



TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Riesgo suicida y adicción a las redes sociales en el trastorno mental.

Alumno: Fernando Vela Romero

Tutora: Nuria Padrós Flores

**Máster universitario de investigación en Medicina
Clínica**

Universidad Miguel Hernández



RESUMEN (Objetivos y metodología del proyecto):

Introducción: El comportamiento suicida engloba una serie de acciones humanas que afecta cada vez a mayor número de personas en el mundo. Éste se ve asociado a una serie de factores de riesgo, entre los que se describe el uso inadecuado de las redes sociales, las cuales son progresivamente más utilizadas por la población general y grupos de riesgo como la población con trastorno mental.

Objetivo: determinar si existe asociación entre la adicción a las redes sociales y el riesgo suicida en pacientes con trastorno mental del centro de salud mental (CSM) de Cartagena (Murcia).

Metodología: se llevará a cabo un estudio analítico, observacional, retrospectivo de tipo casos y controles para el que se prevé un tamaño muestral de 372 participantes: 124 casos y 248 controles en una relación 1:2 respectivamente. Se utilizará un instrumento autoadministrado codificado compuesto de cuestionario ad hoc, y las escalas de SNAddS-6S, Plutchik y Goldberg. Es estudio tendrá una duración de 18 meses.

Para el análisis estadístico se utilizará el programa SPSS versión 21.0 y se realizarán análisis descriptivos e inferenciales según corresponda.

Palabras clave: suicidio, redes sociales, trastorno mental



SUMMARY (Objectives and methodology):

Introduction: Suicidal behavior encompasses a series of human actions that affects an increasing number of people in the world. This is associated with a series of risk factors, among which the inappropriate use of social networks is described, which are increasingly used by the general population and risk groups such as the population with mental disorders.

Objective: to determine if there is an association between addiction to social networks and suicide risk in patients with mental disorder at the mental health center (CSM) of Cartagena (Murcia).

Methodology: an analytical, observational, retrospective case-control study will be carried out so that a sample size of 372 participants is expected: 124 cases and 248 controls in a 1:2 ratio respectively. A coded self-administered instrument composed of an ad hoc questionnaire and the SNAddS-6S, Plutchik and Goldberg scales will be used. This study will last 18 months.

For the statistical analysis, the SPSS version 21.0 program will be used and descriptive and inferential analyzes will be carried out as appropriate.

Keywords: suicide, social network, mental illness



ÍNDICE

<u>1. Resumen y Abstract</u>	1
<u>2. Introducción</u>	5
<u>2.1 Conceptos básicos</u>	5
<u>2.2 Datos epidemiológicos</u>	6
<u>2.3 Etiología Conducta suicida</u>	6
<u>2.4 Factores de riesgo y factores protectores</u>	6
<u>2.5 Redes sociales</u>	6
<u>2.6 Redes sociales en relación con la conducta suicida</u>	7
<u>2.7 Papel de enfermería de Salud mental</u>	7
<u>2.8 Justificación</u>	8
<u>3. Hipótesis</u>	9
<u>4. Objetivos</u>	9
<u>4.1 Objetivo Principal</u>	9
<u>4.2 Objetivos específicos</u>	9
<u>5. Métodos</u>	10
<u>5.1 Diseño del estudio</u>	10
<u>5.2 Participantes</u>	10
<u>5.3 Variables</u>	11
<u>5.4 Recogida de datos</u>	12
<u>5.5 Fuentes de datos/Medición</u>	12
<u>5.6 Análisis de los datos</u>	13
<u>5.7 Consideraciones éticas</u>	14
<u>5.8 Sesgo</u>	14
<u>5.9 Tamaño de muestra</u>	14
<u>5.8 Limitaciones</u>	15
<u>5.10 Fortalezas</u>	15
<u>5.11 Futuros estudios</u>	15



<u>5.12 Conflicto de interés</u>	16
<u>6. Plan de trabajo</u>	16
<u>6.1 Etapas de desarrollo</u>	16
<u>6.2 Distribución de tareas</u>	16
<u>6.3 Lugar de realización del proyecto</u>	16
<u>6.4 Medios disponibles para la realización del proyecto</u>	17
<u>6.5 Presupuesto</u>	17
<u>7. Bibliografía</u>	18
<u>8. Anexos</u>	20



2. INTRODUCCIÓN

2.1 Conceptos básicos

Etimológicamente la palabra suicidio (en latín “caedes” sacrificio y “sui” de uno mismo) fue creada por el filósofo y médico Sir Thomas Browne (1). Si nos centramos en la definición del suicidio como tal, según los Centros para el control y prevención de enfermedades (CDC) de Estados Unidos es: “*la muerte causada por un comportamiento dañino autodirigido con la intención de morir como resultado del comportamiento*” (2). Con relación al propio suicidio se describen otra serie de conceptos: como el intento suicida, definido como el acto autodirigido no fatal, potencialmente dañino realizado con la intención de morir. La ideación suicida que dependiendo de la fuente puede referirse únicamente al pensamiento de acabar con la vida (3) o incluir la planificación del propio suicidio (2), siendo clasificada también de manera más específica como, ideación suicida pasiva aquella en la que no existe plan elaborado de la propia muerte e ideación suicida activa donde si existe un plan (4). Se incluye también en la literatura el concepto de comportamiento suicida que aglomera los conceptos mentados anteriormente (suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida) (3). Y por último es destacable mencionar las autolesiones no suicidas (NSSI) definidas por la sección III del DSM V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión V), que mantienen una estrecha relación con el comportamiento suicida, ya que aquellas personas que cometen NSSI, tienen más riesgo de intencionalidad suicida autolítica en el futuro (2). Y si los NSSI son agrupados junto al comportamiento suicida, se denominan pensamientos y comportamientos autolíticos (SITB) (5).

Existen diversas teorías para entender cuáles pueden ser los condicionantes psicológicos que lleven a una persona querer arrebatarse su propia vida una de las teorías más relevantes respecto a este estudio puede ser la teoría psicológica interpersonal del suicidio (TPIS). Esta teoría se cimienta en tres elementos fundamentales: la carga percibida, donde la persona siente que su existencia interacciona como impedimento en relación con su medio. La pertenencia frustrada, en la que como seres humanos parte de un medio social dejamos de sentirnos en conexión con nuestros sistemas sociales. Y la capacidad aprendida, que en interacción con el resto de los elementos consiste en comenzar a lesionar el cuerpo y dejar de temer por su integridad, quizá en un inicio por motivaciones no relacionadas con el suicidio, pero cuando pudiera iniciarse la conducta suicida, la persona implicada ha acostumbrado a su mente a que su cuerpo sea dañado lo que puede aumentar el riesgo de conductas suicidas en el futuro (6).



