

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE

LA COMUNICACIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



RELACIÓN ENTRE AGRESIVIDAD, IMPULSIVIDAD Y LA DEPENDENCIA DEL

VIDEOJUEGO DOTA 2 EN JÓVENES AREQUIPEÑOS.

Tesis presentada por las Bachilleres:

VALDEZ RIOS, BERTHA

YUCRA COILA, JESSICA ELIZABETH

Para obtener el Título Profesional de
Psicólogas.

Asesor:

Dr. Adalberto Ascuña Rivera

AREQUIPA-PERÚ

2019

DEDICATORIA

*A Dios, a mi familia en especial a mi madre,
quien desde el cielo siempre vigila y guía mis
pasos con su amor incondicional. A mis
hermanos quienes han velado por mi bienestar y
educación siendo mi apoyo en todo momento.
Para esa persona especial para mí quién me
exigió e impulso en todo momento gracias
cariño.*

Bertha Valdez Ríos

*A Dios, por guiar mis pasos con su bendición. A mi
familia, mis hijos y sobre todo a mis padres por su
apoyo incondicional, amor, fortaleza, comprensión
y valores que me han enseñado a caminar por la
vida. Porque sin ellos no hubiera podido lograr
muchas cosas tanto personal como
profesionalmente*

Jessica E. Yucra Coila

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirnos llegar hasta este momento de nuestras vidas, a nuestros padres que confiaron en nosotros y nos dieron los medios necesarios para crecer profesionalmente.

A los jóvenes arequipeños que participaron en nuestra muestra por mostrar colaboración, interés y apoyo durante la aplicación de los instrumentos.

A la Universidad Nacional de San Agustín, nuestra alma mater, que nos formó con valores éticos y morales, a todos los catedráticos que conforman la Escuela Profesional de Psicología, por brindarnos aprendizajes y experiencias valiosas, guiándonos a lo largo de nuestra carrera.

A nuestro asesor de tesis por sus enseñanzas valiosas, su voluntad y calidez humana durante todo el proceso de la realización de este trabajo además de habernos guiado en este proceso en el cual pasamos de estudiantes a profesionales.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES

INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA SEÑOR

PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a vuestra consideración el presente trabajo de tesis titulado: “**AGRESIVIDAD, IMPULSIVIDAD Y DEPENDENCIA DEL VIDEOJUEGO DOTA 2 EN JOVENES AREQUIPEÑOS**”, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, nos permitirá optar el Título Profesional de Psicología.

Arequipa, diciembre del 2019

Bachilleres:

BERTHA VALDEZ RIOS

JESSICA ELIZABETH YUCRA COILA

RESUMEN

En el presente estudio de tipo descriptivo correlacional y de diseño no experimental transversal, el objetivo general fue describir y establecer la relación entre agresividad, impulsividad con la dependencia al juego patológico en jóvenes arequipeños que juegan el videojuego DOTA 2; a través de un muestreo intencional no probabilístico, se logró trabajar con una muestra de 145 jugadores de centros de internet de la ciudad de Arequipa, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Detección del Juego Patológico, Cuestionario de Agresión (Aggression Questionnaire – AQ, Buss & Perry) y el Cuestionario de Impulsividad de Barratt (BIS- 11). Para el procesamiento de información se utilizó el paquete estadístico SPSS 22, haciendo uso de frecuencias y en el caso inferencial se usó el coeficiente de correlación de Pearson los resultados mostraron que, existe relación estadísticamente significativa entre la agresividad y la impulsividad con la dependencia en los participantes que juegan DOTA 2, es decir a mayor dependencia al juego mayor agresión y mayor impulsividad, esta relación es directa, positiva de nivel alto con respecto a la agresión y de nivel medio con respecto a la impulsividad.

Palabras claves: Agresividad, Dependencia e Impulsividad

ABSTRACT

In the present study of a descriptive correlational type and a non-experimental cross-sectional design, the general objective was to describe and establish the relationship between aggressiveness, impulsivity with dependence on pathological play in young Arequipa people who play the DOTA 2 video game; through a non-probabilistic intentional sampling, it was possible to work with a sample of 145 players from Internet centers in the city of Arequipa, to whom the Pathology Game Detection Questionnaire, Aggression Questionnaire - AQ, was applied (Buss & Perry) and the Barratt Impulsivity Questionnaire (BIS-11). For the processing of information, the statistical package SPSS 22 was used, making use of frequencies and in the inferential case Pearson's correlation coefficient was used, the results showed that, there is a statistically significant relationship between aggressiveness and impulsivity with dependence on Participants who play DOTA 2, that is, the greater the dependence on the game, the more aggression and greater impulsivity, this relationship is direct, positive at a high level with respect to aggression and a medium level with respect to impulsivity.

Keywords: Aggression, Dependence and Impulsivity

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
PRESENTACIÓN	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPITULO I

LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	6
3. HIPÓTESIS	6
4. JUSTIFICACIÓN.....	6
5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
6. DEFINICIONES DE TÉRMINOS.....	10
7. VARIABLES E INDICADORES	10

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2. TEORÍA Y CONCEPTUALIZACIÓN	18
A. Agresividad	18
B. Impulsividad	26
C. Dependencia (juego patológico)	35
D. Dota 2	41

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	60
2. POBLACION Y MUESTRA.....	61
3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE LA INVESTIGACION.....	62
A.Cuestionario de Detección del Juego Patológico.....	62
B.Cuestionario de Agresión (Aggression Questionnaire -Aq).....	67
C.Cuestionario de Impulsividad de Barratt (Bis-11).....	72
4. PROCEDIMIENTO:.....	74

CAPITULO IV**RESULTADOS**

1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	75
DISCUSIÓN	100
CONCLUSIONES.....	107
SUGERENCIAS.....	108
REFERENCIAS	109
ANEXOS	116

INDICE DE TABLAS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO NUMÉRICO DE LA EDAD, GRADO DE INSTRUCCIÓN, ESTADO CIVIL Y TIEMPO DEDICADO AL JUEGO DOTA 2 DE LOS PARTICIPANTES.

TABLA 1

Análisis descriptivo numérico de la edad de los participantes que juegan el videojuego DOTA2.....76

TABLA 2

Análisis descriptivo categórico del estado civil y el grado de instrucción de los participantes que juegan el videojuego DOTA 277

TABLA 3

Análisis descriptivo numérico de la frecuencia de horas por día, días a la semana y años dedicados al juego dota 2 de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.78

2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CATEGÓRICO DE LA DEPENDENCIA (JUEGO PATOLÓGICO) DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO DOTA2

TABLA 4

Análisis descriptivo categórico de la dependencia (juego patológico) de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.....80

TABLA 5

Correlación de Pearson de la dependencia al videojuego DOTA 2 (juego patológico) con la edad, días de juego por semana, horas de juego por día y tiempo de juego en años de los participantes.81

TABLA 6

Comparación a través del ANOVA de un factor de la dependencia al videojuego DOTA 2 (juego patológico) según estado civil de los participantes.83

TABLA 7

Comparación a través del ANOVA de un factor de la dependencia al videojuego DOTA 2 (Juego patológico) según grado de instrucción de los participantes.84

3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CATEGÓRICO DE LOS NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO DOTA 2.

TABLA 8

Análisis descriptivo categórico de la agresión AQ de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2 85

TABLA 9

Análisis descriptivo categórico de las sub escalas de la agresión de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2. 86

TABLA 10

Correlación de Pearson de la agresión AQ con la edad, días de juego por semana, horas de juego por día y tiempo de juego en años. de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2..... 88

TABLA 11

Comparación a través del ANOVA de un factor de las subescalas y la agresión AQ según estado civil de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2. 89

TABLA 12

Comparación a través del ANOVA de un factor de las subescalas y la agresión AQ según grado de instrucción de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2 90

4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CATEGÓRICO DE LOS NIVELES DE IMPULSIVIDAD DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO DOTA 2.

TABLA 13

Análisis descriptivo categórico de la impulsividad de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2. 91

TABLA 14

Correlación de Pearson de la impulsividad con la edad, días de juego por semana, horas de juego por día y tiempo de juego en años de los participantes que juegan el videojuego DOTA2..... 92

TABLA15

Comparación a través del ANOVA de un factor de la impulsividad según estado civil de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2. 93

TABLA 16

Comparación a través del ANOVA de un factor de la impulsividad según grado de instrucción de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2. 94

5. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CATEGÓRICO DE LA CORRELACIÓN ENTRE DEPENDENCIA-AGRESIÓN Y DEPENDENCIAIMPULSIVIDAD DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO DOTA 2.

TABLA 17

Asociación a través de la Chi cuadrado de la dependencia al videojuego DOTA 2 y la agresión de los participantes. 95

TABLA 18

Asociación a través de la Chi cuadrado de dependencia al videojuego DOTA 2 y la impulsividad de los participantes. 97

6. CORRELACIÓN ENTRE LA AGRESIÓN Y LA IMPULSIVIDAD CON LA DEPENDENCIA DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO DOTA 2.

TABLA19

Correlación de Pearson de la dependencia al videojuego DOTA 2 con la agresión y la impulsividad de los participantes. 99

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se observa en nuestro medio que el acceso libre e ilimitado a internet y a los avances de las tecnologías electrónicas facilitan que jóvenes inviertan su tiempo en actividades en línea, siendo los videojuegos uno de los pasatiempos favoritos de muchos de estos y sobre todo el Videojuego de Rol Multijugador Masivos en Línea (MMORPG).

En la última década, el interés de los investigadores se vuelve cada vez más hacia el estudio de los videojuegos y sus efectos. Conforme avanza la tecnología mundial, los videojuegos van desarrollando más características complejas, para ofrecerle al jugador. En los estudios orientados a detectar el potencial adictivo de los videojuegos en nuestro medio, Chalco Luque, S. y Guzmán Coaguila, K. (2018) identificaron mayores tasas de uso problemático en los videojugadores de MMORPG y dentro de este está el juego mundialmente conocido como “Dota 2” (Defense of the Ancients) que significa “defensa de los ancestros”.

Por un lado, Cholí y Marco (2011) mencionan que; “La dependencia a los juegos en línea trata sobre la práctica desmesurada y compulsivamente progresiva de la práctica constante que al sujeto le resulta difícil de abandonar haciendo uso de ella cada vez con mucha más constancia y perseverancia”.

Una de las variables que se quiere relacionar a la dependencia de videojuegos es la agresividad, según Buss (1989), afirma que para precisar una conducta agresiva se requiere cumplir con dos características: la primera, es la descarga de estímulos nocivos y la segunda un contexto interpersonal; considerando a la agresión como aquella reacción que descarga estímulos altamente nocivos sobre otros organismos, excluyendo el uso de ideas subjetivas como la intención, que consideraba difíciles de evaluar de forma.

Por otro lado, otra variable a considerar es la impulsividad, según Barratt y colaboradores (1997) citados por Squillace, et al. (2011) consideran a la impulsividad como la “predisposición” a una reacción rápida y no planeada ante los estímulos ya sea internos o externos, sin tener en cuenta las posibles consecuencias negativas. Entonces, basándose en sus estudios, Barratt crea la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS11), la cual está constituida por tres factores: la impulsividad motora, la impulsividad cognitiva y la impulsividad no planificadora.

En líneas generales, la conducta agresiva e impulsiva se encuentra presente en todas las especies, ya que se relaciona con la supervivencia y la reproducción. En el caso de los seres humanos es mediante la educación y la socialización que se intenta inhibir algunas de estas conductas para que sean aceptadas socialmente. Aun así, dichas conductas dependerían del concepto que cada sujeto tenga de ellas, la forma en las cuales impactarían en su vida cotidiana, y, también, en la sociedad (Letona, 2012; Etxeberría, 2011).

En el presente trabajo se indagarán determinadas variables que podrían presentarse en usuarios de videojuegos en línea, como la dependencia, impulsividad y la agresividad. Además, se tendrá en cuenta los niveles presentados en los jugadores.

Nuestra investigación está organizada de la siguiente manera: En el Capítulo I, se encuentra el planteamiento del problema, donde se describe la problemática actual, objetivos tanto específicos como generales, los cuales conducen nuestra investigación, además de la justificación en la cual sustentamos porqué desarrollamos el tema de investigación.

El Capítulo II, comprende el marco teórico el cual sirvió de referencia y base teórica para abordar la problemática de estudio.

El Capítulo III, abarca la metodología de estudio donde presentaremos al tipo, método y diseño de investigación, así mismo se presenta la muestra que se abordará, así como, una breve descripción de los instrumentos.

En el Capítulo IV, se presentarán los resultados y finalmente se desarrolla la discusión, seguida de las conclusiones y recomendaciones con el fin de generar conciencia sobre la problemática que se evidencia en los adolescentes y ampliar la visión de esta problemática que se está viviendo actualmente.

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la dependencia por videojuegos, la agresividad e impulsividad es un tema que no tiene mucha relevancia en nuestro país, ya que normalmente lo catalogan como un “inocente vicio”, que pueden tener los adolescentes y jóvenes que normalmente suelen pasar horas y horas en los videojuegos.

A nivel mundial, se difunden muchos videojuegos, lo cual ha ido creciendo con el pasar de los años, por lo que una parte de los jugadores hacen un uso inadecuado, lo que conlleva a una adicción, se llevó a cabo un análisis, donde se evidenció que mayormente las investigaciones se enfocan en la población infantojuvenil, necesitando información más actualizada y enfocada en los jóvenes especialmente. Un mal funcionamiento psicosocial parece el factor fundamental

para el desarrollo de patrón adictivo de uso de los videojuegos, que también se ha relacionado con el sexo masculino, juego online, tiempo de juego y factores socio familiares (Buiza, García, Alonso, Ortiz, Guerrero, González y Hernández, 2017).

A nivel nacional, según Rojas y Ruesta (2017), Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) elaboró una investigación sobre 496 casos de juego patológico presencial y virtual: ¿los videojuegos como el Dota2 o el Warcraft, son adictivos?”, donde se obtuvo como resultados que el 45% son púberes y adolescentes con edades que oscilan los 12 a 19 años, el varón tiende a tener adicción con un 93% frente a un 7% de mujeres que juegan a diario en Internet. Por otro lado, el 40% cursan estudios superiores, el 33% cursan estudios secundarios y el 27% tienen estudios superiores. Por otra parte, señalaron que mayormente los juegos electrónicos poseen una sencillez de atrapar al jugador y enviciarlo. Por lo que, en un reporte de CEDRO (2018), se pudo observar que la gran mayoría de estudiantes de universidades y de los colegios juegan y que son dependientes de los videojuegos.

El manual DSM V (A.P.A., 2013) hace explícita esta concepción del juego, como una forma de dependencia, cuando afirma: El juego patológico es análogo a la dependencia de sustancias en que se caracteriza por tolerancia, abstinencia, uso compulsivo y consecuencias adversas. Aunque se incluye en los trastornos del control de los impulsos, la definición de juego patológico propuesta más adelante, se ajusta también a la definición de dependencia de sustancias. Los criterios del DSM IV para el diagnóstico de juego patológico son: Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems: 1. Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar). 2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado. 3. Fracaso

repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego. 4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego. 5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión). 6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas).

En el caso de los videojuegos, esta actividad de ocio, puede inicialmente actuar como una forma de recompensa ya que al usarlo proporciona diversión, satisfacción, reconocimiento, etc. Sin embargo, con el pasar del tiempo esto puede cambiar, cuando estos sujetos comienzan a aislarse de su ámbito familiar, su rendimiento laboral o académico. Cuanto se está en un nivel de abuso, tienden a reducirse las horas de sueño, y dejan de consumir sus alimentos en horarios adecuados. Además de ello, pueden presentar signos de euforia, y cuando se alejan de los videojuegos, se pueden sentir vacíos, deprimidos e irritables. Se observa a una gran cantidad de adolescentes y jóvenes, desaprobando sus cursos porque suelen pasar hasta 8 horas jugando Dota2 en lugar de asistir al colegio, instituto, universidad o centro laboral.

