

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“RELACIÓN DEL USO DE FACEBOOK CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES JÓVENES
ENTRE 20 Y 30 AÑOS”.**

TESIS DE GRADO

LOURDES PATRICIA MUÑOZ GÓMEZ
CARNET 20049-13

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“RELACIÓN DEL USO DE FACEBOOK CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES JÓVENES
ENTRE 20 Y 30 AÑOS”.**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
LOURDES PATRICIA MUÑOZ GÓMEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: MGTR. HÉCTOR ANTONIO ESTRELLA LÓPEZ, S. J.
VICEDECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
MGTR. ROSEMARY ROESCH ANGUIANO

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
MGTR. CESAR WENCESLAO LOPEZ GOMEZ

Guatemala, 17 de noviembre de 2017.

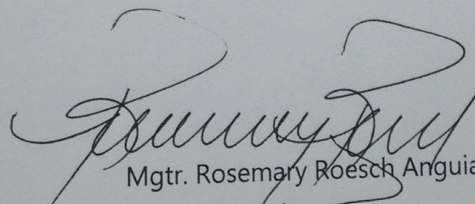
Señores
Departamento de Psicología
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar

Respetables Señores:

Por este medio les comunico que he asesorado el trabajo de tesis titulado:
"Relación del uso de Facebook con síntomas depresivos en mujeres jóvenes entre 20 y 30 años"; de la estudiante Lourdes Patricia Muñoz Gómez, con número de carné 2004913.

El trabajo de investigación fue revisado y se presenta el informe final, que a mi consideración, llena los requisitos que la Facultad de Humanidades exige y que por lo mismo, expongo a su consideración para su revisión final.

Atentamente,



Mgtr. Rosemary Roesch Anguiano
Asesora
Código 17484



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 052260-2017

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante LOURDES PATRICIA MUÑOZ GÓMEZ, Carnet 20049-13 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 051489-2017 de fecha 1 de diciembre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**“RELACIÓN DEL USO DE FACEBOOK CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES
JÓVENES ENTRE 20 Y 30 AÑOS”.**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 4 días del mes de diciembre del año 2017.

Irene Ruiz Godoy

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

AGRADECIMIENTOS

A **DIOS Y A NUESTRA MADRE LA SANTÍSIMA VIRGEN MARÍA**, por todas sus bendiciones y gracias que me permitieron culminar mis estudios.

A **MIS PAPÁS**, por todo su amor y apoyo incondicional.

A **MIS HERMANOS**, por todas sus ocurrencias y ayuda en el transcurso de mi carrera.

A **LA OMA**, por su cariño y apoyo.

A **MIS AMIGOS**, que me brindaron su ayuda en el transcurso de este trabajo, especialmente a Cristha y Fernando.

Finalmente, a **MIS CATEDRÁTICOS**: Dr. Enrique Mendoza, Licda. Beverly Contreras y Lic. Cesar López, por su pasión y amor por la docencia que continuamente me motiva a ser una mejor profesional.

DEDICATORIA

A MARCELA.

ÍNDICE

RESUMEN	01
I. INTRODUCCIÓN	03
ANTECEDENTES	04
Antecedentes nacionales	04
Antecedentes internacionales	08
MARCO TEÓRICO	11
1. Depresión	11
1.2. Facebook	27
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
2.1 Objetivos	32
2.2 Variable	33
2.3 Definición de variable de estudio	33
2.4 Alcances y Límites	35
2.5 Aporte	35
III. MÉTODO	36
3.1 Sujetos	36
3.2 Instrumento	37
3.3 Procedimiento	40
3.4 Tipo de estudio, diseño y metodología estadística	40
IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	42
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60
VI. CONCLUSIONES	66

VII. RECOMENDACIONES	68
VIII. REFERENCIAS	70
ANEXOS	73

RESUMEN

La presente investigación fue realizada con el objetivo determinar si existe relación con el uso de Facebook y síntomas depresivos en mujeres jóvenes entre 20 y 30 años. Para cumplir dicho objetivo, se utilizó en forma física 2 instrumentos: la Escala de Depresión de Beck, elaborada por Beck, Steer y Brown (1996). La escala consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión; y la Escala de Adicción a Internet (EAIL), elaborada por Lam, et al. (2009), para fines de este estudio, se sustituyó, en esta escala, la palabra "Internet" por "Facebook"; esta escala consta de 11 ítems que evalúan características sintomatológicas y disfuncionales. Estos instrumentos se aplicaron a 50 mujeres, cuyas edades están en el rango de 20 a 30 años, y que son estudiantes de tercero y cuarto año de la Licenciatura en Psicología Clínica, jornada vespertina, de la Universidad Rafael Landívar.

Para esta investigación se utilizó el método cuantitativo, diseño no experimental, de alcance correlacional. Para la obtención de la correlación y de resultados se utilizó el programa de Microsoft Office Excel 2016.

Los resultados indicaron que no existe correlación estadísticamente significativa entre el uso de Facebook y síntomas depresivos en las mujeres de esta investigación.

Se concluyó que, a pesar de que no existía correlación entre el uso de Facebook y síntomas depresivos, se pudo detectar que sí presentaban síntomas

depresivos, siendo estos los más significativos: fatigabilidad, irritabilidad, sentimientos de culpa, trastornos de sueño, autoacusaciones, odio a sí mismo, aislamiento social, incapacidad para el trabajo, descontento y estado de ánimo. Se identificó también que, cuanto a los niveles de depresión en general, el 82% de la población presentó índices de depresión baja, seguida de un 16% de la población con índices de depresión medio baja, y 2% de la población presentó índices de depresión medio alta. También se identificó, en cuanto al uso de Facebook, que el 60% de la población presentó un uso bajo de Facebook, seguido de un 38% de la población con indicadores de usar Facebook en un rango medio bajo, finalmente solo 2% de la población manifestó un uso de Facebook medio alto.

Dentro de las recomendaciones a la población estudiada, se les instó a establecer un horario fijo para dedicar a las redes sociales con la finalidad de tener un mayor control sobre su uso.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, hablar de redes sociales es un tema conocido por todos, desde niños a adultos mayores, cada vez más las redes sociales se difunden por toda la sociedad. El acceso a las mismas no posee ningún tipo de restricción, ofreciendo gran variedad a la población en la mayoría de los países a nivel mundial, por lo que facilita el tener, por lo menos una cuenta en una red social. Existen estudios en los que demuestran una relación entre el abuso del consumo de una red social con desarrollar síntomas asociados a una adicción, entre los que destaca la baja autoestima o la depresión, como el realizado por Herrera, Pacheco, Palomar y Zavala (2010).

Diversos estudios, como el realizado por Herrera, et al. (2010), remarcan que, sitios como Facebook, son relativamente nuevos y su difusión ha traspasado culturas, ya que se le considera una nueva forma de comunicación y socialización. Si bien, esta comunicación juega un papel muy importante dentro de las nuevas generaciones, también es importante analizar las formas en que produce cambios en las redes sociales físicas y reales. Según el psicólogo social Goffman (citado por Herrera, et al. 2010), las personalidades virtuales son aquellas que se usan como reflejo del verdadero ser, que pueden idealizarse para agradar a otros. Además, se utilizan muchas poses adoptadas que revelan conformidad y en las que prevalecen códigos tanto masculinos como femeninos.

Herrera, et al. (2010), refieren que, como resultado de la popularidad de las redes sociales, sitios como Facebook crecen, al igual que la preocupación sobre el

efecto que estos sitios ejercen en el manejo de las impresiones y relaciones que en la actualidad establecen los jóvenes.

Para Monge (2010), según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), la proporción de personas que a nivel mundial padecen depresión es del 3-5%. Lo característico de los trastornos de la afectividad es la alteración del humor o de la afectividad; estos trastornos se suelen acompañar también de un cambio en el nivel general de actividad o vitalidad.

Con base en lo descrito previamente, el objetivo de esta investigación fue el identificar si existía relación entre el uso de Facebook y síntomas depresivos, en mujeres jóvenes guatemaltecas. Se planteó este objetivo, porque si bien es cierto la depresión la pueden padecer tanto hombres como mujeres, la depresión prevalece más en población femenina.

A continuación, se presentan algunas investigaciones realizadas en Guatemala, relacionadas con el presente estudio. Muestran el tema de las redes sociales con relación a diferentes aspectos en la vida de las personas:

Poitevin (2015), realizó un estudio cuantitativo, no experimental, con el objetivo de establecer el nivel de adicción a internet, las preferencias y el tiempo promedio de uso de esta herramienta, por parte de los jóvenes estudiantes de las carreras de la licenciatura en Informática y Sistemas, licenciatura en Ingeniería Mecánica Industrial y de licenciatura en Ingeniería Mecánica de la Universidad Rafael Landívar. Dicha investigación se realizó con 96 sujetos, en un rango de edad de 23 a 30 años. Para recolectar la información, se utilizó el Internet Addiction Test

(IAT), este consta de 20 preguntas de selección múltiple de tipo escala de Likert; además se aplicó un cuestionario con una serie de preguntas básicas y de preferencias de uso. A través de la investigación, se concluyó que la prevalencia de la adicción a internet entre los estudiantes es baja, con tal solo 23% probable de adicción y un 2% de alta adicción, sin embargo, se detectaron muchos indicadores de riesgo que apuntan a un posible desarrollo del trastorno. El autor recomienda informar a los estudiantes del riesgo que representa el uso excesivo de internet por medio de afiches y otro tipo de material de fácil lectura, adicionalmente recomienda implementar un programa para concientización o prevención acerca de la adicción a internet entre los jóvenes universitarios.

También Morales (2014), realizó un estudio descriptivo con la finalidad de caracterizar el uso de las redes sociales que utilizan los alumnos del Programa de Bachillerato Avanzado del Colegio Americano de Guatemala. La investigación se realizó con 49 alumnos pertenecientes todos a dicho programa. Para recolectar la información, aplicó un cuestionario adaptado por ella misma, del estudio “Jóvenes consumidores y redes sociales en Castilla-La Mancha”, el cual fue validado por expertos de la Universidad Pontificia de Madrid. Como resultado de dicha investigación, se concluyó que el 100% de la población aseguró que el medio de comunicación que más utiliza en línea son las redes sociales; de la misma población, al 93.88% le preocupa, sobre las redes sociales que visitan, es que datos o información sobre ellos acaben siendo conocidos por extraños. Del total de estudiantes que realizaron el cuestionario el 69.39% respondieron ingresar a sus cuentas en redes sociales varias veces al día. Adicionalmente, se obtuvo como

resultado que los alumnos son cautelosos con lo que se comparte, reflexionando el momento y el contexto; no publican comentarios o fotografías sexualmente provocativas y protegen los datos personales. Así mismo, se encontró que la red social a la que todos los alumnos pertenecen es Facebook 100% y más de la mitad a Twitter 67.35%, Google+ 65.31% y Youtube 65.31%.

Asímismo, Haeussler (2014), realizó una investigación cuantitativa, no experimental, con el objetivo de establecer el nivel de adicción a las redes sociales que presentan los adolescentes que forman parte del Movimiento Juvenil Pandillas de la Amistad, así como determinar los niveles de ansiedad y sus manifestaciones. Para dicho estudio, se trabajó con 50 sujetos, comprendidos entre las edades de 13 a 18 años. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación del Cuestionario de Adicciones a las Nuevas Tecnologías. Dicha encuesta contempla la escala de ansiedad y depresión para determinar los problemas emocionales y conductuales. Los resultados obtenidos demostraron niveles de adicción moderada en cuanto al uso de internet, tecnologías y redes sociales, siendo un 52% de la población quien presentó este nivel de adicción, el restante 48% de la población no presentó adicción. Adicionalmente, la población en un 72% no presentó niveles graves de ansiedad, seguido de un 22% que presentó índices de ansiedad media y un 6% presentó niveles de ansiedad severa. Por tanto, con los datos obtenidos, se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de adicción y ansiedad. El autor concluye que, a pesar de no presentar niveles altos de adicción, un alto porcentaje de los sujetos permanece en línea más del tiempo que había planeado y le requiere cierto esfuerzo dejar de prolongar el tiempo o poner un

fin a la actividad. Sin embargo, el uso de internet no interfiere en su desempeño social, académico y personal. Como recomendación, el autor indica el impartir talleres a los padres de familia y al personal de la parroquia para que puedan identificaren los jóvenes rasgos de adicción o ansiedad, de tal manera que se pueda brindar la debida orientación preventiva.

Igualmente, Rayo (2014), realizó una investigación cualitativa con la finalidad de establecer cómo influye el uso de las redes sociales en las relaciones familiares de los jóvenes que presentan adicción a las mismas y que asisten a la Universidad Rafael Landívar. Dicho estudio trabajó con 8 sujetos, estudiantes de segundo año de la carrera en Psicología, en un rango de edad de 18 a 24 años. Para recolectar la información, se utilizó una encuesta para medir los niveles de adicción en la población y posteriormente se realizó una entrevista semiestructurada, validada por expertos en el tema. La investigación concluye que las redes sociales han afectado a los jóvenes, tanto a nivel familiar como social, debido a la disminución en la comunicación verbal, se vio afectado igualmente su rendimiento universitario.

De la misma forma, Cuyún (2013), realizó un estudio descriptivo, con el propósito de determinar si los adolescentes manifiestan criterios suficientes para considerar que presentan adicción al uso de redes sociales. Para tal propósito, se trabajó con una muestra de 88 estudiantes. Se utilizó el cuestionario ARS (Adicción a las Redes Sociales), como instrumento para recolectar la información, dicho cuestionario está compuesto por 12 ítems en escala de Likert. El trabajo de investigación concluye que la población no presentaba criterios completos para

considerar la adicción a redes sociales, sin embargo, si manifestaban ciertos criterios de dicha patología.

En los estudios realizados a nivel nacional, se observa que las redes sociales ejercen un impacto significativo en la vida de las personas, especialmente de la población juvenil, abarcando tanto aspectos académicos como personales.

A continuación, se mencionan algunos estudios internacionales que se han realizado en referencia a las redes sociales y su impacto en la vida de las personas:

Martínez, García y García (2015), realizaron un estudio de investigación mixto con la finalidad de identificar el uso y abuso de internet en población infantil escolarizada. Para dicho estudio, se utilizó una muestra de 217 escolares de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 6 y 14 años. Para medir el grado de dependencia se utilizó como instrumento la escala de Adicción a Internet (IAT) de Young. Se trata de una escala que consta de 20 reactivos que se evalúan según una escala de 0 a 5 puntos. De este estudio se obtuvieron varios resultados, entre ellos destaca que el grupo de niños y niñas de 6 a 9 años manifiestan un escaso uso de internet. En este grupo, son los niños los que indican una mayor tendencia a utilizar el Internet. En el segundo grupo, el de niños de 10 a 14 años, evidenciaron una mayor tendencia de utilizar internet, siendo más frecuente el uso de Internet por parte de niños, así mismo se encontró dos casos con un uso excesivo de internet.

Asimismo, Puerta-Cortés y Carbonell (2013), realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de identificar las características sociodemográficas y tipo de uso de Internet de jóvenes universitarios colombianos y relacionado con el

posible uso problemático. Para tal fin, se utilizó a una muestra conformada por 595 estudiantes de la Universidad de Ibagué, comprendidos entre 16 a 34 años de edad. Para recabar la información, se utilizó la escala Internet Addiction Test (IAT) de Young. Los resultados muestran que un grupo mostraba un uso controlado de Internet y el otro con un uso problemático. El uso problemático de Internet se relacionó con el número de horas dedicado a redes sociales, chat, páginas de contenido para adultos y películas. El uso de estas aplicaciones de Internet generó interferencia en las actividades cotidianas.

Además, Tamayo, García, Quijano, Corrales y Moo (2012), realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre el tiempo dedicado a las redes sociales en Internet con los hábitos de sueño y los síntomas de depresión. Para tal finalidad, participaron 120 adolescentes. Se utilizó el cuestionario sobre el uso de redes sociales en Internet, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Somnolencia de Epworth, como instrumentos para recopilar los datos. Los resultados obtenidos indican que el tiempo dedicado a las redes sociales por Internet se correlaciona con el horario de acostarse, pero no con los síntomas de depresión.