2.2 Datos epidemiológicos

La Organización Mundial de la Salud en 2021, afirmó que cerca de 700.000 personas se suicidan cada año en todo el mundo (7)(8). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en los datos más recientes recogidos en 2022 hubo 4227 muertes por suicidio en España (9) y, concretamente en Murcia hubo 122(10). Si observamos características demográficas del suicidio en España, podemos ver como en todos los tramos de edad registrados por el INE hasta 2021 existe una prevalencia mayor de suicidio en hombres que en mujeres, siendo el grupo de edad más prevalente de 30 a 39 años. El comportamiento suicida en cómputo (es decir añadiendo ideación suicida e intento suicida) es más prevalente en mujeres (18).

2.3 Etiología conducta suicida

Si nos centramos en causas de muerte por suicidio, es relevante mencionar que la más prevalente actualmente, es la muerte por ahorcamiento o sofocación, seguida por la precipitación desde lugares altos, el envenenamiento intencional por consumo de drogas, medicamentos y sustancias biológicas (9).

2.4 Factores de riesgo y factores protectores

Los factores de riesgo implicados en la conducta suicida serían: la carencia de apoyo familiar, bajo nivel escolar, no tener trabajo o una identidad ocupacional, el consumo de drogas como tabaco y alcohol, tener trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad) , haber sufrido abuso físico o sexual, tener problemas de orientación sexual, tener una enfermedad física, dolor crónico o exposición al suicidio de otras personas entre otros (21)(18)(19).

Si nos centramos en las características sociodemográficas con mayores tasas de suicidio se encuentran: ser hombre, tener altos ingresos o ser anciano (4).

De acuerdo con una revisión sistemática realizada en 2016 es importante observar cómo ascienden cada vez más las tasas de suicidio en jóvenes de 15 a 29 años (4). Esta tendencia creciente de tasas de suicidio en la adolescencia y juventud la describen y relacionan algunos autores, con este mismo periodo de vulnerabilidad para la aparición de trastornos mentales, ideas y comportamientos suicidas (11).

Respecto a los factores protectores podemos encontrar: apoyo del círculo social, creencias, religiones, culturales y étnicas, participación en la comunidad e integración social y acceso a servicios de salud mental (21).



2.5 Redes sociales

Además de los factores de riesgo en relación con el comportamiento suicida mentados anteriormente, las redes sociales también se reconocen como un factor de riesgo en los intentos de suicidio (21)(17). En 2004 Donnath y Boyd definieron las redes sociales online (RSO) como *“dispositivos para la definición de la identidad ante los otros, donde la alteridad pasa a formar parte de la red extendida del sujeto, siendo, además, esta red de contactos, un mecanismo de validación del propio perfil”* (12). El uso de las RSO está creciendo exponencialmente, especialmente en jóvenes y adolescentes de todo el mundo, esto puede aumentar la posibilidad de que se generen más conductas desadaptativas en relación con las redes sociales. No existe consenso respecto al término de adicción a las redes sociales, ya que algunos autores afirman que se puede confundir con la dependencia a estas, además de afirmar que no puede considerarse una patología mental ya que no se encuentra recogido en el manual diagnóstico DSM V (13).

No obstante, un buen uso de las redes sociales puede generar incluso beneficios en otros ámbitos, como por ejemplo en un estudio que las utilizó para mejorar la nutrición de jóvenes y adolescentes (14). Sin embargo, se ha constatado que el uso de tecnología de manera obsesiva puede provocar: dificultades de flexibilidad cognitiva, problemas para la toma de decisiones, aumento del nivel de angustia, olvido para realizar actividades y estado de ánimo bajo o problemas de concentración. Aunque los estudios que recogen esta información no miden exclusivamente el uso de redes sociales, estas se encuentran en los tipos de tecnología recogidas en el estudio (13). Así pues, es necesario comentar que su uso puede generar adicción, no solamente se refiere al tiempo de uso exclusivamente, sino a cómo este tiempo puede ser invertido, y cómo pueden desarrollarse patrones obsesivos en relación con las redes sociales. Según un metaanálisis realizado en 2021, de entre los prejuicios que puede generar un uso inadecuado de las redes sociales se encontrarían los SITB (5).

2.6 Redes sociales en relación con el comportamiento suicida

Respecto a la relación del comportamiento suicida y las redes sociales según la teoría de los signos de advertencia: hablar sobre suicidio debería interpretarse como un signo de intencionalidad suicida, es decir cualquier elemento presente en redes sociales en relación con la conducta suicida en el marco de esta teoría podría interpretarse como símbolo de riesgo (Ej: realizar un comentario en twitter sobre ideación suicida) (15). Y contextualizando esto en relación con las RSO, éstas ofrecen un espacio anónimo libre de estigmatización, donde aquellas personas con profunda angustia pueden publicar información acerca de sus ganas de cometer suicidio con el resto de las personas, existiendo retransmisiones en vivo de suicidio siendo éste un factor de riesgo añadido (16).



2.7 Papel de enfermería de salud mental

Además, es crucial destacar la importancia de este tema para la enfermería ya que esta ocupa un papel preferente a la hora de actuar frente al suicidio. Su función en primer lugar desde el ámbito de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud haciendo hincapié en la atención comunitaria, brindando información al individuo, familia y comunidad, permitiendo así, generar un espacio de apoyo y escucha activa. De forma concreta, los centros de salud mental (CSM) tienen un papel prioritario en la prevención de la conducta suicida y otras intervenciones de interés, son realizadas dentro de un equipo multidisciplinar de salud mental. La exploración de una posible asociación entre riesgo suicida y adicción a las redes sociales, podría ser un pilar a la hora de brindar recomendaciones preventivas de suicidio en las consultas de un CSM y en el resto de la red de salud mental (20).

2.8 Justificación

La conducta suicida y todos los elementos que se relacionan con ella, cada vez toman más importancia en la sociedad actual como forma de manifestación del sufrimiento, aumentando en términos de prevalencia, encontrándose cada vez más factores predisponentes, todo esto pone en un punto de observación muy relevante de este suceso.

Por otro lado, las redes sociales inundan la sociedad actual. Tanto desde la población joven (donde como ya se ha mencionado la conducta suicida se manifiesta con mayor prevalencia) como en todos los estratos sociales como medio de adaptación al mundo tecnológico actual. Todo esto acompañado a un mal uso podría tener consecuencias negativas en la mayor parte de la población que es la que está expuesta al uso de las redes sociales.

