato al encuestador

¿Dónde se conecta a las redes sociales? (puede marcar más de una respuesta)

En mi casa () En mi trabajo () En las cabinas de internet () En las computadoras del hospital () A través del celular ()

¿Con qué frecuencia se conecta a las redes sociales?

Todo el tiempo me encuentro conectado () Una o dos veces por día ()

Entre siete a 12 veces al día () Dos o tres veces por semana ()

Entre tres a Seis veces por día () Una vez por semana ()

De todas las personas que conoces a través de la red, ¿cuántos conoces personalmente?

10 % o Menos () Entre 11 y 30 % () Entre el 31 y 50 % ()

Entre el 51 y 70 % () Más del 70 % ()

Tus cuentas en la red contienen tus datos verdaderos (¿nombre, edad, género, dirección, etc.?)

SI () NO ()

¿Qué es lo que más te gusta de las redes sociales?:

Fuente: Elaboracion propia.

ANEXO 2: CUESTIONARIO SMAS-SF

A continuación, se presentan 26 ítems referidos al uso de las Redes Sociales, por favor conteste a todos ellos con sinceridad, no existen respuestas adecuadas, buenas, inadecuadas o malas. Marque un (X) en el espacio que corresponda a lo que Ud. siente, piensa o hace:

Siempre S Rara vez RV Casi siempre CS Nunca N Algunas veces AV

- 1. Estoy ansioso por ir a las redes sociales ().**
- 2. Busco conectarme a Internet en todas partes para acceder a las redes sociales ().**
- 3. Lo primero que hago cuando me despierto es conectarme a las redes sociales ().**
- 4. Una vida sin redes sociales no tiene sentido para mí ().**
- 5. Prefiero usar las redes sociales a pesar de estar acompañado ().**
- 6. Prefiero las amistades de las redes sociales que las presenciales ().**
- 7. Me expreso mejor con las personas de las redes sociales ().**
- 8. Aparento ser lo que yo quiero en las redes sociales ().**
- 9. Por lo general, prefiero comunicarme con personas a través de las redes sociales ().**
- 10. Hasta mi familia se enfada porque no puedo dejar de usar las redes sociales ().**
- 11. Quiero pasar el tiempo en las redes sociales cuando estoy solo ().**
- 12. Prefiero la comunicación virtual en las redes sociales para salir ().**
- 13. Omito mis tareas porque paso mucho tiempo en las redes sociales ().**
- 14. Me siento infeliz cuando no estoy en las redes sociales ().**
- 15. Me emociona estar en las redes sociales ().**
- 16. Utilizo las redes sociales con tanta frecuencia que me olvido de mi familia ().**
- 17. El mundo misterioso de las redes sociales siempre me cautiva ().**
- 18. Ni siquiera noto que tengo hambre y sed cuando estoy en las redes sociales ().**
- 19. Noto que mi productividad ha disminuido debido a las redes sociales ().**
- 20. Tengo problemas físicos debido al uso de las redes sociales ().**

21. Uso las redes sociales incluso cuando voy por la calle para estar informado al instante sobre los acontecimientos ().
22. Me gusta usar las redes sociales para estar informado sobre lo que sucede ().
23. Navego en las redes sociales para mantenerme informado sobre lo que comparten los grupos de medios sociales ().
24. Paso más tiempo en las redes sociales para ver algunos eventos/acontecimientos especiales (por ejemplo, cumpleaños) ().
25. Mantenerme informado sobre las cosas relacionadas con mis cursos (ej. tarea, actividades) me hace estar siempre en las redes sociales ().
26. Siempre estoy activo en las redes sociales para estar inmediatamente informado sobre qué comparten amigos y familia ().

FUENTE: Elaboración propia.

ANEXO 3: Formato de consentimiento informado

El presente estudio que motiva esta investigación se realiza con el fin de identificar y/o detectar patrones de conducta adictiva relacionada con el uso de redes sociales en profesionales de la salud del estado de Puebla mediante la aplicación de un cuestionario enfocado al uso problemático de redes sociales. Es un cuestionario de tipo Likert, que se aplica de forma gratuita, sin otros intereses que los meramente educativos. En el presente solo se solicita la participación de forma libre y voluntariosa de profesionales de la salud.

Por medio de este estudio no se estiman riesgos o daños para la integridad de la persona participante ya que la información no será de uso público, y, en caso de querer saber los resultados por individuo se hará de conocimiento a cada participante en específico.

He sido informado de forma clara, veraz y precisa sobre todos los aspectos de esta investigación y he aceptado participar de forma libre y voluntaria según mis valores, intereses y preferencias.

NOMBRE Y FIRMA DE PARTICIPANTE

TESTIGO

Fuente: Elaboración propia.