



**Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**“RELACIÓN DE LAS CIBERADICCIONES Y LA SALUD MENTAL EN LOS  
JÓVENES ESTUDIANTES DE SEGUNDO AÑO DE MEDICINA HUMANA DE LA  
FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE” DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL FEDERICO VILLARREAL EN EL CICLO ACADÉMICO 2019-I”**

**Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano**

**Autor:**

**Comeca Genebroso, Braiam Oniel**

**Asesora:**

**Dra. Macciotta Felices, Beatrice Milagros**

**Jurado:**

**Vargas Lazo, Mirian Gladys**

**Velasco Valderas, Rosa María**

**Zelada Gonzales, Antonio**

**Barboza Cieza, Reanio**

**Lima – Perú**

**2019**

**Dedicatoria**

Quiero dedicar esta obra a mi madre por todo su amor que día a día me demuestra

A mi padre por su comprensión en cada momento de mi vida

Y a mis hermanos por su cariño brindado

**Agradecimiento**

A mi madre, quien con su gran amor y paciencia ha sido la guía y fortaleza de mi vida.

A mi padre, quien con su apoyo incondicional ha sido un pilar fundamental en mi desempeño

## Índice

Resumen.....		6
Summary .....		7
I.    Introducción .....		8
1.1    Descripción y Formulación del Problema.....		8
1.2.    Antecedentes.....		8
1.3.    Objetivos.....		11
1.3.1.    Objetivo General.....		11
1.3.2.    Objetivos Específicos.....		11
1.4.    Justificación.....		12
II.    Marco Teórico.....		14
2.1.    Juventud: como categoría descriptiva y analítica.....		14
2.2.    Ciberadicción: una visión a través del tiempo.....		17
2.3.    Salud Mental: más allá de la enfermedad psiquiátrica.....		22
III.    Método .....		25
3.1.    Tipo de estudio.....		25
3.2.    Ámbito temporal y espacial.....		25
3.3.    Variables.....		25

3.4.	Población y muestra.....	26
3.5.	Instrumentos.....	27
3.6.	Procedimiento de Obtención de Datos.....	29
3.7.	Análisis de la información.....	29
IV.	Resultados.....	34
V.	Discusión de Resultados.....	55
VI.	Conclusiones.....	57
VII.	Recomendaciones.....	60
VIII.	Referencias.....	61
IX.	Anexos.....	66

## Resumen

Las ciberadicciones hoy por hoy son consideradas una patología a nivel mundial, repercutiendo a toda la población, sin distinción de raza, género o condición social, siendo los más expuestos a esta situación los jóvenes que por distintos motivos incurren en este tipo de adicciones. Este trabajo es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo realizado en la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”- UNFV ubicado en el distrito de El Agustino, en Lima Metropolitana, cuya muestra seleccionada la conformaron 100 estudiantes del segundo año de Medicina Humana del ciclo académico 2019-I. Esta investigación tuvo como objetivo global: Identificar la relación de las ciberadicciones con la salud mental de los jóvenes estudiantes universitarios y como objetivos específicos: Identificar la relación de las características sintomatológicas y disfuncionales en ciberadictos y la presencia con alguna sintomatología psiquiátrica considerada en el Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ). Para obtener los datos se utilizó un diseño analítico transversal que estuvo compuesto con la aplicación de la Escala de Adicción a Internet de Lima (EAIL) y el Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ). Los resultados que se logró obtener luego del análisis de los datos determinaron que un 57,50 % presenta ciberadicción mediante la aplicación de la escala EAIL, y que la característica ciberadictiva predominante identificada es la característica sintomatológica según la EAIL. Finalmente se identificó que existe relación positiva entre las ciberadicciones y la salud mental de los jóvenes en un 36,25% mediante el estadístico Chi- cuadrado de Pearson y el nivel de significación estadística.

**Palabras clave:** ciberadicción, salud mental, jóvenes.

## Summary

Today cyberdictions are considered a pathology worldwide, impacting the entire population, without distinction of race, gender or social status, being the most exposed to this situation young people who for various reasons incur this type of addiction. The present investigation is a descriptive quantitative study carried out in the "Hipolito Unanue" School of Medicine - UNFV located in the district of El Agustino, in Metropolitan Lima, whose selected sample was made up of 100 students of the second year of Human Medicine of the academic cycle 2019-I. The overall objective of this research was to: Identify the relationship of cyberdictions with the mental health of young university students and as specific objectives: Identify the relationship of symptomatic and dysfunctional characteristics in cyber-dictatorships and presence with some psychiatric symptoms considered in the Questionnaire Self-report or Self Reporting Questionnaire (SRQ). To obtain data, a transversal analytical design was used, which was composed of the application of the Internet Addiction Scale of Lima (EAIL) and the Self Reporting Questionnaire (SRQ). The results obtained after the collection and analysis of the data determined that 57.50% present cyber-abuse through the application of the EAIL scale, and that the identified predominant cyberaddictive characteristic is the symptomatological characteristic according to the EAIL. Finally, it was identified that there is a positive relationship between cyberdictions and the mental health of young people in 36.25% using the Pearson Chi-square statistic and the level of statistical significance.

Keywords: cyberdiction, mental health, youth

## **I. Introducción**

### **1.1 Descripción y Formulación del Problema**

Con los avances en tecnología, internet es considerado una herramienta útil para desarrollo de toda persona, sin embargo, se presentaron consecuencias negativas relacionadas al consumo de Internet, lo que ha provocado que varios investigadores propongan una patología de adicción a Internet que se asemeja a las patologías que se presentan con otras conductas adictivas. A partir de ello la Adicción al Internet llamada también como ciberadicción es estudiada desde hace 24 años, siendo uno de los precursores Goldberg en 1995 y haciéndolo conocido en 1998 por Young, definiéndola como un descenso en la capacidad de control sobre el consumo de internet que refleja como síntomas tanto cognitivos, como conductuales y fisiológicos, caracterizándose como una incapacidad del individuo para poder tener dominio sobre la forma del uso y generando dependencia a Internet, conllevándolo a estados de falla en su vida cotidiana. A la vez, un individuo presentará momentos de angustia antes del consumo de Internet, los cuales calmarán al conectarse a Internet. Ante todo ello, formulamos la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre las ciberadicciones y la salud mental en los jóvenes estudiantes de segundo año de Medicina Humana de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal en el ciclo académico 2019-I?

Debido a que en la actualidad las ciberadicciones son consideradas como uno de los grandes problemas que repercute a nivel mundial, afectando a toda la población sin distinción de raza, género o condición social, siendo los jóvenes estudiantes los más expuestos a esta realidad, debido a diversos factores que condicionan tal situación.

### **1.2. Antecedentes**

Gracia y Vigo (2002) plantearon un estudio cuyo objetivo fue captar los probables efectos



asociados con el consumo de internet. Realizaron un diseño correlacional en muestras de 1664 usuarios de Internet, a los cuales se les hizo un cuestionario conformado por 53 ítems. Luego del estudio de los resultados, se obtuvo como conclusión que un subgrupo de consumidores de Internet (4,9% de la muestra) tiene desordenes asociados con el consumo de internet. Además también manifestaron presentar ansiedad y disfunción social, que el resto de la muestra.

Torres (2007) hizo un estudio que tuvo como objetivo identificar la relación entre la satisfacción familiar y la conducta adictiva de los jóvenes de educación secundaria mixta de Camaná – Arequipa. Realizó un diseño correlacional en muestras de estudiantes entre el rango de edad de 12 y 17 años; de ambos sexos en la misma proporción; el 67,5% pertenecientes a centros educativos particulares y el 32,5% a centros educativos estatales, a los cuales se les realizó la Escala de Satisfacción Familiar AMMORAVI y el Test de Adicción a la Internet de Kimberley y Young. Luego del análisis de los resultados, se obtuvo la conclusión que las actividades más realizadas por los estudiantes son: conversación por Chat (86,8%); búsqueda de información (72,8%); juegos en línea (46,5%); descarga de archivos (42,4%); envío de archivos (27,2%); entre otras actividades menos realizadas. Se halló la existencia relación entre la satisfacción familiar y la adicción a la Internet en los jóvenes estudiados. La ausencia de satisfacción familiar se encuentra relacionada a las conductas adictivas a Internet; independientemente de las otras variables analizadas.

Asto (2008) llevo a cabo un estudio cuyo objetivo fue deducir que muchos de los jóvenes estudiantes en la actualidad consumen Internet frecuentemente y la utilizan para 17 diferentes fines. Se realizó un diseño descriptivo en jóvenes estudiantes del 5to grado de educación secundaria de la Institución Educativa N° 80047 Ramiro Aurelio Ñique Espíritu del distrito de Moche, a los cuales se les hizo cuestionarios. Luego del estudio de los resultados, se halló que la

mayoría utiliza internet para buscar información, para conversación por chat, para juegos en línea, para enviar y recibir información, para evadir problemas a través de la distracción. Se puede confirmar que los instrumentos de internet que más utilizan los jóvenes estudiantes son la www (World Wide Web), la conversación por Chat y el correo electrónico; pero el principal fin de la utilidad de Internet por los jóvenes estudiantes es para buscar información, debido a que a Internet es considerado como una gran biblioteca virtual a la que todos puede tener acceso, por ello Internet ha empezado a ser parte de la utilización habitual de los jóvenes estudiantes.

Delgado (2009) llevo a cabo una investigación cuyo objetivo fue evaluar la asociación de ciberadicción y las dificultades interpersonales en los jóvenes del Área de Sociales de la Universidad Católica de Santa María. Realizó un diseño correlacional en muestras de jóvenes de ambos sexos en el rango de edad de 17 a 21 años, a quienes se les hizo el instrumento de Escala de riesgo de adicción a Internet. Luego del análisis de los resultados, se concluye que la ciberadicción en los jóvenes evaluados se halla en nivel medio y a la vez que presentan dificultades interpersonales, aunque no de manera relevante. Los jóvenes de género masculino presentan mayor Adicción a Internet, en cambio los jóvenes de género femenino presentan mayor Dificultades Interpersonales. Los jóvenes que cuentan con Internet en casa presentan mayor ciberadicción y dificultades interpersonales

Letona (2012) llevo a cabo un estudio cuyo objetivo fue establecer la influencia de adicción a Internet y conducta agresiva de los jóvenes; el estudio fue descriptiva y se realizó con 40 jóvenes de la empresa Fantasía de la zona 3 de Mazatenango Suchitepéquez; se evaluó a través de la prueba INAS-87 y un cuestionario de opinión respecto del nivel de adicción a los juegos vía Internet para identificar la relación de una variable sobre otra. A partir del estudio se concluyó que el 60% de la población evaluada tiene un nivel bajo de agresividad, por lo que esta población

puede denominarse como jóvenes con una personalidad estable, ya que sus niveles de agresividad se hallan en un parámetro considerado como normal, y por tanto los juegos solo son para entretenimiento.

Carbonell, Chamorro, Griffiths, Oberst, Cladellas y Talarñ (2012) plantearon un estudio cuyo objetivo principal fue determinar el uso problemático de Internet y el teléfono celular, a través del Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI) y en el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERRM). Realizaron un diseño correlacional en muestras de 1879 universitarios de Cataluña y 1557 estudiantes de secundaria, a quienes se les hizo un cuestionario que implica el uso de Internet y del teléfono celular, un cuestionario sobre consumo patológico de Internet (CERI) y un cuestionario sobre uso problemático del teléfono celular (CERM). Luego del estudio de los resultados, se obtuvo que no existía diferencias entre ambos sexos en el consumo patológico de Internet, aunque en el grupo de problemas con el teléfono celular se hallaron mayor cantidad de mujeres. La comparación hecha de este estudio con nueve estudios españoles indica que el tiempo conectado no es en sí un buen indicador de uso patológico, además aparece la asociación entre uso patológico de Internet y el teléfono celular y la presencia de malestar psicológico.

### **1.3.Objetivos**

#### 1.3.1. Objetivo General

OG Identificar la relación de las ciberadicciones con la salud mental en los jóvenes estudiantes de segundo año de Medicina Humana de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

#### 1.3.2. Objetivos Específicos:

OE1 Identificar la característica adictiva predominante en ciberadictos según la Escala de

Adicción a Internet de Lima (EAIL).

OE2 Identificar la sintomatología psiquiátrica predominante según el Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ).

OE3 Identificar la relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos.

OE4 Identificar la relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos.

OE5 Identificar la relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol.

OE6 Identificar la relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos.

OE7 Identificar la relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos.

OE8 Identificar la relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol.

#### **1.4. Justificación**

Con los avances tecnológicos hemos adquirido nuevos hábitos y por tanto también nuevos vicios, entre ellos la adicción a Internet o también llamada Ciberadicción. Luengo (2004) considera esta adicción al descenso de la capacidad del control del consumo, expresándose como síntomas tanto cognitivos, como conductuales y fisiológicos, en donde el individuo realiza un uso descontrolado de Internet, lo que conlleva a una distorsión de sus objetivos tanto personales, como familiares y/o profesionales. Chóliz y Marco (2012) mencionan que la ciberadicción ha provocado en jóvenes, cambios no favorables en su desarrollo psicosocial y, en casos extremos,

ha provocado una obsesión llegando a degenerar en un trastorno de su personalidad. La ciberadicción puede llegar a tal punto que los jóvenes mienten, realicen gastos excesivos e incluso se escapan de su centro de estudios. Es por ello que los que más se beneficiarán de este estudio serán los jóvenes estudiantes, puesto que la mayoría no considera que estar todo el día o gran parte del día conectado a Internet puede ser dañino para su salud mental. Por ello, es de importancia dar a conocer este tema, y considerar que no es fácil reconocer que se puede tener un problema de adicción a un objeto inanimado que solo debería ser tomado como una herramienta de trabajo.

## II. Marco Teórico

### 2.1. Juventud: como categoría descriptiva y analítica

El enfoque poblacional por etapas, por el cual se guían muchos de los estudios en el área de salud pública, se sujetan al hecho de que cada fase del ciclo vital tiene características tanto biológicas, como cognitivas, emocionales y sociales que necesitan una conexión. (García-Ruiz, Ruiz-Varón, Díaz-Hernández, Rozo-Lesmes, & Espinosa-de Gutierrez, 2010)

La juventud es uno de los grupos poblacionales que la salud pública tiene bajo la mira según este punto de vista, ya que se los considera como un grupo poblacional que se halla “en riesgo” frente a varios problemas de salud pública o como un conjunto de individuos “generadores de riesgo”, tanto para otros individuos como para ellos mismos.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que más de dos tercios de los fallecimientos antes de la edad esperada y más de un tercio de la totalidad de morbilidad en adultos están asociadas a patologías o conductas que se desarrollaron en la juventud tales como conductas adictivas, promiscuidad sexual, violencia física, entre otras conductas de riesgo (OMS, 2011). Por tanto, la OMS pone en énfasis la importancia que tienen los estudios en salud pública que toma como objetivo a la población de jóvenes: El fomento de prácticas saludables y la inserción de medidas para prevenir en la población de jóvenes los riesgos en salud que son importantes para un adecuado desarrollo de su futuro en el ámbito sanitario y social en sus naciones y comunidades, y para evitar la aparición de patologías en la siguiente etapa de su ciclo vital (OMS, 2011, párr.3).