Por otra parte, Herrera, et al. (2010), realizaron una investigación no experimental, de tipo transversal, con la finalidad de encontrar si existía relación alguna entre la adicción a Facebook, la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. Para dicho estudio, se trabajó con una población de 63 alumnos de la Universidad Iberoamericana de México. Se utilizó el cuestionario adaptado de Young, Fargues, Lusar, Jordania y Sanchez, Cándido, Saura, Méndez

e Higo, Yesavage y García, así como el cuestionario de Adicción a Facebook para jóvenes, elaborado por las autoras del presente estudio, el Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia, la Escala de Depresión Geriátrica, los Criterios de Diagnóstico de Adicción a internet y el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet. Los resultados de la investigación muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre la adicción a Facebook y la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. A partir de ese descubrimiento, se dedujo que los adictos a Facebook son más propensos a la depresión, a tener menos habilidades sociales y a mostrar una autoestima más baja.

Igualmente, García del Castillo, et al. (2007), realizaron un estudio con el objetivo de describir el uso y/o abuso de internet en jóvenes universitarios. Para dicho estudio, participaron 391 estudiantes, comprendidos en un rango de edad de 18 a 47 años, de las carreras de: Psicología, Ciencias Ambientales, Relaciones Laborales, Fisioterapia, Administración y Dirección de Empresa y Podología. Para la recolección de la información, se utilizó: el Cuestionario de expresión social, el Cuestionario de personalidad y el Cuestionario de Internet y de Uso y Abuso de Internet. Como resultados de este estudio, se obtiene que, en cuanto a la frecuencia, la mayoría de la población se conecta todas las semanas, siendo de particular interés, que los estudiantes de Psicología son los que muestran un mayor porcentaje de uso. En cuanto al tiempo, la mayoría de la población se conecta en promedio 85 minutos al día. Los recursos que más se utilizan a la hora de utilizar son el navegar por la red, uso del correo electrónico y el uso del Chat o Messenger.

Finalmente, los objetivos del uso de internet, la mayoría de la población destacó en cuestiones de ocio y también las cuestiones relacionadas con los estudios o lo profesional.

Los estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional muestran que el uso tanto de internet como específicamente de redes sociales, ha tenido repercusiones significativas en la vida de las personas, siendo los jóvenes, la población más afectada.

A continuación, se presenta la descripción de diversas teorías y definiciones acerca de la depresión y de la red social Facebook:

1.1 Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

De acuerdo con Monge (2010), habría que distinguir en un primer lugar el *síntoma depresión*, que hace referencia al ánimo bajo. El *síndrome depresivo*, que supone un conjunto de síntomas, este se caracteriza fundamentalmente por el ánimo bajo, la pérdida de capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas y por una disminución de la vitalidad, que lleva a una reducción de la actividad y un cansancio desproporcionado. Además, pueden presentar también: disminución de la capacidad de atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismos y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de inutilidad, pesimismo ante el futuro,

pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, y alteraciones de las funciones básicas del sueño y del apetito. La *depresión enfermedad*, que ha de reunir, además, unos requisitos de duración, intensidad, etc.

El autor continúa exponiendo que, con frecuencia, la depresión se acompaña de síntomas somáticos, entre los que destaca despertarse varias horas antes de lo habitual, el empeoramiento matutino de la sintomatología, inhibición o agitación psicomotriz, disminución marcada del hambre, sueño y apetito sexual e incapacidad para disfrutar de actividades placenteras en general. Además, la alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, exacerbación de fobias u obsesiones preexistentes, o por preocupaciones hipocondríacas.

De acuerdo con el DSM-5 (2014), los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

- **Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo**

El DSM-5 (2014), describe al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, como aquel en el que se tiene una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales. Ocurren por lo menos tres o más veces por semana en al menos un año y en al menos dos ambientes, como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo. La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. Este estado de ánimo irritable o enfado debe ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño. Este diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años. Este trastorno es esperado que se presente mayoritariamente en hombres y en niños en edad escolar. El comienzo de este trastorno debe producirse antes de los 10 años de edad. Como consecuencia de su extremadamente baja tolerancia a la frustración, estos niños tienen, por lo general, dificultades para progresar adecuadamente en el colegio, son a menudo incapaces de participar en las actividades que normalmente disfrutaban los niños, su vida familiar se altera gravemente a causa de sus crisis y su irritabilidad, y tienen problemas para hacer o conservar amigos.

- **Trastorno de depresión mayor**

Como indica el DSM-5 (2014), los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas, durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. El ánimo en el episodio depresivo mayor lo describe a menudo la persona como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o “por los suelos”. Casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. Los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los hobbies, “que no les importan”, o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras. La alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento. Las alteraciones del sueño se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo. Cuando existe insomnio, normalmente se presenta como un insomnio medio. También puede existir insomnio precoz. Los cambios psicomotores incluyen la agitación y la lentificación. Son frecuentes la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga. El sentimiento de inutilidad o de culpa que se presenta en el episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas, fuera de la realidad, de la propia valía, preocupaciones de culpa y rumiaciones sobre pequeños errores del pasado. Muchos pacientes refieren incapacidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio. Los pacientes con mayor riesgo

de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en orden, haber adquirido materiales necesarios y de haber elegido un lugar y una fecha para consumir el suicidio.

Este trastorno se asocia a una alta mortalidad y la mayor parte de ésta se debe al suicidio. La prevalencia en los sujetos entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser mayores que la de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana. En las mujeres hay mayor riesgo de intentos de suicidio y el riesgo de suicidio consumado es menor.

Entre los factores de riesgo se encuentran el neurotismo, los acontecimientos adversos en la infancia al igual que los acontecimientos vitales estresantes. La heredabilidad es de aproximadamente el 40% en los familiares de primer grado.

- **Trastorno depresivo persistente (distimia)**

Este trastorno es definido por el DSM-5 (2014), como aquel caracterizado por un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años. La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente. Durante los periodos de ánimo deprimido, deben presentarse al menos dos de los siguientes seis síntomas: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Durante el periodo de dos años, cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses. El trastorno tiene a menudo un inicio temprano e insidioso.

- **Trastorno disfórico premenstrual**

Las características esenciales de este trastorno, de acuerdo con el DSM-5 (2014), son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después.

Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer.

Típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un periodo libre de síntomas en la fase folicular después de que comience el período menstrual. Aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad, no es suficiente para el diagnóstico.

El inicio del trastorno puede aparecer en cualquier momento tras la menarquia. El diagnóstico se confirma adecuadamente tras dos meses de evaluación prospectiva de los síntomas.

- **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento**

Según el DSM-5 (2014), las características diagnósticas de este trastorno incluyen los síntomas de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor; sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia. El trastorno depresivo se debe haber desarrollado durante el consumo de una sustancia capaz de producir un trastorno depresivo o dentro del mes posterior conforme a los datos de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio. Además, el diagnóstico no se debe explicar mejor por un trastorno depresivo persistente. No se debe hacer este diagnóstico cuando los síntomas aparezcan exclusivamente durante el curso de un delirium.

El trastorno se inicia en las primeras semanas o el mes de consumo de la sustancia. Los síntomas depresivos suelen remitir en días o semanas, dependiendo de la vida media de la sustancia. Si los síntomas persisten 4 semanas más del curso esperado para la abstinencia de la sustancia, se deberían considerar otras causas para los síntomas depresivos.

- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica**

El rasgo esencial de este trastorno, según lo detalla el DSM-5 (2014), es un periodo de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de otra afección médica.

- **Otro trastorno depresivo especificado**

Según el DSM-5 (2014), esta categoría para presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

- a) Depresión breve recurrente: presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes, durante un mínimo de 12 meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
- b) Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor

asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

- c) Episodio depresivo con síntomas insuficientes: afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado al malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido con los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Monge (2010), también distingue tres clasificaciones que pueden hacerse a las depresiones según su origen:

- a) Depresión endógena: también llamada melancolía. Su origen es fundamentalmente biológico y está condicionada por factores hereditarios. Su causa es una alteración a nivel de estructuras o sustancias del organismo y no existen causas externas. El tratamiento prioritario será farmacológico.
- b) Depresión psicosocial: causadas por trastornos de la personalidad y/o por conflictos y estresores ambientales. En su aparición predominan estos

aspectos sobre los biológicos, por lo que son menos efectivos los psicofármacos y, en cambio, es más útil la psicoterapia.

- c) Depresión somatógena: secundarias a diversas enfermedades médicas o fármacos. El tratamiento consiste fundamentalmente en suprimir el elemento causal.

- **Historia de la depresión**

Cobo (2005), expone que, para los hipocráticos de los siglos V y VI a.C., lo que ahora se conoce como depresión, anteriormente se le denominaba melancolía y estaba definido por el conjunto de “aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad” al que se añadía un ánimo triste característico. En el siglo II d.C., los médicos islámicos y occidentales mantuvieron esta misma definición y comprensión del problema por casi mil quinientos años más. Esta definición se basó en las descripciones de Rufo de Efeso a comienzos de dicho siglo II d.C., con algunas modificaciones de Galeno. El autor continúa exponiendo que los rasgos fundamentales de esta descripción clínica eran las siguientes: la melancolía era una forma de locura crónica, no febril, en la que el paciente se mostraba anormalmente temeroso, triste, cansado de la vida, misántropo y que con frecuencia se acompañaba de alguna idea delirante circunscrita. Los hipocráticos describieron también síntomas de perturbaciones gastrointestinales asociados, y, de entre ellos, progresivamente, se destacó el estreñimiento. También se mencionaban, de forma menos constante, las ideas suicidas y el riesgo de suicidio.

El autor continúa describiendo que, en el Renacimiento, la creencia en el determinismo astrológico dio lugar a una concepción del mundo como un macro-

microcosmos armónico. En estos parámetros, la influencia de Saturno (elemento de tierra, del viento del norte, del invierno y la ancianidad), permitía describir un temperamento melancólico, caracterizado como seco, frío, taciturno y malhumorado, especialmente en los ancianos.

En el siglo XVI, las dos obras fundamentales de la época, de acuerdo a Cobo (2005), fueron el *A Treatise of melancholia* de Timothy Bright (1586) y la *Anatomy of Melancholy*, de Robert Burton (1621). Estos autores eran capaces ya de diferenciar claramente entre el temperamento melancólico y la enfermedad melancólica. Así, muchos autores diferenciaban entre una melancolía “natural” (especie temperamental) y otra “no natural” (adquirida), denominada *atrabilis* o melancolía adusta. La *atrabilis* o melancolía natural era un trastorno fundamentalmente físico, a pesar de que sus síntomas fueran emocionales o psicológicos.

En el siglo XVIII, la presencia de una idea delirante, se convierte en un elemento habitual en las descripciones clínicas hasta el punto de ocupar un elemento clave. Algunos autores describían como esta insania parcial y circunscrita de la melancolía era el síntoma primordial y definitorio, aunque este punto de vista ya comenzaba a ser discutido a finales de siglo y abandonado gradualmente en la primera mitad del siglo XIX.

Según Cobo (2005), una de las formas clásicas más interesantes de melancolía lo constituyen las melancolías eróticas o erotomanías. Galeno distinguía claramente este estado de aflicción amorosa debido a una perturbación psicológica, de la melancolía como estado de aflicción debida a la bilis negra. Este proceso patológico continuó estudiándose como una forma especial de melancolía hasta el

siglo XIX. A partir de ahí, y especialmente en la obra de Clérambault, el concepto de erotomanía se implica en otras coordenadas muy diferentes. Las principales concepciones modernas sobre las características melancólicas de la erotomanía se muestran en obras de los autores del tardo-barroco.

De acuerdo al autor, el concepto de euthymia, de origen filosófico, se corresponde con un concepto abstracto, o un estado ideal, correspondiente al actual de salud. En la terminología médica, eutimia se oponía a la oxythymia (exaltación dolorosa del timo y de toda la zona del praecordio), pero también a la dysthimia, estado emocional a lo que los latinos denominan tristia (tristeza). Mientras que para los filósofos griegos la melancolía se podía deber a la pérdida de la eutimia (y por tanto, se emparentaba con la tristeza), los médicos hipocráticos tenían una concepción mucho más somática que la emparentaba con su compañera la frenitis (el extremo confusional de la melancolía) y con la hipocondría (su extremo más somático).

El autor continúa exponiendo que, la melancolía religiosa o delirante comienza a aparecer o describirse desde el Barroco. En un principio incluía a una serie de trastornos de diversa naturaleza, no todos aparentemente depresivos, pero que se encuadraban igualmente bajo el paraguas del concepto de melancolía. El autor, citando la obra de Ponce de Santa Cruz (1622), sobre su *Dignotio et cura affectum melancolicorum*, describe diversos tipos de monomaniacos como formas de melancolía, entre los cuales destaca el delirio de fragilidad (creerse de cristal). Por la misma época, Cervantes describe magistralmente este tipo de delirio en una de sus *Novelas Ejemplares* (1613): *El Licenciado Vidriera*.

Cobo (2005), expone que Kraepelin, a principios del siglo XX, reúne de nuevo los conceptos de manía y melancolía en su estado de insania maníaco-depresiva, describiendo dos tríadas de síntomas nucleares en cada extremo. Para la manía, la tríada fundamental la constituían la fuga de ideas, la exaltación y la hiperactividad, mientras que, para la melancolía, la tríada característica la constituían la inhibición del pensamiento, la depresión de los sentimientos y la inhibición psicomotriz. Durante todo el siglo XX, la tradición kraepeliana ha propuesto estos síntomas como fundamentales para la melancolía, pero no ha abandonado tampoco el resto de signos y síntomas ya clásicos de la melancolía, como son el insomnio, la pérdida del apetito, la pérdida de peso, el estreñimiento, la pérdida de interés sexual, la intranquilidad, la irritabilidad, la ansiedad, las preocupaciones rumiativas sobre sí mismo y su futuro, las ideas autolíticas y los delirios

En cuanto a las causas de la melancolía, Cobo (2005), refiere que, durante aproximadamente dos mil años, las explicaciones causales sobre el origen de la melancolía giraron en torno a explicaciones humoralistas. El esquema fundamental del enfermar desde los hipocráticos hasta el siglo XVII en Occidente y Oriente próximo, fue la teoría humoral. Dentro de esta teoría, la melancolía se explicaba como un exceso de bilis negra en el cerebro. Se trataba de una enfermedad fría y seca, ya que la bilis negra presentaba la frialdad y sequedad como características fundamentales. En el caso de la melancolía hipocondríaca, intervenía una variante en la cual la bilis negra se acumulaba en la región de los hipocondrios y allí, producía unos vapores que ascendía al cerebro donde secundariamente producirían la melancolía.

En el siglo XVII, sin embargo, comenzaron las primeras explicaciones no galenistas o, dicho de otra manera, no humoralistas sobre la melancolía. Thomas Willis, desde la yatroquímica, describe una nueva constitución del ser humano, basada en principios diferentes a los humores clásicos. De los cinco principios químicos, había tres activos (espíritu, sulfuro y sal) y dos pasivos (la tierra y el agua), que interaccionan entre sí de manera que, el líquido nervioso (vehículo de los espíritus animales), normalmente suave, benigno y sutil, se transformaba en ácido y corrosivo. Este líquido nervioso avinagrado o ácido, se produce como resultado de una fermentación y explica los cambios funcionales (y en ocasiones estructurales) que ocurren en estos trastornos patológicos. En la explicación yatroquímica de la melancolía y de sus síntomas clave (tristeza y miedo), la circulación se ralentiza y la sangre tiende a acumularse en la zona precordial y a reducirse en la cabeza y extremidades. La parte más vital del alma se limita en sus funciones y la parte “animal” se debilita, todo lo cual produce tristeza y, de manera consecuente, compresión o estrechamiento de las partes, que tiemblan, lo que explica el miedo. Sin embargo, las teorías yatroquímicas pronto dieron paso a las yatro mecánicas.