Conectando ambos elementos podríamos llegar a la conclusión de que intentar deducir si existe una relación entre ambos elementos podría llevar a no solo aconsejar sobre las consecuencias de las redes sociales, sino realizar actividades preventivas que aseguren una protección de la población frente a la conducta suicida.

La población con trastorno mental está muy expuesta a grandes niveles de sufrimiento, esto lo puede llegar a expresar mediante la conducta suicida. Comenzar a explorar esta población podría ser un primer paso para encontrar factores de riesgo como la adicción a las redes sociales, que podrían ayudar a disminuir prevalencia de la conducta suicida.

En conclusión, el estudio de una asociación entre la adicción de las redes sociales y el riesgo suicida podría ayudar a generar evidencias dentro de un campo emergente y



poco explorado, en el cual la mayor parte de estudios se enfocan en el uso obsesivo de tecnología en general y no específicamente en redes sociales, ayudando a mejorar el estado de salud de la población con trastornos mentales y posteriormente la población general en todas sus dimensiones.

3.HIPÓTESIS

Las personas con trastorno mental (ansiedad, depresión, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la personalidad, esquizofrenia y trastorno bipolar) en seguimiento ambulatorio por el Centro de Salud Mental de Cartagena (Región de Murcia) con riesgo de comportamiento suicida (escala Plutchik) presentan una adicción a las redes sociales (Escala SNAddS-6S) superior en relación con las personas sin riesgo de comportamiento suicida.

4.OBJETIVOS

4.1 Objetivo Principal

-Determinar si existe asociación entre la adicción a las redes sociales (según la escala SNAddS-6S) y el riesgo suicida (medido a través de la escala Plutchik) en pacientes adultos (18-65 años) con trastorno mental (ansiedad, depresión, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la personalidad, esquizofrenia y trastorno bipolar) del centro de salud mental de Cartagena en la Región de Murcia.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar si existe asociación entre la presencia de autolesiones y el riesgo de comportamiento suicida en presencia de adicción a las redes sociales.
- Determinar si existe asociación entre la frecuencia de consumo de sustancias y el riesgo de comportamiento suicida en presencia de adicción a las redes sociales.
- Observar si existe asociación entre los antecedentes psiquiátricos familiares y el riesgo de comportamiento suicida en presencia de adicción a las redes sociales.
- Analizar la existencia de asociación entre el sexo y el riesgo de comportamiento suicida en presencia de adicción a las redes sociales.



5. MÉTODOS

5.1 Diseño del estudio

Este proyecto pretende estudiar la asociación entre la adicción de las redes sociales y la conducta suicida en adultos. Para ello, se llevará a cabo un estudio analítico, observacional, retrospectivo de tipo casos y controles realizado en pacientes con trastorno mental que acuden al CSM de Cartagena.

Se establecerán dos grupos de participantes:

Casos: pacientes con trastorno mental y riesgo suicida según la escala Plutchick.

Controles: pacientes con trastorno mental, pero sin riesgo suicida. Con una proporción 1:2 en relación con los casos.

El estudio tendrá una duración de 18 meses.

Se ha utilizado la lista de comprobación Strobe para revisar los aspectos estructurales del estudio (Anexo I).

Configuración: Este estudio será realizado en el CSM de Cartagena y se recogerán datos de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, que acudan a las consultas de enfermería. Se realizará un encuentro con los participantes en los que rellenaran las escalas correspondientes.

5.2 Participantes

Población diana: Pacientes con trastorno mental (ansiedad, depresión, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la personalidad, esquizofrenia y trastorno bipolar) y riesgo suicida.

Población a estudio: Pacientes con trastorno mental (ansiedad, depresión, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la personalidad, esquizofrenia y trastorno bipolar) y riesgo suicida en el Área de Salud II de la Región de Murcia.

Realizando una aproximación en base a los datos demográficos disponibles actualmente, en 2023 se reportó una prevalencia del 15.3% de trastorno mental en el área de salud II de la Región de Murcia (Cartagena), la población recogida en 2022 en esta área es de 228249 habitantes, por lo que habría unos 34922 habitantes con



trastorno mental en el área II. Sin embargo, en el programa de adultos del CSM del área II se atienden unos 8848 pacientes al año (22)(23)

Muestra: Se realiza la obtención del tamaño muestral a través de la Calculadora de Tamaño Muestral "GRANMO": Para la obtención de la muestra se realizará un muestreo aleatorio sistemático, con un intervalo de muestreo $k=23$ (N/n) y un número aleatorio r como primera unidad muestral.

Criterios de inclusión casos y controles:

1. Pacientes con riesgo suicida superior a 6 en la escala Plutchick (casos).
2. Pacientes del mismo CSM pero con una puntuación inferior a 6 en la Escala Plutchik (controles). (Anexo 2).
3. Compromiso firmado a cumplimentar los cuestionarios facilitados.
4. Pacientes entre 18 y 65 años.
5. Haber sido diagnosticado del trastorno mental: ansiedad, depresión, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la personalidad, esquizofrenia o trastorno bipolar.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no quieran participar en el estudio.
- Pacientes con discapacidad intelectual cuyas circunstancias no les permita realizar la escala.
- Ingresos en Unidad de Hospitalización breve por descompensación de su patología de base en los últimos 4 meses.

5.3 Variables

- Variable independiente: El riesgo de dependencia a las redes sociales e internet: variable cuantitativa discreta relativa a la puntuación de la escala SNAddS-6S (Anexo 3).
- Variable dependiente: El riesgo de conducta suicida en adultos: variable cuantitativa discreta relativa la puntuación de la escala de riesgo suicida de Plutchik. En base a las puntuaciones se asignarán los sujetos al grupo de casos si obtienen una puntuación superior a 6, o al de controles si obtienen una puntuación inferior a 6. Tras esto a cada uno de los grupos se realizará la medición de la adicción a las redes sociales junto al resto de variables para ver las asociaciones con la conducta suicida.

Variabes sociodemográficas:



- Sexo: variable cualitativa dicotómica (masculino/femenino).
- Edad: variable cuantitativa discreta.
- Estado civil: variable cualitativa dicotómica (soltero/casado).
- Riesgo de depresión y ansiedad: variable cuantitativa relativa la puntuación de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg -EADG (anexo 5).
- Antecedentes psiquiátricos familiares: variable cualitativa dicotómica (si/no).
- Frecuencia de consumo de sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, otros): Variable cualitativa multivariada (nunca/a veces/a menudo/siempre).
- Orientación sexual: Variable cualitativa multivariada (homosexual/heterosexual/asexual/ bisexual/otros).
- Nivel Educativo: Variable cualitativa multivariada (Ninguno/ESO/bachiller/grado medio/grado superior/universidad).
- Desempleo: variable cualitativa dicotómica (si/no).
- Haberse realizado autolesiones: variable cualitativa dicotómica (si/no).
- Dolor crónico: variable cualitativa dicotómica (si /no).
- Creencias religiosas: variable cualitativa dicotómica (si /no).