Una de las características de estos jugadores que podemos observar, es que, como este juego ocurre en línea, la gente tiende a convertirse en “mala” caracterizado por una versión maligna de su comportamiento normal donde el que interactúa golpea, insulta, se irrita con las personas y con la máquina, apreciando que se transforma comportamentalmente. La culpa de esto puede residir en el anonimato que el internet les otorga a todos. Aún si usan su verdadero nombre y ponen su verdadera foto, puede ser que este tipo de juegos le conlleve a ser más malo y más grosero que si estuvieran sosteniendo una conversación cara a cara. Psicológicamente hablando, creemos que la combinación de competitividad, ambiente rudo, gaming (jugador) de reacción rápida y anonimato crea un ambiente perfecto para el desarrollo de trolls (jerga que quiere describir a una persona bromista, burlona y agresiva). Esto se ha visto en la vida real, cuando solo existía el Dota original en Warcraft III. Es increíble ver a un chico normalmente

tímido y callado convertirse súbitamente en lunático, encolerizado y apasionado gritando con todas sus fuerzas, porque perdieron en una partida como si estuvieran jugando el famoso campeonato “The International” en cada partida. Ahí, nos dimos cuenta que el Dota2 crea un ambiente que nutre este tipo de comportamientos y el desarrollo de conductas agresivas y ni siquiera hablemos de adicción.

Buss y Perry (1992), nos menciona teoría relacionada a su Test de Agresividad donde menciona que la agresividad está compuesta por cuatro dimensiones, la agresividad en sí, donde se tiene la agresividad física y verbal, aquí se habla sobre el potencial agresivo. La hostilidad, que es la evaluación negativa acerca de las personas y las cosas, así mismo menciona que un individuo hostil es alguien que normalmente hace evaluaciones negativas de y hacia los demás, mostrando desprecio o disgusto global por muchas personas. La hostilidad implica una actitud de resentimiento que incluye respuestas tanto verbales como motoras. La “atribución hostil” hace referencia precisamente a la percepción de otras personas como amenazantes y agresivas. La ira, se refiere al conjunto de sentimientos que siguen a la percepción de haber sido dañado, implica sentimientos de enojo o enfado de intensidad variable.

Otra de las características que se observa en un video jugador es la Impulsividad, Barrat (1959) nos menciona que en su test planteó que la impulsividad está compuesta de tres subrasgos. impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. La impulsividad medida por este instrumento ha correlacionado con múltiples desórdenes impulsivos, entre ellos: agresividad, autoagresiones, conducta suicida, juego patológico, búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y drogas, trastorno bipolar, déficit atencional, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de personalidad límite y trastorno de personalidad antisocial; en poblaciones clínicas y no clínicas.

Uno de los principales argumentos en contra de los videojuegos sostiene su elevado potencial como inductores de conductas violentas o agresivas entre los usuarios. Esto viene

dado porque numerosos juegos exhiben niveles de violencia y agresividad que inducen a preocupaciones. De hecho, en muchos videojuegos la tendencia a la violencia no se oculta en absoluto, y las campañas de promoción recurren a ella como uno de los principales atractivos del producto. Algunos videojuegos han llegado a tales límites de violencia que ha dado origen a agrias polémicas públicas y a peticiones de control e incluso de retirada del mercado. Es por ello que la presente investigación tuvo como propósito establecer la relación existente entre la agresividad e impulsividad con la dependencia al Juego DOTA2 en adolescentes y jóvenes, a fin de conocer la situación actual de estos adolescentes y jóvenes, y con ello brindar un nuevo aporte para esta línea de investigación que es muy limitada en nuestro medio.

La importancia de este estudio reside en que es una investigación que tiene originalidad, debido a que no existen muchas investigaciones que tratan específicamente de estudiar la impulsividad y agresividad en la dependencia al videojuego DOTA2, existen investigaciones pero de los videojuegos en general, la presente investigación fue específica en abordar solo el juego DOTA2, ya que es un juego que en la actualidad es el más adictivo en la población de jóvenes, dado que en artículos de investigación mencionan a tal juego como el más adictivo y popular, en una investigación realizada muestra que estos jugadores problemáticos son considerados un grupo en riesgo para el desarrollo de patrones de juego adictivo (Mentzoni et al., 2011).

Por todo lo anteriormente expuesto nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Existirá relación entre la agresividad e impulsividad en la dependencia a videojuegos en adolescentes y jóvenes arequipeños que juegan al DOTA2?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A. Objetivo General

Establecer la relación de agresividad e impulsividad con la dependencia en adolescentes y jóvenes arequipeños que juegan DOTA2.

B. Objetivos Específicos

- a. Identificar los niveles de agresividad e impulsividad en adolescentes y jóvenes arequipeños que juegan DOTA2
- b. Medir los niveles de dependencia al videojuego DOTA 2 en adolescentes y jóvenes arequipeños.
- c. Correlacionar los niveles de agresividad e impulsividad con la dependencia a videojuegos en adolescentes y jóvenes arequipeños que juegan DOTA2.
- d. Relacionar la edad, grado de instrucción y estado civil de los participantes con la agresividad, impulsividad y la dependencia al videojuego DOTA2

3. HIPÓTESIS

A mayores niveles de agresividad e impulsividad, mayores niveles de dependencia en jugadores arequipeños de DOTA2.

4. JUSTIFICACIÓN

La investigación se justifica teóricamente, ya que permitirá evidenciar el nivel de dependencia hacia el DOTA2 que pudieran manifestar los adolescentes y jóvenes participantes, así como el nivel de agresividad e impulsividad que poseen. Así, la importancia del estudio, radica, en que ofrecerá información detallada y sistematizada acerca de las características de la dependencia hacia los videojuegos, agresividad e impulsividad, ya que existen investigaciones, pero de los videojuegos en general, la presente investigación fue específica en abordar solo el

juego DOTA2, ya que es un juego que en la actualidad es el más adictivo en la población de adolescentes y jóvenes de nuestro medio, Chalco. S, Guzmán, K. (2018).

El presente estudio tiene una gran magnitud, trascendencia e impacto debido a que algunos estudios sugieren que la impulsividad incide en las conductas de riesgo, como el juego patológico, en que los jugadores no resisten el impulso a jugar a pesar de las consecuencias negativas para ellos y sus familias, como los costes financieros y psicológicos (Blaszczynski y Nower, 2002). Esto debido a que jóvenes y adolescentes dedican mayor uso de su tiempo, viéndose influenciado sus relaciones sociales, viéndose afectado sus estudios, y un alto coste económico. Sabiendo así que la población de jóvenes también es vulnerable, y es una muestra muy interesante de estudiar, generando así con la presente investigación resultados que enriquezcan el conocimiento y den nuevos aportes acerca de lo que actualmente es la adicción a los juegos, y como es que modifica de cierta forma la personalidad de los jóvenes, teniendo así características impulsivas, agresivas y de adicción, siendo este un aporte primordial, debido a que el campo de la psicología se encarga de estudiar el comportamiento y conducta del ser humano, y es así que mediante este estudio se brindara aportes y recomendaciones a tener en cuenta, y poder ser la línea base para futuras investigaciones. Por ello la agresividad y la impulsividad son cuestiones que se encuentran presentes en la actualidad, ya que desde hace algún tiempo parece haber un incremento en este tipo de conductas a nivel social. Barrat (1994) menciona que la impulsividad estaría ligada a patologías tales como la ludopatía, el consumo de sustancias, trastorno por control de impulsos, trastornos de la personalidad, entre otros. En tanto la agresividad e impulsividad, es un problema que va en aumento y genera incomodidad, sufrimiento en la vida cotidiana de las personas, debido al reciente auge de la tecnología e internet en la vida de los seres humanos, y que estas producen, también, que estas situaciones y conductas agresivas se trasladen al ámbito de la virtualidad como menciona (Letona, 2012).

La factibilidad del estudio es que los presentes objetivos de investigación, son viables para ser estudiados, debido a que las poblaciones a estudiar son adolescentes y jóvenes que se reúnen en un lugar específico para jugar, llamados LAN Center, y se entiende por este término LAN Center – Centro de entretenimiento de juegos de alta capacidad, y en Perú, es la transformación de una cabina de internet con un sólo propósito: facilitar los juegos en línea. Un LAN center ofrece una ciberneta de juegos online, donde el jugador se conecta desde el primer instante y se siente libre de escoger los juegos que desee en ese momento. Los juegos más populares son League of Legends, Dota 2, WoW, Starcraft 2, Fortnite, PUBG, Diablo 3, Battlefield entre otros.

Debido a esta situación, nos ubicamos frente a un tema que requiere exploración e investigación ya que abarca una problemática que se presenta hoy en día afectando a una significativa parte de la población, y que está en avance y evolución continua, por lo que este estudio estaría contribuyendo con el conocimiento de esta problemática a nivel local. Por lo tanto, estos datos proporcionan soporte a este estudio y dieron lugar a la necesidad de investigar para poder brindar información y descripción sobre la relación de la agresividad, la impulsividad y la dependencia al videojuego Dota 2 y así poder dejar información para posteriores estudios en cuanto a este tema; como programas para controlar mejor, la agresividad y a prevenir el desencadenamiento de un juego patológico (ludopatía). Existe muy poca investigación al respecto, por ello es que nuestro estudio está contribuyendo a conocer los niveles de agresividad, impulsividad y dependencia que va generando este tipo de juego en los adolescentes y jóvenes arequipeños, conociendo que en nuestra sociedad existe una cultura tradicionalista que está cuidando los patrones comportamentales de las personas para poderse adherir inmediatamente a una oportunidad laboral

5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio tuvo las siguientes limitaciones:

- A. Debido a que la investigación se realizó solo con jóvenes que juegan el Dota2 de la ciudad de Arequipa, fue necesario la presentación de solicitudes a centro de internet donde solo ofrezcan este tipo de juego, siendo esta denegada por algunos centros de internet debido a que algunos centros ofrecían otros tipos de videojuegos. Es así que una limitación ha sido que hay poca oportunidad de realizar investigaciones en algunas cabinas públicas.
- B. A pesar de que se logró realizar la investigación con la muestra necesaria, se tuvo dificultad para poder acceder a ella, debido a que no todos los jóvenes cumplían con los criterios de inclusión, es así que en algunas cabinas donde habían alrededor de 60 jugadores solo se tomó a 25 participantes aproximadamente para la muestra de cada cabina, lo que alargó el tiempo de aplicación buscando más cabinas de internet.
- C. Otra limitación fue el tiempo con el que contaban los jóvenes para llenar las pruebas ya que algunos tenían muchas ansias de jugar y parecían apurados para iniciar una partida, en esos casos tuvimos que esperar a que terminaran su partida para la evaluación, se anularon 40 cuestionarios debido a que se encontraban incompletos o llenados de manera incorrecta. Es por ello que estos datos no se pueden generalizar, debido a que la muestra no es muy representativa, ya que varios de los jugadores no quisieron participar voluntariamente, teniendo así un factor de disponibilidad en el tiempo.

6. DEFINICIONES DE TÉRMINOS

A. Agresividad

Según la Real Academia Española RAE (2014), define a la Agresividad como tendencia a responder o actuar de manera violenta.

La agresividad para Buss (1961), definida como una consecuencia donde se libera estímulos dañinos en contra de otra persona.

B. Impulsividad

La impulsividad es la predisposición a reaccionar hacia estímulos externos o internos de forma no premeditada, sin tener en cuenta las consecuencias negativas de la acción (Eysenck y Eysenck, 1978; Moeller et al., 2001)

C. Dependencia

Cholíz y Marco (2011) “La dependencia a los juegos en línea trata sobre la práctica desmesurada y compulsivamente progresiva de la práctica constante que al sujeto le resulta difícil de abandonar haciendo uso de ella cada vez con mucha más constancia y perseverancia”.

7. VARIABLES E INDICADORES

A. Identificación de Variables

Variables 1: Agresividad

Variable 2: Impulsividad

Variable 3: Dependencia

Variables Intervenientes: Grado de Instrucción, Estado Civil, edad

B. Operacionalización de Variables

	VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
Variable 1	Agresividad	Según la Real Academia Española RAE (2014), define a la Agresividad como tendencia a responder o actuar de manera violenta. La agresividad para Buss (1961), definida como una consecuencia donde se libera estímulos dañinos en contra de otra persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Agresión física • Agresión verbal • Ira • Hostilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto • Alto • Medio • Bajo • Muy bajo 	<ul style="list-style-type: none"> • 99 a más puntos • 83-98 puntos • 68-82 puntos • 52-67 puntos • Menos a 51 puntos
Variable 2	Impulsividad	La impulsividad es la predisposición a reaccionar hacia estímulos externos o internos de forma no premeditada, sin tener en cuenta las consecuencias negativas de la acción (Eysenck y Eysenck, 1978; Moeller et al., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad motora • Impulsividad cognitiva • Impulsividad no planeada 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo 	<ul style="list-style-type: none"> • 72 puntos a mas • 52 – 71 puntos • menos a 52 puntos

Variable 3	Dependencia a los videojuegos (juego patológico)	Cholíz y Marco (2011) "La dependencia a los juegos en línea trata sobre la práctica desmesurada y compulsivamente progresiva de la práctica constante que al sujeto le resulta difícil de abandonar haciendo uso de ella cada vez con mucha más constancia y perseverancia".	<p>Factor 1: Conducta de escape.</p> <p>Factor 2: Descontrol conductual en la adquisición del dinero.</p> <p>Factor 3: Irritabilidad</p> <p>Factor 4: Ocultación y centralidad en el juego</p> <p>Factor 5: Persistencia en el juego persiguiendo las ganancias</p> <p>Factor 6: Pérdida de la centralidad del rol laboral</p> <p>• Factor 7: "Caza" de lo perdido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No Jugador • Jugador con Riesgo • Jugador Dependiente 	<ul style="list-style-type: none"> • 0-4 puntos • 5-9 puntos 10 a más puntos
	Variables Intervinientes		<p>Superior Universitario</p> <p>Superior Técnico</p> <p>Estudiantes</p>		
	Grado de Instrucción				
	Estado civil		<p>Soltero</p> <p>Casado</p> <p>Conviviente</p>		
	Edad		<p>18-23 años</p> <p>24-30 años</p>	<p>Adolescentes</p> <p>Jóvenes</p>	

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En las siguientes líneas se mencionarán algunas investigaciones relacionadas con la “relación entre agresividad, impulsividad y la dependencia del videojuego dota 2 en jóvenes arequipeños.”

A nivel internacional, Letona (2012) realizó la investigación titulada “Agresividad en adolescentes ciberadictos” con el objetivo de identificar la relación entre la ciberadicción y el comportamiento agresivo en adolescentes. En una población de 200 adolescentes, de los cuales se seleccionó a 40 para la muestra, así mismo se utilizó como instrumento de recolección de datos el test INAS- 87 y una encuesta para evaluar niveles de agresividad. Entre los resultados más importantes se evidenció que, el 12.50% de los adolescentes poseen un nivel alto de

agresividad, el cual se manifiesta en su estilo de vida, por lo que dichas personas manejan una tolerancia baja a los diferentes estímulos, mientras que el 47% afirmó usar videojuegos, en cuanto a las correlaciones, estas fueron no significativas ($p=0.07$) y débiles (0.26). Se concluyó que, existen componentes que pueden generar un comportamiento agresivo en los adolescentes, sin embargo, estos no se evidencian íntimamente relacionados con el uso excesivo de videojuegos diariamente.

En España los autores Daniel Lloret Irles y Ramón Morell Gomis (2015) con su investigación “Impulsividad y adicción a los videojuegos” que tuvo como objetivo analizar la relación entre impulsividad, la frecuencia e intensidad de uso de videojuegos y la adicción a los videojuegos donde los resultados indican que la impulsividad está asociada a la adicción a los videojuegos en ambos géneros y mantiene relación únicamente con el tiempo dedicado a los videojuegos en días laborales. Atendiendo a los resultados, la impulsividad es un factor a considerar en el desarrollo de adicción a video juegos. Por lo tanto, la impulsividad debe ser tomada en cuenta para explicar la conducta problemática de videojuegos, así como en el diseño de intervenciones preventivas y terapéuticas.

Diana Ximena Puerta- Cortés, Xavier Carbonell y Andrés Chamarro (2014) en su investigación “Influencia de la pasión y la impulsividad en el tiempo, el estilo y el género del video jugador” tuvo como objetivo examinar la influencia de la pasión y la impulsividad en el uso de videojuegos. Conformaron la muestra 630 estudiantes universitarios, 47,6% colombianos y 52,4% españoles, de los que el 82,7% eran hombres ($M = 19,53$ años, $D.T = 2.43$). Los participantes respondieron el Cuestionario de hábitos de juego, la Escala de la pasión (Vallerand et al., 2003) y el Inventario de impulsividad (Dickman, 1990). Los resultados muestran que jugaban entre 3 y 5 horas a la semana. Los hombres preferían más los videojuegos de acción- violencia, deporte y MMORPG, y su estilo de juego era más intensivo. Las mujeres jugaban más simulación, estrategia y minijuegos y su estilo de juego era casual.