Para Cobo (2005), estas hipótesis vasocéntricas y mecanicistas de la melancolía van cediendo paso a lo largo del siglo XVIII a teorías neurocéntricas, basadas en movimientos irregulares de un fluido nervioso etéreo. Este fluido se orienta como de naturaleza eléctrica en muchos investigadores de la época, mientras que la transmisión de los movimientos responsables de este flujo se interpreta más como de naturaleza oscilatoria o vibratoria. Así, Cullen explica que

el fluido nervioso, de naturaleza eléctrica, es el responsable de la patogenia a través de un exceso o defecto de energía del cerebro y de la movilidad (o falta de) del fluido nervioso. En la persona melancólica, se agota la energía del cerebro, de forma que, si después presenta alguna excitación, sería más que nada residual. No es hasta Griesinger que no se afirma con rotundidad la etiología cerebral de las enfermedades mentales. La principal hipótesis de la época habla ya entonces de factores hereditarios que causarían una “constitución nerviosa” o “debilidad irritable” del sistema nervioso, que predispondría a estas personas a la melancolía. Sin embargo, esto no desbanca las hipótesis “vasocéntricas”. Las emociones deprimentes, si persisten, pueden producir estancamiento o enlentecimiento de la circulación y, por ende, una disminución cualquiera de esta circulación (incluso de otro origen), causará disminución de la nutrición del cerebro y de ahí un estado melancólico.

Igualmente, Cobo (2005), explica que, a lo largo del siglo XIX, cada vez se interpretan más los desórdenes nerviosos como desórdenes neurocéntricos, describiendo diversos estados problemáticos del “aparato nervioso” o bien niveles inadecuados o irregularidades de la “fuerza nerviosa”. La melancolía, como otros desórdenes nerviosos, se debía a interrupciones o perturbaciones del proceso de nutrición, estimulación y reposo del cerebro. La hiperemia cerebral, o congestión de los vasos cerebrales, conduciría a formas de insania con excitación, mientras que la anemia cerebral, o las deficiencias de las capacidades nutritivas de los aportes sanguíneos, conducía a un estado de melancolía por decadencia de las células nerviosas.

Algunos autores proponen que la anemia cerebral lleva aparejado dolor psíquico y, a través de él, inhibición y melancolía. En todas estas descripciones de mediados y finales del siglo XIX se encuentran múltiples referencias a expresiones como “reducción de la energía nerviosa”, “falta” de energía nerviosa, ineficacia o pereza de las formas de funcionamiento de los elementos nerviosos o simplemente “falta de fuerza”. Durante todo el siglo XIX, destaca Jackson, las hipótesis explicativas sobre el origen de la melancolía se basan en una combinación de factores hereditarios predisponentes, anemias cerebrales, irritaciones, deficiencias nutricionales cerebrales o agotamiento de la energía nerviosa, proponiendo diversas funciones nerviosas defectuosas y esquemas de las diversas deficiencias en las células nerviosas.

El autor continúa exponiendo que, dentro de las facultades clásicas mentales (imaginación, razón y memoria), la melancolía se veía como una lesión de la imaginación del intelecto. Sin embargo, cuando cambia la tríada de las facultades de imaginación-intelecto-memoria a emociones-intelecto-voluntad, los desórdenes emocionales se vieron secundarios a un daño circunscrito del intelecto. A finales del siglo XVIII, por otra parte, los afectos cubren cada vez un lugar más importante en la consideración de la vida mental, de forma que prácticamente se igualan en importancia al intelecto. Si la melancolía era una insania parcial, la lesión fundamental afectaba a las emociones y sólo secundariamente al intelecto. De ahí nace una de las asunciones básicas de la dicotomía kraepeliniana: la falta de deterioro del intelecto en los estados afectivos (enfermedades maníaco-depresivas) frente a los deteriorantes (demencia precoz).

Finalmente, Cobo (2005), refiere que, a principios del siglo XX, el Royal College of Physicians of London edita su cuarta versión oficial de la Nomenclatura of Disease, incluyendo tres grandes alteraciones mentales: manía (aguda, recurrente, crónica y siete subtipos más), melancolía (también aguda, recurrente, crónica y siete subtipos más) y la locura circular de la escuela francesa como una forma independiente sin subdivisiones.

Sin embargo, la gran escuela del siglo XIX fue la escuela alemana, centrada en las aportaciones de Kraepelin. Por un lado, se introduce el concepto de psicosis, al parecer por Von Feuchtersleben (en algunos casos referido a toda enfermedad mental), y, por otro, el concepto de endógeno de Moebius (1893). Igualmente, muchos clínicos comienzan a utilizar el término de depresión, en lugar del clásico de melancolía o el lipemanía de los alienistas.

1.2 Facebook

De acuerdo con Herrera, et al. (2010), Facebook fue fundado en 2004 como una red social sólo para estudiantes de Harvard, pero a mediados del 2005 fue adoptado por alrededor de otras 2000 universidades y colegios tan sólo en Estados Unidos. A lo largo del 2010, 22000 organizaciones comerciales se unieron a esta red y a finales de él, dos tercios de los usuarios se conectaban a diario y estaban en el sitio un promedio de 20 minutos.

En agosto de 2007, el sitio contaba con 22 millones de usuarios y 15 mil millones de páginas vistas en él.

Los autores continúan refiriendo que, Facebook permite a sus usuarios crear perfiles personalizados que incluyen información general, como la educación, el sexo, la edad, etc. Los usuarios pueden escribir y poner mensajes en las páginas de sus contactos, subir fotos y etiquetar personas en esas fotos, además de incluir videos y canciones. Se pueden tener tantos contactos como se quieran, que pueden ser compañeros de escuela, amigos, familiares, conocidos, personas de otros países y continentes, al igual que asociaciones, organizaciones e instituciones.

Asimismo, exponen que se ha comprobado que las mujeres lo utilizan para dar seguimiento a las relaciones y mantenerse en contacto con sus amigos, compañeros de trabajo, escuela, familia y demás, mientras que los hombres acceden a él para seguir ciertos impulsos y relaciones de fantasía en las que se puede llegar a obtener alguna gratificación sexual.

En la actualidad existen varios grupos en Facebook llamados “Adicción a Facebook”, “I’m a Facebook addict”, ¿“Are you a Facebook addict?”, “Adictos a Facebook!!”, “¡Soy adicto a Facebook y lo acepto”, “Maldita sea, soy adicto a Facebook!!!”, entre muchos otros, en los cuales la gente que se considera parte de esos grupos “se hace seguidor” de alguno de ellos. La cantidad de personas inscritas en estos grupos varía desde 430 hasta 11,890 personas. Dichos grupos pueden hacer hincapié en cuestiones tales como las razones por las cuales pertenecen al grupo, y sobre todo y muy aparte de la misma adicción, problemas como la autoestima, la depresión y las habilidades sociales, que pueden estar implicadas en el uso abusivo de Facebook.

Por otra parte, Ross y Sigüenza (2010), plantean ventajas y desventajas que puede tener el uso de las redes sociales:

- Ventajas

- Favorecen la participación y el trabajo entre personas que no necesariamente deben estar en un mismo lugar para poder realizarlo.
- Permiten construir una identidad ya sea personal o virtual, donde le permite a los usuarios compartir con otros cibernautas todo tipo de información, como lo son aficiones, creencias, ideologías, entre otros.
- Facilitan las relaciones entre las personas, evitando así cualquier tipo de barrera cultural o física.
- Facilitan la obtención de cualquier tipo de información necesaria en cada momento, pues se cuenta con una actualización de dicha información instantánea.

- Desventajas

- Han servido para llevar a cabo hechos delictivos, tales como estafas y secuestros.
- Promueven el aislamiento entre las personas.
- Desalientan las actividades fuera de las mismas redes sociales, ya sea en el computador, lpad o teléfono móvil.
- La información que pueda ser encontrada puede ser poco confiable.
- Se pueden ir sustituyendo las relaciones afectivas reales por las relaciones virtuales.

- Se tiene la probabilidad que la conexión a las redes sociales se vuelva patológica, se puede convertir en un trastorno obsesivo-compulsivo, o que se vuelva adicto a las redes sociales. (Ross y Sigüenza, 2010).

En resumen, se puede mencionar que, debido a la realidad que afrontan actualmente las mujeres jóvenes, el presente trabajo de investigación tiene relevancia, puesto que el uso desmedido de las redes sociales, en particular, el uso de Facebook, puede generar efectos adversos en las personas, tal y como lo mencionan Herrera, et al. (2010), los cuales pueden llegar a afectar de manera significativa la vida de las mujeres jóvenes. Partiendo de esto, debe tomarse en cuenta los factores descritos en el presente estudio, para que se pueda hacer una temprana detección de los síntomas depresivos y poder realizar una intervención preventiva.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace tiempo, a la psicología ha buscado respuestas sobre el impacto de las redes sociales sobre la psique de las personas. Si bien las redes sociales debutaron hace poco tiempo, estas han supuesto un cambio total en la manera en que las personas se relacionan e interactúan entre sí. Tal ha sido su impacto, que se ha puesto en evidencia que un uso excesivo de las redes sociales puede llevar a una verdadera dependencia y ser causa de depresión o malestar, esto, de acuerdo con una investigación realizada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh, realizada en el año 2016.

De igual manera, Herrera, et al. (2010), señalan que se han realizado diferentes estudios en donde se ha obtenido como resultado que las personas al sentirse de mal humor y deprimidos, se conectaban a internet para remediar su depresión, para lo cual trataban de hablar con alguien, jugar en línea o hacer “cosas locas” por Internet. El autor continúa, citando a Jiménez y Pantoja (2007), exponiendo que la depresión es consecuencia de la dificultad para establecer relaciones interpersonales causadas por una baja autoestima.

Guatemala no queda exenta en el uso de las redes sociales, especialmente en la población joven, por estas razones, se considera que es importante tener más conocimiento acerca del impacto que estas han tenido sobre las personas, relacionado especialmente con la depresión. Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre uso de Facebook y síntomas depresivos en mujeres jóvenes entre 20 y 30 años?

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe relación con el uso de Facebook y síntomas depresivos en mujeres jóvenes entre 20 y 30 años.

2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar si existen síntomas depresivos en mujeres entre 20 y 30 años de la Universidad Rafael Landívar.
2. Determinar el nivel de uso y abuso de la red social Facebook.
3. Identificar si existe correlación entre los síntomas depresivos y el uso de Facebook.
4. Realizar un folleto práctico para los sujetos de la investigación con el fin de que puedan identificar los síntomas depresivos por el uso o abuso de redes sociales.

2.1.3. HIPÓTESIS

Para este estudio, se consideraron las siguientes hipótesis:

H1: Existe correlación entre el uso de la red social Facebook con síntomas depresivos.

H₀: No existe correlación entre el uso de la red social Facebook con síntomas depresivos.

2.2. VARIABLE

Síntomas depresivos

Uso y abuso de internet

2.3. DEFINICIÓN DE LA VARIABLE DE ESTUDIO

2.3.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Depresión

De acuerdo con el DSM-5 (2014), se entiende a la depresión como la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.

Uso y abuso de Internet

Según García del Castillo, et al. (2007), un posible abuso a internet podría definirse por: pautas de comportamiento en relación con la conexión a la red: pensamientos recurrentes sobre internet, necesidad de incrementar el tiempo de conexión y dificultad para controlarlo a pesar de considerarlo un problema, entre otras. Así mismo, como un impacto o cambios en actividades cotidianas o estilo de vida: reducción o deterioro en lo profesional, familiar y social, y hábitos saludables.

2.3.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

Depresión

Para fines de este estudio, fueron los resultados obtenidos a través de la Escala de depresión de Beck (2011), aplicada a los sujetos de esta investigación; se conoció el nivel de los síntomas depresivos que estos presentaron, esto a través de los siguientes indicadores: estado de ánimo, pesimismo, fracaso, descontento, sentimientos de culpa, necesidad de castigo, odio a sí mismo, autoacusaciones, impulsos suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, incapacidad de decisión, imagen corporal, incapacidad para el trabajo, trastornos de sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, hipocondría y pérdida de libido.

Abuso de internet

En esta investigación, se consideró como *abuso de internet*, al uso excesivo de internet, especialmente de la red social Facebook. Fue medido por medio de la Escala de Adicción a Internet (EAIL), elaborada por Lam, Contreras, Mori, Nizama, Gutiérrez, Hinostroza, Torrejón, Honostroza, Coaquira e Hinostroza (2011), a través de los siguientes indicadores: Silencia: estar preocupado por la utilización de internet, tolerancia, abstinencia, falla en el control y recaídas, problemas académicos y problemas familiares e interpersonales las cuales están divididas en dos sub escalas:

- Características sintomatológicas
- Características disfuncionales

2.4. ALCANCES Y LÍMITES

El presente trabajo se realizó con 50 mujeres jóvenes entre 20 y 30 años que estudian en la Universidad Rafael Landívar, jornada vespertina, que cursan el 3° y 4° año de la Licenciatura en Psicología Clínica. Los resultados aplican a ellas y similares únicamente.

2.5. APORTE

Se espera que el estudio sea de utilidad para los psicólogos que trabajen con mujeres y con abuso de internet, para que puedan tomar en cuenta a la red social Facebook como un elemento que puede tener impacto en la psique de las personas.

De igual manera, para los estudiantes, se elaboró un folleto práctico que les servirá para identificar los síntomas depresivos por el uso o abuso de redes sociales.

Además, con esta investigación, se pretende despertar el interés a futuras investigaciones en cuando al impacto que el internet, especialmente las redes sociales, pueda tener sobre la conducta y psique de las personas.

III. MÉTODO

3.1. SUJETOS

El presente estudio, se realizó con 50 mujeres guatemaltecas, mayores de 18 años, universitarias, que utilizan la red social Facebook. No se tomaron en cuenta aspectos culturales, así como tampoco niveles socioeconómicos.

La elección de sujetos para esta investigación se llevó a cabo con una muestra no probabilística o dirigida, la cual según Hernández, Fernández y Baptista (2010), es aquel subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación.

Edad	Número de sujetos
20	2
21	20
22	9
23	8
24	7
25	2
28	1
29	1
Total de sujetos	50

3.2. INSTRUMENTO

En esta investigación fue necesario utilizar dos instrumentos, los cuales permitieron desarrollar los objetivos de la misma:

3.2.1. Escala de Depresión de Beck

La Escala de Depresión de Beck fue elaborada en 1961 por Beck, Steer y Brown, con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo de esta escala es evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Tiene por fundamentación teórica el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión, siendo estas: estado de ánimo, pesimismo, fracaso, descontento, sentimientos de culpa, necesidad de castigo, odio a sí mismo, autoacusaciones, impulsos suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, incapacidad de decisión, imagen corporal, incapacidad para el trabajo, trastornos de sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, hipocondría y pérdida de libido. Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, éste obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de depresión: leve, moderada o severa. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de depresión son:

- Depresión ausente o mínima: puntuación media de 10,9 puntos.
- Depresión leve: puntuación media de 18,7.
- Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

La escala se utiliza en adultos, preferentemente de forma autoadministrada, siendo el tiempo promedio de realización de 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista, siendo útil de esta manera en pacientes ancianos con deterioro cognitivo leve, enfermos crónicos, pacientes quirúrgicos, etc.

3.2.2. Escala de Adicción a Internet (EAIL)

La Escala de Adicción a Internet de Lima (EAIL) fue elaborada en por Lam, et al. (2011). Esta escala evalúa el fenómeno de la adicción a internet (AI) en adolescentes y cuenta con 11 ítems los cuales evalúan las siguientes características:

- Características sintomatológicas
- Características disfuncionales

Los ítems resultantes fueron sometidos a un juicio de tres psiquiatras especializados en el campo de las adicciones, ellos determinaron finalmente la escala de 11 ítems: ocho evaluaron las características sintomatológicas y tres evaluaron las características disfuncionales. Cada ítem cuenta con respuestas de opción múltiple tipo Likert de cuatro opciones: Muy rara vez (1), Rara vez (2), A menudo (3), Siempre (4).

Las puntuaciones medias correspondientes a las características sintomatológicas son:

- Alto: Puntuación media de 26.1 a 32 puntos.
- Normal alto: Puntuación media de 18.1 a 26 puntos.
- Normal bajo: Puntuación media de 12.1 a 18 puntos.
- Bajo: Puntuación media de 8 a 12 puntos.

Las puntuaciones medias correspondientes a las características disfuncionales son:

- Alto: Puntuación media de 10.6 a 12 puntos.
- Normal alto: Puntuación media de 7.6 a 10.5 puntos.
- Normal bajo: Puntuación media de 4.6 a 7.5 puntos.
- Bajo: Puntuación media de 3 a 4.5 puntos.