El ámbito de la salud en los jóvenes no solo se desenvuelve en las dimensiones de la Biología o la Psicología, sino también se desenvuelve en las dimensiones de la Sociología.

Las denominaciones de “adolescencia” y “juventud” comúnmente son utilizadas de manera

intercambiable, como si fueran sinónimos (Davila Leon, s.f.). Mayormente se consideran rangos de edad para poder diferenciar cronológicamente “adolescencia” de “juventud”, en donde la primera queda incluida dentro de la segunda. Según la OMS los adolescentes se encuentran en el rango de edad desde los 10 años hasta los 19 años, y los jóvenes desde los 15 años hasta los 24 años. Tanto el uso de los conceptos de adolescencia como el de juventud, conllevan a una imprecisión que indica la inexistencia de una distinción exacta para estas denominaciones. Es de importancia entonces precisar las definiciones que limitan los ámbitos conceptuales que involucran a la adolescencia y a los que involucran a la juventud para tener distinciones conceptuales y prácticas en el abordaje de los problemas en la salud pública.

La denominación de “adolescencia” ha tenido un desarrollo trascendental en la psicología evolutiva y se considera como el paso de la niñez a la adultez, a través del cual se obtiene la madurez en el ámbito sexual sin ser consciente de las responsabilidades de la adultez (Lefrancois, 2001). En este concepto sobresalen dos elementos: la adolescencia como etapa del ciclo vital, y en una concepción del desarrollo que tiene la adultez.

La denominación de juventud se ha desarrollado tanto en las dimensiones de la Sociología, la Antropología y la Historia. (Davila Leon, s.f.). La juventud no se autolimita al concepto del desarrollo de nuevos aspectos físicos y psicológicos que ocurren durante el paso de la infancia a la adultez, sino que se considera como una categoría social (Brito Lemus, 1998) a el cual se configura la identidad social para su desarrollo en una sociedad.

La juventud es considerada una población de peculiar interés para la salud pública, puesto que conlleva consigo características y problemáticas que pone en manifiesto la diferencian con las otras etapas de la vida. La juventud es considerada dentro del ámbito de la salud pública como categoría descriptiva por el cual se atribuyen características tanto biológicas, psicológicas y

sociales. Esta forma de conceptualización lo considera como a un individuo sobre el cual es posible estudiar y en quien se puede intervenir. Desde esta visión de la juventud, la salud pública ha tomado en cuenta diferentes problemáticas asociadas con la salud de este grupo etario, teniendo como importancia temas tales como el de conductas adictivas, la violencia y la sexualidad con características de riesgo. Por ello, el no considerar la juventud como categoría analítica limita la interpretación de dichas problemáticas en cuestión de lo que es ser partes de estos grupos etario en condiciones tanto sociales y económicos, como culturales y políticas, además sujeta una visión adultocéntrica de la realidad de los jóvenes. En cambio, si la consideramos como categoría analítica, implicaría reconocerla como una categoría social por lo cual la salud y la enfermedad se consideran como objetos sociales. De esta forma, la juventud deja de ser considerada solamente como un ente poblacional, y se transforma en un ente social para el estudio de la salud y la enfermedad (Breilh, 2003).

La visión de este grupo etario como categoría analítica y en un instrumento conceptual para la investigación en salud pública, permite ir más allá de los enfoques poblacionales de características descriptivas de la epidemiología para poder entender la asociación entre el ser joven y la dimensión social de la salud y la enfermedad. La salud como dimensión social, surge en las relaciones entre sujetos que se dan en sociedad, en cierto contexto, donde confluyen valores y prácticas en torno tanto al cuerpo y como al bienestar (Restrepo-Ochoa, 2011); por lo cual, la salud en este grupo etario no es independiente a ellos como categoría social, a sus formas de vida y de su posición dentro de la sociedad.

Desde esta visión, no se puede tener como límites criterios cronológicos ni biológicos, en cambio debe concentrarse en la posición que cumplen dentro de la sociedad. Es así como se marca la diferencia entre adolescencia y juventud, puesto que la adolescencia es una categoría



considerada dentro del ámbito de la Psicología y Biología que explica el paso de la niñez a la adultez, en cambio la juventud es una categoría analítica y descriptiva que se interesa por como los jóvenes logran su inserción en sociedad.

## **2.2.Ciberadicción: una visión a través del tiempo**

La patología de dependencia a la red, o como se ha dado a conocer con otras denominaciones como desorden de adicción a Internet, uso compulsivo de Internet, Adicción al Computador, Net adicción (Lam-Figueroa & Hinojosa-Camposano N, 2011), ha sido estudiado por Goldberg desde 1995, por primera vez de manera oficial, y posteriormente por la Dra. Kimberly Young de la Universidad de Pittsburg en 1996, quien la define como: “Un descenso en la capacidad en el control de su uso que se manifiesta como un grupo de síntomas cognitivos y fisiológicos”. (López A., 2004).

La ciberadicción es considerada como una dependencia en la dimensión psicológica del individuo que genera un aumento de las acciones realizadas a través de Internet, provocando malestar en el caso que el individuo no se encuentra conectado. (Berner, 2011)

Griffiths en 1997 menciona el término de "adicciones tecnológicas", quien las define como adicciones que se encuentran en la interacción hombre-máquina, considerándose como pasivas, en el caso de la televisión, o activas, en el caso de los juegos en Internet. Esta entonces se consideraría como una modalidad de las adicciones (López A., 2004)

En este contexto para Griffiths la presencia de cualquier conducta que cubra completamente estos seis criterios, será considerada como adicción:

1. Saliencia: Una actividad en particular se transforma en la más importante para el individuo, y este controla tanto sus pensamientos, como sentimientos y conducta.
2. Modificación del humor: Las experiencias que el individuo afronta por consecuencia de

esta actividad en particular.

3. Tolerancia: Proceso en el cual se necesita aumentar los momentos de esta actividad en particular para obtener los mismos efectos deseados.
4. Síndrome de abstinencia: Estados emocionales y/o físicos no agradables para el sujeto que se presentan cuando la actividad en particular es interrumpida o reducida.
5. Conflicto: Se considera a los conflictos entre el individuo y los demás individuos que lo rodean, el llamado conflicto interpersonal, también los conflictos que ocurren con sus otras actividades, como en el trabajo, y los conflictos que ocurren dentro del sujeto que está involucrado en la actividad en particular.
6. Recaída: Se considera a la inclinación incontrolada de regresar a los patrones de actividad que se presentó desde un inicio, pero en el modo más extremo, esto después de un tiempo sin el factor adictiva. (Berner, 2011)

Para Young existen factores que predisponen al ciberadicto, a quienes los considera como refuerzos y mecanismos en la dimensión psicológica del individuo que conllevan al desarrollo de un hábito y posterior ciberadicción, como lo son:

1. Aplicaciones adictivas: las aplicaciones que considera más adictivas son las que permite al potencial ciberadicto interactuar con otros individuos; para ello hay que diferenciar a los usuarios dependientes de los que no son, mientras los usuarios no dependientes usan Internet para buscar información y conllevar relaciones preexistentes; los usuarios dependientes la usan para poder socializar y generar nuevos vínculos, a partir de ello se determinan tres principales mecanismos de reforzamiento: el apoyo social, la realización sexual y la creación de un personaje.
2. Personalidades reveladas: Internet permite poder presentar aspectos de la personalidad que

se encuentran reprimidos, que luego de manifestarlos a través de la red, deben ser incorporados a la personalidad real y no limitarlos al ciberespacio.

3. Reconocimiento y poder: Este mecanismo de reforzamiento se relaciona a los juegos en línea, donde se desarrolla un personaje que va adquiriendo poder a medida que consigue victorias, llegando a ser considerado un líder en el ciberespacio en comparación a otros jugadores. (López A., 2004)

Para otros autores, los factores que predisponen a una ciberadicción, se hallan en el mismo sujeto pues se tratarían en general de jóvenes, con alto nivel educacional y con habilidad en tecnología.

Para John Suler existen dos modelos de sujetos ciberadictos básicos:

1. Sujetos aficionados por sus ordenadores que consumen Internet para búsqueda de información, juegos en línea, u otras actividades, sin fomentar algún tipo de relación interpersonal como fin. Considerados sujetos con necesidad de control e introvertidos.
2. Sujetos que consumen Internet por el uso de las redes sociales, conversaciones por chat y correo electrónico, con el fin del desarrollo de relaciones interpersonales. Considerados sujetos con necesidades de carácter afectivo y de naturaleza extrovertida.

En algunos casos se considera a sujetos que consumen Internet con el fin de encontrar páginas relacionadas con el sexo, sin embargo, para el autor, en estos casos, estaríamos frente a una adicción al sexo, más que a Internet. (Camello, León, & Salcedo, 2013)

Para ello Young en 1995 propuso clasificar las ciberadicciones en cinco tipos:

1. Adicción computacional: Se considera al consumo de juegos por Internet.
2. Sobrecarga de información: Se considera a la búsqueda descontrolada de información.
3. Compulsión en red: Se considera al gasto compulsivo de dinero en compras en línea.

4. Adicción cibersexual: Se considera al acceso a pornografía y actividad sexual.
5. Adicción a las ciberrelaciones: Se considera al acceso a relaciones interpersonales a través de las redes sociales (Camello, León, & Salcedo, 2013).

Los Criterios Diagnósticos desarrollados por Young a través del test de Adicción a Internet (AIT) creado en el año 1996, adaptado de los criterios de abuso de sustancias del DSMIV, considera como criterios para denominar a un ciberadicto tanto a los patrones conductuales de uso de Internet, como el perfil de personalidad y el razonamiento. Estos criterios se hallan en un práctico cuestionario de ocho ítems.

Según estos criterios, se consideraría ciberadicto si cinco o más de los ítems tienen respuestas afirmativas. Posteriormente Young crea una escala corta tomada y modificada de los criterios para Patología en juegos, donde se considera positivo solo si se responde de forma afirmativa a cinco o más de los ítems. (López A., 2004). Debido a que ninguna de estas escalas propuestas había sido validada, Young en 1999 concluyó que son necesarios mayores estudios de investigación para la validación de criterios de diagnóstico de Adicción a Internet.

En la búsqueda de poder formular criterios diagnósticos validados se han desarrollado varios aportes valiosos en Ciberadicciones: Chen Internet Addiction Scale, formulada y utilizada en Taiwán; Compulsive Internet Use Scale (CIUS), formulada en Holanda; Problematic Internet Use Questionnaire (PIUQ) formulada en Hungría, y el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet formulado y validado en España (Fargues, Lusa, Jordania, Graner, & Carbonell, 2009).

En Latinoamérica no se han desarrollado muchos estudios para la formulación de criterios diagnóstico de Adicción a Internet con escalas validadas. Nuestro país, Perú, es el país que cuenta con mayor desarrollo en investigación sobre Ciberadicciones en todo Latinoamérica, aquí fue donde

se formuló y desarrolló un cuestionario denominado ‘Escala de Adicción a Internet de Lima’ (EAIL), realizado en estudiantes, tomando en cuenta cuestionarios de autoinformes más significativos en relación a la Adicción a Internet para su formulación como: Internet Addiction Test, Online Cognitive Scale, Chinese Internet, Addiction Inventory, Generalized Problematic Internet Use Scale y Pathological Internet Use Scale. (Camello, León, & Salcedo, 2013)

La EAIL consiste en la formulación unos once ítems creados a partir de autoinformes, que fueron respaldados previo estudio y aprobación por el Instituto Nacional de Salud Mental ‘Honorio Delgado Hideyo Noguchi’, de estos, ocho ítems evalúan las características sintomatológicas y tres evalúan características disfuncionales, cada ítem cuenta con respuestas de opción múltiple tipo Likert de cuatro opciones: “Muy rara vez” que equivale a 1, “Rara vez” que equivale a 2, “A menudo” que equivale a 3, “Siempre” que equivale a 4. El estudio tuvo como conclusión que la EAIL presentó adecuada consistencia interna, con correlaciones moderadas y significativas entre sus ítems. Lo obtenido en este estudio pone en manifiesto que la ciberadicción tiene una posición dinámica que presenta un desorden que no se repercute en el individuo, sino que involucra en su origen patrones de familia y entornos sociales no adecuados. (Lam-Figueroa, Contreras-Pulache, Mori Quishpe E, & Hinostroza-Camposano N, 2011)

Con respecto a la relación ciberadicción-tiempo, Cruzado plantea diferencias en comparación a Young, puesto que aunque Young (1998) menciona que la ciberadicción puede ser considerado un evento de aparición pronta y que luego desaparece, Cruzado, en cambio considera que el consumo de Internet en ciberadictos no es reciente, y que su adicción se va incrementando con el paso del tiempo, eso fue lo que concluyó luego de hallar en su estudio que el porcentaje de paciente que inició el consumo de internet no menor dos años antes de recurrir a ayuda en un centro de salud psiquiátrico fue de 83,3%. Sin embargo, uno de los criterios diagnósticos, como es

el de tiempo de consumo, no es por sí mismo suficiente para la poder distinguir entre ciberadictos o no ciberadictos, puesto que en el estudio se halló que el 50% de todos los ciberadictos determinados se conectaba a Internet más de las 6 horas esperadas diarias, en cambio en el estudio realizado para validación de EAIL en el 2009 en Perú, en sus conclusiones menciona que las personas que obtuvieron mayor puntaje en la escala se asocian a mayor número de horas conectadas a Internet, con ello se halló relación entre Sintomatología de Ciberadicción y el tiempo de uso a la semana. (Lam-Figueroa & Hinojosa-Camposano N, 2011)

### **2.3.Salud Mental: más allá de la enfermedad psiquiátrica**

La Salud Mental es, según algunos autores, el estado de equilibrio entre un sujeto y el entorno sociocultural que lo rodea, a través de este equilibrio, el sujeto tiene la posibilidad de una participación exitosa en el ámbito laboral, intelectual y de interrelaciones, que le permitirá tener bienestar y calidad de vida. En la actualidad, la salud mental ha sido conceptualizada de muchas formas, por investigadores de distintas partes alrededor del mundo, en el que todos concluyen en el incluir el bienestar subjetivo, la autonomía y el potencial emocional del individuo, que por tanto va mucho más allá del solo el aspecto biológico de la persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ante esta situación menciona que a nivel mundial no existe un enunciado único para conceptualizar “salud mental”, y que los conceptos propuestos tienen la influencia de cada cultura en donde fue desarrollada, la influencia subjetiva de sus investigadores quienes lo plantean, y la influencia de teorías existentes en las cuales se basaron, a pesar de ello la OMS considera que la salud mental define a como las personas relacionan su entorno con la realidad. Por ello para determinar el estado de salud mental de un individuo, es necesario el conocer su comportamiento, capacidades, competencias, responsabilidades, la forma de afrontar la realidad, el manejo de momentos estresantes y dificultades en su vida, su autonomía e independencia, las

relaciones interpersonales, y como conduce su vida.