La pasión armoniosa, obsesiva y la impulsividad disfuncional correlacionaron con las horas de juego. La pasión armoniosa y obsesiva predicen el estilo de juego y el tiempo de juego. La impulsividad disfuncional también predice el tiempo. Las variables predictores de los videojuegos masivos son la edad, la pasión y la impulsividad funcional. En conclusión, la pasión es un predictor estable del uso de los videojuegos, mientras la impulsividad funcional o disfuncional depende más de la naturaleza del videojuego (masivo o no masivo).

En Latinoamérica, Ecuador, los autores Jhonny Escobar Miranda y Alexandra Salazar Herrera (2015) en su tesis “Juegos en línea y sus consecuencias psicosociales en las personas que frecuentan el cyber “meganeth” de Riobamba, periodo abril-septiembre 2013”, donde tuvo como objetivo determinar las consecuencias psicosociales negativas y positivas, de los juegos en línea, en las personas que frecuentan el Cyber “Meganeth” de la ciudad de Riobamba. Al identificar a las personas que presentan ludopatía en base a la aplicación del Test “Cuestionario Breve de Diagnóstico del Juego Patológico” de una población de 30 usuarios, se detectó a 16 jugadores ludópatas, 5 equivalente al 31% califican como jugadores con riesgo y 11 que equivale al 69% son considerados jugadores dependientes. Los juegos en línea producen consecuencias psicosociales negativas que han perjudicado en el ámbito personal, social y afectivo de los jugadores, provocando conductas agresivas, amenazantes, aislantes, tanto a nivel familiar, escolar, laboral, etc. Sin embargo, a pesar de ello, los usuarios prefieren continuar practicando constantemente este tipo de juegos debido al desconocimiento de afección en su desarrollo psicosocial. Si se tiene un manejo responsable de los juegos en línea, existen beneficios en ciertas funciones cognitivas y en aspectos que aportan a tener autoconfianza que se verán reflejados en su diario vivir.

A nivel nacional, la investigación de Josymar Remijio Vasquez (2017) en su tesis tuvo como objetivo en su investigación titulada “Adicción a los videojuegos y agresividad en adolescentes de dos instituciones educativas públicas del distrito de Los Olivos, 2017”

determinar la relación, a modo de correlación, entre agresividad y adicción a los videojuegos, la muestra estuvo constituida por 350 alumnos entre hombres y mujeres; sus edades estuvieron comprendidas entre 11 a 16 años, a quienes se les aplicó los instrumentos Test HAMM1ST por Hugo Aquiles Mendoza Mezarina y el cuestionario de agresión de Buss y Perry. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional y para determinar los resultados se empleó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, ($Rho \text{ de Spearman} = ,571, \alpha = ,000$ (Significativo) Concluyendo en los resultados que existe correlación de tipo directo entre las variables de agresividad y adicción a los videojuegos.

A *nivel local*, los estudiantes Felicita Carlos Sarcca y Gretel Corsina Saldívar Bolívar (2017) en su tesis “Influencia de la ejecución del videojuego dota 2 en la agresividad, en los estudiantes del vii ciclo, nivel secundario, institución educativa francisco mostajo, distrito Tiabaya, Arequipa, 2016.” Tuvieron como objetivo Determinar la influencia de la ejecución del videojuego Dota 2 en la agresividad, en los estudiantes del VII Ciclo, nivel secundario, institución educativa Francisco Mostajo, distrito Tiabaya, Región Arequipa, 2016. Para poder alcanzar este objetivo general se propuso 2 objetivos específicos. El primero de los objetivos específicos es: Describir la ejecución del videojuego Dota 2, en los estudiantes del VII Ciclo, nivel secundario, institución educativa Francisco Mostajo, distrito Tiabaya, Región Arequipa, 2016. Acerca de lo cual, se halló que, en él, Indicador: Emplea el videojuego Dota 2 en diversos contextos, un 73.3 % de los estudiantes está en el nivel Regular; el 17.5 % está en el nivel Bueno; y, el 9.2 %, se ubica en el nivel Malo. En el Indicador: Practica el videojuego Dota 2 con varios contenidos, un 85.0 % de los estudiantes está en el nivel Malo; el 8.3 % está en el nivel Regular; y, el 6.7 %, se ubica en el nivel bueno, y en el Indicador: Emplea el videojuego Dota 2 con actitudes favorables/desfavorables, un 94.2 % de los estudiantes está en el nivel Malo; el 4.2 % está en el nivel Regular; y, el 1.6 %, se ubica en el nivel bueno, y a nivel de la

Variable independiente: Ejecución del videojuego Dota 2, un 83.4 % de los estudiantes está en el nivel Malo; el 10.8 % está en el nivel Regular; y, el 5.8 %, se ubica en el nivel Bueno.

En el estudio de Stephanie Challco Luque y Karen Guzmán Coaguila (2018) en su tesis “Uso de videojuegos y su relación con las habilidades sociales en estudiantes del área de ingenierías de la UNSA” tuvieron como objetivo, determinar la relación que existe entre el uso de videojuegos y las habilidades sociales en una muestra de 606 estudiantes de segundo a cuarto año de la Facultad de Ingeniería de Producción y Servicios de la Universidad Nacional de San Agustín. El estudio fue desarrollado siguiendo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental transversal descriptivo y correlacional, los instrumentos utilizados fueron el Test de Dependencia de Videojuegos (TDV) adjuntado a una ficha de preguntas generales sobre la preferencia y frecuencia en el uso de videojuegos y el Cuestionario de Habilidades Sociales. Para el procesamiento de información se utilizó el paquete estadístico SPSS 24, haciendo uso de frecuencias y en el caso inferencial se usó el coeficiente de correlación de Pearson. Donde se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre el uso de videojuegos y las habilidades sociales de los estudiantes evaluados ($r = -.139$; $p = .001$), la relación es inversamente proporcional, lo que nos indica que un mayor uso de videojuegos está asociado con bajas habilidades sociales. Sin embargo, la relación es débil, dándonos a entender que el uso de videojuegos no es determinante para un alto o bajo nivel de habilidades sociales, ya que la mayoría de estudiantes que hace uso de videojuegos se ubica en un nivel medio. El videojuego más popular es Dota 2, seguido de otros videojuegos que pertenecen al género juego de rol multijugador, predominando así la interacción con otras personas durante el juego.

2. TEORÍA Y CONCEPTUALIZACIÓN

A. Agresividad

Las últimas décadas se han caracterizado por un creciente interés en el estudio, evaluación y tratamiento de la agresividad, a consecuencia del incremento de las conductas agresivas en las sociedades occidentales, especialmente en el ámbito educativo y familiar, y también por la preocupación social que este tema genera. De hecho, entre 1973 y 1992 los crímenes violentos aumentaron en un 81 % en Estados Unidos, y un estudio realizado posteriormente por el Departamento de Justicia estadounidense reveló que se comete un ataque violento cada 31 segundos, un robo cada 59 segundos, una violación cada 6 minutos y un asesinato cada 27 minutos (Federal Bureau of Investigation, 1997). La conducta agresiva es común a todas las especies, por sus efectos en la supervivencia y en la reproducción, pero en el caso del ser humano, los procesos de aprendizaje y de socialización ayudan a inhibir estas tendencias o a canalizarlas hacia conductas socialmente aceptadas. Por consiguiente, el incremento de las conductas agresivas podría estar reflejando la presencia de necesidades y carencias en nuestra sociedad. De hecho, según Palermo (1997), el aumento de las conductas agresivas y violentas se debe a la creciente sensación de inseguridad y desencanto que sufre la población, ya que esta situación favorece la aparición de sentimientos de ira, hostilidad y frustración.

La agresividad es una de las tácticas al servicio de la competición social, una de las habilidades normales del repertorio comportamental humano que van dirigidas a observar saldos favorables en las interacciones conflictivas (es decir, ganancias/perdidas, victorias/derrotas). La frontera entre agresión y violencia se suele situar precisamente en el criterio del daño físico. Aunque esa distinción es muy imprecisa, no es necesario causar lesiones físicas para conducirse de manera agresiva: con producir merma, molestias o perjuicios de cualquier tipo en los demás es suficiente (Tonema, 2001). Las conductas

agresivas pueden verse favorecidas en individuos con elevada impulsividad. Mingote C. y Requena M. (2010)

a. Dimensiones de la agresividad

- **Agresividad física.** La agresividad física es aquella que se manifiesta a través de golpes, empujones y otras formas de maltrato físico utilizando su propio cuerpo o un objeto externo para infligir una lesión o daño (Solberg y Olweus, 2003). Se produce a partir de un impacto directo de un cuerpo o un instrumento contra un individuo (Björkqvist, 1994; Fernández y Sánchez, 2007).
- **Agresividad verbal:** La agresividad verbal se manifiesta a través de insultos, amenazas, etc. Implica sarcasmo, burla, uso de mote o sobrenombres para referirse a otras personas, extensión de rumores maliciosos, cotilleo, etc. tal y como se plantea en el Informe del Defensor del Pueblo (2007) y en el estudio de Barrio, Martín, Almeida y Barrios (2003).
- **Ira:** La ira constituye un sentimiento que aparece como consecuencia de las actitudes hostiles previas (Eckhardt, Norlander y Deffenbacher, 2004). Otros autores como Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983) relacionan la ira con un sentimiento o un estado de ánimo, definiendo la ira como un estado emocional con sentimientos que varían en intensidad y que pueden comprender desde el disgusto o una irritación media hasta la furia intensa.

Las diferentes definiciones no delimitan con plena exactitud la respuesta emocional de ira, aunque parece que está asumido que se trata de una respuesta emocional caracterizada por una activación fisiológica y una expresión facial característica acompañada por sentimientos de enfado o enojo y que aparece cuando no se consigue alguna meta o necesidad o se recibe un daño (Pérez, Redondo y León, 2008).

- **Hostilidad:** La hostilidad, para Buss (1961), es una actitud que implica el disgusto y la evaluación cognitiva hacia los demás. Sin embargo, para Smith (1994), la hostilidad es una variable cognitiva caracterizada por la devaluación de la importancia y de las motivaciones ajenas, por la percepción de que las otras personas son una fuente de conflicto y de que uno mismo está en oposición con los demás, y el deseo de infligir daño o ver a los demás perjudicados.

Por consiguiente, podemos definir la agresividad como un sistema de procesamiento de informaciones aversivas sobre otros que permiten movilizar anticipadamente acciones preventivas (Fernández-Abascal, Jiménez Sánchez y Martín Díaz, 2003). En esta misma dirección, Dodge (1980) plantea que los sujetos, en una situación social dada, poseen experiencias previas en su almacén de memoria y unas metas concretas, por lo tanto, los adolescentes agresivos tienen problemas durante todo el proceso; recogen menos información, la interpretan sesgadamente, generando menos soluciones alternativas y, finalmente las evalúan con escasa precisión.

b. Tipos de agresividad

- **Agresividad vs violencia:**

En general se considera que la diferencia entre los dos términos radica en la intensidad de la conducta: la violencia es un acto agresivo de elevada intensidad y gravedad, que puede incluso implicar el asesinato de una persona, mientras que la agresividad implica a una gravedad menor (pegar, insultar, etc.). Por lo tanto, toda conducta violenta es agresiva, pero no toda conducta agresiva es violenta. Más concretamente, Buvinic, Morrison & Shifter (1999) definieron la violencia como la amenaza o el uso de la fuerza física o psicológica con el propósito de hacer daño, excluyendo el uso de la agresión para resolver conflictos. Según estos autores, el robo,

el homicidio, el secuestro, la violencia doméstica, etc., son algunos ejemplos de violencia. En cambio, Gelles & Strauss (1979) especificaron que se podían considerar como actos violentos únicamente aquellos realizados con la intención de herir físicamente a otra persona.

- **Agresividad física vs agresividad verbal:**

La agresividad física es aquella que se manifiesta a través de golpes, empujones y otras formas de maltrato físico, mientras que la agresividad verbal se manifiesta a través de insultos, amenazas, etc. Según Berkowitz (1994) y Björkqvist (1994) la agresividad física se produce a partir del impacto directo de un cuerpo o de un instrumento contra los contrincantes. Por otra parte, según estos autores, la agresividad verbal se produce a través del lenguaje, e implica sarcasmo, burla, uso de mote o sobrenombres para referirse a otras personas, extensión de rumores maliciosos, cotilleo, etc. Sin embargo, según otros autores, conductas tales como cotillear o extender rumores correspondería a una agresividad de tipo indirecta porque el agresor no se enfrenta directamente a la víctima (Lagerspetz, Björkqvist & Peltonen, 1988; Björkqvist, Lagerspetz & Kaukiainen, 1992). Estos autores, señalan además un tercer tipo de agresión.

Numerosas investigaciones realizadas con niños muestran que tanto la agresividad física como la agresividad verbal son más comunes en niños que en niñas (Crick & Werner, 1998; Owens, Shute & Slee, 2000). En el caso de los adultos, los estudios revelan mayores niveles de agresividad física en los hombres que en las mujeres (Buss & Perry, 1992; Andreu, Peña & Graña, 2002). Pero en el caso de la agresividad verbal, los resultados obtenidos a partir de muestras adultas son contradictorios (Buss & Perry, 1992; Rodríguez, Peña & Graña, 2002; Condon, Morales-Vives, Ferrando & Vigil-Colet, 2006). Respecto a la evolución de la agresividad con la edad, parece ser que la conducta agresiva se percibe mejor en el grupo de iguales durante la adolescencia que

durante la edad madura. Quizás por este motivo, la expresión de la agresividad disminuye con la edad. De todas formas, otros tipos de agresividad, como la ira y la hostilidad, también disminuyen con la edad (Archer, 2004 a).

- **Hostilidad vs ira:**

En general, se ha descrito la hostilidad como una característica actitudinal. Por ejemplo, Buss (1961) la definió como una actitud que implicaba el disgusto y la evaluación negativa hacia los demás. Berkowitz (1993) definió la hostilidad de forma parecida, describiéndola como una actitud negativa hacia otras personas acompañada por juicios desfavorables hacia ellas. Spielberger (1988) la definió como un complejo conjunto de sentimientos y actitudes negativas que implicaban tanto motivaciones agresivas como sentimientos de venganza. Por el contrario, según Smith (1994) la hostilidad es una variable cognitiva caracterizada por la devaluación de la importancia y de las motivaciones ajenas, por la percepción de que las otras personas son una fuente de conflicto y de que uno mismo está en oposición con los demás, y el deseo de infligir daño o ver a los demás perjudicados. No obstante, otros autores entienden la hostilidad como una variable mucho más compleja formada a su vez por múltiples facetas, que además de actitudes negativas implica también sentimientos y conducta expresiva (Barefoot, 1992; Barefoot & Lipkus, 1994), tales como cinismo (la creencia de que los demás se rigen por motivaciones egoístas), desconfianza (pensar que los demás son potencialmente provocadores y dañinos) o denigración, caracterizada esta última por la percepción de que los demás son deshonestos, tacaños, etc. (Miller, Smith, Turner, Guijarro & Hallet, 1996). Sin embargo, la ira constituiría un sentimiento que aparecería como consecuencia de las actitudes hostiles previas (Eckhardt, Norlander & Deffenbacher, 2004). De hecho, diversos autores relacionan la ira con un sentimiento o un estado de ánimo. Por ejemplo, Spielberger, Jacobs, Russell & Crane (1983)

definieron la ira como un estado emocional con sentimientos que varían en intensidad, que pueden comprender desde el disgusto o una irritación media hasta la furia intensa. Pero esta definición no es suficiente amplia, ya que no incluye detalles que también aparecen cuando una persona experimenta ira. Por este motivo, diversos autores han considerado la ira como un atributo multidimensional que implica variables fisiológicas relacionadas con el arousal simpático general y la función de los neurotransmisores y de las hormonas, así como variables cognitivas como creencias irracionales, pensamientos automáticos, etc., variables fenomenológicas tales como la conciencia subjetiva y el etiquetaje de los sentimientos de ira, y, finalmente, variables conductuales como las expresiones faciales y las estrategias de expresión de la ira a nivel conductual y verbal (Berkowitz, 1993, Deffenbacher, 1994; Eckhardt & Deffenbacher, 1995). Por lo tanto, la ira es un estado transitorio que se refiere tanto a experiencias subjetivas como a pensamientos, y que se comunica o se exterioriza a través de reacciones faciales, verbales, corporales, etc.