Las puntuaciones medias que corresponden a la Escala de Adicción a Internet son:

- Alto: Puntuación media de 38.5 a 44 puntos.
- Normal alto: Puntuación media de 27.6 a 38.5 puntos.
- Normal bajo: Puntuación media de 16.6 a 27.5 puntos.
- Bajo: Puntuación media de 11 a 16.5 puntos.

3.3. PROCEDIMIENTO

- Se seleccionó el problema de investigación y se crearon los objetivos para su aprobación.
- Se buscaron los instrumentos a utilizar con los sujetos de estudio.
- Se solicitó autorización para aplicar el instrumento.
- Se solicitó a las autoridades del departamento de Psicología de la Universidad Rafael Landívar, un espacio de tiempo para aplicar el instrumento.
- Se explicó a los alumnos el objetivo de la aplicación del instrumento.
- Se tabularon los resultados.
- Se redactó la discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones pertinentes.
- Se elaboró el informe final.

3.4. TIPO DE ESTUDIO, DISEÑO Y METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

La presente investigación es cuantitativa, la cual, según Hernández et al. (2010), es aquella que “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.” (p.4). Adicionalmente, el diseño de esta investigación es no experimental, la cual, según Hernández et al. (2010), es aquella que “se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.” (p.149)

Así mismo, y según los mismos autores, el alcance del presente estudio es el correlacional, en donde indican que este tipo de estudio es aquel que “tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular.” (p. 81).

La metodología estadística para esta investigación fue la correlación, que según Wackerly, Mendenhall III y Shefer (2002) determina la fuerza y la dirección entre dos variables aleatorias, existe correlación si a medida que una variable cambia los valores de la otra aumentan o disminuyen. Para el análisis del mismo se utilizará el programa de Microsoft Office Excel 2016, además de las funciones de conteo, tablas dinámicas y herramientas de elaboración de gráficas.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados de esta investigación son presentados en base a los datos obtenidos por medio de dos instrumentos: la Escala de Depresión de Beck, y la Escala de Adicción a Internet (EAIL), con el objetivo de conocer si existía relación en el uso de Facebook con presentar síntomas depresivos, en mujeres jóvenes entre 20 y 30 años.

A continuación, se presenta por medio de tablas los datos de los sujetos, así como las tablas de los resultados que se obtuvieron al hacer la correlación de dichas escalas.

Tabla 4.1.

Edad	Número de sujetos
20	2
21	20
22	9
23	8
24	7
25	2
28	1
29	1
Total de sujetos	50

Se aplicaron los instrumentos a 50 mujeres jóvenes; de las cuales 2 tenían 20 años, 20 tenían 21 años, 9 tenían 22 años, 8 tenían 23 años, 7 tenían 24 años, 2 tenían 25 años, 1 tenía 28 años y 1 tenía 29 años.

A continuación, se presentan los análisis estadísticos de correlación, respondiendo al objetivo general de la presente investigación, que es determinar si existe relación entre el uso de la red social Facebook y síntomas depresivos en mujeres jóvenes entre 20 y 30 años. El resultado de dicha relación se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 4.2. Correlación entre uso de la red social Facebook y síntomas depresivos

N= 50		Adicción a internet
Depresión	Correlación de Pearson	0.061
	Sig. (bilateral)	0.673

Ho: No existe correlación entre el uso de la red social Facebook con síntomas depresivos. Los datos de la tabla anterior muestran una correlación muy baja y no cuenta con el nivel de significancia requerido; con base a lo expuesto se acepta la hipótesis nula.

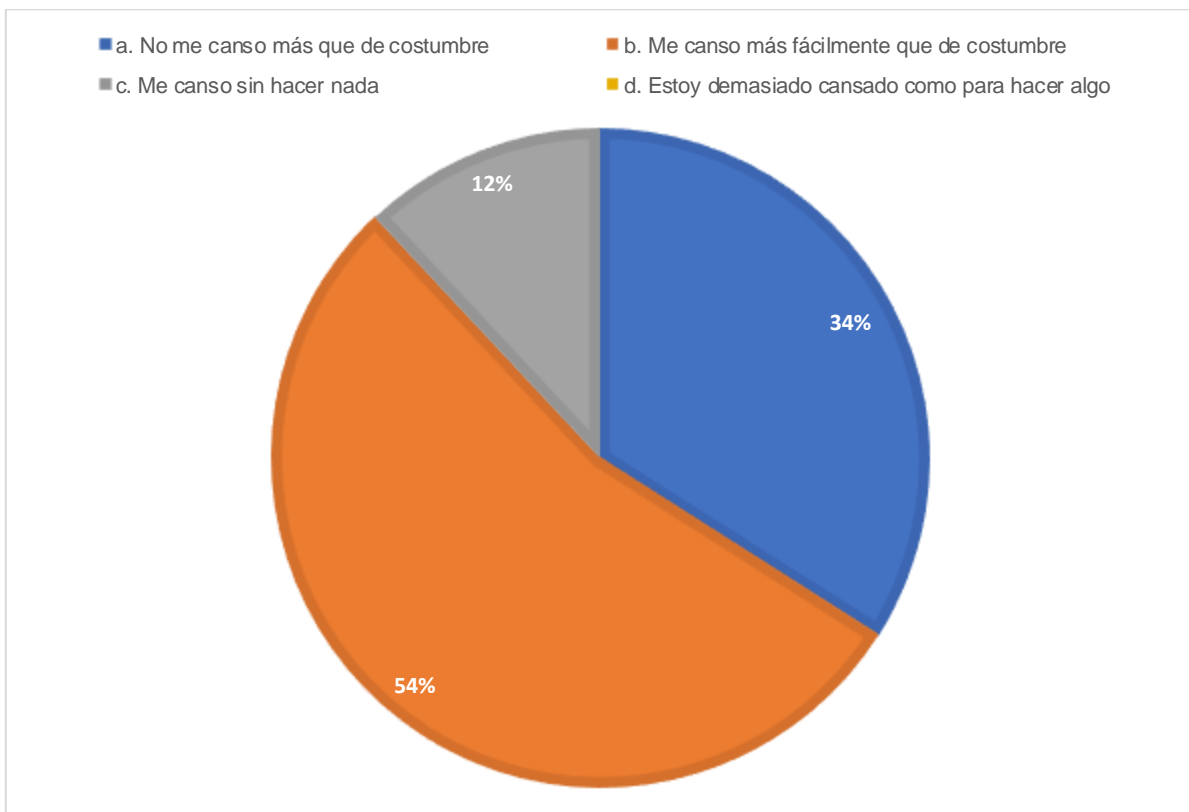
Finalmente, con la intención de enriquecer el estudio, se consideró de suma importancia el hacer un análisis de los resultados más significativos de los ítems de cada escala. Por lo mismo, se presenta una gráfica de pie para cada una de las preguntas, indicando el porcentaje de sujetos que contestó cada una de las cuatro

opciones. Brevemente, sigue a las gráficas, una sucinta interpretación de las mismas.

Escala de Depresión de Beck

Gráfica 4.1

Ítem 17/ indicador fatigabilidad



Este ítem responde al indicador “fatigabilidad” y en la gráfica se puede observar que el 54% de los sujetos optaron por la opción b “me canso más fácilmente que de costumbre”, el 34% optó por la opción a “no me canso más que de costumbre”, el 12% por la opción c “me canso sin hacer nada”, finalmente ningún sujeto optó por la opción d “estoy demasiado cansado como para hacer algo”.

Gráfica 4.2

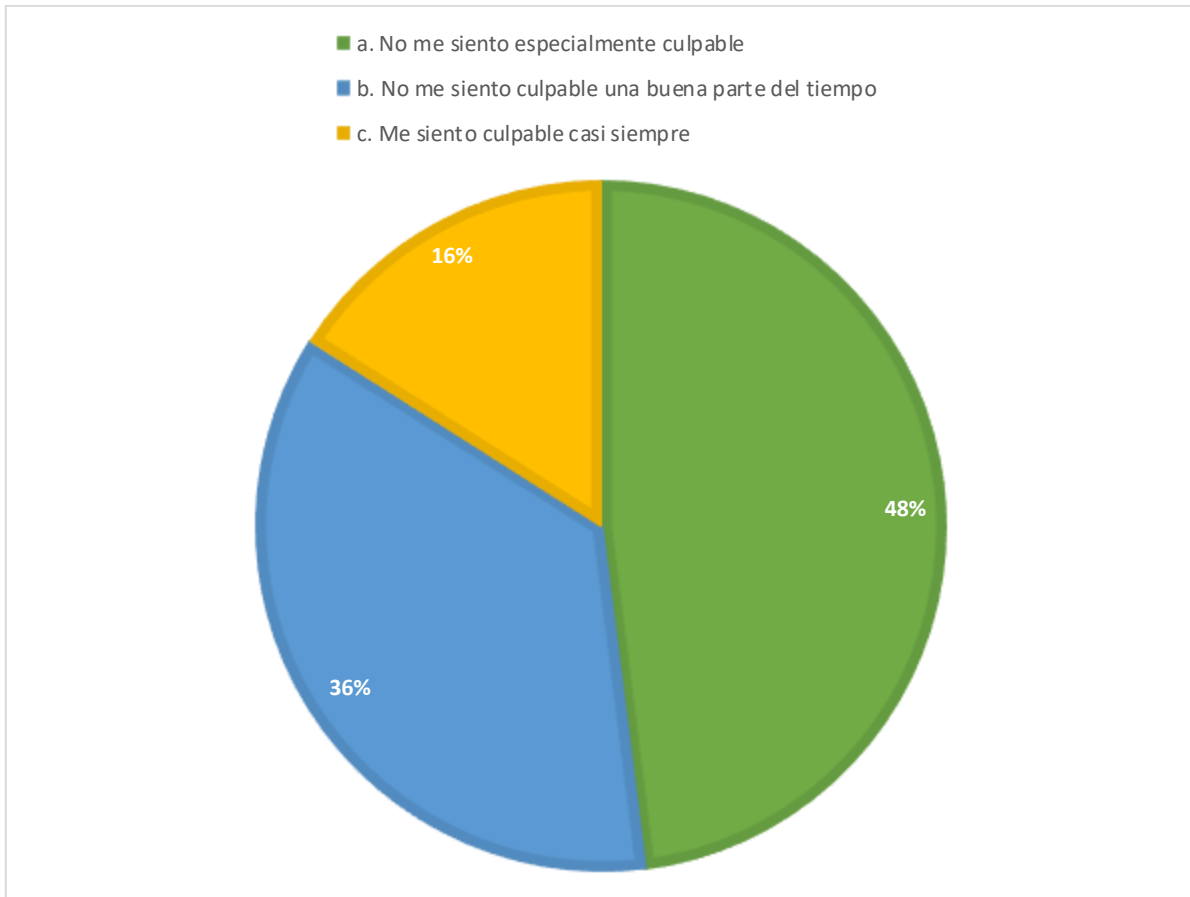
Ítem 11 / indicador irritabilidad



Este ítem responde al indicador “irritabilidad” y en la gráfica se puede observar que el 50% de los sujetos optó por la opción a “las cosas no me irritan más que de costumbre”, seguido de un 30% que optó por la opción b “las cosas me irritan más que de costumbre”, un 20% optó por la opción c “estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo”; finalmente, ningún sujeto optó por la opción d “ahora me siento irritado todo el tiempo”.

Gráfica 4.3

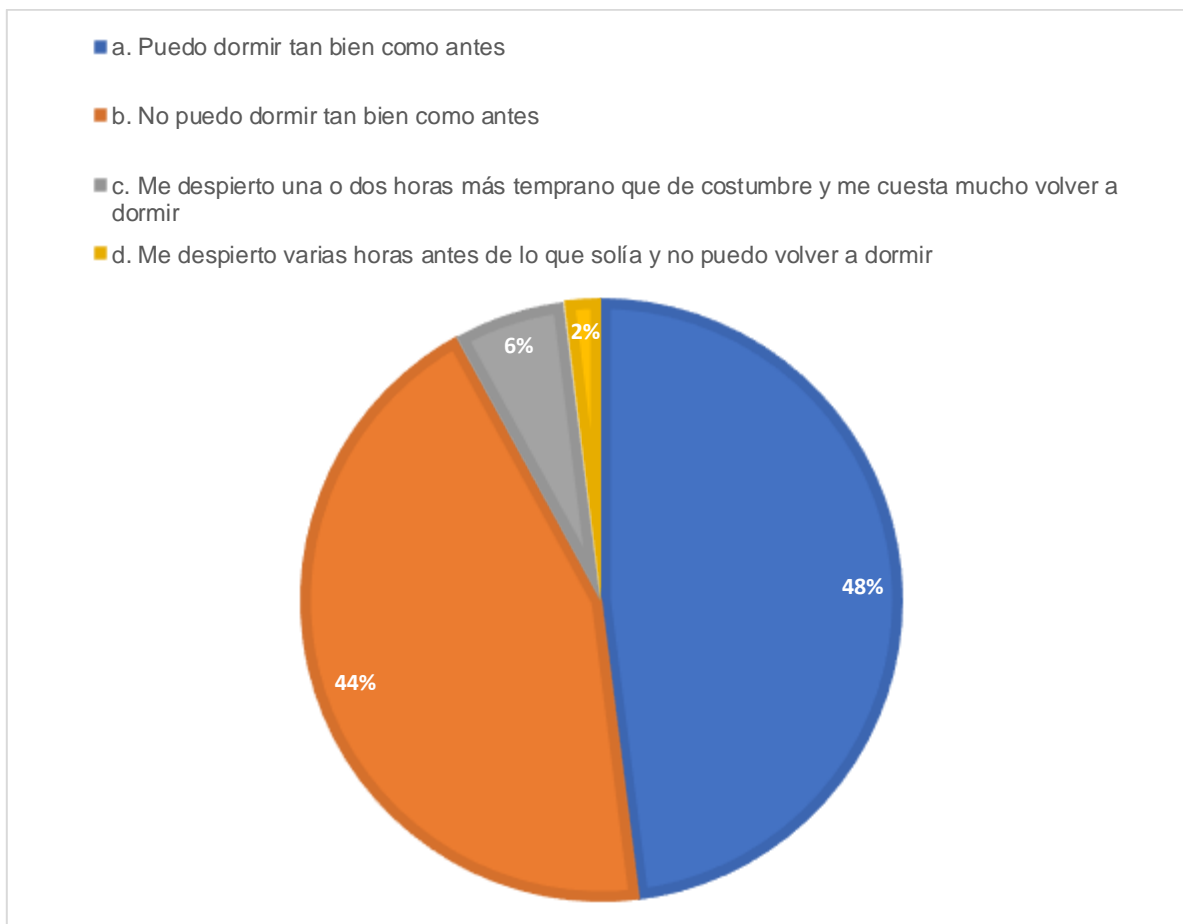
Ítem 5 / indicador “sentimientos de culpa”



Este ítem responde al indicador “sentimientos de culpa” y la gráfica muestra que un 48% de los sujetos optaron por la opción a “no me siento especialmente culpable”, seguido de un 36% que optó por la opción b “no me siento culpable una buena parte del tiempo”, un 16% optó por la opción c “me siento culpable casi siempre”; finalmente, ningún sujeto optó por la opción d “me siento culpable siempre”.