5.4 Recogida de datos

Se enviará el proyecto al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud II de la Región de Murcia. (Anexo 6). Si este se aprueba, se contactará con el coordinador del CSM de Cartagena con el fin de presentar el proyecto y solicitar su consentimiento para realizar el estudio (Anexo 7). Una vez confirmado, las enfermeras de salud mental del centro de salud mental de Cartagena se encargarán de pasar los instrumentos. Tras la aceptación enviaremos los instrumentos necesarios para la recogida de datos, así como el consentimiento informado (Anexo 8) que deberán firmar los pacientes de forma voluntaria.

5.5 Fuentes de datos/medición

Con el fin de recoger las variables sociodemográficas, así como las variables dependientes e independientes, se empleará un instrumento único codificado quedando de la siguiente forma:

Por un lado, un cuestionario "ad hoc" (Anexo 4) en el que se recogerá: edad, sexo, estado civil, riesgo de depresión y/o ansiedad, antecedentes psiquiátricos familiares, frecuencia de consumo de sustancias, orientación sexual, nivel educativo, desempleo, autolesiones, tener algún trastorno de la personalidad, enfermedad física, dolor crónico, creencias religiosas.

Y, por otro lado 3 escalas autoadministradas:



La escala SNAddS-6S (Anexo 3): Mide la adicción a las redes sociales y consta de 18 ítems con 6 dimensiones (modificación del estado ánimo, recaída, abstinencia, conflicto, prominencia y tolerancia). Se responderá con Si (1 punto) /No (0 puntos). Respecto a la fiabilidad la escala global mostró un alfa de Cronbach de 0.91. Respecto a la validez estructural el índice Kaiser Meyer-Olkin (KMO) es de 0.87 con una $p < 0.001$.

La escala de riesgo suicida de Plutchik (Anexo 2): consta de 15 ítems que se responderán con Si (1 punto) /No (0 puntos), teniendo una puntuación posible entre 0 y 15, siendo igual o mayor a 6 el punto de corte para riesgo de suicidio. En relación con la fiabilidad tiene un alfa de Cronbach de 0.81 y una validez estructural con un índice KMO de 0.84 ($p < 0.01$).

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (Anexo 5): Incluye dos subescalas cada una de 9 ítems de respuesta dicotómica Si(1 punto)/No(0 puntos). Como punto de corte ≥ 4 para escala de ansiedad y ≥ 2 para la de depresión, asumiendo que cuanto más puntuación mayor gravedad de ansiedad o depresión. La sensibilidad es del 83% y la especificidad es del 82 %.

5.6 Análisis de los datos

Se elaborará una base de datos en Microsoft Excel.

En primer lugar, se analizará el comportamiento suicida y los diferentes factores de riesgo (variables sociodemográficas) a investigar en la base de datos teniendo en cuenta el estatus caso-control (adicción a las redes sociales). Las variables cuantitativas se resumirán con medias y desviaciones típicas si son simétricas; o con medianas y cuartiles si se trata de variables asimétricas.

Las variables cualitativas serán expresadas en frecuencias absolutas y relativas. Como pruebas de significación estadística se utilizará la prueba t de Student para variables cuantitativas con distribución normal y la prueba de la Chi-cuadrado de Pearson para comparación de variables cualitativas. Cuando no se cumplan las condiciones para la utilización de la prueba de significación estadística chi-cuadrado se utilizará el test exacto de Fisher.

En segundo lugar, para el análisis inferencial se utilizarán modelos de regresión logística simple y multivariante. Posterior al análisis multivariado se estratificará en base a posibles factores modificadores o de confusión a los pacientes en relación con la frecuencia de consumo de sustancias, debido a la comorbilidad que estaría presente con el trastorno mental y su influencia como factor de riesgo relacionado con el suicidio. Como medida de asociación se calculará la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%). Un valor de OR igual a 1 implicará una ausencia de relación entre el factor de riesgo y variable dependiente. Un valor superior a 1 se interpretará



como una asociación positiva entre el factor de riesgo y la variable dependiente, mientras que un valor inferior a 1 supondrá una disminución del riesgo. Si el IC95% incluyera el valor nulo (OR=1) se asumirá que la asociación no es significativa. Para rechazar la hipótesis nula se aceptó un nivel de significación de $p < 0,05$. Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el software estadístico SPSS versión 21.0.

5.7 Consideraciones éticas

En primer lugar, el proyecto se enviará al comité de ética de Investigaciones Clínicas del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena, para que se asegure la integridad ética del estudio en la población de Cartagena. A los participantes seleccionados se les informará acerca de las condiciones del estudio, del trato confidencial de la información respecto a los resultados y se les entregará un consentimiento informado y una hoja de información (Anexo 8) posteriormente. Cada cuestionario estará codificado de manera que se mantenga la confidencialidad y el anonimato de cada participante. Una vez realizados los cuestionarios, se depositarán en sobres cerrados.

5.8 Sesgo

Existe riesgo de sesgo de selección debido a que se va a seleccionar una población muy específica (pacientes del centro de salud mental de Cartagena con trastorno mental) y por lo tanto este grupo específico de personas puede tener unas características específicas que sean difícil de extrapolar.

Existe riesgo de sesgo del observado ya que la información que es obtenida de los sujetos mediante un cuestionario, al ser autoadministrado el sujeto de estudio puede serle dificultoso responder con sinceridad acerca de su propio riesgo suicida, ansiedad y/o depresión, por lo que puede haber una minimización de los datos (pese a que se insistirá en el carácter anónimo de la información).

5.9 Tamaño de muestra

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 124 casos y 248 controles para detectar una Odds ratio mínima de 2. Se asume que la tasa de expuestos en el grupo control será del 0.5. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%. Se ha utilizado la aproximación de POISSON.