Algunos investigadores han propuesto que la hostilidad y la ira deben estar altamente relacionados, ya que el hecho de que una persona manifieste una actitud hostil, percibiendo otras personas como amenazadoras, podría favorecer que reaccionara con sentimientos de ira (Eckhardt & Deffenbacher, 1995). Suarez & Williams (1989) realizaron un estudio en el que observaron que aunque las personas con baja hostilidad y las personas con alta hostilidad no diferían en una serie de variables fisiológicas cuando estaban en reposo, cuando eran sometidos a una situación que inducía ira, las personas con elevada hostilidad reaccionaban con un mayor aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca que las personas con bajos niveles de hostilidad.

c. Teorías de la agresividad

- **Teoría Social del aprendizaje**

Esta teoría plantea que las personas aprenden de una manera u otra la conducta agresiva. Como no es algo inherente a la naturaleza humana, con un mínimo de enseñanza se pueden perfeccionar formas elementales de agresión. Para lograr un mayor grado de agresividad y de efectividad en su aplicación es necesario un entrenamiento extenso. De esta manera, se establece modelos agresivos de conducta que pueden ser aprendidos por observación o por experiencia directa del combate.

Si bien los modos de conductas pueden ser aprendidos a través de la experiencia, sea directa u observada, no hay que olvidar que la estructura biológica limita el grado de perfeccionamiento de los distintos tipos de respuesta agresiva. Además, la herencia genética influye en la rapidez del aprendizaje. Los factores biológicos de la agresión varían entre especies. La tecnología permite al hombre un poder destructivo muy superior a sus capacidades físicas (Bandura y Ribes, 1975).

Por otro lado, hay que plantear la importancia de la influencia del ejemplo. Observando las acciones de otros, ya sea en forma deliberada o inconsciente, se forma en el observador la idea de cómo ejecutar una conducta determinada y que, posteriormente, será una guía para ejecutar acciones (Bandura y Walters, 2002).

El autor estudió cómo niños y niñas copian casi instantáneamente los mismos comportamientos agresivos observados en sus padres u otros adultos que le sirven de modelo. Otros estudios confirman la teoría de Bandura, como los de Liddell (1994), ya que éste y sus colaboradores encontraron que en comunidades relativamente violentas en Sudáfrica, los niños presentan en promedio conductas más agresivas en comparación con otros niños que habitan en comunidades relativamente pacíficas. Así mismo, Fry (1988) investigó niños de comunidades zapotecas en México, los que están expuestos a

la agresión entre adultos (la cual es práctica común y aceptada), por lo que son, en promedio, más agresivos que otros niños que viven en ambientes donde la agresión es menos frecuente y, a su vez, menos aceptada.

Además, hay que precisar que, como demuestra la experiencia, la exposición a modelos agresivos no implica el aprendizaje automático por observación, ya sea porque el observador no percibe los rasgos esenciales de la conducta modelo, o porque se olvida lo observado.

Si pueden representarse con imágenes, palabras u otros símbolos los modelos de conducta, se comprueba algún grado de vigencia en el individuo. El ensayo mental de acciones es otra manera de retener lo que ha aprendido por observación.

En la teoría del aprendizaje social se distingue entre la adquisición de conductas con potenciales destructivo y lesivo y los factores que determinan si la persona ejecutará o no lo que ha aprendido, puesto que no todo lo aprendido se pone en práctica.

Se puede adquirir, retener y poseer la capacidad para manifestar una conducta agresiva, pero rara vez se hará uso de ese aprendizaje si ser agresivo no tiene un valor práctico o si su aplicación es sancionada de manera negativa. Pero, en el tiempo puede presentarse las circunstancias adecuadas para poner en práctica lo aprendido. Esto implica la capacidad de predecir una agresión si se examinan las condiciones que predisponen a los individuos con un alto grado de hostilidad. (Bandura y Ribes, 1974).

Así mismo, Bandura (1973), desde su modelo de aprendizaje social, ayuda a explicar la naturaleza de la agresividad proactiva, la cual sería una estrategia más que el individuo utiliza para alcanzar un objetivo o beneficio. Esta agresividad no necesita la misma motivación que requiere la agresión reactiva para su manifestación, y es más bien asumida como un tipo de agresión organizada, instrumental y calculada.

La agresividad proactiva, mencionada por algunos autores como agresividad instrumental, es aquella motivada por un propósito premeditado cuya intención principal no es precisamente causar daño al otro, sino la obtención de un beneficio personal.

- **Teoría Comportamental de Buss**

En la teoría comportamental, según Buss (1989) plantea que: “La conducta agresiva es una variable de personalidad, una respuesta constante y penetrante, Un sistema de hábitos, que se asocian de acuerdo a las características y estilos como físico-verbal, activo-pasivo, directoindirecto”. (Citado en Cuestionario de Agresividad Buss y Perry - adaptado-, 2012). Según Buss (1989), la agresividad es considerada un aspecto individual, que se convierte en un hábito de acuerdo a la situación vivenciada por el individuo, si este se instaura como una reacción cotidiana, se puede hablar de un estilo de personalidad. Si bien es cierto, existen diferentes enfoques, teóricos que nos tratan de explicar de manera amplia diversas teorías sobre la agresividad, frente a las mencionadas con anterioridad, se puede inferir que la agresividad es una respuesta frente a una situación amenazante, dependiendo de las circunstancias, que sí se da con frecuencia este tipo de reacción, puede 30 instaurarse un hábito y progresivamente hacerse un estilo de personalidad.

B. Impulsividad

Actualmente hay un acuerdo general sobre la importancia de la impulsividad a nivel individual y social, ya que está relacionada con distintos comportamientos con gran impacto social como la agresión (Cherek, Moeller, Dougherty & Rhoades, 1997; Dolan, Anderson & Deakin, 2001), las tendencias suicidas y el abuso de sustancias (Dougherty, Mathias, Marsh, Moeller & Swann, 2004), la conducta criminal, la ludopatía, el abuso físico y sexual (McCown & DeSimone, 1993, Hart & Dempster, 1997), etc. Además, la

impulsividad aparece como criterio diagnóstico en múltiples trastornos psicológicos según la cuarta versión revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), como los trastornos por control de los impulsos, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno por hiperactividad y déficit de atención, etc. Existe cierto consenso, además, de que la conducta impulsiva y los problemas que se derivan por la tendencia actuar sin la suficiente reflexión, van en aumento. De hecho, se considera que la impulsividad es un factor clave en conductas problemáticas como la agresión, la ludopatía o el abuso de sustancias entre otras (Barratt, 1994; Hart & Dempster, 1997; McMurran, Blair & Egan, 2002; Strauss & Mouradian, 1998). Según un estudio, la impulsividad en edades tempranas es un predictor directo del abuso de alcohol en la edad adulta (Klinterberg, Andersson, Magnusson, & Stattin, 1993). Además, muchos autores consideran que la impulsividad es el mejor predictor de la conducta antisocial y de la delincuencia (Knorrning & Ekselius, 1998; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994).

Por todos estos motivos, en los últimos años se ha producido un creciente interés por las características de la impulsividad, dando lugar a un aumento del número de investigaciones realizadas sobre el tema (Felthous, 1998; McCown, Johnson & Shure, 1993; Scarpa & Raine, 2000). No obstante, a pesar del acuerdo sobre su importancia, el estudio de la impulsividad se ha caracterizado por la falta de consenso entre los autores sobre su definición y sobre las características y el número de dimensiones que lo componen. Algunas de estas definiciones están relacionadas con la falta de reflexión: se ha considerado la impulsividad como la tendencia a actuar sin pensar (Smith, 1952; Barratt & Patton, 1983), la falta de reflexión entre el estímulo ambiental y la respuesta individual (Doob, 1990), la propensión a actuar con menos reflexión que la mayoría de individuos con el mismo nivel de habilidad y conocimientos (Dickman, 1993), la tendencia a actuar

dejándose llevar por el ímpetu del momento sin considerar los potenciales riesgos implicados (Eysenck, Pearson, Easting & Allsopp, 1985; Patton, Stanford & Barratt, 1995). En cambio, Coles (1997) describió la impulsividad como una dimensión compuesta por múltiples aspectos, que incluían un impulso, la expresión conductual del impulso y la situación en que ambas confluían. Otras de las múltiples definiciones que se han propuesto implicaban el fracaso para evaluar una situación de riesgo o peligro (S. B. G. Eysenck & McGurk, 1980), la incapacidad para planificar a largo plazo (Barratt & Patton, 1983; S. B. G. Eysenck & H. J. Eysenck, 1977; Buss & Plomin, 1975), la propensión a actuar de forma prematura o inapropiada en situaciones que implican consecuencias indeseables (Daruna & Barnes, 1993), el fracaso al aplazar respuestas que comportan castigo o un déficit en el aprendizaje de evitación pasiva (Gray, Owen, Davis & Tsaltas, 1983) o una mayor tendencia a responder rápidamente a los estímulos que a inhibir las respuestas (Barratt & Patton, 1983; Prior & Sanson, 1986; Buss & Plomin, 1975). Otros autores han destacado las implicaciones patológicas de esta dimensión, como Oas (1983) que define la impulsividad crónica como la tendencia persistente a emitir conductas inapropiadas o patológicas caracterizadas por la falta de reflexión y demora. Por otra parte, el manual DSM-IV define los trastornos del control de los impulsos como el fracaso para resistir un impulso, *drive* o tentación de realizar un acto que es dañino para la persona o para los demás (American Psychiatric Association, 1994).

La multiplicidad de teorías y definiciones sobre la impulsividad ha dado lugar a su vez a un gran número de instrumentos que miden este constructo, cada uno caracterizado por un número diferente de factores y escalas. Pero el enfoque de estas medidas es diferente, ya que mientras algunos cuestionarios realizan una única medida general de impulsividad, otros pretenden evaluar diferentes componentes concretos de la misma. Además, muchos ítems de estos cuestionarios se caracterizan por contenidos completamente diferentes:

algunos hacen referencia a la precaución, otros a las reacciones agresivas ante las provocaciones, otros a la reflexión, etc. Ante esta situación, Gerbing, Ahadi & Patton (1987) realizaron un estudio para establecer si existía una estructura factorial subyacente a este conjunto de técnicas. Administraron los siguientes cuestionarios: la forma A del cuestionario 16PF (Cattell, Eber & Tatsuoka, 1970); el test GZTS (Guilford, Guilford & Zimmerman, 1978) con sus correspondientes escalas de reflexión, actividad general y autocontrol; la escala de impulsividad del cuestionario I₇ (S. B. G. Eysenck, Pearson, Easting, & Allsopp, 1985); los ítems de impulsividad de la forma E del instrumento 16 PRF (Jackson, 1974); los ítems de impulsividad del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, Hathaway & McKinley, 1967) y los 40 ítems SSS, Forma V. También administraron el BIS-8 y el BIS-10 de Barratt; los ítems de impulsividad del EASI-III y el cuestionario I₅ (S. B. G. Eysenck & H. J. Eysenck, 1977).

Finalmente, se añadieron también tres medidas conductuales. En primer lugar se administró la prueba conductual Matching Familiar Figures Test (MFFT; Kagan, Rosman, Day, Albert & Phillips, 1964), relacionada con el tempo cognitivo y que se ha utilizado para diferenciar entre sujetos reflexivos y sujetos impulsivos. Las otras pruebas conductuales fueron una prueba de tiempo de reacción y una prueba de tiempo de estimación, medidas que algunos autores también han relacionado con la impulsividad. El análisis factorial restringido (sin correlacionar los errores de medida) realizado proporcionó un conjunto de 45 ítems que identificaban 15 componentes diferentes de impulsividad, doce de los cuales eran: impulsividad, búsqueda de emociones, rapidez en la toma de decisiones, evitar la planificación, energía, despreocupación, irreflexión, compra impulsiva, distracción, inquietud, impaciencia y evitación de la complejidad. Los tres factores restantes coincidían con las medidas conductuales: MMFT, estimación del tiempo y tiempo de reacción. Aquellos factores compuestos por menos de 3 ítems no se tuvieron

en cuenta a causa de la baja consistencia interna y los problemas de validez que caracterizan las escalas formadas por pocos ítems. Además, tampoco se tuvieron en cuenta los ítems que no correlacionaban con los demás o que saturaban en múltiples factores.

En el análisis de segundo orden realizado a continuación únicamente se tuvieron en cuenta los cuestionarios, porque las correlaciones entre las medidas conductuales y los cuestionarios eran muy bajas. Este análisis proporcionó tres amplios factores de impulsividad: espontaneidad, no persistencia y despreocupación. Pero el factor de primer orden denominado evitación de la complejidad saturaba tanto en espontaneidad como en no persistencia, negativamente en el primer caso y positivamente en el segundo. Igualmente, el factor de primer orden denominado impaciencia saturaba tanto en despreocupación como en no persistencia, negativamente en el primer caso y positivamente en el segundo.

Los resultados de este estudio mostraron que los cuestionarios presentaban bajas correlaciones con las medidas conductuales de la impulsividad. Por otro lado, la mezcla de diferentes componentes de impulsividad que caracteriza los cuestionarios conlleva que éstos constituyan en realidad medidas globales de la impulsividad. Los autores concluyeron que la impulsividad en realidad es multidimensional y que lo que hace los diferentes cuestionarios y medidas conductuales es cubrir diferentes aspectos de la impulsividad. Más recientemente, Whiteside & Lynam (2001) evaluaron mediante un análisis factorial exploratorio las diversas facetas relacionadas con la impulsividad del instrumento NEO PI-R, instrumento enmarcado en el modelo de Cinco Factores de Personalidad (FFM; McCrae & Costa, 1990). Los resultados de este estudio también señalan la naturaleza multifactorial de la impulsividad, pues se obtuvieron los siguientes cuatro factores: Urgencia, Perseverancia, Premeditación y Búsqueda de sensaciones, y corresponden a las facetas Impulsividad, Autodisciplina, Deliberación y Búsqueda de excitación, del instrumento

NEO PI-R. Con el conjunto de ítems seleccionados de cada uno de los factores, los autores desarrollando un nuevo cuestionario denominado UPPS Impulsive Behavior Scale.

El estudio de Gerbing, Ahadi & Patton (1987) no es el único que señala la baja congruencia entre los autoinformes y las medidas conductuales de impulsividad. De hecho, en numerosos estudios se han obtenido bajas correlaciones entre estos dos tipos de evaluaciones de la impulsividad. A nivel conductual se ha propuesto una gran variedad de medidas de la impulsividad, tales como el Matching Familiar Figures Test (MFFT, Kagan, 1966), el Porteus Maze, las tareas que requieren que las personas realicen algo muy lentamente (como dibujar, caminar o escribir), las tareas de tiempo de percepción, tareas de discriminación go / no go, o tareas que requieren respuestas inhibitorias ante determinadas señales. Este tipo de medidas, en general, no ha mostrado correlaciones significativas con los autoinformes de impulsividad. Por ejemplo, Helmers, Young & Pihl (1995) analizaron factorialmente los resultados de diversos cuestionarios de impulsividad, tales como el BIS-10 y los cuestionarios de impulsividad de S. B. G. Eysenck. Obtuvieron un factor que denominaron impulsividad que no correlacionó significativamente con los resultados de la prueba consistente en dibujar un círculo lo más despacio posible, ni con el Matching Familiar Figures Test ni con el Porteus Maze. Igualmente, Wingrove & Bond (1997) no encontraron correlaciones significativas entre la impulsividad, medida con el instrumento I7 de S. B. G. Eysenck, Pearson, Easting & Allsopp (1985), y las pruebas consistentes en trazar un círculo lo más despacio posible y en trazar un círculo siguiendo el propio ritmo. Además, O'Keefe (1975) no encontró diferencias entre el rendimiento en el Porteus Maze entre los niños varones que puntuaban alto en impulsividad y los que puntuaban bajo. Igualmente, Barratt (1981) tampoco encontró relación entre las puntuaciones del BIS y las puntuaciones del MFFT y el tiempo de producción, aunque estas dos últimas medidas conductuales sí estaban relacionadas.

Considerando la impulsividad como la tendencia a responder a estímulos en función de una reacción emocional inmediata, como deseo o ira, sin contemplar las consecuencias a largo plazo, Wingrove & Bond (1997) propusieron que las bajas correlaciones entre los cuestionarios y las medidas conductuales de impulsividad quizás pudieran explicarse por la falta de emoción y de tentación inherente a las medidas conductuales de impulsividad, que en este sentido serían poco representativas de las situaciones propias del mundo real.