La salud mental plantea el derecho de vivir en un equilibrio psicológico y emocional, que de por si es inestable, y demanda esfuerzo para estar en equilibrio, de esta forma alcanzar el equilibrio adecuado a nuevas circunstancias, por lo expuesto tanto la salud mental es un concepto que va mucho más que la sutileza de evitar enfermedades psiquiátricas, su conceptualización es multidisciplinaria, puesto que engloba conceptos científicos y médicos con aspectos sociales y culturales. Existen teorías sociológicas quienes consideran a la enfermedad mental como resultado de la presión cultural que se desarrolla sobre el individuo. Aunque también plantean que las enfermedades mentales pueden tener su origen en factores como la herencia que se expresan a través de un conjunto de síntomas orgánicos propio de cada individuo.

En las teorías organicistas en donde se identifica a la Psiquiatría Clásica, se considera la búsqueda de la etiología orgánica de la enfermedad mental, entre ellas las provocadas por lesiones cerebrales; y en lo que más ponen en relevancia estas teorías es el conjunto de indicios que se originan por el inadecuado funcionamiento de los centros cerebrales. Estas teorías deben de considerar las contribuciones de las teorías ambientalistas y sociológicas para poder obtener un concepto de la enfermedad mental mucho más humano, teniendo en cuenta como rol primordial la acción de los impulsos que desestabilizan la salud mental. A partir de ello se considera que la prevención en salud mental inicia en primer lugar con el examen físico para el descarte de algunas patologías que pueden tener sus orígenes en los cambios de las funciones orgánicas. Por ello la inspección metódica de las funciones neurológicas forman parte de la evaluación física que se realiza al estudiar la salud mental, además de las dimensiones de la mente humana en las que se evoca la salud mental para un estudio integral del individuo, como:

1. Autopercepción: Que consiste en la forma como percibimos nuestras emociones,

personalidad, ideas, deseos y todo lo que en definitiva concierne de la forma más íntima posible, y así lograr construir la figura de uno mismo.

2. Autoestima: Considerada como el sentimiento de valoración propia de uno mismo, como tal cual se es, considerando los rasgos físicos, mentales y espirituales que conforman la personalidad, esta es aprendida y puede cambiar de acuerdo a las experiencias vividas, de esta forma puede elevarse o declinar.
3. Estrés: Se denomina a las respuestas tanto fisiológicas, psicológicas y de la conducta del individuo que en frente a las demandas internas o externas busca adaptarse a la situación que presenta. Se mencionan al menos dos formas de estrés, uno de ellos, el necesario para la salud, el que mejora el rendimiento y la capacidad de adaptación del sujeto, el que denominamos estrés positivo; y el otro que desmejora la salud, el que provoca la disminución del rendimiento y capacidad adaptativa, el llamado distrés o estrés negativo.
4. Depresión: Según la OMS, la depresión como trastorno mental, cuyas características son la presencia de tanto tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o falta de autoestima, como trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; que pueden llegar a desarrollarse de manera crónica y dificultar las actividades diarias del sujeto.



### III. Método

#### 3.1. Tipo de estudio

Este estudio es una investigación de tipo:

- Cuantitativo: debido a que se examinó los datos de manera numérica.
- Descriptivo: debido a que se obtuvo datos descriptivos del tema a estudiar.
- Observacional: debido que se limitó a observar y describir el tema a estudiar.
- Transversal: debido a que la información se obtuvo en un momento dado.
- Retrospectivo: debido a que los datos obtenidos fueron sucesos de los últimos 30 días.

#### 3.2. Ámbito temporal y espacial

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal, ubicado en el distrito de El Agustino, en Lima Metropolitana, en el mes de marzo del año 2019.

#### 3.3. Variables

V1 = Ciberadicción.

V2 = Salud Mental

Variables intervinientes:

- Sexo: Masculino y femenino.
- Edad: 15-24 años.

Tabla 1  
*Operacionalización de variables*

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS
	Dimensión I:	Escala de Adicción a	
Ciberadicción	Características sintomatológicas	Internet de Lima (EAIL)	I1-I8

---

	Dimensión II:		
	Características		I9-I11
	disfuncionales		
	Sintomatología		
	Psiquiátrica I: Trastorno		P1-P20
	Ansioso-Depresivo		
	Sintomatología	Cuestionario de Auto-	
Salud Mental	Psiquiátrica II: Psicosis	reporte o Self Reporting	P21-P25
	Sintomatología	Questionnaire (SRQ)	
	Psiquiátrica III:		P26-P30
	Alcoholismo		

---

Fuente: elaboración propia

### **3.4.Población y muestra**

#### 3.4.1. Población:

La población de este trabajo de investigación estuvo conformada por 100 estudiantes que cursan el 2do año de Medicina Humana, de edades comprendidas entre los 15-24 años de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Se realizó este trabajo con los estudiantes matriculados y que asistieron a la clase inaugural de Anatomía Humana en el mes de marzo, durante el ciclo académico 2019-I.

#### 3.4.2. Muestra:

La muestra seleccionada para este trabajo de investigación fue de tipo censal puesto que se representó a toda la población de 100 estudiantes que cursan el 2do año de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal que cumplieron con

los criterios de inclusión y aceptaron ser parte del estudio. Es de suma importancia señalar que de los 100 estudiantes 11 no asistieron a la clase inaugural de Anatomía Humana, el día de la aplicación de la escala EAIL y el cuestionario SRQ, además que 9 fueron excluidos debido a que eran mayores de 24 años.

❖ Criterios de inclusión

- Los jóvenes estudiantes que cursen el segundo año de Medicina Humana de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Los jóvenes estudiantes que se encuentren presentes en el centro de estudios en el momento de la aplicación de la escala EAIL y el cuestionario SRQ.
- Los jóvenes estudiantes que han aceptado el consentimiento informado para el presente estudio.

❖ Criterios de exclusión

- Los jóvenes estudiantes que no estén cursando el segundo año de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Los jóvenes estudiantes que se nieguen a participar en el presente estudio.
- Los jóvenes estudiantes que no se hallen presentes en el lugar determinado para la aplicación de la escala y el cuestionario.
- Los jóvenes estudiantes mayores de 24 años que estén cursando el segundo año de la Facultad de Medicina.

### **3.5. Técnica e Instrumentos**

#### **3.5.1. Técnica:**

La técnica de recolección de información fue tipo encuesta, debido a que la información se obtuvo a partir de la interrogación a los participantes de la investigación a través de instrumentos seleccionados.

### 3.5.2. Instrumento:

Para identificar el tipo de sintomatología psiquiátrica con referente a salud mental se aplicó El Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ) que es una escala auto-aplicada o aplicable por profesionales de la salud que nos ayuda a establecer presencia de sintomatología en los últimos 30 días. El SRQ fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud con el fin de poder determinar precozmente e incrementar la atención de las patologías en salud mental. El SRQ está conformada por 30 preguntas dicotómicas, de respuesta “sí” o “no”, de las cuales las primeras 20 se refieren a síntomas depresivos o ansiosos; las preguntas 21 al 25 se refieren a síntomas psicóticos; y las preguntas 26 al 30 se refieren a síntomas relacionados a problemas con el consumo de alcohol. (Andrea D. Romero-Montes, Fabiola N. Sánchez-Chávez, Antonio Lozano-Vargas, Paulo Ruíz-Grosso, & Johann Vega-Dienstmaier, 2016)

Para relacionar las ciberadicciones con la salud mental de los jóvenes estudiantes, se empleó la Escala de Adicción a Internet de Lima (EAIL), a través de ella se evalúa la adicción al internet, esta consiste en 11 ítems, que deben ser resueltos con posibilidad de cuatro respuestas: 1= “Muy rara vez”; 2= “Rara vez”; 3 “A menudo” y 4 “Siempre”; en dirección positiva, asignando 4 a las respuestas que se acercan a una sintomatología ("siempre"=4). De los once ítems, ocho de ellos están relacionados a las características sintomatológicas que son tanto la saliencia o el estar preocupado por la utilización de Internet, la tolerancia, como la abstinencia, la falla en el control y la recaída; y tres evalúan algunas características disfuncionales a los que considera los problemas académicos, familiares e interpersonales. (Lam-Figueroa & Hinostroza-

Camposano N, 2011)

Tener en cuenta que, al aplicar la escala y el cuestionario, se pidió la colocación de su edad y sexo, pero no se solicitaron nombres ni apellidos para mantener el anonimato de los participantes en el estudio.

### **3.6.Procedimiento de Obtención de Datos**

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera grupal durante la clase inaugural del curso de Anatomía Humana, durante la aplicación de los instrumentos el investigador estuvo presente; el cual mencionó las instrucciones para el llenado correcto de la escala y el cuestionario, así como la aclaración de dudas que surgieron durante la aplicación de la escala y el cuestionario.

Para la obtención de la información se realizó una petición dirigida al Jefe de la cátedra de Anatomía Humana y al representante de los estudiantes del segundo año de Medicina, al ser aceptada la petición, se procedió a la realización de la escala y el cuestionario.

El mismo día de la aplicación de los instrumentos se informó a los jóvenes estudiantes que se estaba realizando un estudio sobre ciberadicciones y la relación con la salud mental, donde la participación era voluntaria, una vez que el estudiante aceptó participar en el estudio, se procedió a la entrega de la escala EAIL y el cuestionario SRQ adjunto al consentimiento informado dirigido a los estudiantes, donde se constató su aceptación de ser parte del estudio.

Los estudiantes participantes fueron todos los alumnos del 2do año de Medicina de la Universidad Nacional Federico, en el cual los instrumentos fueron considerados para ser realizados en un tiempo promedio de 15 minutos.

### **3.7.Análisis de la información**

Para la tabulación de los resultados se digitaron en una base de datos del programa Microsoft

Office Excel 2016, y para el análisis se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22.

En primer lugar, se procedió a la recolección de datos mediante la aplicación de los instrumentos, se evidenció que con los criterios de exclusión y por las causas mencionadas anteriormente, el total de la muestra para el estudio fue de 80 estudiantes.

En segundo lugar, tras la recolección de los datos y la validación de la información se formó una base de datos en el Paquete estadístico SPSS y se realizó el posterior análisis mediante técnicas descriptivas.

### 3.7.1. Salud Mental:

Para determinarlo se utilizó El Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ), elaborado por la Organización Mundial de la Salud con el fin de poder incrementar la detección y atención de las patologías en salud mental, donde se plantea 30 preguntas dicotómicas, de respuesta “sí” o “no”, de las cuales las primeras 20 preguntas se refieren a síntomas depresivos o ansiosos, o como lo denominaremos Sintomatología Psiquiátrica 1; las preguntas 21 al 25 se refieren a síntomas psicóticos, o como lo denominaremos Sintomatología Psiquiátrica 2; y las preguntas 26 al 30 se refieren a síntomas relacionados a problemas con el consumo de alcohol, o como lo denominaremos Sintomatología Psiquiátrica 3.

Se continuó realizando el análisis a las respuestas de estos treinta preguntas, a quienes se les asignó los siguientes valores numéricos: 1 en el caso que la respuesta era “SI”, 0 en el caso que la respuesta era “NO”, al igual que se establece originalmente. Posteriormente, se realizó la sumatoria de las preguntas de sintomatología psiquiátrica: Sintomatología Psiquiátrica 1(20 primeras preguntas), Sintomatología Psiquiátrica 2 (de la pregunta 21 a la 25) y Sintomatología Psiquiátrica 3 (de la pregunta 26 a la 30) por separado.

Para definir a los estudiantes que presentan o no Sintomatología Psiquiátrica, se analizó las

sumatorias, y se categorizó igual a lo que se establece originalmente. Por lo tanto, para la Sintomatología Psiquiátrica 1 se considera que el sujeto No Presenta si la sumatoria fue  $<5$ , Puede Presentar si la sumatoria fue de 5-7 y Presenta si la sumatoria fue  $>7$ ; para la Sintomatología Psiquiátrica 2 se considera que el sujeto No Presenta si la sumatoria fue igual a 0, y Presenta si la sumatoria fue  $>0$ ; y para la Sintomatología Psiquiátrica 3 se considera que el sujeto No Presenta si la sumatoria fue igual a 0, y Presenta si la sumatoria fue  $>0$ .

Para finalizar, se creó la variable “Salud Mental”, en donde se denominó como “0” a los que no presentaban ninguna de las Sintomatologías Psiquiátricas, y “1” si presentaban alguna de las tres Sintomatologías Psiquiátricas.

### 3.7.2. Ciberadicción:

Para determinarlo se utilizó la Escala de Adicción a Internet de Lima (EAIL), esta fue desarrollada y validada por el estudio Adicción a Internet: Desarrollo y Validación de un Instrumento en Escolares Adolescentes de Lima - Perú, realizado por Nelly Lam-Figueroa, Hans Contreras-Pulache, y colaboradores en el 2011, en donde plantean dos dimensiones, tanto la Dimensión I que engloba a las características sintomatológicas de Ciberadicción, como la Dimensión II que engloba a las características disfuncionales de Ciberadicción, donde a cada uno de los ítems le corresponde una ponderación factorial que identifican a los ocho primeros ítems para la Dimensión I y los últimos tres ítems para la Dimensión II, como se describe en la Tabla 2.

Tabla 2  
*Análisis factorial de la Escala de Adicción a Internet de Lima*

Ítems	Dimensión I	Dimensión II
	Características sintomatológicas de AI	Características disfuncionales de AI

Cuando no estoy conectado, imagino cómo será la próxima vez que estaré conectado a Internet	0,59	0,14
Me siento preocupado o sueño con conectarme cuando no lo estoy	0,63	0,22
Luego de haberme desconectado, siento que aún quiero estar en Internet	0,50	0,42
Me siento deprimido, malhumorado o nervioso cuando no estoy conectado y se me pasa cuando vuelvo a conectarme	0,66	0,11
Dedico más tiempo a Internet del que pretendía	0,66	0,08
Digo a menudo “sólo unos minutitos más” cuando estoy conectado	0,48	0,44
He intentado estar menos tiempo conectado pero no he podido	0,66	0,27
Cuando siento el impulso de conectarme a Internet no lo puedo controlar	0,65	0,14
He llegado a perder clases por estar en Internet	0,31	0,69
He tenido problemas en el colegio por estar en Internet	0,12	0,86
Descuido las tareas domésticas por pasar más tiempo conectado	0,08	0,83

Fuente: Desarrollo y Validación de un Instrumento en Escolares Adolescentes de Lima, Perú.