5.10 Limitaciones

En primer lugar, la propia temática del estudio gira en torno a un tema poco explorado por la bibliografía actual ya que, pese a que existen múltiples estudios que exploran la conducta suicida, la adicción a las redes sociales como factor de riesgo de esta y como concepto, es relativamente reciente. En relación con la búsqueda bibliográfica previa realizada solo se ha encontrado un estudio (5) que relacione conducta suicida y



diferentes formatos de exposición a las de redes sociales, entre los que se encuentra el mal uso a las redes sociales que podríamos aproximar al concepto de adicción a las redes sociales, además de los estudios incluidos en el metaanálisis ninguno tiene un diseño de casos y controles. Esto limita el estudio a la hora de establecer comparativas con estudios previos, o de favorecer una posible repetición de estudios anteriores en muestras diferentes.

Por otro lado, respecto al diseño del propio estudio, siendo un casos y controles hecho en un solo centro, cuyas herramientas de medida son meramente test psicométricos, está sometido a sesgo de selección y del observado.

También es una limitación inherente a las escalas existentes actualmente para valorar la adicción a las redes sociales, tienen pocos años de evolución, esto limita los valores psicométricos de estas ya que no hay suficientes estudios que las avalen.

5.11 Fortalezas

Este estudio tiene una factibilidad relativamente sencilla en base a las características del equipo investigador (enfermero de salud mental que tiene contacto con la red) ya que esto favorece el acceso al tipo de población elegida. Por otro lado, el diseño del estudio tiene un coste bajo en base al tiempo y recursos precisados. Y por último tiene una fortaleza que en otra perspectiva también es una limitación y es la originalidad del tema, hecho que lo hace exclusivo y novedoso en la bibliografía actual.

5.12 Estudios futuros

Asumiendo que se llevara a cabo este proyecto se podrían plantear perspectivas de ampliación del diseño para cubrir otros aspectos metodológicos respecto a la población, que en este caso sería realizar un casos y controles, pero siendo casos población con riesgo suicida del centro de salud mental en comparación con controles sin riesgo suicida del centro de salud, añadiendo así esta comparativa de población con trastorno mental en relación con población sin trastorno mental para así ver si se pueden discernir mayores diferencias en términos de adicción a las redes sociales.

Por otro lado, una de las maneras más óptimas de poder estudiar esta relación con un diseño más costoso, sería intentar estudiar causalidad con un cohortes prospectivos separando en grupo expuestos a aquellas personas con mayor nivel de adicción a las redes sociales en comparación con personas con menor nivel de adicción a las redes sociales y desde ahí establecer un seguimiento temporal para valorar la aparición de conducta suicida.



5.13 Conflicto de interés

El equipo investigador niega cualquier tipo de conflicto de interés en el desarrollo del estudio.

6. PLAN DE TRABAJO

6.1 Etapas de desarrollo

El estudio durará 18 meses y se ha estructurado en 4 fases de elaboración (Anexo 9):

-La primera fase se basa en el proceso de elaboración del proyecto y su presentación en la Universidad Miguel Hernández. Dentro de esta fase se engloba la revisión de la bibliografía realizada en primer lugar, seguida por el diseño del estudio, la redacción del propio proyecto y por último la exposición de este.

-La segunda fase consiste en pedir los permisos correspondientes a las instituciones pertinentes para que se pueda realizar el estudio, es decir ponerse en contacto con el comité de ética del área II de Murcia, con el coordinador del centro de salud mental de Cartagena y con las enfermeras del centro de salud mental.

-En la tercera fase se pondría en práctica el estudio, comenzando por la creación de una base datos, seguido por administrar los cuestionarios, realizar en análisis de datos, extraer los resultados y por último elaborar las conclusiones.

-La cuarta y última fase consistiría en redactar los resultados obtenidos y difundir el estudio en forma de artículo en revistas científicas y congresos de salud mental.

6.2 Distribución de tareas

-Fernando Vela Romero como investigador principal se encargará de la búsqueda bibliográfica, el diseño del estudio, la redacción del proyecto y el estudio final, el procesamiento de datos, el análisis estadístico, y de la difusión del estudio.

-Las enfermeras del Centro de Salud Mental de Cartagena se encargarán de la recogida de datos mediante los cuestionarios administrados.

-Un estadístico participará en el análisis de datos.

6.3 Lugar de realización del proyecto

El estudio será realizado en el Centro de Salud de Cartagena en los años 20XX-20XX, recogiendo los datos en las consultas de enfermería especializada en salud mental de este mismo centro.



6.4 Medios disponibles para la realización del proyecto

- Recursos materiales:
 - Una sala con al menos una mesa y sillas
 - Un ordenador que tenga instalado Microsoft office con Excel y Word (para crear la base de datos y redactar el resto del estudio) y SPSS para el análisis estadístico
 - Folios, bolígrafos, grapadora, sobres.
 - Impresora
 - Teléfono

- Recursos personales:
 - Un investigador principal.
 - Un investigador colaborador encargado de la supervisión.
 - Las enfermeras especialistas dispuestas colaborar en la administración de cuestionarios (Al menos 2 o 3)
 - Un estadístico o persona con conocimientos avanzados en estadísticas que colabore en el proceso de análisis
 - Un traductor que traduzca con rigor el artículo al inglés para su publicación.

6.5 Presupuesto

PRESUPUESTO SOLICITADO	
Gastos de Personal	Euros
1. Profesional experto en estadística	600
2.Traductor	1000
SUBTOTAL	1600
Gastos de ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (inventariable, fungible y otros gastos) Mesas, sillas, material de oficina, ordenador con Office y SPSS	0 (Aportado por el CSM de Cartagena)
b) Viajes y dietas (Estancia y dietas en congresos)	2000
SUBTOTAL	2000
TOTAL AYUDA SOLICITADA	3600



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Leo D De, Griffith U, Krysinska K, Leuven KU, Lovaina U De. Suicidio y violencia autodirigida. 2017;115–23.
2. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307–30.
3. Castle K, Kreipe R. Suicidal behavior. *Pediatr Clin Advis*. 2007;544–5.
4. Turecki G, Brent D. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. 2016;387(10024):1227–1239. *Lancet*. 2016;387(10024):1227–39.
5. Nesi J, Burke TA, Bettis AH, Kudinova AY, Thompson EC, MacPherson HA, et al. Social media use and self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev [Internet]*. 2021;87(May):102038. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102038>
6. Espinosa-Salido P, Perez Nieto MA, Baca-García E, Ortega MP. Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. *Clin y Salud*. 2021;32(1):29–36.
7. Galarza AL, Castañeiras CL, Liporace MF. Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria [Internet]*. 2018;35(2):307–26. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/180/18058785005/html/>
8. OMS. Suicidio [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
9. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. 2022;2022:19. Available from: https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf
10. Murciasalud. Casos y tasas ajustadas anuales de causas de muerte por sexo. Región de Murcia, 1975-2020. Murcia; 2022.
11. Kim S, Kimber M, Boyle MH, Georgiades K. Sex Differences in the Association Between Cyberbullying Victimization and Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation in Adolescents. *Can J Psychiatry*. 2019;64(2):126–35.
12. Del Prete A, Redon Pantoja S. Las redes sociales virtuales: Espacios de socialización y definición de identidad. *Psicoperspectivas Individuo y Soc*. 2020;19(1):1–11.