Una vez establecida la naturaleza multidimensional de la impulsividad, se presentan a continuación las teorías más relevantes sobre la misma y los cuestionarios que se han desarrollado a partir de cada una de las teorías, profundizando también en algunos de los estudios y de los marcos teóricos ya comentados en el presente apartado. Pero, previamente, considerando esta diversidad de definiciones sobre la impulsividad, es necesario especificar en qué dimensión se centra el presente trabajo, especialmente porque, tal como destacaron Smillie & Jackson (2006), la impulsividad ha sido un nombre común para diferentes dimensiones. Concretamente, en esta investigación se entiende la impulsividad como impulsividad disfuncional, es decir la tendencia a actuar de forma irreflexiva y sin considerar las consecuencias, lo que conlleva efectos negativos para el individuo, caracterizada además por la existencia de déficits inhibitorios. Esta definición coincide sobremedida con el concepto de “impulsividad estricta” propuesto por Eysenck (1993). De hecho, la correlación desatenuada entre las medidas de impulsividad disfuncional e impulsividad estricta es $r = 1$, lo que sugiere que son dos medidas de un mismo constructo (Vigil-Colet, 2007).

a. Teoría de Barratt.

Según Barratt y colaboradores (1997) (citados por Squillace, et al., 2011) consideran a la impulsividad como la “predisposición” a una reacción rápida y no planeada ante los

estímulos ya sea internos o externos, sin tener en cuenta las posibles consecuencias negativas.

Entonces, basándose en sus estudios, Barratt crea la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS11), la cual inicialmente sostenía que la impulsividad está dividida en 6 factores: Atención (definida como la capacidad de mantener la concentración), Impulsividad Motora (definida como la tendencia a actuar según los estados emocionales transitorios o del momento), Autocontrol (definido como la capacidad para planificar acciones antes de realizarlas), Complejidad Cognitiva (definida como disfrutar de ejercicios mentales desafiantes como cálculo mental, acertijos, etc.; e), Perseverancia (definida como la capacidad del individuo para llevar un estilo de vida consistente, con regularidad en las costumbres y hábitos) e Inestabilidad Cognitiva (definida como la tendencia a la distractibilidad que sufren los individuos debido a la interferencia de sensaciones y pensamientos intrusivos).

Sin embargo, Patton et al. en 1995, deciden agrupar estas dimensiones en 3 factores para así definir mejor la impulsividad:

- El factor I. Impulsividad Motora: este factor combina las dimensiones de Impulsividad Motora y Perseverancia.
- El factor II. Impulsividad Atencional: este factor combina las dimensiones de Atención e Inestabilidad cognitiva.
- El factor III. Impulsividad por Imprevisión o No planeada: este factor combina las dimensiones de Autocontrol y Complejidad cognitiva

b. Teoría de Eysenck.

Squillace et al. (2011) señalan que la impulsividad fue ubicada por la teoría de Eysenck como una faceta de la extroversión, el cual menciona que la impulsividad sería un concepto complejo, conformado por cuatro factores diferentes:

- 1) La impulsividad en sentido estricto o propiamente dicha
- 2) Toma de riesgo
- 3) La capacidad de improvisación sin planificar
- 4) La vitalidad.

Evidenciando a la impulsividad como el responder rápidamente e irreflexivamente atento a las ganancias, sin pensar en las consecuencias a media y largo plazo. Asimismo, Eysenck menciona que dicha característica estaba asociada positivamente con el Neuroticismo como con el Psicoticismo; en cuanto al segundo factor que era la toma de riesgo, se menciona que es a la búsqueda de actividades que conlleven a la posibilidad tanto de obtener recompensas como castigos, dicha tendencia correlaciona tanto con extroversión como Psicoticismo; el tercer factor menciona que es la capacidad para actuar sin pensar y finalmente, el cuarto factor menciona que esta entendida como la energía y la capacidad de actividades.

c. Teoría de Dickman.

Dickman (citado por Figueroa, 2013) consideraba a la impulsividad como una dimensión de la personalidad que no siempre puede generar o llevar a una consecuencia negativa, el comprobó que 21 los sujetos con mayor rasgos de impulsividad suelen tener un alto grado de posibilidades para cometer menos errores o son más precisos al tomar decisiones; es por esta razón que propone a la impulsividad como la tendencia a reflexionar menos que las otras personas que tienen habilidades equivalente. Para Morales (2007) Dickman señaló dos rasgos separados, uno de los

cuales implicaría el de responder de una forma rápida y con poca precisión en estrategias proporcionando resultados óptimos, mientras que el otro rasgo llevaría a responder de manera rápida y sin exactitud ante situaciones. Asimismo, define a la impulsividad de dos maneras: impulsividad disfuncional, pues implicaría la toma de decisiones poco reflexivas y vertiginosas sin medir las consecuencias negativas para el individuo y la impulsividad funcional, que es la relación de la toma de decisiones precipitadas en búsqueda de un beneficio personal.

C. Dependencia (juego patológico)

Concepto de dependencia: Según COP (2005), “el juego es un fenómeno esencialmente constitutivo del modo peculiar del ser humano que, según el antropólogo Bally, contiene todos los valores de la vida humana, puesto que es una actividad libre que permite a la persona recrear, exaltar o transfigurar estética o poéticamente la realidad, así como la pasión por la vida y la belleza.” Clasificación de la ludopatía: COP (2005), citando a González Seara, 1989, “Actualmente destacan dos importantes clasificaciones, la de los juegos y las de los propios jugadores. Se ha distinguido varios tipos de juegos, como juegos de competición, juegos de azar, juegos de riesgo y juegos de reglas”

COP (2005), citando a Bonbín, 1992, “Entre los juegos de azar, se establece cuatro grandes clases de juegos: por su licitud (lícitos e ilícitos); por su administración LI (públicos y privados); por su contenido (máquinas tragaperras, bingos, casinos, cartas, loterías y apuestas deportivas) y por su poder adictivo (muy adictivos y poco adictivos)”.

COP (2005), precisa que “Atendiendo a su potencial adictivo, se pueden distinguir los altamente adictivos, por el escaso tiempo transcurrido entre el momento de la apuesta y el resultado y escasamente adictivos, por el carácter diferido en el tiempo del resultado respecto al momento de la apuesta.

Hoy en día la mayoría de las investigaciones en España, se centran en las máquinas tragaperras y los bingos, mientras que en otros países destacan estudios sobre éstos y otros juegos, como las carreras de caballos, máquinas de frutas, máquinas de póker, etc.”

COP (2005), detalla que “se pueden considerar cinco tipos de jugadores: el no jugador, el jugador social, el jugador problema, el jugador patológico y el jugador profesional.

Las diferencias principales entre los jugadores provienen de las cuantías y del control del juego. A la hora del tratamiento se considera preventivo en los jugadores sociales y excesivos, necesarios en los patológicos e innecesarios en los profesionales. El aspecto preventivo está tomando actualmente una importante relevancia por el papel de desempeñan los jugadores excesivos, que, si bien no tienen problemas graves, es el primer paso hacia la enfermedad por las reiteradas pérdidas de control que conducen a que las pérdidas empiecen a ser desmedidas por lo que las ganancias actúan como estimulantes para recuperar lo perdido.”

Factores inherentes al propio jugador: COP (2005), considera: “La personalidad y en concreto su debilidad frente a los móviles instintivos que le tientan desde la propia naturaleza, tales como la ambición, el afán, el gusto por el riesgo, baja tolerancia la frustración y la susceptibilidad al aburrimiento.

A la hora de explicar el mecanismo por el que la persona puede conducir al juego, se han barajado dos clases de hipótesis: las teorías psicoanalíticas y las conductistas.

Los psicoanalistas sostienen que el juego de azar es o una forma de autocastigo por culpas subjetivas no resueltas o un comportamiento inmaduro, infantil, como intento de prolongación o detención de las satisfacciones autoeróticas.

Por otro lado, las teorías conductistas sostienen que el juego de azar patológico es el resultado de un aprendizaje consolidado por refuerzos positivos sucesivos, aunque sean intermitentes. (...) Por otro lado la conducta del juego patológico se aprende, lo mismo que

una variedad de otras conductas, a través de un proceso de refuerzos. El refuerzo (ganar) puede conseguirse por la respuesta de apostar en sucesivas ocasiones o en ocasiones espaciadas (...). El comportamiento individual de cada jugador estará en función de su antecedente de previos refuerzos. (...).”

COP (2005), detalla que “Las teorías del aprendizaje ayudan a comprender el desarrollo de la dependencia de las sustancias psicoactivas más que el estudio de los factores clásicos de personalidad. Los conductistas sostienen que el juego patológico es el resultado de un aprendizaje consolidado por refuerzos positivos sucesivos (dinero, activación...) y de refuerzos negativos (reducción de la ansiedad o depresión), así como de factores ambientales que favorecen la adquisición del problema (disponibilidad, familiaridad, aprobación social).

La psicología de la personalidad siempre ha tendido a buscar perfiles en todas las patologías, con menor o mayor éxito. En el caso de las adicciones, ha ocurrido lo mismo, surgiendo numerosos perfiles de dudosa validez, por las metodologías utilizadas, así como por la gran variedad de criterios de inclusión y exclusión determinados por cada estudio, pudiendo existir la posibilidad de una relación entre tipos de personalidad y drogas específicas e incluso vías de administración, pero el uso de múltiples sustancias así como el factor de la disponibilidad, hace difícil demostrar dicha relación.”

COP (2005), reseña al DSM-IV, en el tópico de la ludopatía, al escribir que esta “se establece cuando se cumplen al menos cuatro de las condiciones o características siguientes:

1. Frecuente y creciente preocupación por el juego o por obtener dinero para jugar, con tendencia a rememorar experiencias lúdicas del pasado y a planear nuevas actividades.
2. Jugar con frecuencia mayor cantidad de dinero o por un periodo de tiempo más largo en relación con lo previsto.

3. Necesidad de incrementar el volumen o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
4. Intranquilidad e irritabilidad en caso de no poder jugar o al intentar reducir o dejar el juego.
5. Pérdidas repetidas de dinero debidas al juego y reiteración en la conducta de juego con el propósito de recuperar las pérdidas.
6. Repetidos esfuerzos infructuosos por abandonar o reducir el juego.
7. Aumento de la conducta de juego ante dificultades psicológicas o sociales.
8. Sacrificio de obligaciones familiares, sociales u ocupacionales para poder jugar.
9. Persistencia en el juego (incapacidad de abstención) a pesar de la imposibilidad de pagar las deudas crecientes o a pesar de otros problemas significativos (sociales, ocupacionales, legales), que la persona sabe que son incrementados por el juego.”

Juego patológico: Para la Organización Mundial de la Salud (1994), “Este trastorno consiste en la presencia de episodios de juego frecuentes y reiterados que dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales y familiares del mismo.

Excluye: Juego excesivo en pacientes maníacos (F30.-).

Juego y apuestas NOS (Z72.6).

Juego en el trastorno disocial de la personalidad (F60.2).”

a. Tipos de jugadores

Jugador social:

- Motivado por el entretenimiento, el placer, o la sociabilidad.
- Pérdidas predeterminadas y aceptables.
- Capacidad de dejar de jugar en cualquier momento, independientemente de si el resultado está siendo positivo o negativo.

- El resultado de las apuestas no afecta en la autoestima de la persona.
- Sigue priorizando otros aspectos de la vida y no los sustituye por el juego.

Jugador profesional:

- El juego se trata de una profesión, es la manera de ganarse la vida de la persona.
- Llevan a cabo más juegos de habilidad que de azar.
- Realizan apuestas premeditadas y calculadas previamente; no juegan de manera impulsiva o guiados por la pasión.

Jugador problema:

- Juega frecuentemente y gasta cantidades excesivas de dinero.
- El juego le causa ocasionalmente problemas.
- Aún presta atención a otros aspectos de su vida como el familiar o laboral, sin embargo, comienza a empobrecer otros como sus aficiones y anteriores maneras de utilizar el tiempo libre.
- Es susceptible de convertirse pronto en un jugador patológico.

Jugador patológico o ludópata:

- Pérdida de control.
- Carencia de habilidades para dejar el juego.
- Frecuencia e inversión de dinero en el juego muy alarmante.
- Apuesta una cantidad mayor finalmente de la que había planeado con anterioridad al acto del juego.
- Tiene pensamientos continuos y deseo compulsivo de jugar.
- Necesidad subjetiva de recuperar lo perdido volviendo a jugar de nuevo.
- Fracasa en el intento de resistir el impulso de jugar.
- Distorsiones cognitivas.

b. Consecuencias del juego patológico

La Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación (ASAJER) (2002), coincide en que la personalidad del jugador patológico es apática, con baja autoestima y continuados sentimientos de culpa, tensión y ansiedad. Ramos (2005), añade otras características derivadas de la adicción al juego de azar, como el insomnio, la preocupación, el abatimiento e incluso la pasividad.

- **Consecuencias personales**

La persona ludópata cambia su carácter, se vuelve más irritable, pudiendo derivar esto en otros problemas de ansiedad o depresión, e incluso algunos llegan a iniciarse en otras adicciones como el alcohol, según el Servicio Provincial de Drogodependencias de la Diputación de Cádiz (2013)

- **Consecuencias económicas**

La persona se ve envuelta en pérdidas de dinero abundantes y deudas generadas por la adicción al juego. La persona ludópata llega a vender objetos personales y familiares o a pedir prestado dinero fruto de la desesperación, basándonos en el Servicio Provincial de Drogodependencias de la Diputación de Cádiz (2013).

- **Consecuencias familiares**

Las principales consecuencias familiares del ludópata son, entre otras, la falta de atención a las familias a causa de la dedicación al juego, y la pérdida cada vez mayor de confianza, según el Servicio Provincial de Drogodependencias de la Diputación de Cádiz (2013).

Otro de los cambios más preocupantes en el ámbito familiar es la pérdida de comunicación, según Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación (2002). Destaca también, que los hijos de personas ludópatas son más vulnerables, a

consecuencia de la adicción del padre o la madre, a desarrollar una conducta adictiva igual o similar, basándonos en Fernández-Montalvo y Castillo (2004).

c. Factores de riesgo

Como sucede con cualquier otra conducta adictiva, el juego patológico no nace de una relación causal lineal, sino que es el resultado de varios factores. Debemos entender los factores de riesgo, como aquellos factores que predisponen o refuerzan la conducta de juego y que, a su vez, pueden ser predictores de la misma, según Domínguez, Pérez y Sicilia (2007).

D. DOTA 2

Según indica Valve Corporation (2017), DOTA 2 “es un juego perteneciente al género MOBA—Multiplayer Online Battle Arena que enfrenta a dos bandos de cinco jugadores cada uno. Los equipos son denominados Radiant y Dire, y tienen situadas las bases en esquinas opuestas del mapa. Éste se divide en tres caminos denominados líneas, que conectan ambas bases; un río en medio separa los dos territorios.

Cada 30 segundos aparece un pequeño grupo de criaturas llamadas creeps. Lo harán en las tres líneas y emprenderán el camino hacia la base enemiga, luchando con las unidades y torres de los oponentes para lograr su objetivo. La meta del juego es destruir el edificio enemigo llamado Ancient situado en el centro de la base rival. Para ello, Cada jugador controla una única unidad conocida como Héroe. A lo largo del juego intentaremos mejorarlos matando creeps, héroes o edificios enemigos. Seremos recompensados con experiencia para subir niveles u oro para comprar nuevos y poderosos objetos.

Cuando un héroe es asesinado pasará un tiempo muerto; al resucitar, lo hará en su propia base. Podemos ignorar ese tiempo pagando cierta cantidad de oro, pero no se podrá hacer de forma constante. Para el final, el juego acabará cuando un equipo acaba con el Ancient enemigo.

a. Historia de los M.O.B.A

Cómo se mencionó durante la historia de los video-juegos en general, en la década de los 90 se lanzó un juego de computadora, StarCraft, el cual sería reconocido por ser parte de las bases en la que se inspiró toda esta categoría de video juegos. No obstante, esto no significa necesariamente que este haya sido el primero de su tipo.

Al aparecer, el primer juego en esta categoría habría sido uno creado por la empresa “Sega”: Herzog Zwei. Siendo la secuela de un juego que fue lanzado solo en Japón, Herzog, este producto fue lanzado en el año 1989 para el “Sega Mega Drive” (Segaretro; 2017).

El motivo por el cual se le considera a este juego como el verdadero pionero de los juegos de estrategia se debe a la manera en que el jugador se desarrolla. ¿Cómo? Según la fuente, este juego le daba al usuario la oportunidad de controlar una sola unidad dentro de un espacio de combate determinado (Segaretro; 2017). Dentro de este, la unidad del jugador tenía la posibilidad de transformarse desde un avión hasta un robot, con el que tenía que cumplir el objetivo de transportar unidades, capturar estructuras enemigas, y destruir bases (Segaretro; 2017). Como se puede notar, son algunas de las tantas cosas que ahora se realizan dentro de un juego “MOBA”.