Se continuó realizando el análisis de las respuestas otorgadas a estos once ítems, a quienes se les asignó los siguientes valores numéricos: 1 si la respuesta era “Muy rara vez”, 2 si la respuesta era “Rara vez”, 3 si la respuesta era “A menudo” y 4 si la respuesta era “Siempre”, como se establece originalmente. Posterior a esto se aplicó cada ponderación factorial según a Tabla 2, multiplicando cada resultado de cada uno de los ítems por la ponderación factorial. Para finalizar, se realizó la sumatoria de todos los ítems de la dimensión I(8 primeras preguntas) y de



la dimensión II (3 últimas preguntas).

Para determinar ciberadictos y no ciberadictos en cada una de las dimensiones, se tuvo que analizar la distribución de cada sumatoria, al comprobar que como normal la distribución, se tuvo que categorizar la variable según la media correspondiente a cada dimensión. Donde se obtuvo 8,96 como la media para la dimensión I, y 3,40 para la dimensión II. De esto se concluye que los individuos considerados como ciberadictos para la dimensión I son quienes obtuvieron un puntaje total de la sumatoria  $>8,96$  y los no ciberadictos los que tuvieron un puntaje total  $<$  o igual a 8,96. Los ciberadictos para la dimensión II son quienes obtuvieron un puntaje total de la sumatoria  $>3,40$  y los no ciberadictos los que tuvieron un puntaje total  $<$  o igual a 3,40.

Finalmente, se generó la variable Ciberadicción, en donde se determina como “0” a los que no presentan ciberadicción en ninguna de las dimensiones, y “1” si presentan ciberadicción en cualquiera de las dimensiones.

En tercer lugar, para la representación gráfica de los resultados obtenidos se utilizaron diagramas de barras y tablas, finalmente se analizan los resultados mediante el cruce de variables para determinar asociación mediante el estadístico Chi-cuadrado de Pearson y el nivel de significación estadística se determinó con  $p < 0.05$ .

#### IV. Resultados

Tabla 3  
*Frecuencia y porcentaje de edades en años de los participantes del estudio*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18	10	12,5	12,5	12,5
	19	18	22,5	22,5	35,0
	20	21	26,3	26,3	61,3
	21	2	2,5	2,5	63,7
	22	7	8,8	8,8	72,5
	23	7	8,8	8,8	81,3
	24	15	18,8	18,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

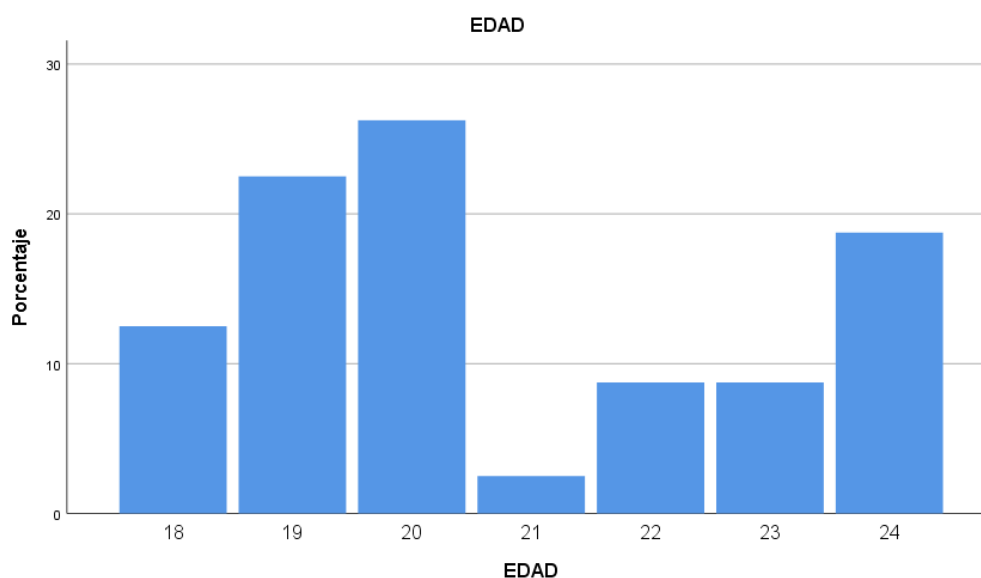


Ilustración 1.  
Porcentaje de edades en años de los participantes del estudio (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 3 y la Ilustración 1 muestra que del total (80) de la población, la edad de mayor porcentaje en los jóvenes estudiantes está comprendida por los 20 años (26,3%), 19 años (22,5%) y 24 años (18,8%).

*Tabla 4*  
*Frecuencia y porcentaje de género en los participantes del estudio*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	31	38,8	38,8	38,8
	FEMENINO	49	61,3	61,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

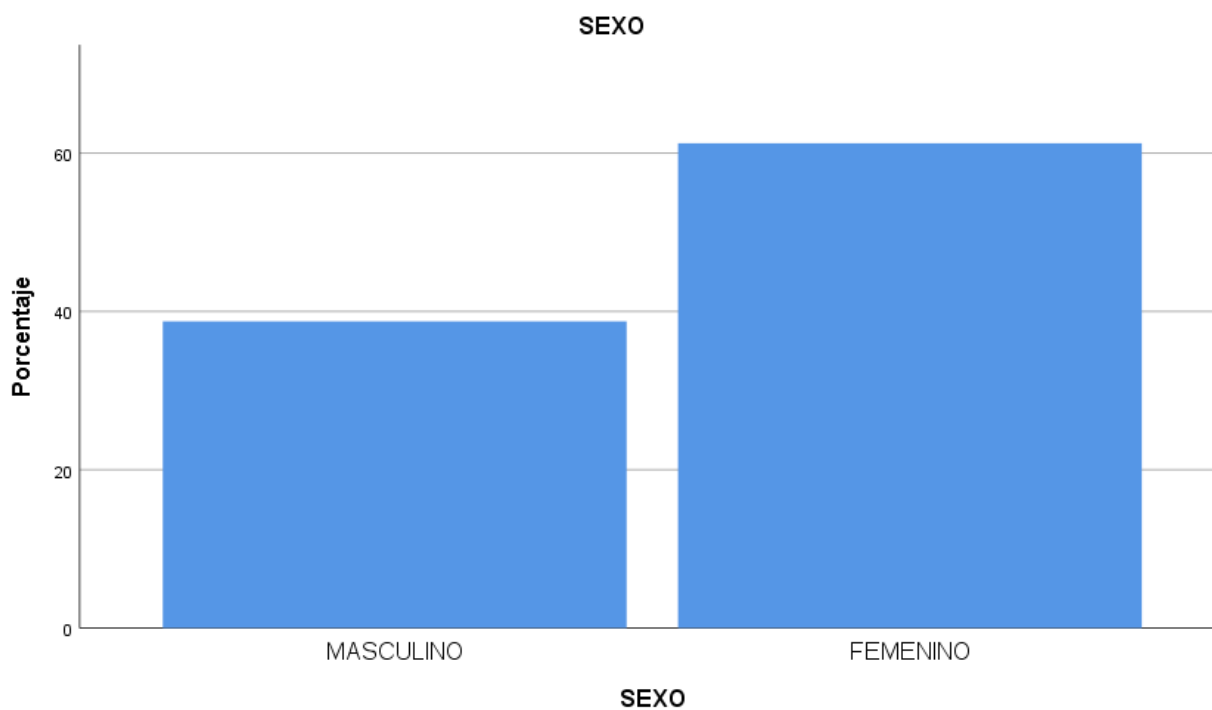


Ilustración 2.  
 Porcentaje de género en los participantes del estudio (Fuente: elaboracion propia)

El análisis de la Tabla 4 y la Ilustración 2 muestra que del total (80) de la población el género femenino representa un 61,3% y el masculino un 38,8%.

Tabla 5  
Frecuencia y porcentaje de ciberadicción en los participantes del estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
NO ADICTO	34	42,5	42,5	42,5
ADICTO	46	57,5	57,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación de la EAIL en los participantes del presente estudio

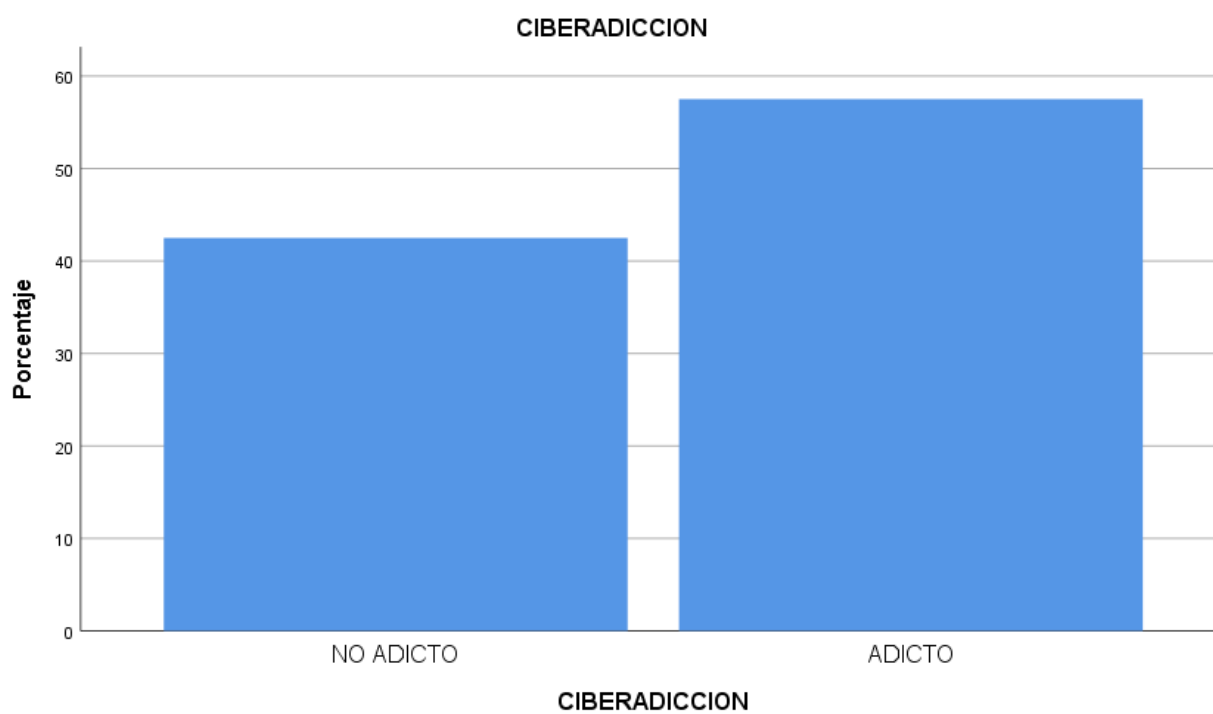


Ilustración 3.  
Porcentaje de ciberadicción en los participantes del estudio (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 5 y la Ilustración 3 muestra que del total (80) de la población, el 57,5% de los estudiantes jóvenes presenta ciberadicción.

Tabla 6  
Frecuencia y porcentaje de ciberadicción con características sintomatológicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO ADICTO	40	50,0	50,0	50,0
	ADICTO	40	50,0	50,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación de la EAIL en los participantes del presente estudio

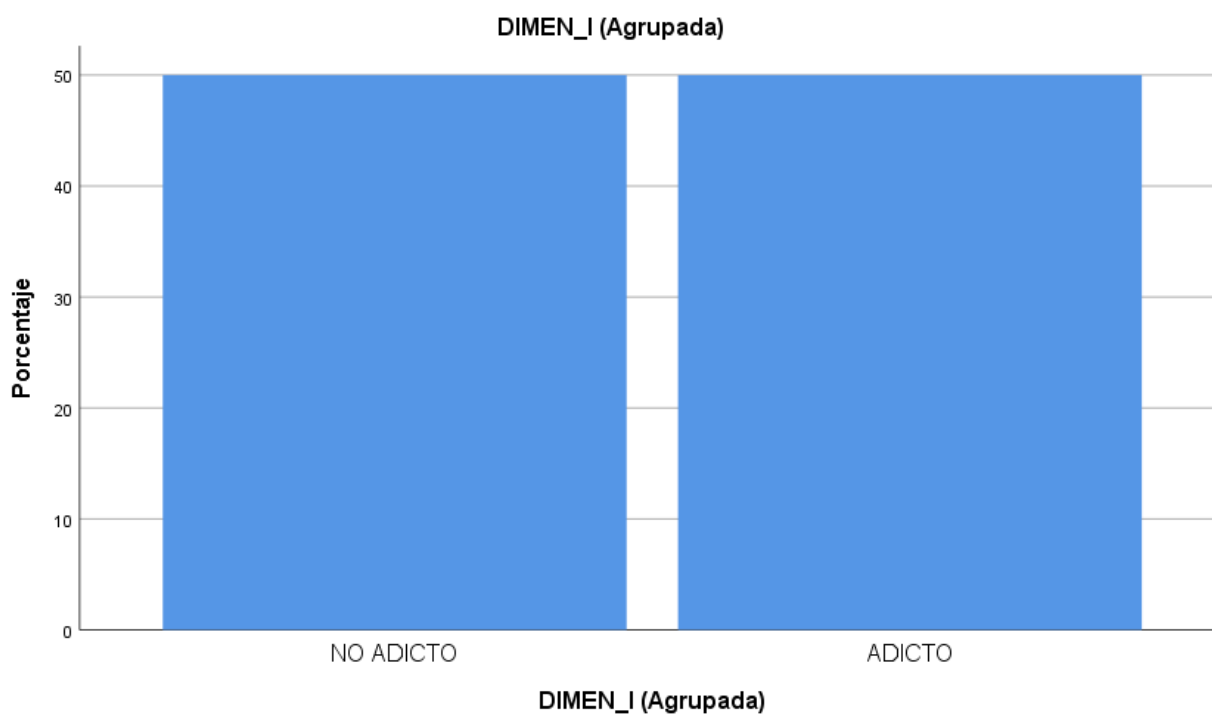


Ilustración 4.