Gráfica 4.4

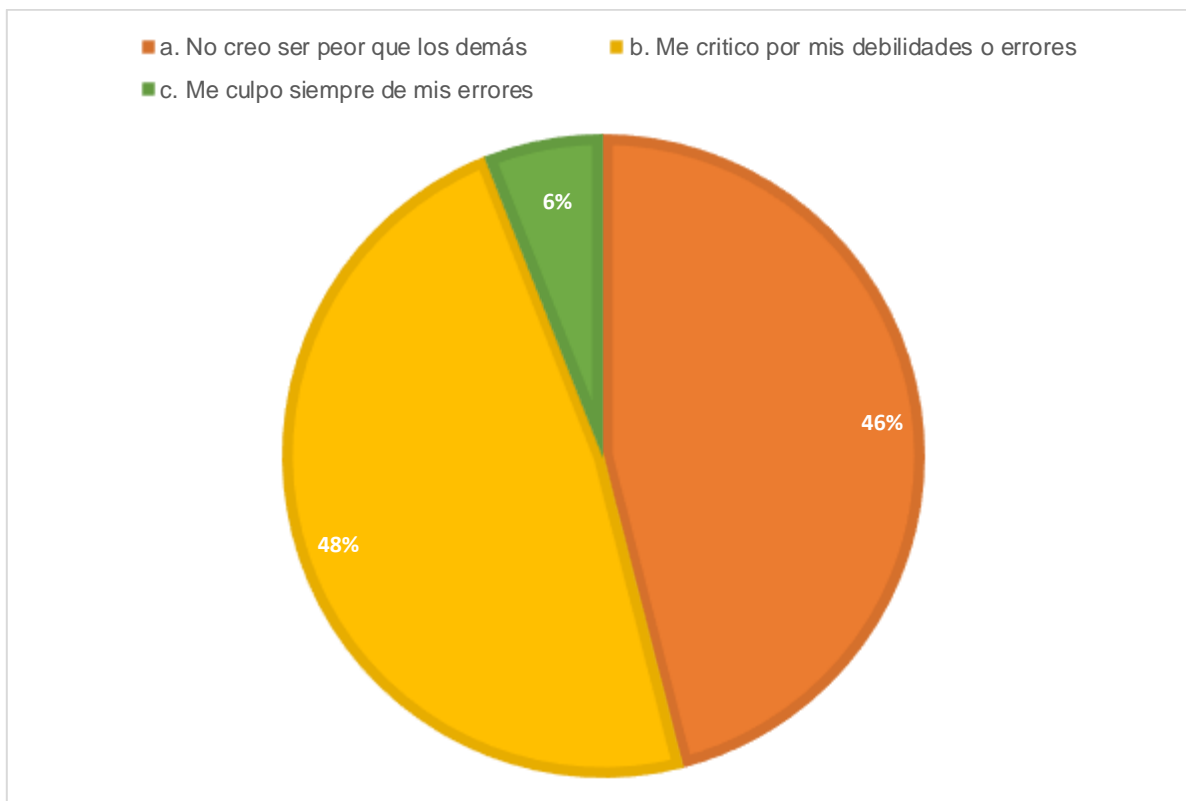
Ítem 16 / indicador “trastornos de sueño”



Este ítem responde al indicador “trastornos de sueño” y la gráfica muestra que el 48% de los sujetos encuestados optaron por la opción a “puedo dormir tan bien como antes”, seguido de un 44% que optó por la opción b “no puedo dormir tan bien como solía”, un 6% optó por la opción c “me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir”; finalmente un 2% optó por la opción d “me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir”.

Gráfica 4.5

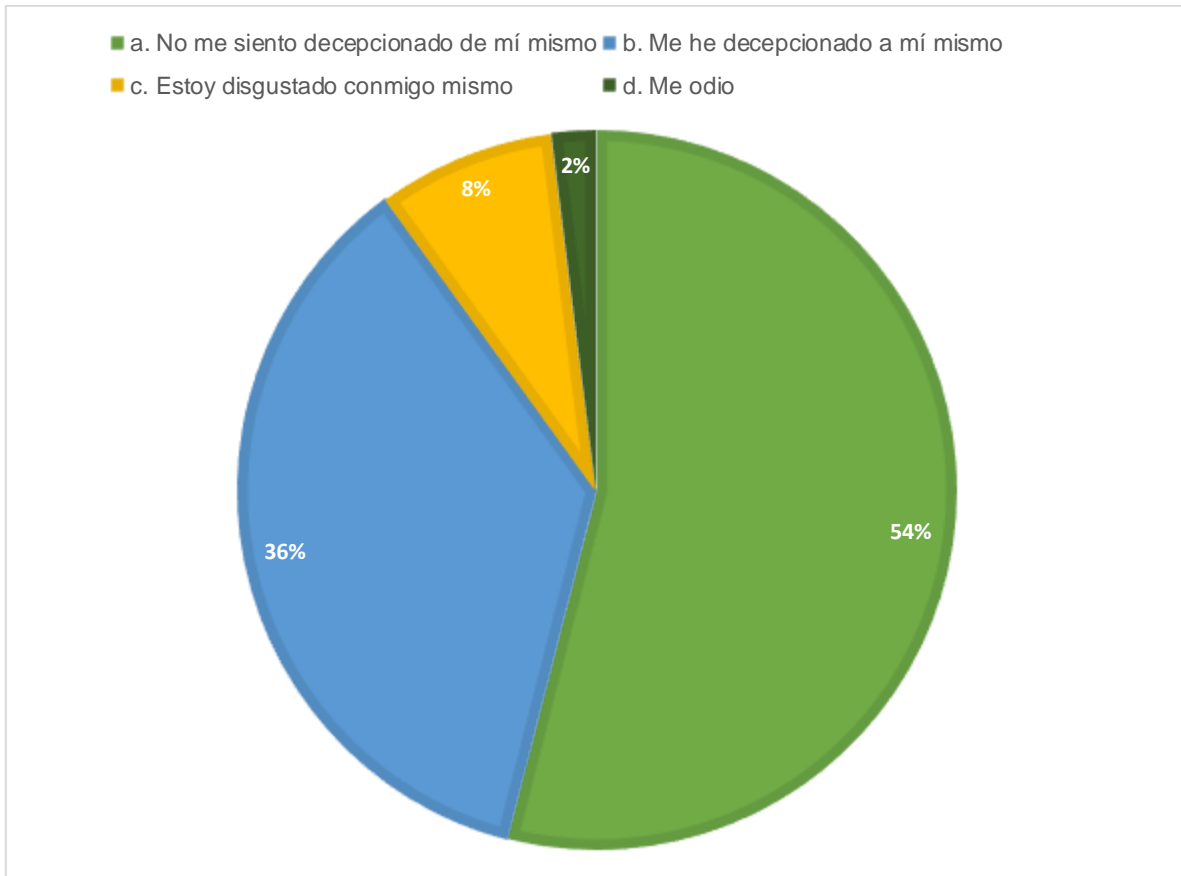
Ítem 8 / indicador “autoacusaciones”



Este ítem responde al indicador “autoacusaciones” y en la gráfica se puede observar que un 48% de los sujetos optaron por la opción b “me critico por mis debilidades o errores”, seguido de un 46% que optó por la opción a “no creo ser pero que los demás”, un 6% optó por la opción c “me culpo siempre de mis errores”; finalmente ningún sujeto optó por la opción d “me culpo de todo lo malo que sucede”.

Gráfica 4.6

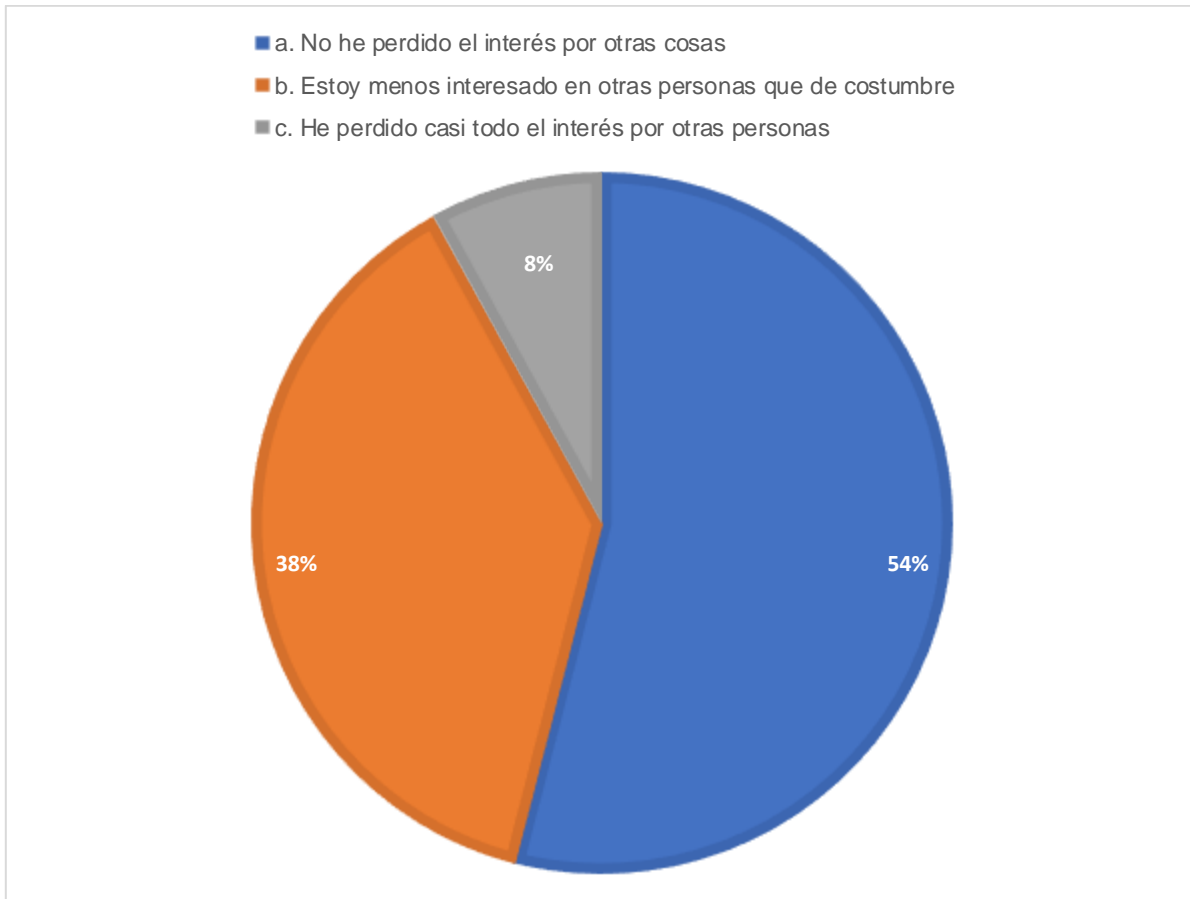
Ítem 7 / indicador “odio a sí mismo”



Este ítem responde al indicador “odio a sí mismo” y en la gráfica se puede observar que un 54% de los sujetos encuestados optó por la opción a “no me siento decepcionado de mí mismo”, seguido de un 36% que optó por la opción b “me he decepcionado a mí mismo”, un 8% optó por la opción c “estoy disgustado conmigo mismo”; finalmente un 2% optó por la opción d “me odio”.

Gráfica 4.7

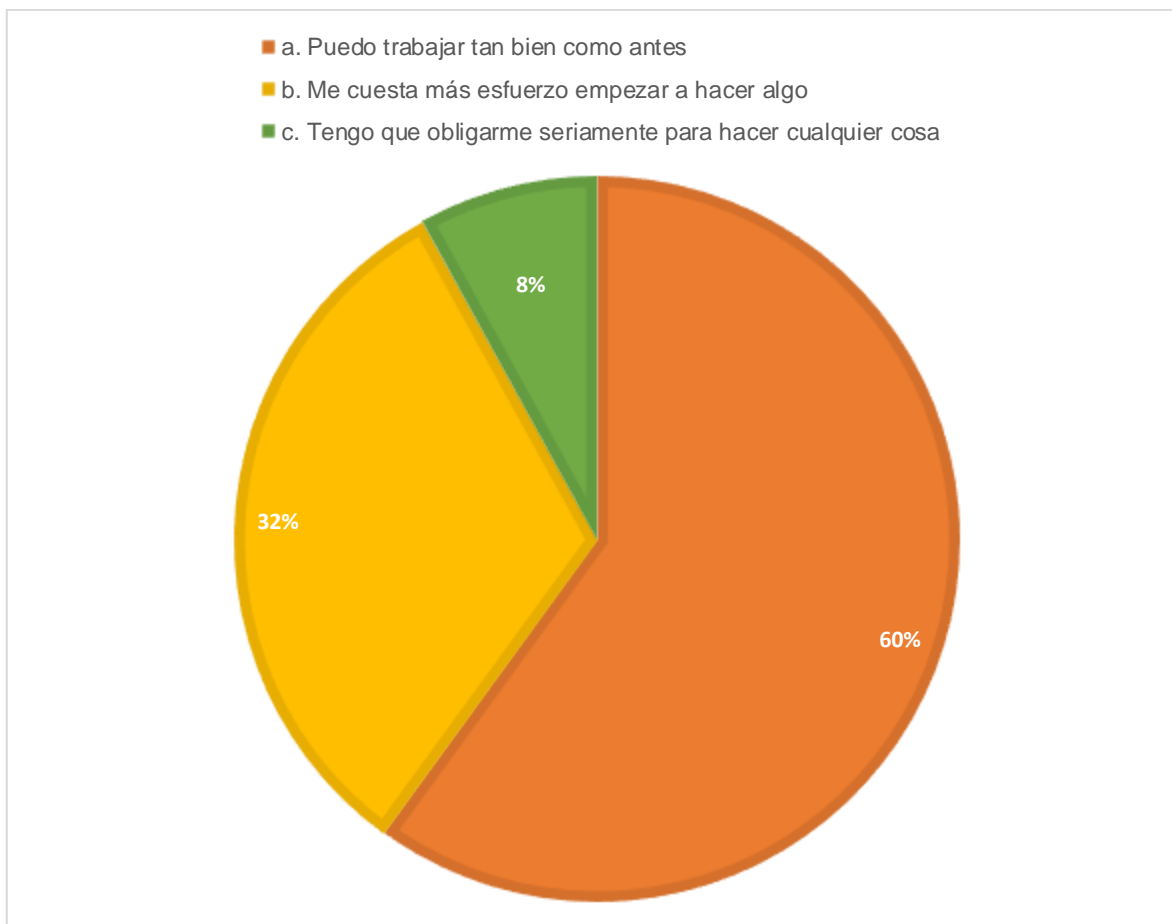
Ítem 12 / indicador “aislamiento social”



Este ítem responde al indicador “aislamiento social” y en la gráfica se puede observar que un 54% de los sujetos optó por la opción a “no he perdido el interés por otras cosas”, seguido de un 38% que optaron por la opción b “estoy menos interesado en otras personas que de costumbre”, un 8% optó por la opción c “he perdido casi todo el interés por otras personas”; finalmente, ningún sujeto optó por la opción d “he perdido todo mi interés por otras personas”.

Gráfica 4.8

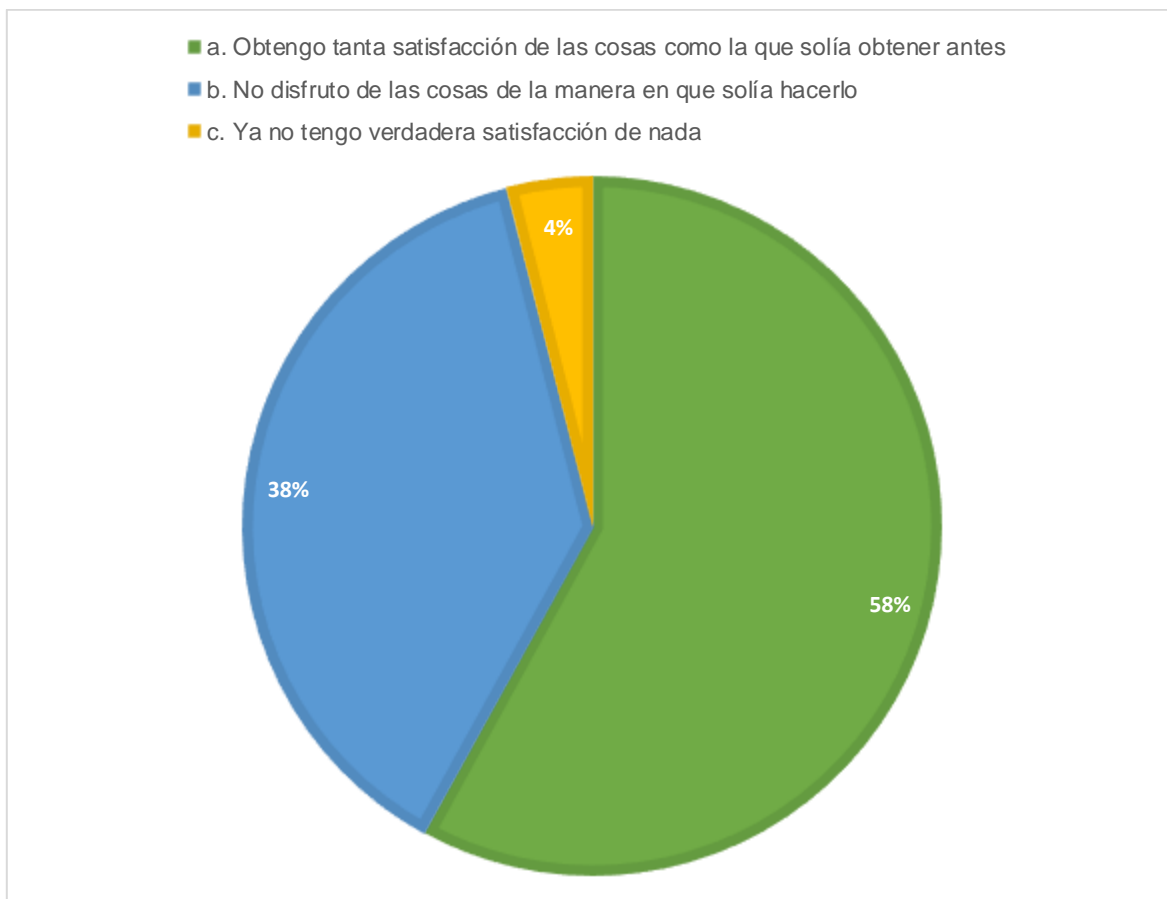
Ítem 15 / indicador “incapacidad para el trabajo”



Este ítem responde al indicador “incapacidad para el trabajo” y la gráfica muestra que un 60% de los sujetos encuestados optó por la opción a “puedo trabajar tan bien como antes”, seguido de un 32% que optó por la opción b “me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo”, un 8% optó por la opción c “tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa”; finalmente ningún sujeto optó por la opción d “no puedo trabajar en absoluto”.