13. Cabero-Almenara J, Pérez-Díez de los Ríos JL, Valencia-Ortiz R. Escala para medir la adicción de estudiantes a las redes sociales. *Converg Rev Ciencias Soc.* 2019;27(2018):1.
14. Chau MM, Burgermaster M, Mamykina L. The use of social media in nutrition interventions for adolescents and young adults—A systematic review. *Int J Med Inform [Internet]*. 2018;120(September):77–91. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.10.001>
15. Cheng Q, Kwok CL, Zhu T, Guan L, Yip PSF. Suicide communication on social media and its psychological mechanisms: An examination of chinese microblog users. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(9):11506–27.
16. Liu X, Huang J, Yu NX, Li Q, Zhu T. Mediation effect of suicide-related social media use behaviors on the association between suicidal ideation and suicide attempt: Cross-sectional questionnaire study. *J Med Internet Res.* 2020;22(4).
17. Coyne SM, Hurst JL, Dyer WJ, Hunt Q, Schvanveldt E, Brown S, et al. Suicide Risk in Emerging Adulthood: Associations with Screen Time over 10 years. *J Youth Adolesc.* 2021 Dec 1;50(12):2324–38.
19. Dávila-Cervantes CA, Luna-Contreras M. Suicide attempt in teenagers: Associated factors. *Rev Chil Pediatr.* 2019;90(6):606–16.
20. Vicente Lorenzo N. Protocolo de actuación para Enfermería de Atención Primaria en personas mayores con riesgo suicida. 2016; Available from: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/18032>
21. Koppmann A. Suicidal risk on medical setting. An overview. *Rev Medica Clin Las Condes [Internet]*. 2020;31(2):163–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.007>
22. De Concepción-Salesa A, Hurtado-López AM, Martínez-Serrano J, Ortíz-Martínez A. Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022. *Gerenc Reg salud Ment [Internet]*. 2019;1–287. Available from: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/428308-programa_sm_2019-2022.pdf
23. Población según zonas básicas de salud, municipio y ... [Internet]. 2023 [cited 2024 May 10]. Available from: https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PM_padron/p22/pdf/sec29.pdf



8. ANEXOS

Anexo 1. Lista de comprobación Strobe: Casos y Controles

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *case-control studies*

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls (b) For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period



Anexo 2. Escala Plutchik

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Esta deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		



Anexo 3. Escala SNAdds-6S

Items	
SNAdd 1	¿Has pasado mucho tiempo pensando en conectarte a las Redes Sociales o planeando su uso?
SNAdd 2	¿Has pasado más tiempo utilizando las Redes Sociales de lo que inicialmente pretendías?
SNAdd 3	¿Has pensado sobre cómo podrías pasar más tiempo conectado a las Redes Sociales?
SNAdd 4	¿Has pasado mucho tiempo pensando en lo que ha sido publicado en las Redes Sociales?
SNAdd 5	¿Has sentido la necesidad de usar las Redes Sociales cada vez más?
SNAdd 6	¿Has sentido que cada vez necesitabas más tiempo para usar las Redes Sociales y que te siguieran resultando igualmente placenteras?
SNAdd 7	¿Has usado las Redes Sociales para olvidarte de problemas personales?
SNAdd 8	¿Has usado las Redes Sociales para reducir sentimientos de culpa, ansiedad, impotencia y/o depresión?
SNAdd 9	¿Has usado las Redes Sociales para reducir tu inquietud o preocupación?
SNAdd 10	¿Otras personas te han aconsejado reducir el uso de las Redes Sociales, pero no les has hecho caso?
SNAdd 11	¿Has intentado reducir el uso de las Redes Sociales sin éxito?
SNAdd 12	¿Has decidido usar las Redes Sociales con menos frecuencia, pero no lo has conseguido?
SNAdd 13	¿Has llegado a estar inquieto o preocupado si te han prohibido usar las Redes Sociales?
SNAdd 14	¿Has llegado a estar irritable si te han prohibido usar las Redes Sociales?
SNAdd 15	¿Te has sentido mal si, por diferentes razones, no has podido iniciar sesión en las Redes Sociales durante algún tiempo?
SNAdd 16	¿Has usado las Redes Sociales tanto que ha tenido un impacto negativo en tu trabajo/estudios?
SNAdd 17	¿Has dado menos prioridad a tus aficiones, actividades de ocio y/o ejercicio por culpa de las Redes Sociales?
SNAdd 18	¿Has ignorado a tu pareja, familia o amigos por culpa de las Redes Sociales?



Anexo 4. Cuestionario ad hoc

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Código:

Fecha:

Marque la opción que crea más correcta . En la parte de arriba del cuestionario deberás cumplimentar un código consistente en 4 elementos: La primera letra de tu segundo apellido, la última letra de tu nombre y tu día de nacimiento. Ej: VO14

1. **Sexo:** Femenino /Masculino
2. **Edad:** _____ años
3. **Estado Civil:** Soltero /Casado /Viudo /Divorciado
4. **Antecedentes psiquiátricos familiares:** Si / No
5. **¿Tomas algún tipo de droga? Si es así subraya con cuanta frecuencia la consumes**

Cocaína:	nunca	esporádicamente	mensualmente	semanalmente	diariamente
Alcohol:	nunca	esporádicamente	mensualmente	semanalmente	diariamente
Tabaco:	nunca	esporádicamente	mensualmente	semanalmente	diariamente
Cannabis:	nunca	esporádicamente	mensualmente	semanalmente	diariamente
Otros:	nunca	esporádicamente	mensualmente	semanalmente	diariamente

6. **¿Cuál es tu nivel de estudios?** Ninguno/ESO/bachiller/grado medio/grado superior/universidad
7. **¿Cuál es tu orientación sexual?** Heterosexual/ Homosexual/ Bisexual/ Otros
8. **¿Estás Desempleado/a?** Si / No
9. **¿Alguna vez te has realizado autolesiones?** Si / No
10. **¿Sufres de dolores crónicos?** Si / No
11. **¿Eres creyente de alguna religión?** Si / No