Porcentaje de ciberadicción con características sintomatológicas (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 6 y la Ilustración 4 muestra que del total (80) de la población, el 50% de los estudiantes jóvenes presenta ciberadicción con características sintomatológicas (saliencia, tolerancia, abstinencia, falla en el control y recaída).

Tabla 7  
Frecuencia y porcentaje de ciberadicción con características disfuncionales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO ADICTO	51	63,7	63,7	63,7
	ADICTO	29	36,3	36,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación de la EAIL en los participantes del presente estudio

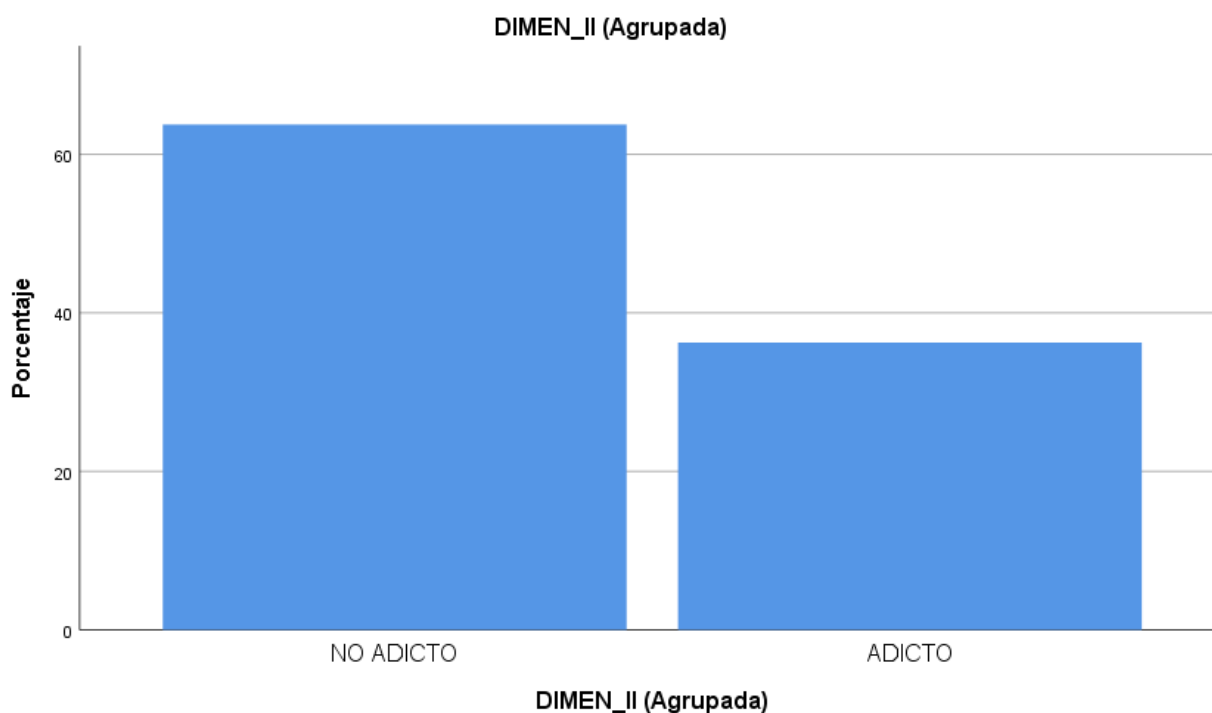


Ilustración 5.

Porcentaje de ciberadicción con características disfuncionales (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 7 y la Ilustración 5 muestra que del total (80) de la población, el 36,3% de los estudiantes jóvenes presenta ciberadicción con características disfuncionales (problemas académicos, familiares e interpersonales).

Tabla 8  
*Frecuencia y porcentaje de presencia de sintomatología asociado a trastornos psiquiátricos en la salud mental*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
NO PRESENTA	14	17,5	17,5	17,5
PRESENTA	66	82,5	82,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación del SRQ en los participantes del presente estudio

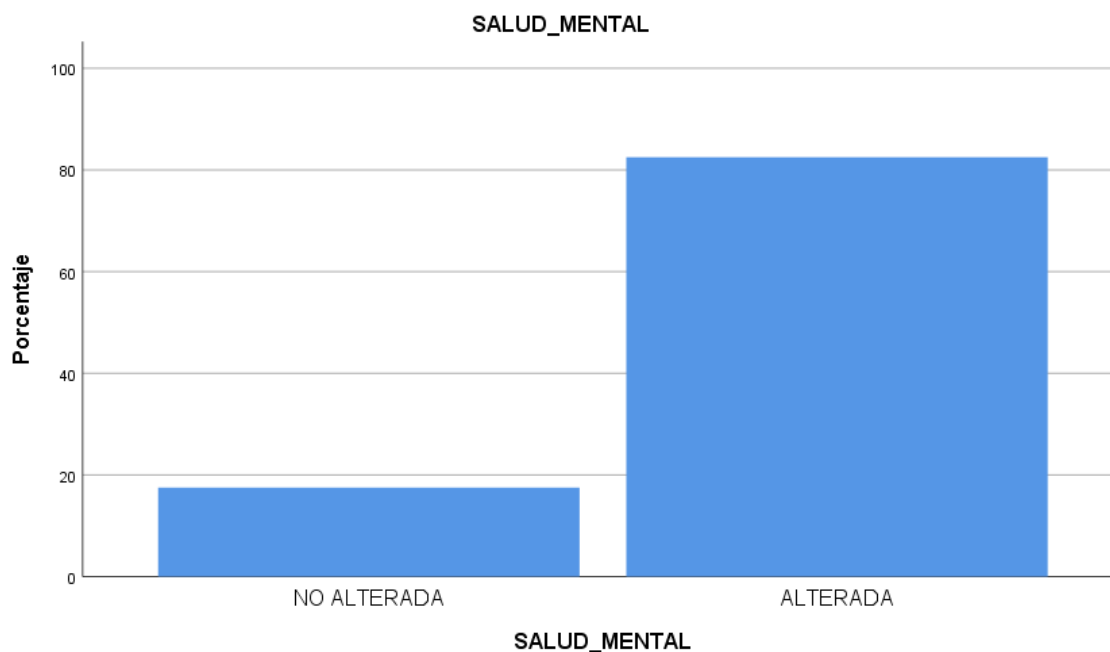


Ilustración 6.  
 Porcentaje de presencia de sintomatología asociado a trastornos psiquiátricos en la salud mental (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 8 y la Ilustración 6 muestra que del total (80) de la población, el 82,5% de los estudiantes jóvenes presenta sintomatología asociado a trastornos psiquiátricos en la salud mental.

Tabla 9  
*Frecuencia y porcentaje de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO PRESENTA	39	48,8	48,8	48,8
	PUEDE PRESENTAR	15	18,8	18,8	67,5
	PRESENTA	26	32,5	32,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación del SRQ en los participantes del presente estudio

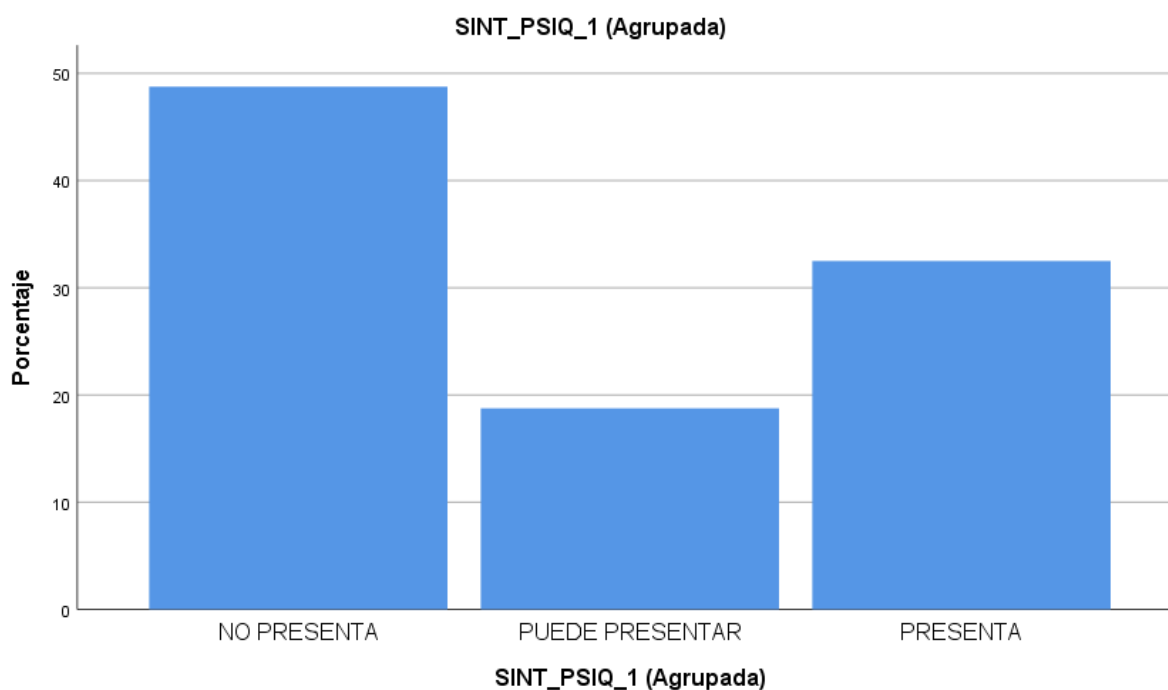


Ilustración 7.

Porcentaje de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 9 y la Ilustración 7 muestra que del total (80) de la población, el 32,5% de los estudiantes jóvenes presenta sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos.



Tabla 10  
*Frecuencia y porcentaje de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
NO PRESENTA	19	23,8	23,8	23,8
PRESENTA	61	76,3	76,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación del SRQ en los participantes del presente estudio

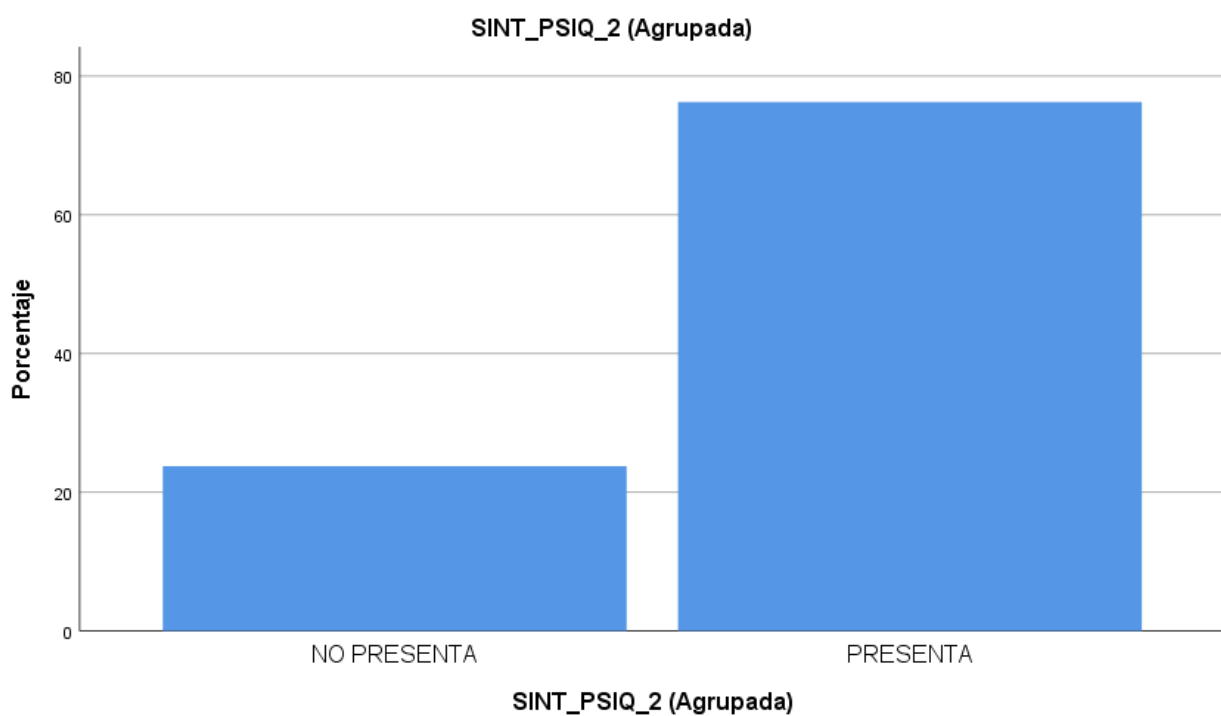


Ilustración 8.  
 Porcentaje de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 10 y la Ilustración 8 muestra que del total (80) de la población, el 76,3% de los estudiantes jóvenes presenta sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos.

Tabla 11  
*Frecuencia y porcentaje de sintomatología psiquiátrica asociados trastornos sobre el consumo de alcohol*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO PRESENTA	63	78,8	78,8	78,8
	PRESENTA	17	21,3	21,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación del SRQ en los participantes del presente estudio

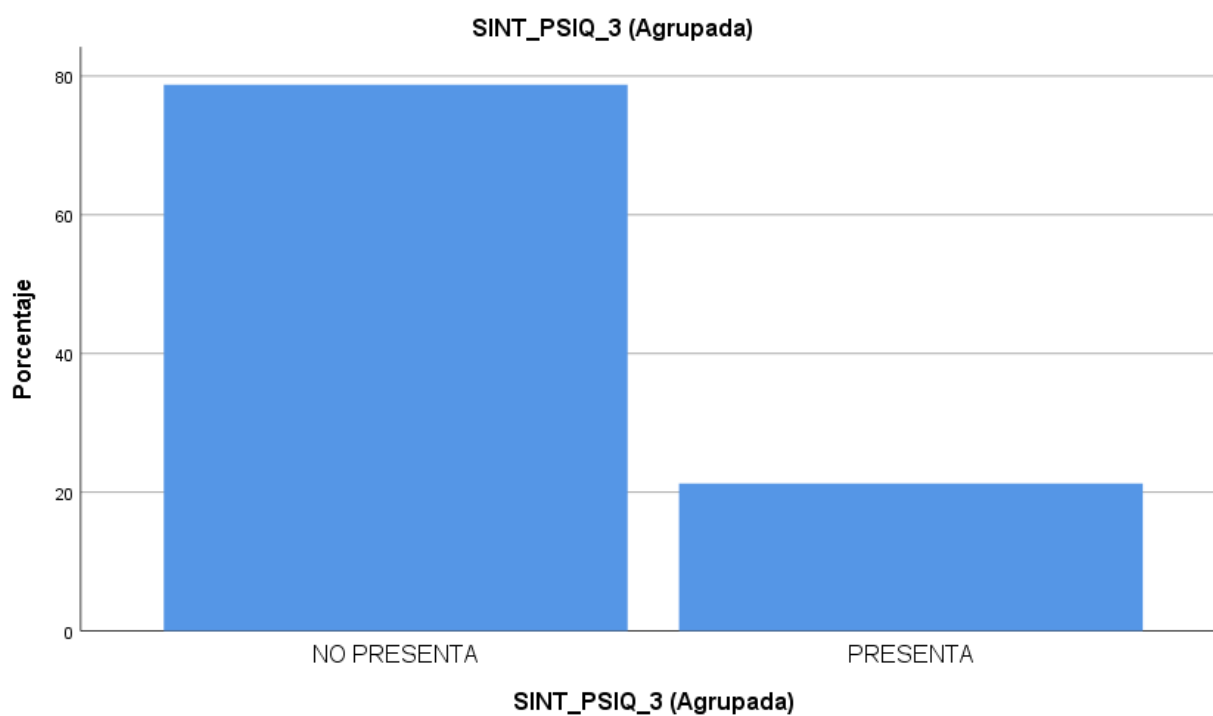


Ilustración 9.