Gráfica 4.9

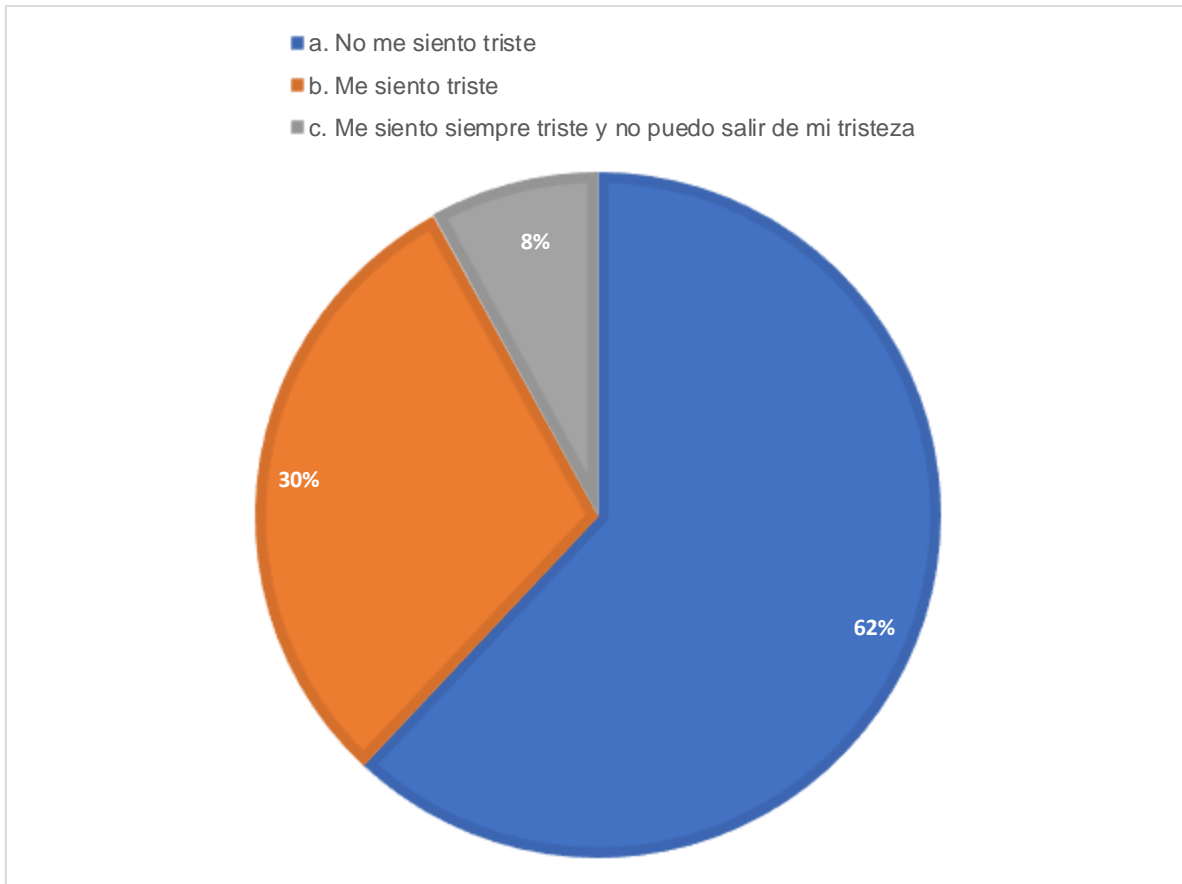
Ítem 4 / indicador “descontento”



Este ítem responde al indicador “descontento” y la gráfica muestra que un 58% de los sujetos optaron por la opción a “obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes”, seguido de un 38% que optó por la opción b “no disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo”, un 4% optó por la opción c “ya no tengo verdadera satisfacción de nada”; finalmente, ningún sujeto optó por la opción d “estoy insatisfecho o aburrido de todo”.

Gráfica 4.10

Ítem 1 / indicador “estado de ánimo”

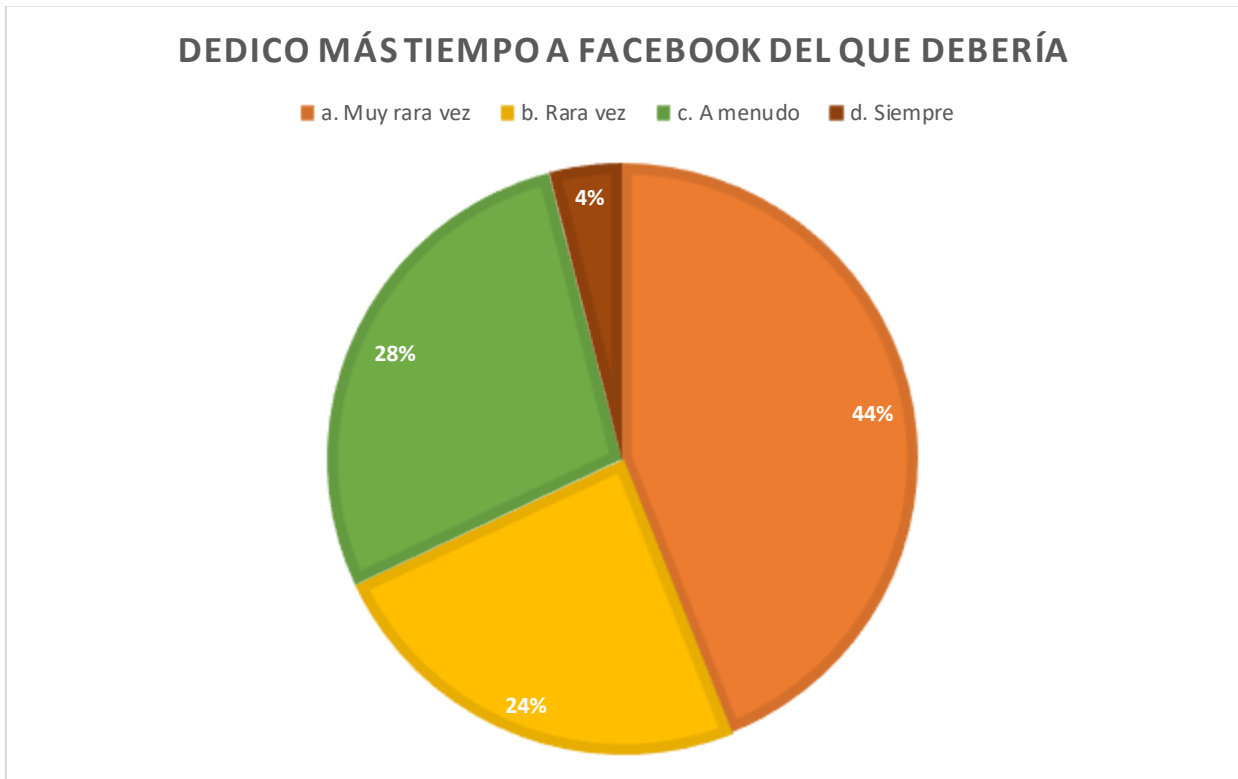


Este ítem responde al indicador “estado de ánimo” y en la gráfica se puede observar que un 62% de los sujetos optaron por la opción a “no me siento triste”, seguido de un 30% que optó por la opción b “me siento triste”, un 8% optó por la opción c “me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza”; finalmente, ningún sujeto optó por la opción d “estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo”.

Escala de Adicción a Internet de Lima (EAIL)

Gráfica 4.11

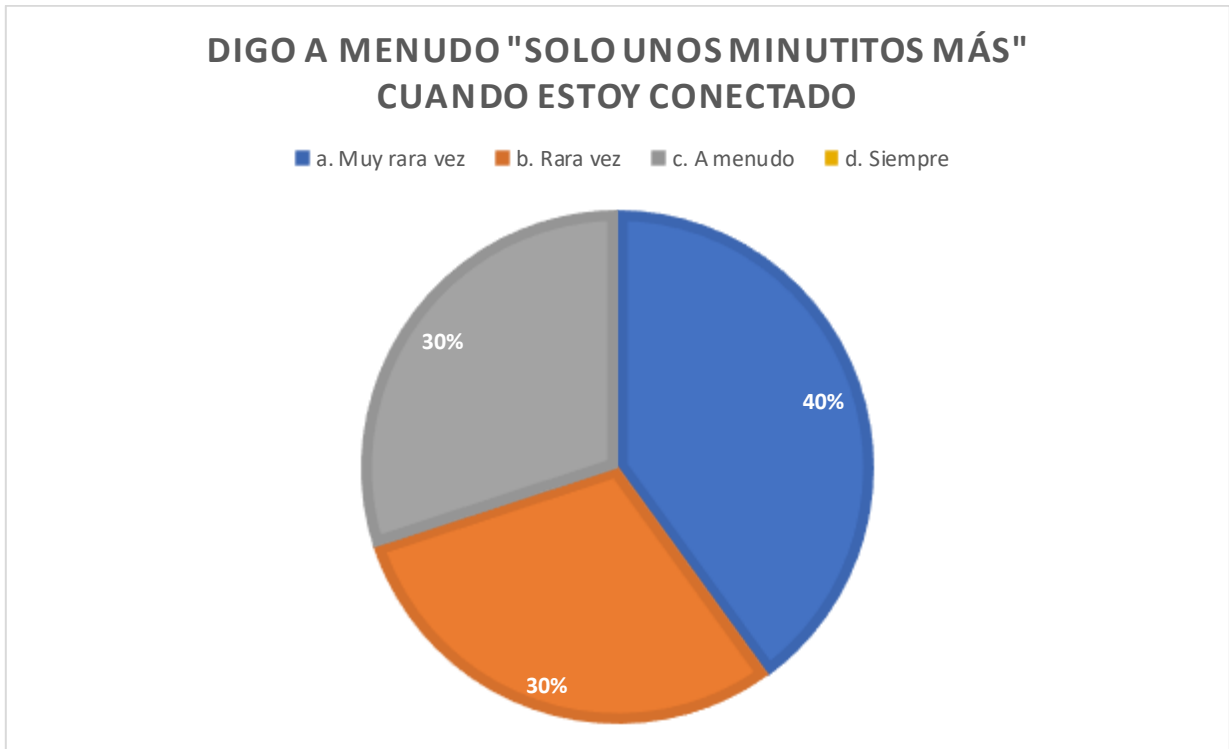
Ítem 5



En la gráfica se puede observar que el 44% de los sujetos muy rara vez dedica más tiempo a Facebook del que debería, seguido de un 28% que a menudo dedica más tiempo a Facebook del que debería, un 24% rara vez dedica más tiempo a Facebook del que debería y un 4% siempre dedica más tiempo a Facebook del que debería.

Gráfica 4.12

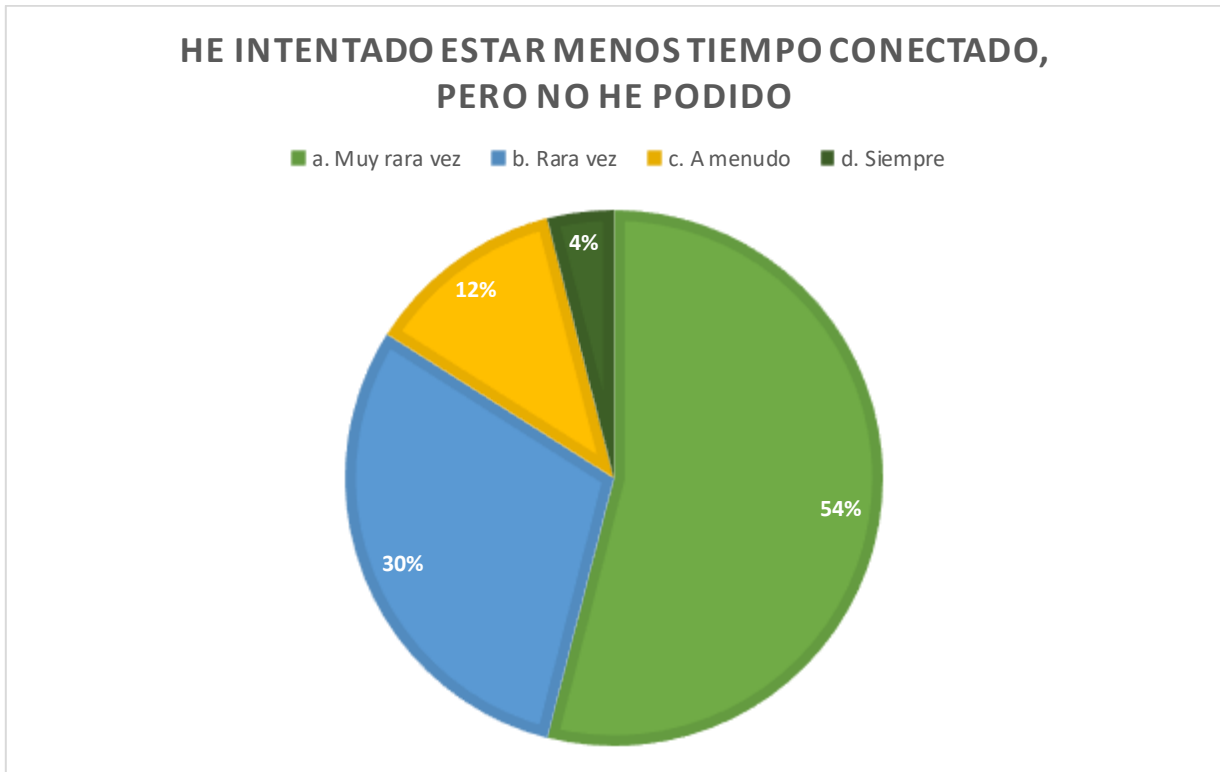
Ítem 6



La gráfica muestra la prevalencia de los sujetos en cuanto a extender su tiempo mientras se está conectado en Facebook, un 40% de los sujetos muy rara vez lo experimenta, seguido de un 30% que rara vez extiende su tiempo, otro 30% a menudo lo experimenta; finalmente, ningún sujeto lo ha llegado a experimentar siempre.