Otro factor importante a reconocer de este juego está en la posibilidad de su partida cooperativa. ¿Por qué? Porque, si el juego se jugaba con pantalla dividida (significa que dos o más personas juegan usando una misma pantalla), este obligaba, por momentos, a los jugadores a realizar cierto tipo de jugadas sin la posibilidad de poner pausa en el juego (Segaretro; 2017). El siguiente gran paso sería dado por la empresa “Blizzard Entertainment”, una compañía dedicada a la creación y publicación de software fijados en el entretenimiento (Blizzard; 2017). ¿Cuál fue este gran paso? La creación de un juego de estrategia, “Warcraft: Orcos & Humans”, en 1994.

Mediante la temática de guerra entre dos razas distintas (Orcos y Humanos), el juego propone al usuario un campo de batalla limitado, en el que tiene que conseguir recursos y conquistar al enemigo. Una de las principales diferencias es la posibilidad de controlar más de una unidad, las cuales están divididas en base a las funciones que éstas deben cumplir dentro de la batalla (IGN; 2010).

Otra ventaja que el juego ofrece es la posibilidad de que más de un jugador se una a la partida. Pero, la diferencia con el predecesor está en que ahora los participantes pueden enfrentarse entre sí. Todo esto es posible con una computadora a la mano de cada jugador y una conexión LAN (Red de computadoras limitada a un espacio pequeño como una casa).

Si bien “Blizzard” continuó con sus logros mediante la creación de la secuela de su juego, “Warcraft II: Tides of Darkness”, el siguiente logró dentro de los juegos de estrategia habría sido logrado por otra compañía, “Condor”. Rápidamente adquirida por la competencia y nombrada como “Blizzard North”, esta fue la responsable de crear un nuevo juego: “Diablo”. ¿Qué es Diablo? Lanzado al mercado en 1996, es un juego en el que el usuario vuelve a tener la oportunidad de controlar a un personaje. La diferencia en este caso es que ahora el jugador puede personificar a su personaje antes de empezar el juego. Con este, el participante se enfrentará a desafíos que lo ayuden a ganar experiencia y, de ese modo, volverse más fuerte. Respecto al uso de conexiones, “Diablo” otorgaba la posibilidad de poder jugar vía en línea con otros tres jugadores. De este modo, los participantes podían formar parte de un equipo de cuatro para poder realizar otro tipo de búsquedas más complejas (IGN. 2010).

Es ya en 1998 que se da el gran lanzamiento de “StarCraft” (Blizzard; 2017). Pero, ¿qué lo tan especial de este juego que sentó una de las tantas bases de los juegos “MOBA”? Para empezar, “StarCraft” es un juego de estrategia en tiempo real, el cual desarrolla la guerra entre tres razas distintas (Terran, Zerg, Protoss). Pero, no es esa característica la que permite al juego

resaltar sobre los demás. En realidad, fue un aplicativo que permitió que los usuarios, además de ser consumidores, empezaran a ser productores: StarEdit.

¿Qué es eso? En 1998, el año en que el juego salió a la venta, “StarCraft” contenía un editor de mapa que permitía a los jugadores crear sus escenarios de batalla personalizados, los cuales podían ser compartidos con otras personas (MMOS; 2015).

Uno de estos mapas personalizados fue denominado “Aeon of Strife”. Creado por usuario que se presentaba con el nombre de “Aeon64”, y presentado para el año 2002 dentro de la expansión conocida como “StarCraft: Brood of War” (Team Liquid; 2017), el juego ofrecía a los participantes la oportunidad de controlar una unidad concreta, la cual debía dirigir en un mapa de batalla que estaba conformado por líneas. Estas líneas representaban los caminos que cada equipo debía seguir en orden para llegar a conquistar la base del enemigo que se encontraba del otro lado (Lane Pushing Games; 2013).

Es gracias a este editor de mapas que se pudo crear un juego personalizado, el cual pasaría a convertirse en el primer juego de categoría “MOBA”. En otras palabras, es gracias a “Aeon of Strife” que se conseguirían las ideas para desarrollar otros juegos posteriormente, como es el caso de “DotA” (MMOS; 2015).

En el mismo año de su presentación, “Blizzard” lanza un nuevo juego que llegó a ser un éxito rápidamente: Warcraft III: Reign of Chaos. Dentro de este juego de estrategia también se permitía a los jugadores preparar sus propios mapas. Lo curioso fue que muchos usuarios se encargaron que el mapa, “Aeon of Strife”, también estuviera disponible entre la variedad de mapas de juego dentro del nuevo producto de “Blizzard” (Team Liquid; 2017).

Gracias al mejorado sistema de edición de mapas, dentro de “Warcraft III: Reign of Chaos”, fue en el año 2003 que se daría un hecho importante. Uno de los usuarios, presentado con nombre de “Eul”, usó el programa para crear su propio mapa personalizado, el cual sería denominado como: Defense of the Ancients (Dota2 Wiki; 2016).

El mapa tendría su mejor época gracias a su aplicación dentro de la expansión del juego de “Blizzard”, el cual sería llamado “Warcraft III: The Frozen Throne”. Inspirado, al igual que muchos otros mapas personalizados, por “Aeon of Strife”, “Defense of the Ancients” fue uno de los juegos responsables de popularizar el género de juego mediante algunos cambios aplicados al modelo base (MMOS; 2015). Uno de ellos, por ejemplo, fue el hecho de que ya no eran batallas entre usuarios reales y la computadora. Ahora, el juego podía enfrentar a dos jugadores entre sí (Dota2 Wiki; 2016).

Más adelante, “Eul” siguió con sus trabajos en base al mapa de juego. Esto sería hasta que decidiese crear una secuela, la cual sería llamada “DotA 2: Thirst for Gamma” (Dota2 Wiki; 2016). Esta sería una secuela que no tendría mucho éxito, lo que causó que sus seguidores optarán por seguir con el mapa de juego original. Debido a este, “Eul” decidió desaparecer del mundo de los video juegos (Dota2 Wiki; 2016).

Según el reportaje realizado por el programa peruano sobre tecnología, “TEC”, en el 2013, el siguiente gran paso dentro de la historia de los juegos “MOBA” sería realizado en el año 2009. “Riot Games”, una compañía dedicada al desarrollo de video juegos, formaría una alianza con un de los responsables de desarrollar las actualizaciones de “Defense of the Ancients” para poder crear una nueva franquicia que sería conocida mundialmente como “League of Legends” (LoL) (TEC; 2013).

Si bien fue “Defense of the Ancients” el encargado de popularizar el género, “League of Legends” sería el juego que encabezaría la lista de popularidad, lo cual se demuestra mediante las tasas de registro, como la del 2014 que señaló que, el promedio de usuarios en un mes, sería mayor al de 65 millones (Riot Games; 2014).

Antes de la creación del juego que formaría parte del objeto de estudio, “Defense of the Ancients” sería tomado como ejemplo para crear un nuevo “MOBA” que tomaría mucha fuerza dentro de los juegos de estrategia en tiempo real: Heroes of Newerth (HoN).

Este juego, desarrollado por “S2 Games”, salió a la venta en mayo del 2010. No obstante, su popularidad no fue tan grande en principio por la cuota de compra que estaba alrededor de los treinta dólares (TEC; 2013). Esto se convirtió en una gran desventaja contra “League of Legends”, el cual se podía adquirir de manera gratuita. Sería en el 2011 que los creadores de “HoN” cambiarían su política a una de descarga virtual (TEC; 2013).

Al final, sería en el mismo año de la creación de “Heroes of Newerth”, en que la empresa de video juegos, “Valve”, anunciaría que son los encargados del desarrollo de la secuela de “Defense of the Ancients”: Dota 2 (TEC; 2013).

Según la fuente, “Dota 2” sería una copia leal al original, sin realizar mayores cambios a la dinámica del juego. La mayor parte de sus cambios serían, principalmente, estéticos y responderían a los arreglos que se vayan realizando al mapa original (TEC; 2013).

Sería en el año 2011, en que “Dota 2” tendría su primer campeonato mundial, el cual sería llamado: The International. La gran revolución de este torneo, el cual se llevó a cabo en Alemania, fue por el hecho de que su pozo de premio le permitía al primer lugar llevarse un total de un millón de dólares (TEC; 2013). “Dota 2”, a diferencia de la secuela creada por “Eul”, ha logrado mantener vivo la pasión que los jugadores tuvieron por el “MOBA” que popularizó todo. Esto se puede ver reflejado en las estadísticas presentadas por “Valve”, que demuestran que su juego, el cual puede ser adquirido a través de su plataforma, “Steam”, de manera gratuita, había llegado a ser descargado por más de 26 millones de usuarios en el 2014 (TEC; 2014).

Es correcto que, luego del lanzamiento de “Dota 2”, siguieron apareciendo nuevos juegos y se realizaron numerosos cambios. No obstante, la historia se detendrá en este punto, ya que, a partir de ahora, se verá otro punto respecto al juego que forma parte del objeto de estudio.

b. Mecánica general y DOTA 2

• El héroe

Valve Corporation (2017), detalla que “El héroe será la principal unidad que controlaremos a lo largo de la partida. Para ello deberemos escoger entre uno de las 102 posibles opciones, divididos en tres atributos principales y con diversos roles dentro del campo de batalla.

La mayoría de los héroes tendrán cuatro habilidades como mínimo, siendo la última, la más poderosa, su Habilidad Definitiva. En muchas ocasiones esta última representa un rasgo característico del personaje, siendo lo que le identifica y lo que puede desequilibrar un combate a su favor.

Existen Habilidades Definitivas tan impresionantes como el Agujero Negro de Enigma o la Polaridad Inversa de Magnus, o más sutiles, pero igualmente efectivas como Duplicar de Morphling u Ojo de la Tormenta de Razor.”

• Atributos

Valve Corporation (2017), detalla que “Cada héroe posee tres atributos: Fuerza, Agilidad e Inteligencia. Estos aumentan con cada nivel, pero también pueden ser mejorados si se compran determinados objetos o si se emplean puntos de habilidad para ello. Igualmente, algunas habilidades pueden mejorarlos.

Uno de estos tres atributos será el principal, siendo determinante para el desarrollo del personaje. Al aumentar el atributo principal se añade 1 punto al daño de sus ataques normales, además de los extras que ofrece cada uno de los tres.”

• Fuerza

Valve Corporation (2017), precisa que “La fuerza representa la dureza y vitalidad del héroe. Este atributo afecta directamente a la vida máxima y a la regeneración de vida. Los

héroes con este atributo como principal suelen ser más difícil de matar, cumpliendo con mayor facilidad las funciones de tanque o iniciador.”

- **Agilidad**

Valve Corporation (2017), indica que “La agilidad indica la destreza del héroe, determinando tanto la velocidad de ataque como la armadura. De esta manera, quienes tengan la agilidad como atributo principal golpearán con mayor dureza en sus auto-ataques, aportando un enorme DPS. Los héroes de agilidad suelen cumplir la función de portador/carry. Ejemplos: Anti Mage o Phantom Lancer.

- Cada 7 punto en agilidad aumenta en 1 la armadura del héroe.
- Cada punto en agilidad mejora en 1 la velocidad de ataque.
- Si es el atributo principal, cada punto en agilidad incrementa el ataque del héroe en 1.”

- **Inteligencia**

Valve Corporation (2017), detalla que “La inteligencia marca el conocimiento y la voluntad del héroe, concretando el mana máximo y la regeneración de mana. Aquellos que tienen la inteligencia como atributo principal suelen poseer habilidades para hacer gran cantidad de daño o ayudar a otros miembros del equipo. Cumplen la función de apoyos/support o semi-portador/semi-carry. Ejemplo: Lina y Necrolyte.

- Cada punto en inteligencia aumenta en 13 el mana máximo del héroe.
- Cada punto en inteligencia mejora la regeneración de mana en 0,04 por segundo.
- Si es el atributo principal, cada punto en Inteligencia mejorará el ataque del héroe en 1.

Debemos tener en cuenta que cada héroe posee un nivel de crecimiento diferente indicando al lado de cada atributo.”

- **Roles**

Valve Corporation (2017), detalla que “Los héroes de DOTA 2 están divididos en distintos roles en base a sus atributos, habilidades u objetos, y la forma en la que todo esto se adapta al juego.

Si bien es cierto que las capacidades de los héroes les permiten llevar a cabo una variedad de roles, estos existen para definir el estilo de juego dentro de un equipo concreto. Así mismo, la línea en la que juega o la cantidad de oro que necesita para actuar correctamente también son factores a tener en cuenta.”

- **Portador / Carry**

Para Valve Corporation (2017), “Estos son los héroes que obtienen más poder y utilidad a medida que el juego progresa. “Portan” el peso del equipo y se vuelven temibles si logran amasar una gran cantidad de oro y experiencia. Se espera de ellos que sean los principales referentes en los combates, obteniendo un elevado número de asesinatos.

Durante las primeras etapas del juego, los portadores/carries son héroes frágiles y que necesitan apoyo para así poder explotar más adelante. Es por eso que deben estar acompañados por otro héroe que les facilite su desarrollo. De igual manera, atacarles en las primeras fases puede ser fundamental para evitar que mejoren y así contar con una gran ventaja que incline los combates a vuestro favor. Estos héroes confían en sus ataques normales para causar el mayor daño posible.”

- **Apoyo / Support**

Valve Corporation (2017), “Estos héroes cumplen la función de “niñeras”, cuidando que el portador/carry del equipo pueda farmear con seguridad. Para ello permanecen junto a él, acosando a los rivales, curando o controlando a los creeps. También se hacen cargo de dar visión al equipo por medio de los Guardianes Observadores. Los cuales son muy útiles para tu protegido si abandonas la línea.

Además, los héroes que posean stuns o habilidades de control suelen hacer rotaciones para ayudar en otros puntos del mapa. Puede ser empleado para contrarrestar a un portador/carry enemigo.”

- **Iniciador**

Según Valve Corporation (2017), “Son los héroes encargados de dar comienzo a las batallas entre equipos o team-fights. Poseen habilidades de área, control o, sencillamente, con gran potencial para desbaratar los planes enemigos, situándoles donde quieres. Muchos de ellos requieren de una Daga de Translación para iniciar.”

- **Cazador / Jungler**

Valve Corporation (2017), “Estos héroes pueden comenzar la partida en la jungla, siendo especialmente efectivos matando creeps neutrales. En consecuencia, habrá, por norma general, tres héroes obteniendo el oro y experiencia completa de su línea; sin necesidad de compartirlo con otro. Siendo así, es evidente que un cazador/jungler puede aportar mucho a la batalla económica de los equipos.

- **Presionador / Pusher**

Para Valve Corporation (2017), “El objetivo que tienen estos héroes es encargarse de destruir los edificios en el menor tiempo posible. Gracias a la gran presión que pueden ejercer, tiran abajo torres, matan oleadas decreeps y ofrecen control sobre el mapa.

Esto puede provocar una enorme presión en el equipo que sufre al héroe pues deben dividir sus esfuerzos para pararle los pies, o de lo contrario podría acabar él solo con toda una línea.”

- **Tipos de daños**

Valve Corporation (2017), refiere que “Cada ataque existente en Dota 2 posee un tipo de daño diferente que se verá reducido en base a una clase de resistencia u otra. Algunas habilidades no permiten defensa posible.”

- **Físico**

Para Valve Corporation (2017), “Posiblemente sea el más común puesto que es causado por cualquier auto-ataque de cualquier unidad. Algunas habilidades también causan este tipo de daño.

El daño físico se ve modificado por la armadura y el bloqueo de daño, no se ve afectado por la resistencia mágica o la inmunidad mágica pero no tiene efecto en las unidades etéreas.

- El Daño Penetrante causa un 150% más en las unidades sin armadura, como los creeps delínea, pero sólo un 50% a héroes.
- El Daño de Hendidura ignora la reducción por armadura, pero el de Salpicadura sí se ve afectado.
- El Daño de Asedio ocasiona un 150% de daño a edificios y creeps de asedio, pero sólo un 75% a héroes.
- El Daño Caótico afecta a todo con un 100% de efectividad, excepto a edificios y creeps de asedio que sólo lo hace en un 40%. Es provocado únicamente por unas pocas unidades, como el Golem que convoca Warlock, algunos creeps neutrales, Roshan o la Fuente.

- **Mágico**

Valve Corporation (2017), refiere que “El daño mágico es causado principalmente por habilidades, aunque no siempre es así. La resistencia mágica es la causante de reducir su efectividad, no puede afectar a unidades inmunes a magia y causa 1.4x de daño a las unidades etéreas.