Porcentaje de sintomatología psiquiátrica asociados trastornos sobre el consumo de alcohol (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 11 y la Ilustración 9 muestra que del total (80) de la población, el 21,3% de los estudiantes jóvenes presenta sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol.

Tabla 12  
*Relación de las ciberadicciones con la salud mental*

			SALUD MENTAL		Total
			NO ALTERADA	ALTERADA	
CIBERA DICCION	NO ADICTO	Recuento	10	24	34
		Esperado	6,0	28,1	34,0
	ADICTO	Recuento	4	42	46
		Esperado	8,0	37,9	46,0
Total		Recuento	14	66	80
		Esperado	14,0	66,0	80,0

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación de la EAIL y el SRQ en los participantes del presente estudio

Tabla 13  
*Prueba de chi-cuadrado para la relación de ciberadicción y salud mental*

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,811 <sup>a</sup>	1	,016		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,465	1	,035		
Razón de verosimilitud	5,822	1	,016		
Prueba exacta de Fisher				,020	,017
Asociación lineal por lineal	5,739	1	,017		
N de casos válidos	80				

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la Tabla 12 mediante el programa IBM SPSS Statistics 22.

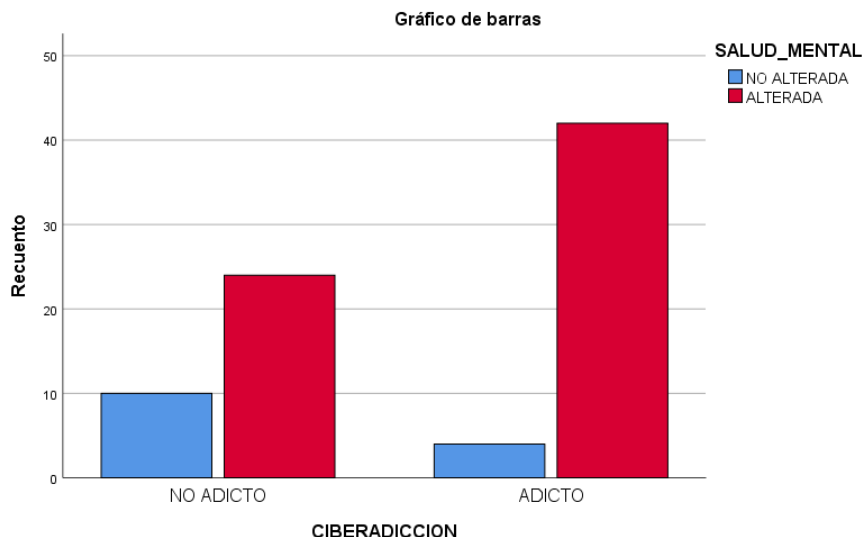


Ilustración 10.

Relación de las ciberadicciones con la salud mental (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 12 y 13, y la Ilustración 10 muestra que la relación que existe entre ciberadicción y la afectación de la salud mental es directa, esto se puede corroborar por los resultados obtenidos en la Tabla 13 mediante la prueba de chi – cuadrado ( $p=0,016$ ), este resultado ratifica que no existe una relación entre las 2 variables y excluye la independencia de las mismas.

Tabla 14

*Relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos*

			DIMEN_I (Agrupada)		Total
			NO ADICTO	ADICTO	
SINT_PSIQ_1 (Agrupada)	NO PRESENTA	Recuento	27	12	39
		Recuento esperado	19,5	19,5	39,0
	PUEDE PRESENTAR	Recuento	7	8	15
		Recuento esperado	7,5	7,5	15,0
	PRESENTA	Recuento	6	20	26
		Recuento esperado	13,0	13,0	26,0
Total		Recuento	40	40	80

	Recuento esperado	40,0	40,0	80,0
--	----------------------	------	------	------

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación de la EAIL y el SRQ en los participantes del presente estudio

Tabla 15

*Prueba de chi-cuadrado para la relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos*

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,374 <sup>a</sup>	2	,001
Razón de verosimilitud	13,940	2	,001
Asociación lineal por lineal	13,206	1	,000
N de casos válidos	80		

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los datos de la Tabla 14 mediante el programa IBM SPSS Statistics 22.

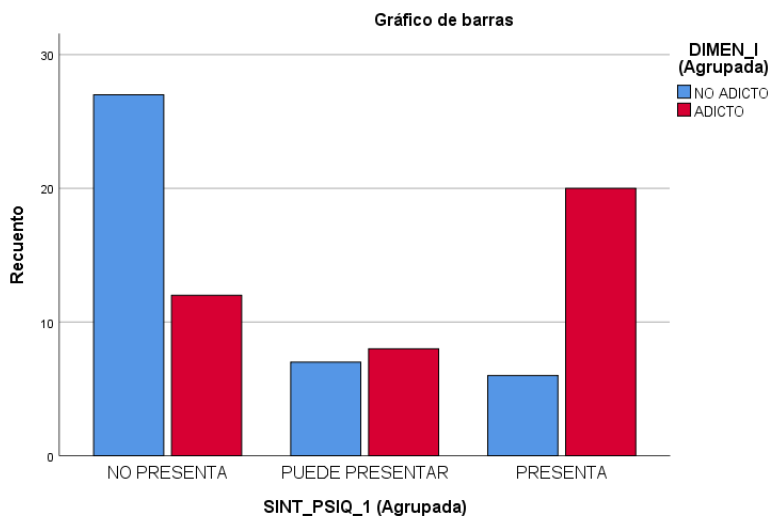


Ilustración 11.

Relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 14 y 15 y la Ilustración 11 muestra que la relación que existe entre las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos es directa, esto se puede corroborar por los resultados obtenidos en la Tabla 15 mediante la prueba de chi – cuadrado ( $p=0,001$ ), este resultado ratifica que existe una relación entre las 2 variables y excluye la independencia de las mismas.

Tabla 16

*Relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos*

			DIMEN_I (Agrupada)		Total
			NO ADICTO	ADICTO	
SINT_PSIQ_2 (Agrupada)	NO PRESENTA	Recuento	13	6	19
		Recuento esperado	9,5	9,5	19,0
	PRESENTA	Recuento	27	34	61
		Recuento esperado	30,5	30,5	61,0
Total		Recuento	40	40	80
		Recuento esperado	40,0	40,0	80,0

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación de la EAIL y el SRQ en los participantes del presente estudio

Tabla 17

*Prueba de chi-cuadrado para la relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,382 <sup>a</sup>	1	,066		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,485	1	,115		
Razón de verosimilitud	3,446	1	,063		
Prueba exacta de Fisher				,114	,057

---

Asociación lineal por lineal	3,340	1	,068
N de casos válidos	80		

---

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los datos de la Tabla 16 mediante el programa IBM SPSS Statistics 22.

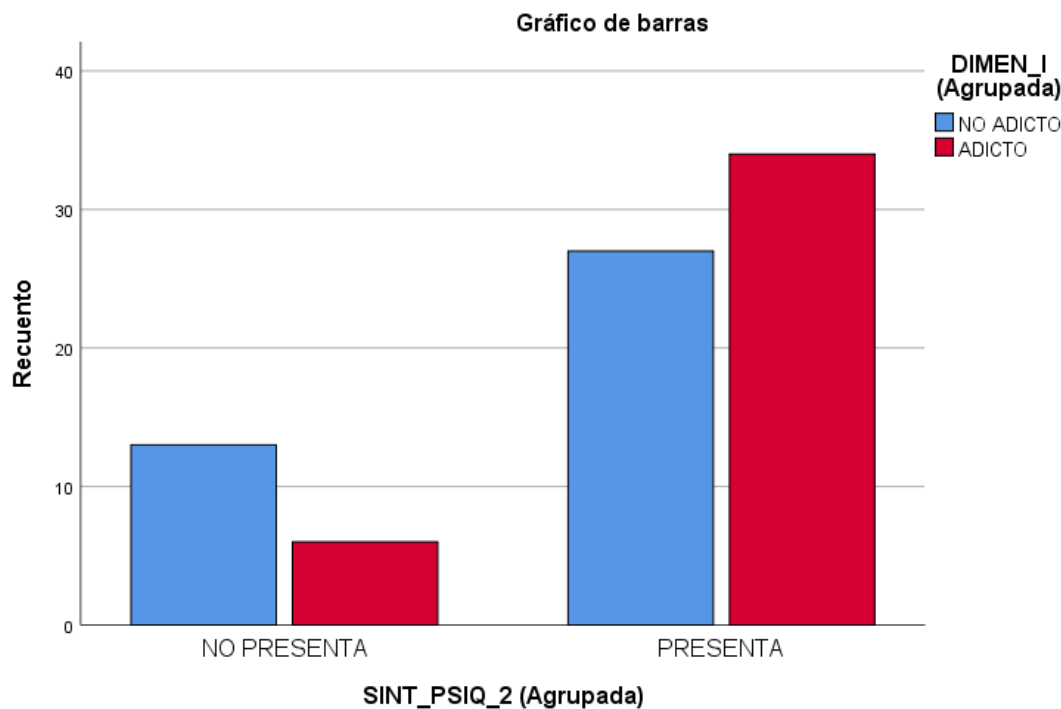


Ilustración 12.

Prueba de chi-cuadrado para la relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 16 y 17, y la Ilustración 12 muestra que la relación que existe entre las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos no es directa, esto se puede corroborar por los resultados obtenidos en la Tabla 17 mediante la prueba de chi – cuadrado ( $p=0,066$ ), este resultado ratifica que no existe una relación entre las 2 variables y excluye la dependencia de las mismas.

Tabla 18  
*Relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol*

		DIMEN_I (Agrupada)		Total	
		NO ADICTO	ADICTO		
SINT_PSIQ_3 (Agrupada)	NO	Recuento	33	30	63
	PRESENTA	Recuento esperado	31,5	31,5	63,0
	PRESENTA	Recuento	7	10	17
		Recuento esperado	8,5	8,5	17,0
		Recuento	40	40	80
Total		Recuento esperado	40,0	40,0	80,0

Fuente: elaboración a partir de la aplicación de la EAIL y el SRQ en los participantes del presente estudio

Tabla 19  
*Prueba de chi-cuadrado para la relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,672 <sup>a</sup>	1	,412		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,299	1	,585		
Razón de verosimilitud	,675	1	,411		
Prueba exacta de Fisher				,586	,293
Asociación lineal por lineal	,664	1	,415		
N de casos válidos	80				

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los datos de la Tabla 18 mediante el programa IBM SPSS Statistics 22.



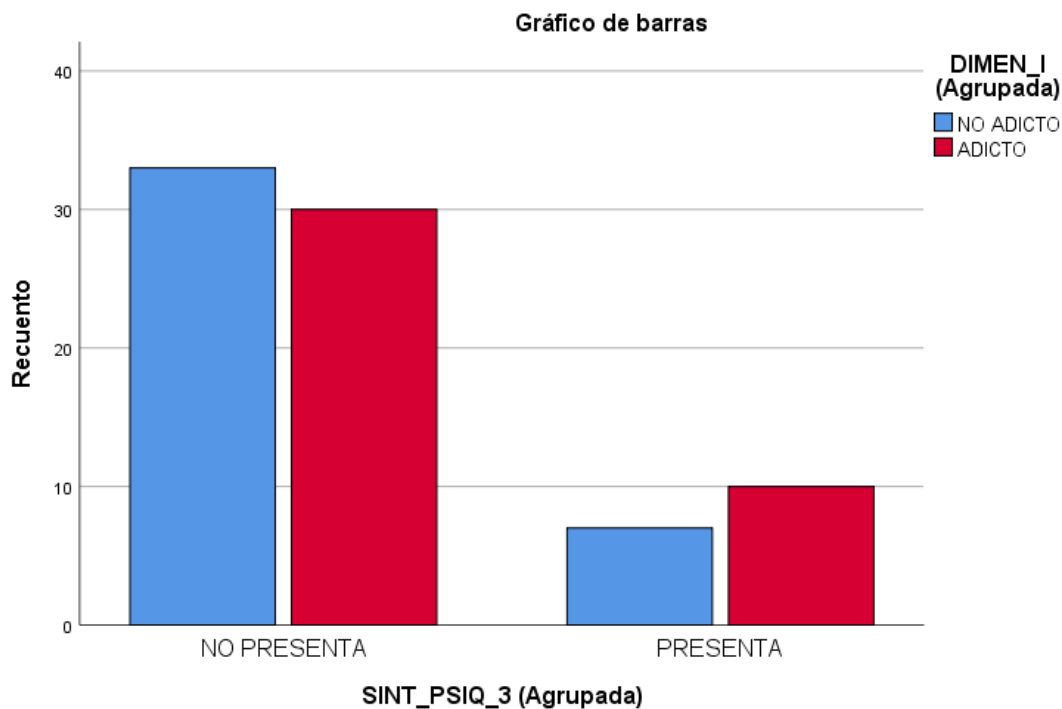


Ilustración 13.

Relación de las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 18 y 19, y la Ilustración 13 muestra que la relación que existe entre las características sintomatológicas en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol no es directa, esto se puede corroborar por los resultados obtenidos en la Tabla N°19 mediante la prueba de chi – cuadrado ( $p=0,412$ ), este resultado ratifica que no existe una relación entre las 2 variables y excluye la dependencia de las mismas.