Gráfica 4.13

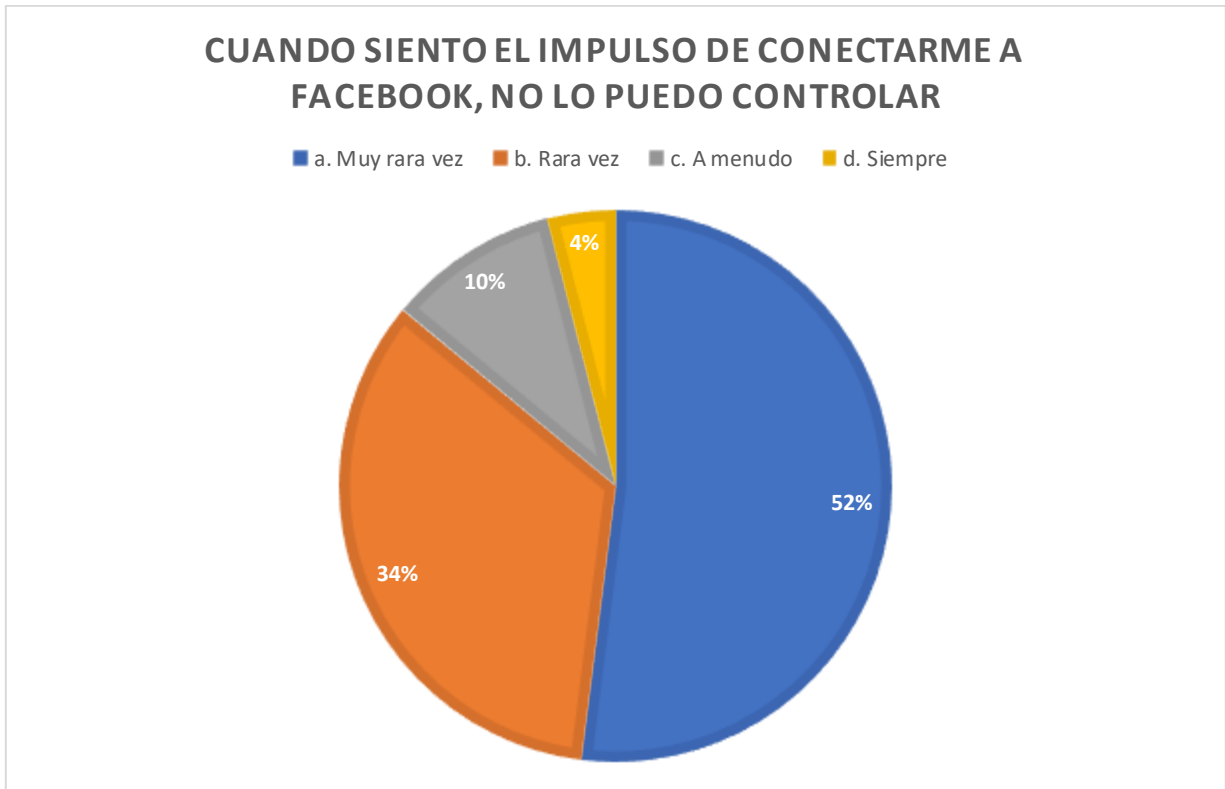
Ítem 7



En la gráfica se puede observar la dificultad que se podría llegar a experimentar a querer estar menos tiempo conectado a Facebook sin conseguirlo. Un 54% de los sujetos muy rara vez han experimentado esa dificultad, seguido de un 30% que rara vez lo ha experimentado, un 12% a menudo ha tenido esta dificultad y finalmente, un 4% siempre ha experimentado esta dificultad.

Gráfica 4.14

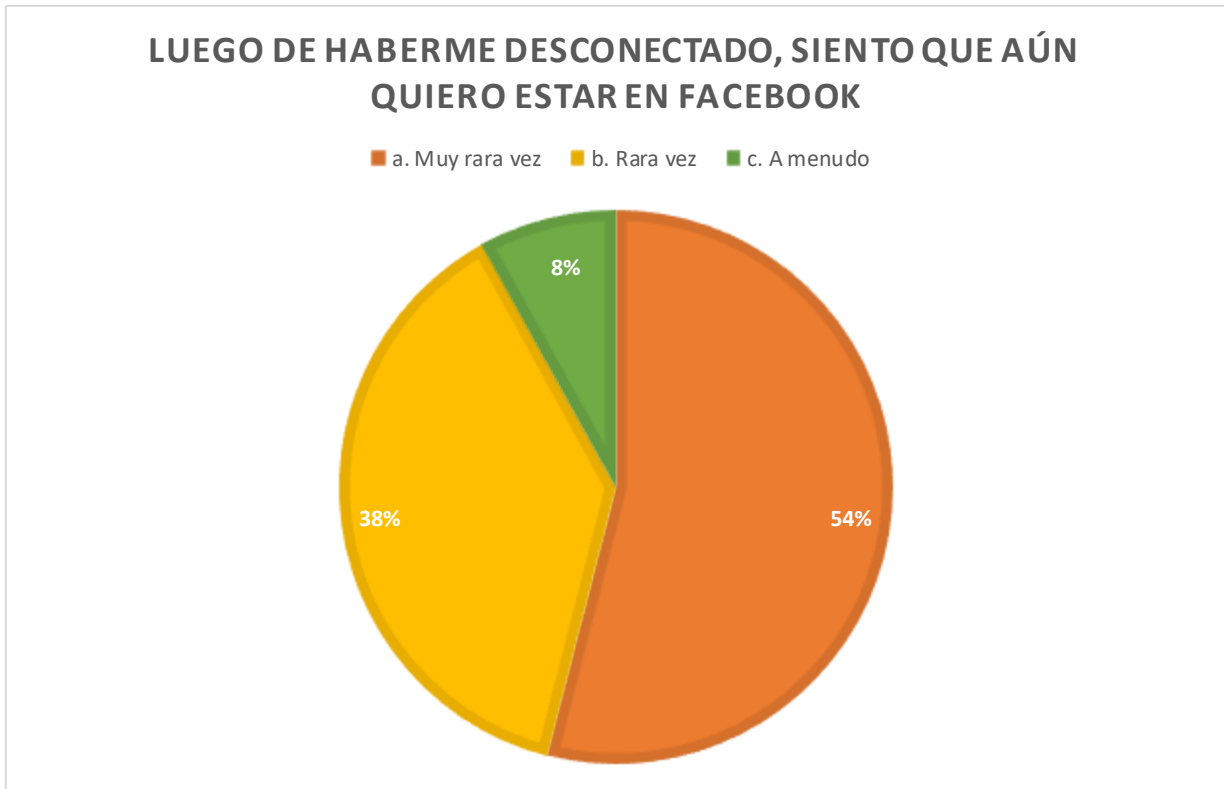
Ítem 8



La gráfica muestra la dificultad que se podría llegar a experimentar al controlar el impulso al querer conectarse a Facebook, un 52% de los sujetos muy rara vez experimenta esta dificultad, seguido de un 34% que rara vez la ha experimentado, un 10% a menudo ha tenido esta dificultad y un 4% siempre ha experimentado dificultades en controlar sus impulsos para conectarse a Facebook.

Gráfica 4.15

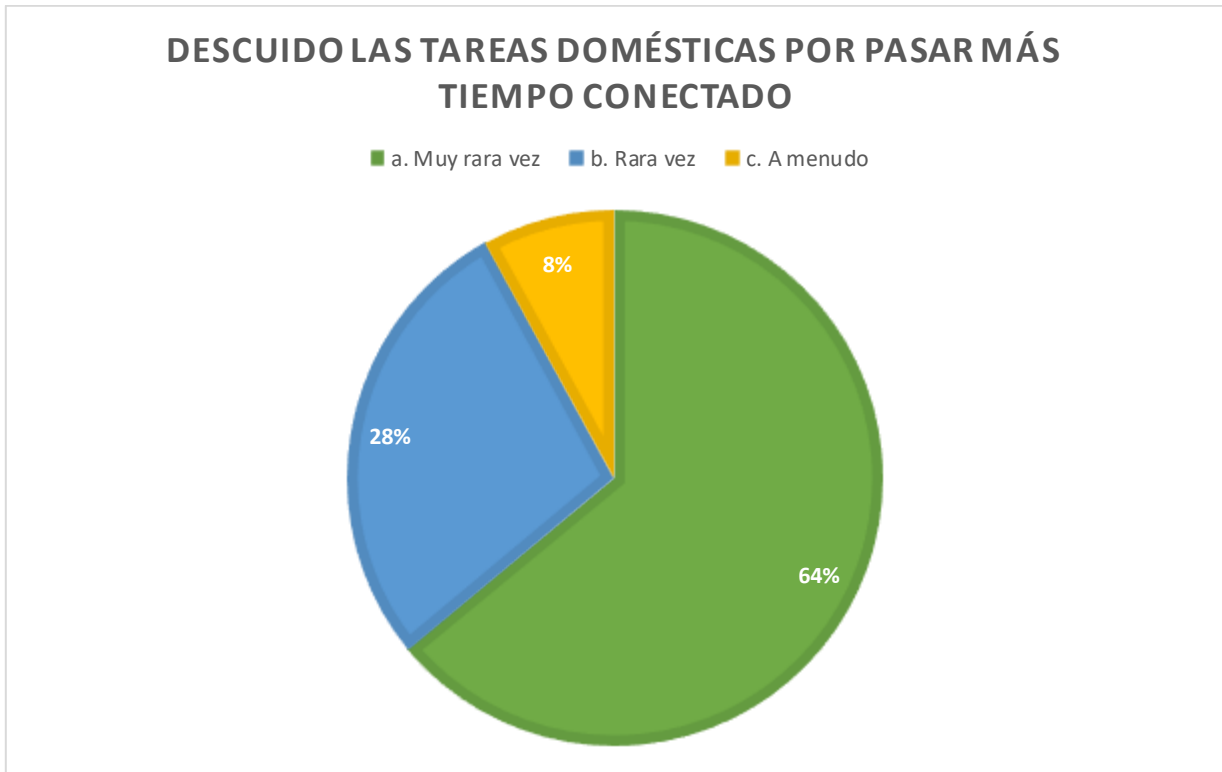
Ítem 3



En la gráfica se puede observar la necesidad que se podría llegar a experimentar por querer estar en Facebook luego de haberse desconectado. Un 54% de los sujetos muy rara vez han experimentado esta necesidad, seguido de un 38% que rara vez lo ha experimentado, un 8% lo experimenta a menudo y ningún sujeto ha tenido esta necesidad siempre.

Gráfica 4.16

Ítem 11



La gráfica muestra la frecuencia con que los sujetos pueden llegar a descuidar las tareas domésticas por pasar más tiempo conectado. Un 64% de los sujetos muy rara vez lo hacen, seguido de un 28% que rara vez lo hace, un 8% a menudo descuida sus tareas domésticas y finalmente, ningún sujeto descuida siempre las tareas domésticas por pasar más tiempo conectado.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En esta investigación se trabajó el tema de uso de la red social Facebook relacionado con presentar posibles síntomas depresivos.

De acuerdo con Monge (2010), se habla de síndrome depresivo cuando se trata de un conjunto de síntomas, caracterizado fundamentalmente por el ánimo bajo, la pérdida de capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas y por una disminución de la vitalidad, que lleva a una reducción de la actividad y un cansancio desproporcionado. Además, se puede presentar también, disminución de la capacidad de atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismos y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de inutilidad, pesimismo ante el futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, y alteraciones de las funciones básicas del sueño y del apetito. Los resultados de la presente investigación muestran que los sujetos sí presentaban síntomas depresivos, siendo estos los más significativos: fatigabilidad en un 66%, irritabilidad en un 50%, sentimientos de culpa en un 52%, trastornos de sueño en un 52%, autoacusaciones en un 54%, odio a sí mismo en un 46%, aislamiento social también en un 46%, incapacidad para el trabajo en un 40%, descontento en un 42% y estado de ánimo en un 38%. Estos indicadores en particular posiblemente pueden deberse a los sujetos de esta investigación son estudiantes y podrían influir también aspectos como trabajo, familia, etapa y estilo de vida.

Existen numerosos estudios dedicados a determinar, en primer lugar, el uso y posible abuso que tiene el internet o las redes sociales, y posteriormente a identificar la posible relación con presentar sintomatología depresiva o ansiosa.

Haeussler (2014), realizó una investigación con el objetivo de establecer el nivel de adicción a las redes sociales que presentaron 50 adolescentes que formaban parte del Movimiento Juvenil Pandillas de la Amistad, así como determinar los niveles de ansiedad y sus manifestaciones. Los resultados obtenidos demostraron niveles de adicción moderada en cuanto al uso de internet, tecnologías y redes sociales, siendo un 52% de la población quien presentó este nivel de adicción, el restante 48% de la población no presentó adicción. Adicionalmente, la población en un 72% no presentó niveles graves de ansiedad, seguido de un 22% que presentó índices de ansiedad media y un 6% presentó niveles de ansiedad severa. Por tanto, con los datos obtenidos, se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de adicción y ansiedad. Los resultados de la presente investigación evidenciaron que la población no muestra indicadores de abuso de la red social Facebook. El 60% de la población presentó un uso bajo de Facebook, seguido de un 38% de la población con indicadores de usar Facebook en un rango medio bajo, finalmente solo 2% de la población manifestó un uso de Facebook medio alto. Adicionalmente, el 82% de la población presentó índices de depresión baja, seguida de un 16% de la población con índices de depresión medio baja, y 2% de la población presentó índices de depresión medio alta. Asimismo, se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de uso y/o abuso de Facebook y depresión. Similar al estudio realizado por Haeussler (2014), se pudo observar que, si bien la población de la presente investigación no presentaba niveles altos de depresión o de abuso de Facebook, si presentaban dificultades en cuanto al tiempo que le dedicaban a la misma red social, sin interferir significativamente en sus estudios o responsabilidades en casa. De igual forma,

presentaban sintomatología depresiva, pero no la suficiente para relacionarla directamente con el uso de Facebook. Esto puede deberse a la condición de estudiantes como tal que la población esté afrontando, esto relacionado a los indicadores de fatigabilidad (66%), autoacusaciones (54%) y trastornos de sueño (52%).

Poitevin (2015), realizó una investigación con el objetivo de establecer el nivel de adicción a internet, las preferencias y el tiempo promedio de uso de esta herramienta, por parte de 96 estudiantes de las carreras de la licenciatura en Informática y Sistemas, licenciatura en Ingeniería Mecánica Industrial y de licenciatura en Ingeniería Mecánica de la Universidad Rafael Landívar. A través de la investigación, se concluyó que la prevalencia de la adicción a internet entre los estudiantes era baja, con tal solo 23% probable de adicción y un 2% de alta adicción, sin embargo, se detectaron muchos indicadores de riesgo que apuntan a un posible desarrollo del trastorno. Similar a este estudio, los resultados de la presente investigación muestran que los sujetos presentaban, en su mayoría, un uso bajo de la red social Facebook, y tan solo el 2% evidenció un uso medio alto. Esto posiblemente a que los sujetos de esta investigación no dedican el tiempo suficiente a las redes sociales, o bien opten por usar otras como Twitter, Instagram, Snapchat, etc. Y similar al estudio de Poitevin (2015), los sujetos de esta investigación muestran indicadores que indican que podrían generar abuso a las redes sociales, tales como el tiempo dedicado a Facebook, ya que un 56% de los sujetos dedica más tiempo del que debería a esta red social y un 48% indica dificultad para controlar impulsos al momento de conectarse.

Además, Morales (2014), realizó estudio con la finalidad de caracterizar el uso de las redes sociales que utilizaban 49 alumnos del Programa de Bachillerato Avanzado del Colegio Americano de Guatemala. Como resultado de dicha investigación, se concluyó que el 100% de la población aseguró que el medio de comunicación que más utiliza en línea son las redes sociales; del total de estudiantes que realizaron el cuestionario el 69.39% respondieron ingresar a sus cuentas en redes sociales varias veces al día. Así mismo, se encontró que la red social a la que todos los alumnos pertenecen es Facebook 100% y más de la mitad a Twitter 67.35%, Google+ 65.31% y Youtube 65.31%. Los resultados de la presente investigación, si bien estaba centralizada en Facebook, muestra también que los sujetos acceden a ella con bastante frecuencia. Asimismo, pone en evidencia el impacto que las redes sociales están teniendo en la población joven, ya que todos tienen acceso a las mismas y al ingresar a las mismas varias veces al día, podrían estar generando un posible abuso a las mismas.