El daño mágico es causado principalmente por habilidades, aunque no siempre es así. La resistencia mágica es la causante de reducir su efectividad, no puede afectar a unidades inmunes a magia y causa 1.4x de daño a las unidades etéreas.”

- **Puro**

Para Valve Corporation (2017), “El daño puro se trata de una forma de daño mágico que no se ve afectado por la resistencia mágica o la amplificación de daño mágico. Al ser mágico, ignora la armadura o cualquier clase de bloqueo de daño. No afecta a unidades bajo la inmunidad mágica y causa daño normal a las unidades etéreas.”

- **Compuesto o Mixto**

Valve Corporation (2017), indica que “Se trata de daño físico que se ve afectado por la resistencia mágica. La armadura, el bloqueo de daño y la resistencia mágica pueden reducirlo, sin embargo, funciona a través de inmunidad mágica. No afecta a unidades etéreas.”

- **Extirpar vida**

Para Valve Corporation (2017), “Algunas habilidades pueden sustraer puntos de vida, ignorando cualquier clase de reducción.

Incluso pueden afectar a unidades inmunes a la mágica. El juego no interpreta las habilidades que extirpan vida como daño, por lo que no interrumpe las pociones de curación o mana.”

- **Universal**

Valve Corporation (2017), indica que “Es un daño similar al mágico: se ve reducido por la resistencia mágica y causa 1.4x a las unidades etéreas; no obstante, sí afecta a las unidades inmunes a magia.

Sólo existe tres habilidades con este tipo de daño: la Habilidad Definitiva de Doom, Condenación, el Pulso de Medianoche de Enigma y la Marcha de las Maquinas de Tinker.”

- **Modificadores de Ataque Único**

Para Valve Corporation (2017), “Los modificadores de ataque único —conocidos también como Efectos de Orbe-transforman los auto-ataques de los héroes, confiriéndoles

efectos adicionales. Desde la Quemadura de Mana de Anti-Mage o el Ímpetu de Enchantress, hasta objetos como la Máscara Mórbida que otorga robo de vida.

Existe un orden de prioridad que afecta directamente a los modificadores de ataque único para ver cuál debe aplicarse primero:

- Modificadores Condicionales: Afectan sólo en algunos ataques y no son controlados por el jugador, como por ejemplo las cadenas de rayos del Maelstrom o el Mjollnir. Si el modificador condicional no se activa, entonces lo harán uno estándar o de habilidad.
- Modificadores de habilidad: Modificadores otorgadores por las habilidades del héroe.
- Modificadores estándar: Son modificadores de objetos, siendo el más viejo en el equipo del héroe el que tenga mayor prioridad. Esto puede verse alterado si se suelta un objeto y se vuelve a equipar.

Existen algunas excepciones: El Ojo de Skadi o el Orbe de Veneno y el Robo de Vida pueden ser activados a la vez. El Ojo de Skadi también mantiene su efecto junto con las Flechas Ardientes de Clinkz.”

c. DOTA 2 en la realidad peruana

A lo largo de los últimos años, desde que “Dota 2” se convirtió en un juego gratuito y abierto al público de todas las edades posibles (TEC; 2013), muchos usuarios, tanto veteranos amantes del juego desde “World of Warcraft III”, como nuevos participantes, se han esforzado en formar parte del escenario internacional.

El caso de Perú no es ninguna excepción. Solo basta con ver la lista de equipos peruanos que se registran en los diversos torneos internacionales, los cuales son publicados en la página oficial del juego, JoinDota. Por ejemplo, según su base de datos acerca de equipos registrados a nivel internacional, la cual contiene nombres de más de (190) equipos, Perú tiene un aproximado de (10) equipos a su nombre (JoinDota; 2017).

Sin embargo, eso no sería lo más interesante sobre la cuestión del Perú en relación al escenario internacional del juego. Lo que más llama la atención es la mezcla de reacciones que los jugadores peruanos han generado en las opiniones de los usuarios de otros países. ¿Qué significa esto? Significa que, así como el Perú ha tenido logros que han estado en boca de otros, también ha generado polémicas que tampoco han dejado de ser tocadas en conversaciones recientes.

Uno de los primeros grandes problemas que algunos participantes de equipos peruanos han podido causar se dio en el 2014. Estando a puertas de entrar en la ronda de clasificatorias para el campeonato mundial, The International, los dos equipos que representarían en ese momento al Perú, Revenge eSports y Union Gaming, generan un conflicto entre sí. ¿El motivo? Realizar un cambio de jugadores entre equipos de último minuto. Esto era imposible de hacerse porque, según el reglamento, ya los equipos habían sido inscritos (TEC; 2014).

¿El resultado? La petición denegada, no se realizan los cambios, y “Revenge eSports” se retira del torneo por cuenta propia (TEC; 2014). Si bien esto generó la molestia de los

fanáticos por reducir las posibilidades de que un equipo peruano llegue al campeonato mundial, el problema no pasó a mayores.

El siguiente escándalo se daría el año siguiente, 2015, cuando el equipo peruano de “Union Gaming se enfrentaba a un equipo estadounidense conocido como “Fire”. ¿Cuál fue el problema? Aparentemente, según las investigaciones y la evidencia presentada, uno de los miembros del equipo peruano se encontraba viendo la transmisión en vivo de la partida, mientras sus compañeros participaban de la misma (Dotesport; 2015).

¿Cuál es el problema? Resulta que, con el fin de que no haya trampas durante una partida, el juego se encarga de que, todo aquel que desee ver un encuentro en vivo, lo vea con un retraso de (02) minutos aproximadamente. De ese modo, todo lo que un espectador ve, los jugadores ya lo han experimentado previamente.

Sin embargo, hay usuarios que, por formar parte del juego como comentaristas, tienen acceso a una visión completa del mapa de juego para poder realizar su trabajo. Así mismo, estos comentaristas transmiten a través de Internet lo que están viendo para que sus espectadores los puedan seguir.

Según las evidencias, el equipo peruano estaba viendo la transmisión de un comentarista en tiempo real, lo cual les daba ventaja de estrategia sobre sus rivales. ¿El resultado? “Union Gaming” fue expulsado del torneo, y, además, recibieron una suspensión de (06) meses para jugar en torneos oficiales (Dotesport; 2015).

El último caso negativo a mencionar se da en el año 2016. ¿Qué es lo que ocurre? Resulta que, para un torneo oficial, dos equipos peruanos se enfrentan: InFamous y Elite Wolves. En resumen, los miembros de “Elite Wolves” habrían arreglado la partida para que ellos pierdan. De ese modo, sus jugadores ganarían un premio mayor que el ofrecido por el torneo, mediante las apuestas realizadas previamente a través de otros medios digitales (JoinDota; 2016).

¿El resultado? El equipo responsable fue sancionado. Además, los jugadores responsables fueron expulsados de por vida de participar en cualquier torneo oficial organizado por la compañía de juegos, Valve (JoinDota; 2016). Uno de estos jugadores era Freddy “SmAsH” Sina, quien habría conseguido reconocimiento individual a nivel internacional por su capacidad en el juego.

No obstante, muy aparte de los escándalos generados por los equipos profesionales del juego, muchos usuarios a nivel mundial no tienen una buena idea sobre los jugadores peruanos. ¿Por qué ocurre esto? Aparentemente, por la conducta que muchos muestran a la hora de jugar una partida pública con personas que no conocen.

A partir de un primer estudio realizado sobre los efectos de los comentarios hechos a los jugadores peruanos de “Dota 2”, se llegaron a varias micro-conclusiones. Para lograrlo, se habló con diversos voluntarios con una edad similar a la de la muestra de la presente investigación, con el objetivo de llegar a un acuerdo mutuo sobre qué es lo que puede estar sucediendo. Al final, se llegó a la conclusión que los mensajes ofensivos resultaban ser respuesta a los comportamientos irrespetuosos que los propios jugadores peruanos presentan a la hora de jugar. También, generan molestia a otros jugadores al no cooperar en jugadas de equipo, cuando el juego en cuestión se basa en el trabajo de equipo (Gómez y Zúñiga; 2014: 23).

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, así como existen ejemplos que han dejado mal la imagen de los jugadores peruanos a nivel internacional, también existen algunos ejemplos que si han logrado dar buenas impresiones.

Un primer caso sería el Freddy “SmAsH” Sina, quien, a pesar de ahora estar expulsado de la mayoría de eventos oficiales del juego, en su momento fue reconocido mundialmente por su alto puntaje en la tabla de posiciones dentro del juego. Incluso, hace algunos años logró ser el primer jugador de Sudamérica que lograra acumular (8,000) puntos de ranking

(Noobfromua; 2015). Así mismo, durante un período de tiempo logró coronarse como el jugador mejor posicionado en la tabla de ranking de todo el continente de América (Dota2HighlightsTV; 2014).

Como equipos, han ocurrido logros que fueron sorpresa para muchos debido a la complejidad del reto. Uno de ellos sería el realizado por el equipo peruano “Unknown”. ¿Qué fue lo que hizo? En el 2015, durante un torneo conocido como el “Frankfurt Major”, se enfrentaron a un equipo chino conocido como “Newbee”. El tema estaba en que todas las apuestas estaban en su contra, debido a que “Newbee” resultó ser el campeón mundial en el año 2014. A pesar de creencias populares, “Unknown” fue capaz de derrotar al equipo chino, lo cual no solo aseguró su ascenso a la siguiente ronda, sino que también se aseguró que “Newbee” fuera descalificado del torneo por derrota; cosa que muchos no estaban esperando (Noobfromua; 2015).

Otro fuerte acontecimiento fue la clasificación del equipo peruano, InFamous, al evento principal del torneo mundial del juego, The International, en el año 2017. Esto es importante porque, aparentemente, luego de derrotar al equipo brasileño, SG – eSports, el equipo peruano sería el primer equipo sudamericano en formar parte del evento principal de “The International” (Publimetro; 2017).

En resumen, Perú mantiene una relación muy compleja con el escenario internacional de “Dota 2”. Existen personas que han generado baches en el progreso, pero también hay algunos que han demostrado la capacidad que los peruanos pueden tener para enfrentarse a los grandes equipos. No obstante, como se señaló a partir de las conclusiones sobre la investigación del comportamiento de los peruanos en el juego, todavía hay mucho trabajo por hacer.

Si bien los problemas presentados han sido realizados por diversos jugadores de equipos diferentes, todas presentan un tema en común: falta de profesionalismo. Ya sea por

apostar en contra de tu propio equipo u observar la transmisión de un comentarista para obtener ventaja sobre el rival, esta falta de profesionalismo, para la presente investigación, indica principalmente que el escenario peruano requiere de un aumento en la disciplina de los jugadores.

Es importante indicar que, al hablar de disciplina, no se está hablando de dedicarle extensas horas al entrenamiento en el juego o poder descubrir nuevas formas de desarrollar una determinada acción. Más bien, se está considerando como disciplina respeto al nivel de seriedad que los jugadores tienen respecto al juego y al escenario al que se están enfrentando.

Es cierto que dicha disciplina se basa en la formación que los jugadores han tenido desde su familia y los grupos sociales de los que han sido partícipes; ya que, si no fuese así, el mismo tipo de conductas se estarían apreciando en los participantes de los equipos peruanos de ajedrez y / o matemáticas. Pero, es posible considerar la posibilidad de generar disciplina a través del compromiso que los jugadores pudiesen tener con algún agente externo. ¿Qué significa esto? Significa que, si algún equipo tuviese un acuerdo con algún medio grande como un canal de televisión, los jugadores serían mucho más conscientes de las acciones que podrían cometer para conseguir, de alguna manera, la victoria de una partida.

Otra posibilidad sería en que, más allá de generar un acuerdo, ofrecerles una cobertura que otorgue reconocimiento a estos jugadores podría servir de impulso para forjar dicha disciplina. En otras palabras, si los medios otorgasen un espacio mayor para reconocer los esfuerzos de estos jugadores, existe la probabilidad de que ellos reconozcan que pueden convertirse en los ídolos de otras personas. Por tanto, se genera una responsabilidad de imagen de estos jugadores hacia sus seguidores. De esa manera, es factible pensar que su

conducta profesional mejoraría considerablemente tomando en cuenta el reconocimiento que se les está otorgando por su esfuerzo.

El escenario peruano de “Dota” aparenta ser un espacio complejo que tomará mucho tiempo arreglar. Sin embargo, la solución requiere de la participación de ambos lados. Por un lado, los jugadores deben comprender la disciplina que su esfuerzo por llegar al escenario internacional le está exigiendo. Por otro lado, los medios de comunicación podrían apoyar para que su esfuerzo se sienta valorado. Lo importante es ver la forma en que estas dos partes se cumplan sin tener que llegar a un extremo que resulte ser demasiado complicado.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. TIPO, METODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según la metodología de investigación y de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) nuestra investigación es de tipo descriptivo y correlacional, ya que buscó medir y describir los niveles de agresividad, impulsividad y dependencia al videojuego Dota2, para luego estimar el grado de relación o asociación que existe entre estas tres variables.

El método de investigación es Cuantitativo, porque usa la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

El diseño de la investigación es no experimental, descriptivo correlacional y transversal, es no experimental porque el estudio de las variables se realizó en un contexto en el que no se

sometió a condiciones o estímulos que las modifiquen; es descriptivo correlacional porque la medición y análisis de cada variable se dio por separado y luego se las relacionó, es transversal porque se recolecta datos en un solo momento, teniendo como propósito describir las variables y describir su incidencia. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

2. POBLACION Y MUESTRA

A. Población

Nuestra población estuvo conformada por 1223 jóvenes inscritos que juegan el dota2 en la ciudad de Arequipa

B. Muestra

El tipo muestreo es no probabilístico de manera intencional porque no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas de las características de la investigación, (Hernández, Fernández y Baptista, 2010); la muestra quedó conformada por 145 jóvenes Arequipeños que juegan DOTA 2.

Quedando establecidos los siguientes criterios:

a. Criterios de inclusión

- Adolescentes y Jóvenes que juegan al DOTA 2 de sexo masculino.
- Edad de 18 a 30 años de edad.
- Adolescentes y Jóvenes que acepten participar voluntariamente en la investigación.

b. Criterios de exclusión

- Aquellos adolescentes y jóvenes que no deseen participar en la investigación.
- Jóvenes que no pertenezcan al rango de edad establecido para la investigación.
- Jóvenes que no juegan DOTA 2.
- Que no hayan completado los cuestionarios aplicados.

3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

Para esta investigación se utilizaron los siguientes cuestionarios:

A. CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

Nombre del test	: Cuestionario de detección del juego patológico
Creado	: José María Salinas Martínez, José María Roa Venegas
Año	: 2001
Ámbito de aplicación	: Individual – Colectiva
Tiempo de aplicación	: 15 minutos aproximadamente.

Descripción:

El test “Cuestionario breve de diagnóstico de juego patológico” es un instrumento de screening del juego patológico autoadministrado ampliamente utilizado en la actualidad. Fue creado por La Federación Andaluza de Jugadores de Azar Recuperados (FAJER) y el departamento de Psicología Social y Metodología de la Universidad de Granada, el mismo que consta de un cuestionario de 20 preguntas conformado por 5 factores:

Factor 1: Conducta de escape: 4 ítems (9, 10, 14, 18)

Factor 2: Descontrol conductual en la adquisición del dinero: 3 ítems (19, 20, 4)

Factor 3: Irritabilidad: 3 ítems (7, 8, 2)

Factor 4: Ocultación y centralidad en el juego: 3 ítems (13, 1, 11)

Factor 5: Persistencia en el juego persiguiendo las ganancias: 3 ítems (5, 3, 16)

Factor 6: Pérdida de la centralidad del rol laboral: 2 ítems (17 y 15)

Factor 7: “Caza” de lo perdido: 2 ítems (12 y 6)

3 opciones de respuestas tipo liker. Las puntuaciones que corresponden a cada opción de respuesta son: 0 nunca; 1 a veces; 2 muchas veces. La corrección del cuestionario

permite una valoración que clasifica a las personas aplicadas en tres grupos: de 0 a 4: No jugador; de 5 a 9: Jugador con Riesgo y de 10 o más: Jugador Dependiente. Este cuestionario permite evaluar el nivel del juego patológico que presentan los usuarios que han sido valorados.

La medición de los ítems se realiza en escala Likert con 3 alternativas de respuesta las cuales tienen las siguientes puntuaciones:

0 = nunca

1 = a veces

2 = muchas veces

La suma total determina el tipo de jugador en el que se encuentran sumido los adolescentes y jóvenes de acuerdo a los siguientes intervalos.