Tabla 20

*Relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos*

SINT_PSIQ_1 (Agrupada)		Recuento	DIMEN_II (Agrupada)		Total
			NO ADICTO	ADICTO	
NO PRESENTA		26	13	39	
	Recuento esperado	24,9	14,1	39,0	
	PUEDE PRESENTAR	Recuento	13	2	15
		Recuento esperado	9,6	5,4	15,0

		Recuento	12	14	26
	PRESENTA	Recuento	16,6	9,4	26,0
		esperado			
		Recuento	51	29	80
Total		Recuento	51,0	29,0	80,0
		esperado			

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación de la EAIL y el SRQ en los participantes del presente estudio

*Tabla 21*

*Prueba de chi-cuadrado para la relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,036 <sup>a</sup>	2	,030
Razón de verosimilitud	7,457	2	,024
Asociación lineal por lineal	2,217	1	,136
N de casos válidos	80		

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los datos de la Tabla 20 mediante el programa IBM SPSS Statistics 22.

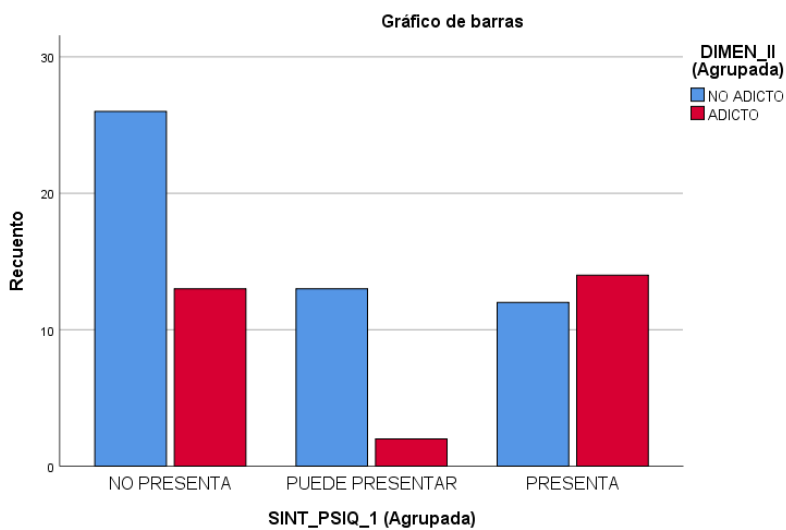


Ilustración 14.

Relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 20 y 21, y la Ilustración 14 muestra que la relación que existe entre las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos es directa, esto se puede corroborar por los resultados obtenidos en la Tabla 21 mediante la prueba de chi – cuadrado ( $p=0,030$ ), este resultado ratifica que no existe una relación entre las 2 variables y excluye la independencia de las mismas.

*Tabla 22*

*Relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos*

		DIMEN_II (Agrupada)		Total	
		NO ADICTO	ADICTO		
SINT_PSIQ_2 (Agrupada)	NO PRESENTA	Recuento	11	8	19
		Recuento esperado	12,1	6,9	19,0
	PRESENTA	Recuento	40	21	61
		Recuento esperado	38,9	22,1	61,0
Total		Recuento	51	29	80
		Recuento esperado	51,0	29,0	80,0

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación de la EAIL y el SRQ en los participantes del presente estudio

*Tabla 23*

*Prueba de chi-cuadrado para la relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos*

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,370 <sup>a</sup>	1	,543		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,112	1	,738		
Razón de verosimilitud	,365	1	,546		
Prueba exacta de Fisher				,591	,365

---

Asociación lineal por lineal	,365	1	,546
N de casos válidos	80		

---

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los datos de la Tabla 22 mediante el programa IBM SPSS Statistics 22.

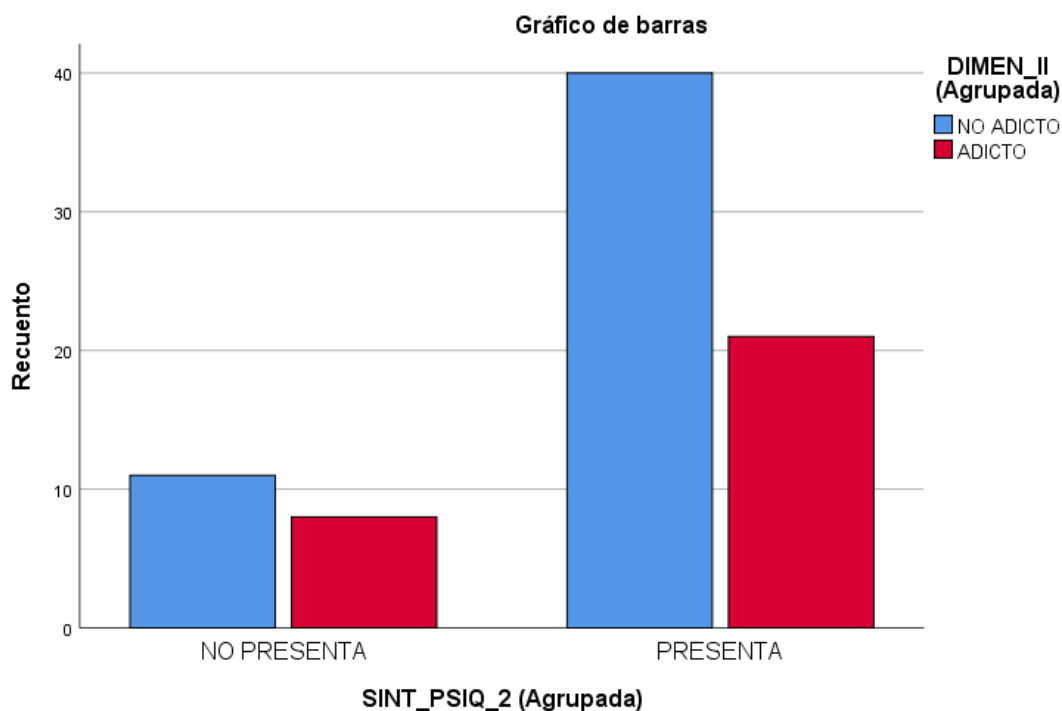


Ilustración 15.

Relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 22 y 23, y la Ilustración 15 muestra que la relación que existe entre las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos no es directa, esto se puede corroborar por los resultados obtenidos en la Tabla 23 mediante la prueba de chi – cuadrado ( $p=0,543$ ), este resultado ratifica que no existe una relación entre las 2 variables y excluye la dependencia de las mismas.

Tabla 24  
*Relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol*

			DIMEN_II (Agrupada)		Total
			NO ADICTO	ADICTO	
SINT_PSIQ_3 (Agrupada)	NO PRESENTA	Recuento	45	18	63
		Recuento esperado	40,2	22,8	63,0
	PRESENTA	Recuento	6	11	17
		Recuento esperado	10,8	6,2	17,0
Total		Recuento	51	29	80
		Recuento esperado	51,0	29,0	80,0

Fuente: elaboración propia a partir de la aplicación de la EAIL y el SRQ en los participantes del presente estudio

Tabla 25  
*Prueba de chi-cuadrado para la relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,564 <sup>a</sup>	1	,006		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	6,081	1	,014		
Razón de verosimilitud	7,318	1	,007		
Prueba exacta de Fisher				,010	,008
Asociación lineal por lineal	7,469	1	,006		
N de casos válidos	80				

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los datos de la Tabla 24 mediante el programa IBM SPSS Statistics 22.

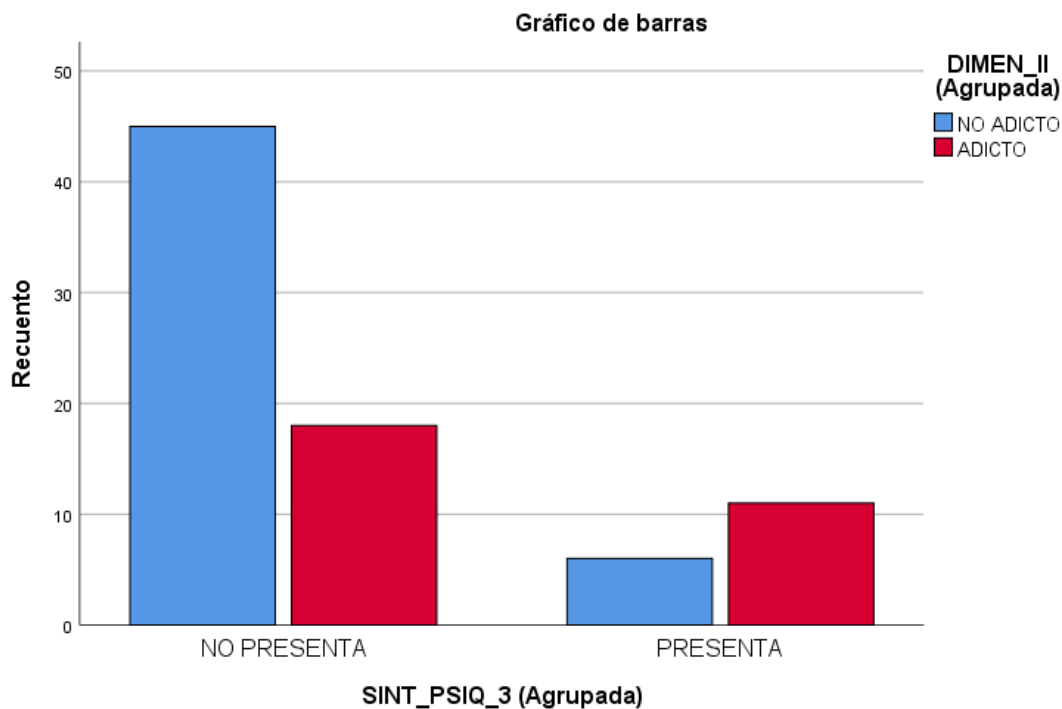


Ilustración 16.

Relación de las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol (Fuente: elaboración propia)

El análisis de la Tabla 24 y 25, y la Ilustración 16 muestra que la relación que existe entre las características disfuncionales en ciberadictos y la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol es directa, esto se puede corroborar por los resultados obtenidos en la Tabla N°16 mediante la prueba de chi – cuadrado ( $p=0,006$ ), este resultado ratifica que no existe una relación entre las 2 variables y excluye la independencia de las mismas.

## V. Discusión de Resultados

La prevalencia encontrada para Ciberadicción en nuestro estudio fue de 57,5%, lamentablemente en el estudio donde se desarrolló y validó la escala EAIL utilizada (Lam-Figueroa & Hinojosa-Camposano N, 2011) para esta investigación, no se logra establecer la prevalencia de ciberadicción, sin embargo otros estudios realizados en nuestro país han hallado prevalencias de un 7% en estudiantes adolescentes (Rueda Jaimes, 2007) y en otro estudio una prevalencia de 0.5% en estudiantes de Medicina Humana en el año 2002 según la escala de Adicción a Internet de Young (Mollo & Vélazquez, 2012). La prevalencia mundial se encuentra entre 0.5 y 16%, mientras que la más alta, fue en estudiantes del Reino Unido, donde el 18,3% de adolescentes presentan ciberadicción. (Rueda Jaimes, 2007).

El 91,3% de los estudiantes que participaron en el estudio presenta algún tipo de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos, psicóticos y de consumo de alcohol; lamentablemente en la literatura no se evidencia trabajos de investigación con respecto a la evaluación sobre salud mental, lo más a fin encontrado fue un estudio realizado en Ibarra (Benitez & González, 2011) donde a través de un cuestionario otorgaba que un 62,1% afirma que su salud mental si se vería afectada ante una ciberadicción.

El 50% de los estudiantes que participaron en el estudio presenta características sintomatológicas en comparación con lo hallado en el estudio planteado por Gracia, Vigo, Fernández y Marcó (2002) donde obtuvieron que un subgrupo de internautas (4,9% de la muestra) tienen problemas frecuentes con el uso de internet que el resto de la muestra.

La prevalencia hallada para las características sintomatológicas de los ciberadictos fue del 50% y de 36,25% para las características disfuncionales, determinando un 57,5% de prevalencia para cualquiera de las dos características que determinan una ciberadicción, a comparación con

el estudio presentado por Tipantuña (2013) en adolescentes de la ciudad ecuatoriana de Quito en el año 2013, donde hallaron tanto la prevalencia de ciberadicción para las características sintomatológicas según la misma escala utilizada (EAIL) en 45.7%, como para las características disfuncionales en 43.05%, y determinaron la prevalencia de Adicción a Internet para cualquiera de las dos características en un 64.59%.

La relación global entre la presencia de ciberadicción y alguna sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos, psicóticos y sobre consumo de alcohol tuvo una asociación estadísticamente significativa con una prueba de chi – cuadrado ( $p=0,016$ ), a comparación con el estudio presentado por Tipantuña (2013) en adolescentes de la ciudad de Quito en el año 2013, donde se determinó una relación estadísticamente significativa entre la ciberadicción (dimensión I y II) según la EAIL y trastornos sociales, con OR de 8.77e IC 95% (4.12- 18.63) para la dimensión I y OR2.90e IC 95%(1.48-5.68) para la dimensión II.

La prevalencia encontrada para Ciberadicción en nuestro estudio fue de 57,5% utilizando la Escala de Adicción a Internet de Lima, desarrollada y validada en nuestro país, a comparación con el estudio realizado por Emilio Antonio P. (2015) en la ciudad de Guatemala, donde el instrumento que se utilizó fue el test de Adicción a Internet de Young, obteniendo que la prevalencia de ciberadicción en la población, es baja con tan solo 23% de probable adicción y un 2 % de alta adicción.



## VI. Conclusiones

1. Se identificó que la relación que existe entre la salud mental de los estudiantes es directamente proporcional a la prevalencia de las ciberadicciones; ya que existe una prevalencia de adicción de 57,5% de los cuales un 91,3% presentan sintomatología psiquiátrica asociado a trastornos ansioso-depresivos, psicóticos y sobre el consumo de alcohol y tan solo un porcentaje bajo no la tiene.
2. Se identificó que la característica ciberadictiva predominante en estudiantes jóvenes de Medicina Humana fue las características sintomatológicas (saliencia, tolerancia, abstinencia, falla en el control y recaída), debido a que se presentó que el 50% de los estudiantes lo presentan, en comparación con el 36,3% que presenta sintomatología disfuncional (problemas académicos, familiares e interpersonales).
3. Se identificó que la sintomatología psiquiátrica predominante en los jóvenes estudiantes de Medicina Humana es la sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos, debido a que se halló que el 76,3% la presenta, a comparación con el 32,5% y el 21,3%, que presenta sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos y sobre el consumo de alcohol, respectivamente.
4. Se identificó que la relación que existe entre la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos de los estudiantes es directamente proporcional a la prevalencia de las características sintomatológicas (saliencia, tolerancia, abstinencia, falla en el control, recaída) en ciberadictos; ya que existe una prevalencia de características sintomatológicas en ciberadictos de 50% de los cuales un 50% presentan sintomatología psiquiátrica asociado a trastornos ansioso-depresivos.
5. Se identificó que la relación que existe entre la presencia de sintomatología psiquiátrica

asociada a trastornos psicóticos de los estudiantes no es directamente proporcional a la prevalencia de las características sintomatológicas (saliencia, tolerancia, abstinencia, falla en el control, recaída) en ciberadictos; ya que existe una prevalencia de características sintomatológicas en ciberadictos de 50% de los cuales un 85% presentan sintomatología psiquiátrica asociado a trastornos psicóticos.