Responda a las siguientes preguntas con Si o No

12. **¿Has pasado mucho tiempo pensando en conectarte a las Redes Sociales o planeando su uso?**



13. ¿Has pasado más tiempo utilizando las Redes Sociales de lo que inicialmente pretendías?
14. ¿Has pensado sobre cómo podrías pasar más tiempo conectado a las Redes Sociales?
15. ¿Has pasado mucho tiempo pensando en lo que ha sido publicado en redes sociales?
16. ¿Has sentido la necesidad de usar las Redes Sociales cada vez más?
17. ¿Has sentido que cada vez necesitabas más tiempo para usar las Redes Sociales y que te siguen resultando igualmente, placenteras?
18. ¿Has usado las Redes Sociales para olvidarte de problemas personales?
19. ¿Has usado las Redes Sociales para reducir sentimientos de culpa, ansiedad, impotencia y/o depresión?
20. ¿Has usado las Redes Sociales para reducir tu inquietud o preocupación?
21. ¿Otras personas te han aconsejado reducir el uso de las Redes Sociales, pero no les has hecho caso?
22. ¿Has intentado reducir el uso de las Redes Sociales sin éxito?
23. ¿Has decidido usar las Redes Sociales con menos frecuencia, pero no lo has conseguido?
24. ¿Has llegado a estar inquieto o preocupado si te han prohibido usar las Redes Sociales?
25. ¿Has llegado a estar irritable si te han prohibido usar las Redes Sociales?
26. ¿Te has sentido mal si, por diferentes razones, no has podido iniciar sesión en las Redes Sociales durante algún tiempo?
27. ¿Has usado las Redes Sociales tanto que ha tenido un impacto negativo en tu trabajo/estudios?
28. ¿Has dado menos prioridad a tus aficiones, actividades de ocio y/o ejercicio por culpa de las Redes Sociales?
29. ¿Has ignorado a tu pareja, familia o amigos por culpa de las Redes Sociales?
30. ¿Tomas de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?
31. ¿Tienes dificultades para conciliar el sueño?
32. ¿A veces notas perder el control sobre ti mismo/a?



33. ¿Tienes poco interés en relacionarte con la gente?
 34. ¿Ves tu futuro con más pesimismo que optimismo?
 35. ¿Te has sentido alguna vez inútil o inservible?
 36. ¿Ves tu futuro sin ninguna esperanza?
 37. ¿Te has sentido alguna vez tan fracasado/a que solo querías meterte en la cama y abandonarlo todo?
 38. ¿Estás deprimido/a ahora?
 39. ¿Estás separado/a, divorciado/a o viudo/a?
 40. ¿Sabes si alguien de tu familia ha intentado suicidarse alguna vez?
 41. ¿Alguna vez te has sentido tan enfadado/a que habrías sido capaz de matar a alguien?
 42. ¿Has pensado alguna vez en suicidarte?
 43. ¿Le has comentado a alguien, en alguna ocasión que querías suicidarte?
 44. ¿Has intentado alguna vez quitarte la vida?
 45. ¿Te ha sentido muy nervioso, excitado o en tensión?
 46. ¿Has estado muy preocupado/a por algo?
 47. ¿Te has sentido muy irritable?
 48. ¿Has tenido dificultad para relajarte?
- (Si 3 o más de las preguntas entre la 45,46,47 o 48 ha sido afirmativa sigue respondiendo, si no es así salta a la pregunta 54)
49. ¿Has dormido mal, has tenido dificultades para relajarte?
 50. ¿Has tenido dolores de cabeza o de nuca?
 51. ¿Has tenido algunos de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
 52. ¿Has estado preocupado/a por tu salud?
 53. ¿Has tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarte dormido/a?
 54. ¿Te has sentido con poca energía?
 55. ¿Has perdido el interés por las cosas?



56. ¿Has perdido la confianza en tí mismo?

57. ¿Te has sentido desesperanzado, sin esperanzas?

(Si has respondido afirmativamente a cualquiera de las preguntas 54,55,56 o 57 sigue respondiendo)

58. ¿Has tenido dificultades para concentrarte?

59. ¿Has perdido peso? (a causa de tu falta de apetito)

60. ¿Te has estado despertando demasiado temprano?

61. ¿Te ha sentido enlentecido?

62. ¿Crees que has tenido tendencia a encontrarte peor por las mañanas?



Anexo 5. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg -EADG

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
- TOTAL ANSIEDAD= _____
-

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
 2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
 4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
 8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
 9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
- TOTAL DEPRESIÓN= _____



Anexo 6. Solicitud de aprobación de proyecto al Comité de Ética de Investigación Clínica del Área de Salud II (Cartagena)

Al Comité de Ética de Investigación Clínica del Área de Salud II

Soy Fernando Vela Romero y me gustaría contar con vuestra autorización para poner en práctica el proyecto de investigación que he desarrollado durante la realización del Máster de investigación en medicina clínica de la Universidad Miguel Hernández, supervisado y dirigido por mi tutora Nuria Padrós Flores.

El Proyecto tiene como objetivo evaluar si existe una posible asociación entre la adicción a las redes sociales (según la escala SNAAddS-6S) y el riesgo suicida (medido con la escala Plutchik) en pacientes adultos con trastorno mental del centro de salud mental de Cartagena en la Región de Murcia, así como describir las características sociodemográficas de la población y evaluar posibles factores de riesgo relacionados con el riesgo suicida (edad, sexo, estado civil, riesgo de depresión y/o ansiedad, antecedentes psiquiátricos familiares, frecuencia de consumo de sustancias, orientación sexual, nivel educativo, desempleo, autolesiones, tener algún trastorno de la personalidad, enfermedad física, dolor crónico, creencias religiosas)

Para esto se realizará un estudio observacional de casos y controles (Estos grupos de seleccionarán en base al riesgo suicida medido con la Escala Plutchik). Posterior a la explicación del estudio y entrega de un consentimiento informado, tanto en el grupo de casos como en el de controles:

1. Se recogerán datos sociodemográficos con un cuestionario de autoadministrado de elaboración propia.
2. Se medirá la adicción a las redes sociales mediante la escala SNAAddS-6S.
3. Se evaluará el riesgo de depresión y/o ansiedad con la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Para aplicar los pertinentes instrumentos de medida y recoger datos de los pacientes del Centro de Salud de Cartagena se precisará de las enfermeras especialistas de este mismo centro y la autorización del coordinador. Toda la información recogida tanto en las escalas como en el cuestionario será confidencial y anónima.