Asimismo, Cuyún (2013), realizó una investigación, con el propósito de determinar si 88 adolescentes manifiestan criterios suficientes para considerar que presentan adicción al uso de redes sociales. El trabajo de investigación concluye que la población no presentaba criterios completos para considerar la adicción a redes sociales, sin embargo, si manifestaban ciertos criterios de dicha patología. Los resultados de la presente investigación muestran también que los sujetos no presentaban indicadores de abusar de Facebook, pero si muestran indicadores que podrían generar abuso a la misma: un 48% de la población experimenta dificultad en cuanto a controlar el impulso de conectarse a Facebook, un 56% dedica más

tiempo a Facebook del que debería y un 46% experimenta necesidad de seguir conectado a Facebook luego de haberse desconectado. De manera complementaria, esto podría influir en los síntomas depresivos que presentan los sujetos, tal como en los indicadores de “incapacidad para el trabajo” en donde un 40% muestra dificultades para empezar a trabajar, el “aislamiento social” referido por el 46% de los sujetos, así como en “trastornos de sueño” referido por el 52% y “sentimientos de culpa” en donde también un 52% refiere sentirse culpable.

A nivel internacional, este tema también ha sido abordado por diferentes investigadores.

Tamayo, García, Quijano, Corrales y Moo (2012), realizaron un estudio con 120 adolescentes, con el objetivo de conocer la relación entre el tiempo dedicado a las redes sociales en Internet con los hábitos de sueño y los síntomas de depresión. Los resultados obtenidos indican que el tiempo dedicado a las redes sociales por Internet se correlaciona con el horario de acostarse, pero no con los síntomas de depresión. Los resultados de la presente investigación muestran que no existe relación entre el uso de Facebook y síntomas depresivos. Ahora bien, en cuanto a hábitos de sueño, vale la pena mencionar que se obtuvo que un 52% de los sujetos refiere dificultades para dormir, acompañado de un 66% que refiere sentirse más cansado que de costumbre. Finalmente, estos resultados posiblemente puedan deberse a que, si bien la población muestra síntomas depresivos, estos se deban a distintas circunstancias en la vida de los sujetos, como estudios, familia, trabajo y no ser un factor directo del uso de Facebook, tomando en cuenta también características de la población, tal como la edad.

Herrera, et al. (2010), realizaron una investigación con la finalidad de encontrar si existía relación alguna entre la adicción a Facebook, la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales en 63 alumnos universitarios. En los resultados obtenidos exponen que existe una relación estadísticamente significativa entre la adicción a Facebook y la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. A partir de esto, se dedujo que los adictos a Facebook son más propensos a la depresión, a tener menos habilidades sociales y a mostrar una autoestima más baja. Los resultados de la presente investigación son opuestos, ya que no hubo relación estadísticamente significativa entre el uso de Facebook y los síntomas depresivos. Esto podría estar relacionado a las características de la población e instrumentos utilizados en los estudios para medir el nivel de adicción a Facebook.

Como se puede observar, algunos autores han obtenido resultados que se asemejan a los de la presente investigación mientras que otros difieren. Sin embargo, es evidente que el Internet, específicamente, las redes sociales, están teniendo un impacto en la vida de las personas, especialmente la de los jóvenes, por lo que es importante empezar a generar conciencia sobre un uso adecuado de las redes sociales para prevenir dificultades en la vida cotidiana o generar adicciones a las mismas en un futuro.

VI. CONCLUSIONES

- En esta ocasión, se trabajó el tema de determinar si el uso de Facebook está relacionado con presentar síntomas depresivos. Para efectos de este estudio, se determinó, en primer lugar, si existían síntomas depresivos en la población. Posterior a ello, se determinó el nivel de uso y abuso de Facebook. Finalmente, se identificó si existía relación entre los síntomas depresivos y el uso de Facebook.
- En relación con determinar si existen síntomas depresivos en la población, dentro de los sujetos que participaron en el estudio, se pudo detectar que sí presentaban síntomas depresivos, siendo estos los más significativos: fatigabilidad, irritabilidad, sentimientos de culpa, trastornos de sueño, autoacusaciones, odio a sí mismo, aislamiento social, incapacidad para el trabajo, descontento y estado de ánimo.
- En cuanto a los niveles de depresión en general, el 82% de la población presentó índices de depresión baja, seguida de un 16% de la población con índices de depresión medio baja, y 2% de la población presentó índices de depresión medio alta.
- En cuanto a determinar el nivel de uso y/o abuso de la red social Facebook en la población, se determinó que no los sujetos no muestran abuso de la red social Facebook, de acuerdo con los resultados obtenidos. El 60% de la población presentó un uso bajo de Facebook, seguido de un 38% de la población con indicadores de usar Facebook en un rango medio bajo, finalmente solo 2% de la población manifestó un uso de Facebook medio alto.

- Asimismo, en cuanto a identificar si existía correlación entre los síntomas depresivos y el uso de Facebook, se determinó que no existe correlación entre los síntomas depresivos y el uso de Facebook. Los datos mostraron una correlación muy baja y no cuenta con el nivel de significancia requerido.

VII. RECOMENDACIONES

A los sujetos de esta investigación

- Establecer un horario fijo para dedicar a las redes sociales con la finalidad de tener un mayor control sobre su uso.
- Implementar técnicas efectivas que prevengan estar consultando las redes sociales constantemente, como omitir o desactivar las notificaciones de las redes sociales en el celular.

A la Universidad Rafael Landívar

- Implementar un programa para concientizar y/o prevenir acerca de la adicción a redes sociales entre los estudiantes.
- Informar a los estudiantes sobre el riesgo que representa un uso descontrolado de las redes sociales por medio de afiches y otro tipo de material de lectura.

A otros investigadores

- Realizar estudios similares con sujetos que posean las mismas características, para contrastar los resultados obtenidos y enriquecer la información.
- Enriquecer la investigación realizada, con los mismos sujetos, contemplando aspectos como otras variables para encontrar posibles correlaciones entre el uso y/o abuso de una red social y otras patologías.

- Realizar un estudio similar, con sujetos con características diferentes a la de esta investigación, para establecer las diferencias y poder conocer a mayor profundidad el impacto de las redes sociales en la vida de las personas.

VIII. REFERENCIAS

- Cobo, J. (2005). *El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación.* Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/283/268/>
- Cuyún, M. (2013). *Adicción a redes sociales en jóvenes. Estudio realizado con jóvenes de 14-16 años del Colegio Liceo San Luis de Quetzaltenango.* (Tesis de grado). Recuperada de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Cuyun-Maria.pdf>
- DSM-5 (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* 5ª edición. México: Medica Panamericana.
- García del Castillo, J., Terol, M., Nieto, M., Lledó, A., Sánchez, S., Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2007). *Uso y abuso de internet en jóvenes universitarios.* Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122057005.pdf>
- Haeussler, M. (2014). *Nivel de adicción a las redes sociales que presentan los adolescentes miembros del movimiento juvenil pandillas de la amistad y su relación con las manifestaciones de ansiedad.* (Tesis de grado). Recuperada de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/05/42/Haussler-Maria.pdf>
- Hernández, Fernández y Baptista. (2010). *Metodología de la investigación.* 5ª edición. México: McGraw-Hill.

Herrera, M., Pacheco, M., Palomar, J. y Zavala, D. (2010). *La adicción a Facebook relacionada con la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915936002.pdf>

Jiménez, A. y Pantoja, V. (2007). *Autoestima y relaciones interpersonales en sujetos adictos a internet*. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/repsi/v26n1/v26n1a06.pdf>

Lam, N., Contreras, H., Mori, E., Nizama, M., Gutiérrez, C., Hinostroza, W., Torrejón, E., Hinostroza, R., Coaquira, E. e Hinostroza, W. (2011). *Adicción a internet: desarrollo y validación de un instrumento en escolares adolescentes de Lima, Perú*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n3/a09v28n3.pdf>

Martínez, G., García, E. y García, J. (2015). *Uso y abuso de internet en población infantil escolarizada*. Recuperado de <http://www.investigacionucem.com/resources/ENT19-12.pdf>

Monge, M. (2010). *Medicina pastoral. Cuestiones de biología, antropología, medicina, sexología, psicología y psiquiatría*. 5ª edición. España: Editorial Eunsa.

Morales, T. (2014). *Caracterización del uso de las redes sociales que utilizan los alumnos del programa de bachillerato avanzado del Colegio Americano de Guatemala*. (Tesis de licenciatura inédita). Recuperada de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/09/Morales-Telma.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

- Poitevin, E. (2015). *Exploración de los niveles de adicción al internet entre estudiantes de tres carreras de licenciatura en Ingeniería, en una universidad privada ubicada en la Ciudad de Guatemala*. (Tesis de grado). Recuperada de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/42/Poitevin-Emilio.pdf>
- Puerta-Cortés, D. y Carbonell, X. (2013). *Uso problemático de Internet en una muestra de estudiantes universitarios colombianos*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242013000300012&lang=pt
- Rayo, A. (2014). *Influencia del uso de las redes sociales en las relaciones familiares de jóvenes de 18 y 24 años que presentan adicción a las mismas*. (Tesis de grado). Recuperada de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Rayo-Alejandra.pdf>
- Ross, P. y Singüenza, S. (2010). *Las redes sociales: La problemática familiar*. Recuperado de http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Redes%20sociales%20la%20problem%C3%A1tica%20familiar_04_LX_COM_PIC_E.pdf.
- Tamayo, W., García, F., Quijano, N., Corrales, A. y Moo, J. (2012). *Redes sociales en internet, patrones de sueño y depresión*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/292/29224159005/>
- Wackerly, D., Mendenhall III, W. y Scheaffer, R. (2002). *Estadística matemática con aplicaciones*. México: Editorial Thomson.

ANEXOS

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

Mi nombre es Lourdes Muñoz. Estoy realizando mi trabajo de tesis sobre la relación entre el uso de Facebook con síntomas depresivos, por lo que agradezco tu colaboración respondiendo el siguiente cuestionario, te garantizo que se respetará el anonimato de la misma.

Edad..... Año que cursa actualmente.....

Subraya, de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje tu opinión.

- 1.**
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
- 2.**
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
- 3.**
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
- 4.**
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5.**
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.
- 6.**
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.
- 7.**
 - a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b. Me he decepcionado a mí mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
- 8.**
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9.**
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.**
 - a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.
- 11.**
 - a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.**
 - a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.**
 - a. Tomo decisiones casi siempre.
 - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.**

- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
- c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
- d. Creo que me veo feo.

15.

- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
- c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
- d. No puedo trabajar en absoluto.

16.

- a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
- c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
- d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17.

- a. No me canso más que de costumbre.
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
- c. Me canso sin hacer nada.
- d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18.

- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
- c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
- d. Ya no tengo apetito.

19.

- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- b. He rebajado más de dos kilos y medio.
- c. He rebajado más de cinco kilos.
- d. He rebajado más de siete kilos y medio.

20.

- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
- c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.

ESCALA DE ADICCIÓN A INTERNET DE LIMA (EAIL)
(Para fines de este estudio, se sustituyó la palabra “Internet” por “Facebook”.)

Mi nombre es Lourdes Muñoz. Estoy realizando mi trabajo de tesis sobre la relación entre el uso de Facebook con síntomas depresivos, por lo que agradezco tu colaboración respondiendo el siguiente cuestionario, te garantizo que se respetará el anonimato de la misma.

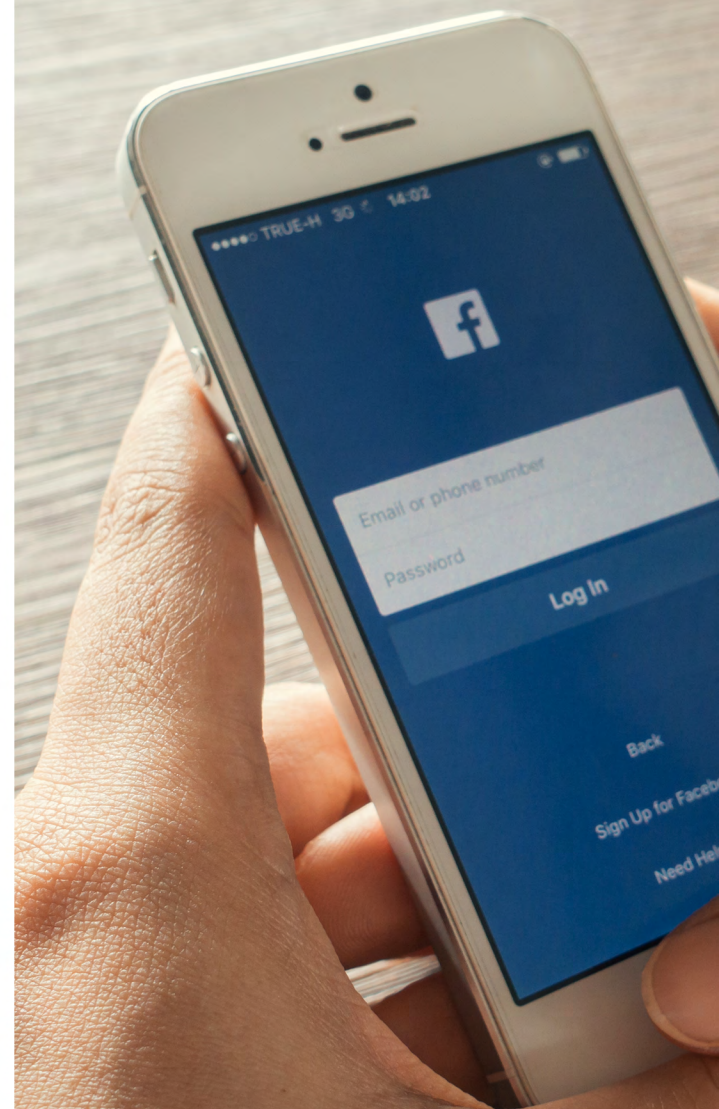
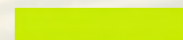
Edad..... Año que cursa actualmente.....

Subraya, de cada uno de estos 11 planteamientos, el que mejor refleje tu opinión.

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



¿ERES ADICTO A LAS **REDES SOCIALES?**



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala



Investigadores noruegos de la Universidad de Bergen crearon una escala basada en seis criterios para calcular el nivel de dependencia a Facebook, como una subdivisión de la adicción a internet centrada solamente en redes sociales.



La Bergen Facebook Adicción Scale se basa en los siguientes criterios:

1. Pasar mucho tiempo pensando en las redes sociales como Facebook.
2. Sentir necesidad de utilizar la red en todo momento.
3. Utilizar la red social para olvidarse de problemas personales o laborales.
4. Fracaso en el intento de reducir el uso de la red social.
5. Sentir inquietud y ansiedad cuando no puede usar la red social, sobre todo cuando está prohibido.
6. Impactos negativos en la vida laboral, estudiantil o personal por utilizar las redes sociales.

Otros síntomas que puede indicarnos adicción a las redes sociales:

1. Nerviosismo e inquietud cuando no se tiene acceso a Internet, la plataforma de la red social no funciona o es más lenta de lo habitual.
2. Lo primero y lo último que se hace en el día es consultar las redes sociales.
3. Sentirse desnudo, desprotegido o frustrado si no se dispone de smartphone.
4. Caminar mientras se utilizan las redes sociales.
5. Sentirse "deprimido" si los demás no interactúan con uno en la red con comentarios, 'me gustas', retuits o de algún otro modo.
6. Usar las redes sociales mientras se conduce.
7. Preferir comunicarse con otros a través de redes sociales, aunque estén en el mismo lugar.
8. Sentir ansiedad por compartir cualquier cosa del día a día mediante fotografías o textos.
9. Creer que la vida de los demás es mejor según lo que se haya podido observar en las redes sociales.
10. Hacer Check-in prácticamente en todos los lugares que se visitan.

Lo que se puede hacer para combatir la adicción a las redes sociales:

1. Establecer un horario fijo para dedicar a las redes sociales.
2. Intentar organizar el tiempo de ocio al margen de ellas.
3. Ser capaz de olvidarse, un rato cada día, del celular y no estar consultándolo continuamente.
4. Omitir las notificaciones de las redes sociales en el celular.
5. Reducir los 'amigos' o personas a las que se sigue en las redes para centrarse sólo en aquellos que realmente interesen.
6. Restringir el uso de juegos y aplicaciones de las redes sociales, ya que estas también pueden ser fuente de la adicción.