6. Se identificó que la relación que existe entre la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol de los estudiantes no es directamente proporcional a la prevalencia de las características sintomatológicas (saliencia, tolerancia, abstinencia, falla en el control, recaída) en ciberadictos; ya que existe una prevalencia de características sintomatológicas en ciberadictos de 50% de los cuales un 25% presentan sintomatología psiquiátrica asociado a trastornos sobre el consumo de alcohol.
7. Se identificó que la relación que existe entre la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos de los estudiantes es directamente proporcional a la prevalencia de las características disfuncionales (problemas académicos, familiares e interpersonales) en ciberadictos; ya que existe una prevalencia de características disfuncionales en ciberadictos de 36,25% de los cuales un 48,27% presentan sintomatología psiquiátrica asociado a trastornos ansioso-depresivos.
8. Se identificó que la relación que existe entre la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos psicóticos de los estudiantes no es directamente proporcional a la prevalencia de las características disfuncionales (problemas académicos, familiares e interpersonales) en ciberadictos; ya que existe una prevalencia de características disfuncionales en ciberadictos de 36,25% de los cuales un 72,4% presentan sintomatología psiquiátrica asociado a trastornos psicóticos.

9. Se identificó que la relación que existe entre la presencia de sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos sobre el consumo de alcohol de los estudiantes es directamente proporcional a la prevalencia de las características disfuncionales (problemas académicos, familiares e interpersonales) en ciberadictos; ya que existe una prevalencia de características disfuncionales en ciberadictos de 36,25% de los cuales un 37,93% presentan sintomatología psiquiátrica asociado a trastornos sobre el consumo de alcohol.

## VII. Recomendaciones

Estos resultados obtenidos tras el análisis de los datos en este estudio son un hallazgo. Donde la facilidad a su acceso y el incremento a nivel mundial del necesario uso del Internet, amerita que se realicen más estudios en nuestro país, ya que existe la probabilidad que alguna parte de Perú se halle en estas mismas circunstancias.

El presente estudio realizado determino una asociación estadísticamente positiva entre características sintomatológicas de las ciberadicciones y sintomatología psiquiátrica asociada a trastornos ansioso-depresivos, se sugiere se realicen estudios que tomen como variables específicas estas dos sintomatologías, y así lograr un mejor estudio de ellas.

La selección de la población y de la muestra fue realizada de manera censal debido al número de estudiantes que cursan el segundo año de Medicina en la Universidad Nacional Federico Villarreal, se sugiere para próximos estudios se tome una mayor población que permita una mejor muestra para la obtención de resultados mucho más confiables.

El estudio tuvo como población objetivo a jóvenes estudiantes de 15 a 24 años de edad, puesto que las características que presentan por el grupo etario al que pertenecen y la facilidad de la utilización de la tecnología para el acceso a Internet; se sugiere para próximos estudios tomar como población objetivo a adolescentes de 10 a 19 años de edad, debido a que ellos van desarrollándose en conjunto con las nuevas tecnologías y la necesidad del uso del Internet en su día a día.

La relación que puede existir entre ciberadicción y alguna patología en salud mental, se limita a la simple asociación estadística significativa, pero no evoca un análisis de causa-efecto, se sugiere un estudio mucho más profundo que determine los factores de riesgo que implicarían en la formación de algún tipo de ciberadicción.

### VIII. Referencias

- Achig, K., Eras, J., García, J., Marmol, C., & Montenegro, M. (2005). Salud Familiar y Comunitaria. Quito.
- Aymara, L., & Capito, G. (2011). Adicción del Internet y su Incidencia en la Conducta y Rendimiento Académico en los Niños/as de Educación Básica de la “Unidad Educativa Particular García del Cantón” Guaranda Provincia Bolívar Durante El Periodo Lectivo 2010-2011. UNIVERSIDAD ESTATAL DE BO. Guaranda.
- Benítez, R., & González, M. (2011). Influencia de las adicciones tecnológicas en la salud mental de los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del Colegio Fiscomisional “San Francisco” de la Ciudad de Ibarra en el periodo 2010-2011. Ibarra.
- Berner, J. (2011). Abuso y dependencia de internet la epidemia y su controversia. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 37-40.
- Camello, L., León, A., & Salcedo, C. (2013). Adicción A Internet: Aproximación A Una Perspectiva Latinoamericana. TERCER MILENIO, PERIODISMO Y COMUNICACIÓN, 31-38.
- Di Gegrorio, L. (2003). Psicopatología del celular. Milán: Franco Angeli.
- DSM-IV, A. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A.
- Echeberrúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Baéz, C. (2000). El juego patológico en España.
- Echeberrúa Odriozola, E., Labrador Encinas, F., & Becoña Iglesias, E. (2009). ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES. España: Barcelona.
- Fargues, B., Lusar, C., Jordania, & Carbonell, X. (2009). Validación de dos escalas breves para

evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil.

Farinango , G., & Ipiates, G. (2010). INFLUENCIA DE LAS ADICCIONES TECNOLÓGICAS EN LA SALUD DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMER A TERCER AÑOS DEL COLEGIO FISCOMISIONAL "SAN FRANCISO" DEL AÑO LECTIVO 2009-2010. Artículo científico.

Frías Becerra, E. (2012). LAS ADICCIONES Y LA COMUNICACIÓN FAMILIAR DE LOS HABITANTES DEL BARRIO "SAN BAUTISTA" DE LA 133. Loja. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4884/1/Elvia%20Sandra%20Fr%C3%ADas%20Becerra.pdf>

González, C., & Pinzón, J. (2007). Riesgos y familia en la adolescencia. Bogotá, Colombia: Departamento de Medicina Comunitaria.

González, D. (2014). Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC'S). Madrid.

Herrero, A. G. (2010). La convergencia de los videojuegos online y los mundos virtuales: situación actual y efectos sobre los usuarios (Vol. 15). (Zer, Ed.) Zer. Obtenido de <http://www.ehu.eus/zer/hemeroteca/pdfs/zer28-07-gonzalez.pdf>

Howard, G., & Davis, K. (2012). LA GENERACIÓN APP. Cómo los jóvenes gestionan su identidad, su privacidad y su imaginación en el mundo digital. Paidós. Obtenido de [http://static0.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/28/27919\\_La%20generacion%20app.pdf](http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/28/27919_La%20generacion%20app.pdf)

Huidobro, J. M. (2010). TECNOLOGIA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACION. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid.

Jiménez, I., Leal, F. J., & Pérez, R. (2008). Guía de atención al adolescente. Jaen. Obtenido de <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/4%20Guia%20de%20atencion%2>

0al%20adolescente%20Andalucia.pdf

Lamarca Lapuente, M. J. (08 de diciembre de 2013). Servicios de Internet. Obtenido de

<http://www.hipertexto.info>

Lam-Figueroa, N., Contreras-Pulache, H., & Hinojosa-Camposano N. (2011). Adicción A Internet: Desarrollo Y Validación De Un Instrumento En Escolares Adolescentes De Lima, Perú. *Revista peruana de salud pública*, 462-469.

Leiner B, M., Cerf, V., Clark, D., Kahn, R., Kleinrock, L., & Wolff, S. (2009). A brief history of the internet. *ACM SIGCOMM Computer Communication*.

Lizardo, A., Luis, M., & Rommy, M. (2006). Adicción a internet: Perfil clínico y epidemiológico. *Hered*, 196-205.

López, A. (2004). Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención.

*REVISTA PROFESIONAL ESPAÑOLA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL*, 22–52.

Obtenido de [www.aseteccs.com/inicio/php](http://www.aseteccs.com/inicio/php) López, R. (2000). La Adicción a Internet.

Obtenido de [www.psicologíaonline.com](http://www.psicologíaonline.com)

Martín-Laborda, R. (2005). *Las nuevas tecnologías en la educación*. Madrid: Fundación

AUNA/ELR. Obtenido de [http://www.telecentros.info/pdfs/05\\_06\\_05\\_tec\\_edu.pdf](http://www.telecentros.info/pdfs/05_06_05_tec_edu.pdf)

Medina, D. E., & Cueva, P. F. (2010). “INVESTIGACIÓN PERIODÍSTICA SOBRE LAS NUEVAS ADICCIONES Y LAS CAUSAS QUE LAS PROVOCAN EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LAS ESCUELAS Y COLEGIOS FISCALES DE LA CIUDAD DE

LOJA. Tesis, Loja. Obtenido de

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/2981/1/BEN%C3%8DTEZ%20DIAN>

[A%20-%20GRANDA%20PA%C3%9AL.pdf](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/2981/1/BEN%C3%8DTEZ%20DIAN)

- Mollo, M. J., & Vélazquez, A. C. (2012). Uso de Internet y niveles de dependencia entre estudiantes de Medicina Humana.
- Orlich, S. (2010). Personalidades adictivas. Obtenido de [http://www.clikisalud.net/adicciones/pdf/personalidades\\_adictivas.pdf](http://www.clikisalud.net/adicciones/pdf/personalidades_adictivas.pdf)
- Pasqualini, D. (2010). Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS- Facultad de Medicina// Universidad de Buenos Aires.
- Rincon, K., & Alba, L. (2011). Adolescentes y Familia. Bogotá.
- Rodríguez, N. (2012). Educar niños y adolescentes en la era digital. El reto de la educación en el siglo XXI. España: Paidós.
- Rueda Jaimes, A. (2007). Adicción al Internet. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA XXXVI (N: 4), 690-700. Obtenido de [anavarro2@unab.edu.com](mailto:anavarro2@unab.edu.com)
- Rueda, J. (2007). Adicción a Internet revisión crítica de la literatura. REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA, XXXVI (No4), 690-700.
- Sanou, B. (2013). THE WORLD IN 2013 ICT FACTS AND FIGURES. Genova. Obtenido de [www.itu.int/ict](http://www.itu.int/ict)
- Serrano Pinilla, M., & Serrano Ramírez, M. (2008). Intervención Familiar en salud. Bogotá: Fundación Sol de los Andes.
- Sthephens, M. B. (2006). Preventive health counseling for adolescents. American Family Physician, 74. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17039752>
- Tatamues, P., & Andrade, N. (2011). La adicción al Internet en los estudiantes de 12 a 18 años del Colegio Universitario "UTN" en el año lectivo 2009-2010. Ibarra. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/366>
- Tipantuña Caiza, K. (2013). Adicción a internet y sus consecuencias en Adolescentes de la ciudad



de Quito en el año 2013. Quito. Obtenido de

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5936/T-PUCE-6101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

UNICEF. (2010). Adolescencia y juventud. Obtenido de

[http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index\\_bigpicture.html](http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html)

UNICEF. (2014). Primera persona - Realidades adolescentes. Obtenido de

[http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index\\_bigpicture.html](http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html)

Ureña, A., & Blanco, D. (2011). Las Redes Sociales en Internet. España. [www.itu.int](http://www.itu.int). (30 de noviembre de 2015). Obtenido de ITU:

[http://www.itu.int/net/pressoffice/press\\_releases/2015/57-es.aspx](http://www.itu.int/net/pressoffice/press_releases/2015/57-es.aspx)

## **IX. Anexos**

### 9.1. Anexo 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título: “Relación de las Ciberadicciones y la Salud Mental en los Jóvenes Estudiantes de Segundo Año de Medicina Humana de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal en el Ciclo Académico 2019-I”

(Investigación previa la obtención del título de Médico General)

Investigador: Braiam Oniel Comeca Genebroso. Estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Asesora de Tesis: Dra. Beatrice Macciotta Felices

Lugar donde se realizará el estudio: Facultad de Medicina “Hipolito Unanue” - UNFV.

#### INFORMACIÓN

Introducción. - Soy estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal y realizaré una investigación, tendiente a obtener el título de Médico General. La información proporcionada a continuación es con la finalidad de invitarle a participar de nuestro estudio. Si tiene alguna duda, siéntase en libertad de hacerme conocer sus inquietudes.

Propósito. - En los últimos años las ciberadicciones y su repercusión en la salud mental de las personas se han convertido en un tema de preocupación entre los investigadores. La finalidad del estudio es averiguar como el uso inadecuado del internet en los estudiantes universitarios repercute en su salud mental.

Selección de participantes. - Estamos invitando a los estudiantes universitarios del segundo año de la Facultad de Medicina “Hipolito Unanue” - UNFV para participar en la investigación.

Participación Voluntaria. - Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o negarse a hacerlo.

Confidencialidad. - En ningún momento de este cuestionario y escala se solicitará sus nombres. La información que usted proporcione será puesta fuera del alcance de personas ajenas a los investigadores. A Todos los datos obtenidos se les asignará un número en lugar de su nombre.

Derecho a Negarse. - Usted no está en la obligación de participar en esta investigación, y al negarse no existirán represalias.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer, puede contactar a la siguiente persona:

Braiam Oniel Comeca Genebroso Celular: 991248218

Correo electrónico: [comecabraiam@gmail.com](mailto:comecabraiam@gmail.com)

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación de Relación de las adicciones tecnológicas en la salud mental. Entiendo que recibiré un cuestionario y escala las cuales deberé llenar anónimamente. Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores que pueden ser fácilmente contactados usando los nombres y las direcciones que se me han proporcionado. He leído la información concedida. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma del Participante

## 9.2.Anexo 2: Escala de Adicción a Internet de Lima

ÍTEM	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Siempre
1	Cuando no estoy conectado, imagino cómo será la próxima vez que estaré conectado a Internet			
2	Me siento preocupado o sueño con conectarme cuando no lo estoy			
3	Luego de haberme desconectado, siento que aún quiero estar en Internet			
4	Me siento deprimido, malhumorado o nervioso cuando no estoy conectado y se me pasa cuando vuelvo a conectarme			
5	Dedico más tiempo a Internet del que pretendía			
6	Digo a menudo "sólo unos minutos más" cuando estoy conectado			
7	He intentado estar menos tiempo conectado pero no he podido			
8	Cuando siento el impulso de conectarme a Internet no lo puedo controlar			
9	He llegado a perder clases por estar en Internet			
10	He tenido problemas en el colegio por estar en Internet			
11	Descuido las tareas domésticas por pasar más tiempo conectado			

## 9.3. Anexo 3: Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ).

Pregunta	SI	NO
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29. ¿Ha estado en riñas o la han detenido estando borracho?		
30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		