Atentamente, Fernando Vela Romero

Cartagena a de de 202_



Anexo 7. Solicitud de aprobación de proyecto al Coordinador del Centro de Salud Mental de Cartagena

Al Coordinador del Centro de Salud Mental de Cartagena

Soy Fernando Vela Romero y me gustaría contar con su autorización para poner en práctica el proyecto de investigación que he desarrollado durante la realización del Máster de investigación en medicina clínica de la Universidad Miguel Hernández, supervisado y dirigido por mi tutora Nuria Padrós Flores.

El Proyecto tiene como objetivo evaluar si existe una posible asociación entre la adicción a las redes sociales (según la escala SNAAdd-6S) y el riesgo suicida (medido con la escala Plutchik) en pacientes adultos con trastorno mental del centro de salud mental de Cartagena, así como describir las características sociodemográficas de la población y evaluar posibles factores de riesgo relacionados con el riesgo suicida (edad, sexo, estado civil, riesgo de depresión y/o ansiedad, antecedentes psiquiátricos familiares, frecuencia de consumo de sustancias, orientación sexual, nivel educativo, desempleo, autolesiones, tener algún trastorno de la personalidad, enfermedad física, dolor crónico, creencias religiosas)

Para esto se realizará un estudio observacional de casos y controles (Estos grupos de seleccionarán en base al riesgo suicida medido con la Escala Plutchik). Posterior a la explicación del estudio y entrega de un consentimiento informado, tanto en el grupo de casos como en el de controles:

1. Se recogerán datos sociodemográficos con un cuestionario de autoadministrado de elaboración propia.
2. Se medirá la adicción a las redes sociales mediante la escala SNAAdd-6S.
3. Se evaluará el riesgo de depresión y/o ansiedad con la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Para administrar tanto las escalas como el cuestionario es precisa la ayuda de las enfermeras del Centro de Salud Mental. Me dirijo a usted para saber si cuento con su aprobación para realizar el estudio en el centro que coordina. En caso de que acepten tanto usted como las enfermeras del Centro de Salud Mental a que se realice allí la investigación, le facilitaré por correo electrónico los instrumentos de medida que se deben utilizar en el estudio y el consentimiento informado. La información recogida se tratará de manera anónima y confidencial.

Pese a esto el equipo investigador se dirigirá personalmente al Centro de Salud mental a hacer cualquier explicación que sea necesaria. Pongo a disposición mis datos de contacto para cualquier duda:

Email: f.velarom@mail.com

Teléfono: 617412273

Atentamente, Fernando Vela Romero

Cartagena a de de 202_



Anexo 8. Hoja de información y Declaración de consentimiento informado.

HOJA DE INFORMACIÓN

Título del estudio: Comportamiento suicida y adicción a las redes sociales en el trastorno mental

Investigador principal: Fernando Vela Romero

Este documento tiene como fin informar acerca de aspectos fundamentales a conocer sobre el estudio del cual puede decidir o no participar. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Área de Salud II (Cartagena) y el Coordinador de este centro del cual es usuario el Centro de Salud Mental de Cartagena.

Objetivo del estudio: Determinar si existe asociación entre la adicción a las redes sociales (según la escala SNAdds-6S) y el riesgo suicida (medido a través de la escala Plutchik) en pacientes adultos (18-65 años) con trastorno mental (ansiedad, depresión, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la personalidad, esquizofrenia y trastorno bipolar) del centro de salud mental de Cartagena en la Región de Murcia.

Procedimiento del estudio: Su participación en el estudio consistirá en rellenar un cuestionario de 62 preguntas donde tendrá que responder de manera sincera e introducir algunos de sus datos personales. El tiempo estimado para rellenar el cuestionario es de unos 5 minutos. La participación en el estudio es completamente voluntaria y podría retirarse del mismo en cualquier momento.

Confidencialidad: El tratamiento de sus datos de carácter personal será completamente confidencial en base a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.





CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código provisional COIR:	240321045159
Código de autorización COIR: *Puede verificar la autorización ética del presente proyecto de investigación en el código QR superior	TFM.MMC.NPF.FVR.240321
Título del TFG/TFM:	Asociación de la Adicción a las redes sociales y el comportamiento suicida en personas con trastorno mental grave
Tutor/a:	Nuria Padros Flores
Estudiante:	Fernando Vela Romero

Yo.....
(Nombre y apellidos manuscritos por el participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.





Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente*:

Doy No doy

Mi consentimiento para la participación en el presente proyecto de investigación, Respecto al tratamiento de mis datos personales, declaro que mi decisión es la siguiente*:

Doy No doy

Mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales en el presente proyecto de investigación.

Nota*: No es posible participar en el estudio si no se consiente en ambas cuestiones

FIRMA DEL/DE LA PARTICIPANTE	FIRMA DEL TUTOR/A DEL TFG/TFM
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio “Asociación de la Adicción a las redes sociales y el comportamiento suicida en personas con trastorno mental grave”.

FIRMA DEL/DE LA PARTICIPANTE	FIRMA DEL TUTOR/A DEL TFG/TFM
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:



Anexo 9. Cronograma

AÑO		2024							20XX										
MESES		F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
FASES	TAREAS																		
1ª	Revisión bibliográfica																		
	Diseño y redacción del proyecto																		
	Presentación proyecto en la UMH																		
2ª	Presentación al Comité de Ética de Investigación																		
	Presentación del proyecto y solicitud de colaboración al coordinador del CSM																		
	Contactar con las enfermeras del CSM (envío de encuestas)																		
3ª	Creación de base de datos																		
	Recogida de datos a través de los cuestionarios																		
	Codificación y análisis estadístico																		
	Elaboración de resultados y conclusiones																		
4ª	Elaboración del estudio científico																		
	Difusión del artículo																		



Anexo 10 Abreviaturas

CDC: Centros para el control y prevención de enfermedades

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición *“Diagnosis and statistical manual of mental disorders fifth edition”*

NSSI: Autolesiones no suicidas *“Non suicidal self-harm injuries”*

SITB: Pensamientos y comportamientos suicidas *“Self-injury thoughts and behavior”*

TPIS: Teoría psicológica interpersonal del suicidio

INE: Instituto Nacional de estadística

RSO: Redes sociales online

CSM: Centro de salud mental





INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 27/03/2024

Nombre del tutor/a	Nuria Padros Flores
Nombre del alumno/a	Fernando Vela Romero
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Asociación de la Adicción a las redes sociales y el comportamiento suicida en personas con trastorno mental grave
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	240321045159
Código de autorización COIR	TFM.MMC.NPF.FVR.240321
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Asociación de la Adicción a las redes sociales y el comportamiento suicida en personas con trastorno mental grave** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>