No jugador: de 0 a 4

Jugador con riesgo: de 5 a 9

Jugador dependiente: de 10 a más

Validez:

La validez concurrente con el cuestionario original es elevada ($r = 0,986$). La puntuación discrimina claramente ambos grupos; la puntuación media de la muestra de población general era 1,19 (s.d. = 2,76), mientras que en la muestra de jugadores patológicos era 15,95 (s.d. = 6,65). El punto de corte óptimo es cinco; con él se consigue una sensibilidad del 98,4% y una especificidad del 93,5%.

Confiabilidad:

El procedimiento seguido en la construcción del test garantiza una elevada consistencia interna del mismo, así se obtiene un alfa de Cronbach de 0,8259 en la muestra de jugadores y de 0,7599 en la muestra de la población general. Si se considera conjuntamente ambas muestras el alfa de Cronbach alcanza el valor 0,9325.

En nuestra ciudad, los resultados de nuestra investigación en cuanto a la validez y confiabilidad del cuestionario del juego patológico arrojan lo siguiente:

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
jp1	10,72	38,409	,377	,825
jp2	10,86	37,264	,521	,818
jp3	10,39	38,282	,346	,827
jp4	10,88	37,832	,523	,819
jp5	10,80	38,481	,405	,824
jp6	10,60	39,547	,190	,835
jp7	10,68	36,899	,505	,819
jp8	10,70	37,738	,449	,822
jp9	10,52	39,237	,207	,835
jp10	10,55	40,193	,142	,836
jp11	10,87	37,295	,508	,819
jp12	10,74	37,455	,489	,820
jp13	10,75	38,091	,384	,825
jp14	10,88	37,826	,478	,821
jp15	10,76	38,601	,365	,826
jp16	10,73	38,281	,428	,823

jp17	10,87	37,656	,453	,822
jp18	10,81	37,268	,541	,818
jp19	10,95	37,477	,516	,819
jp20	10,95	38,643	,385	,825

Validez

Se halló la validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio, para un instrumento unidimensional conformado por 20 ítems, se utilizó el paquete estadístico Jasp, con el estimador WLSMV (mínimos cuadrados ponderados y con media y varianza ajustada), este estimador presenta robustez en los resultados en situaciones de no normalidad y escala ordinal (Kline, 2015). Para confirmar el modelo se tuvo en cuenta el índice de ajuste comparativo (CFI), con valores $\geq .90$ (Bentler, 1990) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), con valores $\leq .80$ (MacCallum, Browne, & Sugarawa, 1996)

Índices de bondad de ajuste para el Cuestionario de Juego patológico

	SB-χ^2	(gl)	RMSEA	(I.C. 90 %)	CFI
Modelo original	1255.3	190	.005	.001, .038	.980

La tabla indica que el modelo del Cuestionario de Juego patológico es un instrumento válido.

Confiabilidad

Se halló a través del coeficiente de Alfa de Cronbach. Donde los valores para determinar si el ítem y el instrumento presentan consistencia interna tendrían que ser mayores a 0.7,

valores que se encuentran en todo el instrumento ($\alpha = 0.831$). Situación que indicaría que el Cuestionario de Juego patológico es una medida confiable.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,831	20

B. CUESTIONARIO DE AGRESIÓN (AGGRESSION QUESTIONNAIRE-AQ)

Nombre de la Prueba : Cuestionario de Agresión (Aggression Questionnaire-AQ)

Autores : Buss y Perry.

Año : 1992

Adaptación : Peruana por Solano Catillo Octavio Jorge Antonio (2016)

Procedencia : Trujillo- Perú

Ámbito de aplicación : Entre 9 y 88 años

Tipo de Aplicación : Individual - Colectiva.

Tiempo :15 minutos aproximadamente.

Áreas que se mide : Agresividad Verbal, Física, Ira y Hostilidad.

Objetivos : Evalúa diferentes componentes y niveles de la agresividad.

Descripción:

El Cuestionario de Agresión (Aggression Questionnaire – AQ, Buss & Perry) está compuesta por 29 ítems que hacen relación a conductas y sentimientos agresivos.

Conformado por cuatro dimensiones.

- Agresión física: 9 ítems (1, 5, 9, 13, 17, 21, 24, 27, 29).
- Agresión verbal: 5 ítems (2, 6, 10, 14, 18).
- Ira: 7 ítems (3,7,11,15,19,22,25)
- Hostilidad: 8 ítems (4,8,12,16,20,23,26,28)
- Los ítems 15 y 24 tienen un puntuación inversa

La medición de los ítems se realiza en escala Likert con 5 alternativas de respuesta las cuales tienen las siguientes puntuaciones:

1 = completamente falso para mí

2 = bastante falso para mí

3 = ni verdadero ni falso para mí

4 = bastante verdadero para mí

5 = completamente verdadero para mí

Calificación por dimensiones

- **Agresión física**

Muy alto = 30 a mas

Alto = 24 - 29

Medio = 16 - 23

Bajo = 12 - 15

Muy bajo = menos a 11

- **Agresión verbal**

Muy alto = 18 a mas

Alto = 14 - 17

Medio = 11 - 13

Bajo = 7 - 10

Muy bajo = menos a 6

- **Ira**

Muy alto = 27 a mas

Alto = 22 - 26

Medio = 18 - 21

Bajo = 13 - 17

Muy bajo = menos a 12

- **Hostilidad**

Muy alto = 32 a mas

Alto = 26 - 31

Medio = 21 - 25

Bajo = 15 - 20

Muy bajo = menos a 14

La suma total determina el nivel de agresividad en el que se encuentran sumido los adolescentes y jóvenes de acuerdo a los siguientes intervalos.

Agresión general AQ

Muy alto = 99 a mas

Alto = 83 - 98

Medio = 68 - 82

Bajo = 52 - 67

Muy bajo = menos a 51

Validez:

En la adaptación española de Rodríguez et al. (2002) respecto a la validez de constructo presentada por el instrumento, el análisis factorial confirmatorio, realizado a través de un modelo tetra dimensional de ecuaciones estructurales, confirmó que, en términos generales, este cuestionario permite medir de forma válida la agresión física y verbal, la ira y la hostilidad. A continuación, se presenta los rangos entre los cuales fluctúan los valores hallados para cada escala: Agresión física 0.40 - 0.83; Agresión verbal 0.43 – 0.65; Ira 0.36 – 0.70; Hostilidad 0.37 – 0.67.

Confiabilidad:

En el estudio originario de Buss & Perry (1992), las fiabilidades de las puntuaciones en las escalas, evaluadas mediante el coeficiente alpha de Cronbach, fueron relativamente bajas (comprendidas entre 0.72 y 0.85), pero suficientes para tan pocos ítems. Concretamente, los valores obtenidos en las escalas fueron los siguientes: 0.85 en agresividad física, 0.72 en agresividad verbal, 0.77 en hostilidad y 0.83 en ira. El valor para las puntuaciones totales fue de 0.89, lo que indica una adecuada consistencia interna. En la adaptación española de Rodríguez et al. (2002) las consistencias internas obtenidas fueron en general similares a las obtenidas por Buss & Perry (1992), pero en el caso de la agresividad verbal fue más bajo en la muestra española: 0.86 en Agresividad física, 0.68 en Agresividad verbal, 0.72 en hostilidad, 0.77 en ira y 0.88 en las puntuaciones totales.

C. CUESTIONARIO DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BIS-11)

Nombre de la Prueba : Cuestionario de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

Autores : Barret

Año :1959

Adaptación : Peruana por Flores Quintana Gina Grissel en 2018

Ámbito de aplicación : Adolescentes y adultos

Tipo de Aplicación : Individual - Colectiva.

Tiempo :10-30 minutos aprox.

Objetivos : Evaluar niveles de Impulsividad

Descripción:

La Escala de Impulsividad de Barratt es uno de los instrumentos ampliamente utilizados para la valoración de impulsividad consta de 30 cuestiones, agrupadas en tres subescalas

- Impulsividad Motora: 10 ítems (2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29)
- Impulsividad Cognitiva: 8 ítems (4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27)
- Impulsividad No Planificada: 11 Ítems: (1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30)
- Los ítems (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30) tienen una puntuación inversa

La medición de los ítems se realiza en escala Likert con 4 alternativas de respuesta las cuales tienen las siguientes puntuaciones:

0 = raramente o nunca

1 = ocasionalmente

3 = a menudo

4 = siempre o casi siempre

La suma total determina el nivel de impulsividad en el que se encuentran sumido los adolescentes y jóvenes de acuerdo a los siguientes intervalos.

Impulsividad general

Alto = 72 a más

Medio = 52 - 71

Bajo = menos a 52

Posee mayor valor la puntuación total que la de las subescalas. En el estudio de validación española las medianas obtenidas en una muestra de pacientes psiquiátricos fueron. Impulsividad cognitiva: 9,5 impulsividad motora: 9,5 impulsividad no planeada. 14 Puntuación total: 32,5

Validez:

La validez del instrumento es comprobada por medio de la validez de contenido, la cual fue aprobada por criterio de jueces mediante el coeficiente V de Aiken.

Confiabilidad:

La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS – 11), en la última revisión de su versión original, obtuvo una confiabilidad total del instrumento de 0.83 como coeficiente de Alfa; por dimensiones, fue de 0.74 en la dimensión de Impulsividad Atencional, 0.59 en la Motora y 0.72 en la No Planificada. (Standford, et al., 2009)

4. PROCEDIMIENTO

Para la realización de la presente investigación se procedió a solicitar permiso a los centros de internet que ofrecen el servicio del videojuego Dota2; una vez otorgado este permiso, se coordinaron los horarios y días con los encargados de cada centro para poder aplicar los cuestionarios, los cuales fueron sometidos a pruebas de validez y confiabilidad para garantizar la objetividad.

Una vez aceptada la solicitud de permiso, se presentó el consentimiento informado a los participantes quienes firmaron este y posteriormente, se llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios a los jóvenes jugadores del Dota2.

Teniendo los cuestionarios aplicados, procedimos a la calificación e interpretación de los datos obtenidos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1. Análisis e interpretación de los datos

En el presente capítulo se expondrán los resultados obtenidos del análisis estadístico de la investigación en el mismo orden que los objetivos específicos valiéndonos del paquete estadístico SPSS versión 22.0, con el fin de establecer las correlaciones estadísticamente significativas entre las dos variables mencionadas.

Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de frecuencia, porcentajes y tablas cruzadas; para el análisis diferencial se utilizaron una prueba paramétrica (la prueba de ANOVA) y para la correlación de las variables se utilizó la prueba estadística Chi – Cuadrado de Pearson.

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO NUMÉRICO DE LA EDAD, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO

Tabla 1

Análisis descriptivo numérico de la edad de los participantes que juegan el videojuego DOTA

2

Estadísticos	Edad
N	145
Media	21.65
Mediana	21.00
Desviación estándar	3.349
Mínimo	17
Máximo	30
Percentil 25	19.00
Percentil 75	24.00

Análisis e Interpretación

Al realizar el análisis descriptivo numérico de edad de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2 se observa que el promedio de edad es de 22 años, la mediana más del 50% tienen más de 21 años, la desviación estándar con respecto a la media se diferencia en 3 años, la edad mínima es de 17 años y la edad máxima es de 30 años.

El 50% de participantes con la cual se va a realizar el estudio la mayor cantidad de sujetos tienen edades entre 19 y 24 años.

Tabla 2

Análisis descriptivo categórico del estado civil y el grado de instrucción de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2

		fi	%
Estado civil	Soltero	124	85.5%
	Conviviente	11	7.6%
	Casado	10	6.9%
	Total	145	100.0%
Grado de instrucción	Secundaria completa	17	11.7%
	Técnico	24	16.6%
	Estudiante universitario	90	62.1%
	Superior universitario completo	14	9.7%
	Total	145	100.0%

Análisis e Interpretación

Al realizar el análisis descriptivo categórico del estado civil y el grado de instrucción de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2 se encuentra que el 85.5% son solteros existiendo muy pocos participantes convivientes con un 7.6% y casados con un 6.9%.

En cuanto al grado de instrucción el 62.1% son Estudiantes Universitarios y un 16.6% de jóvenes tienen formación Técnico Superior.

Siendo la mayor parte de la población con la cual se está realizando nuestro estudio; participantes Solteros y Estudiantes Universitarios.

Tabla 3

Análisis descriptivo numérico de la frecuencia de horas por día, días a la semana y años dedicados al juego dota 2 de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.

Estadísticos	Horas de juego	Días de juego	Tiempo de juego
	por día	por semana	en años
N	145	145	145
Media	4.01	3.66	3.79
Mediana	4.00	4.00	3.00
Moda	5	3 ^a	3
Desviación estándar	1.799	1.501	2.128
Mínimo	1	1	1
Máximo	12	7	12
Percentil 25	3.00	2.00	2.00
Percentil 75	5.00	5.00	5.00

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Análisis e Interpretación

Según el análisis descriptivo numérico de la frecuencia de horas al día, días a la semana y años dedicados al videojuego DOTA 2 se encuentra que:

La duración en cuántas horas al día los participantes que juegan el videojuego DOTA 2 el promedio es de 4 horas al día, la mediana es 4 horas, la frecuencia de mayores horas de juego por día es de 5; el 50% de los participantes juegan entre 3 y 5 horas siendo la cantidad de juego mínima en general 1 hora y máximo 12 horas.

La duración en cuantos días a la semana juegan los participantes; el promedio es de 4, la mediana es 4, la frecuencia de mayor días de juego a la semana es 3, el 50% de participantes juega entre 2 y 5 días siendo la cantidad de juego mínimo 1 y el máximo es 7 días a la semana.

El tiempo promedio dedicado al juego DOTA 2 en años es más de 3, siendo la mediana 3 años, la frecuencia de mayores años de juego es de 3, siendo el mínimo de años 1 a 12 años de juego, el 50% de participantes juegan de 2 a 5 años.

2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CATEGÓRICO DE LA DEPENDENCIA (JUEGO PATOLÓGICO) DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO DOTA2

Tabla 4

Niveles de dependencia de los participantes

Dependencia del juego patológico	Frecuencia	Porcentaje
No jugador	24	16.6
Jugador con riesgo	34	23.4
Jugador dependiente	87	60.0
Total	145	100.0

Análisis e Interpretación

Según el análisis descriptivo de la dependencia videojuego DOTA 2 observamos que el 60 % de los participantes son jugadores dependientes; mientras que un 23.4% son jugadores con riesgo y un 16.6% son no jugador.

Tabla 5

Correlación de Pearson de la dependencia al videojuego DOTA 2 (juego patológico) con la edad, días de juego por semana, horas de juego por día y tiempo de juego en años de los participantes.

	Juego patológico	Edad	Días de juego por semana	Horas de juego por día	Tiempo de juego en años
Juego patológico	1				
Edad	0.072	1			
Días de juego por semana	,609**	0.001	1		
Horas de juego por día	,377**	-0.090	,485**	1	
Tiempo de juego en años	,342**	,233**	0.125	0.139	1

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis e Interpretación

En la tabla observamos que la edad no se relaciona con la dependencia al videojuego DOTA 2, teniendo la edad que tenga el sujeto el promedio de horas de juego siempre será el mismo y no tendrá relación con el juego patológico.

Existe una relación significativa de nivel alto entre la dependencia al videojuego DOTA 2 y los días de juego por semana, esto quiere decir que a mayor cantidad de días de juego por semana mayor la dependencia al videojuego.

Por otro lado, existen relación de nivel medio entre las horas de juego por día y el tiempo de juego en años con la dependencia al videojuego DOTA 2 porque son menores a 0.5.

Respecto a la edad no se correlaciona con las horas y días de juego, solo se correlaciona con el tiempo de juego por años, esto significa que a mayor cantidad de juego mayor edad.

En cuanto a días de juego por semana existe correlación con las horas de juego por día, siendo esta una correlación de nivel medio esto quiere decir que a mayor cantidad de horas de juego al día mayor cantidad de días de juego por semana.

Tabla 6

Comparación a través del ANOVA de un factor de la dependencia al videojuego DOTA 2 (juego patológico) según estado civil de los participantes.

	Soltero	Conviviente	Casado			
	(n= 124)	(n= 11)	(n= 10)			
	<i>M (D.E.)</i>	<i>M (D.E.)</i>	<i>M (D.E.)</i>	F(2, 142)	<i>P</i>	η^2
Juego patológico	11.0 (6.4)	14.8 (7.7)	11.9 (5.9)	1.862	0.159	0.026

Análisis e Interpretación

Observamos en la tabla de comparación que, no existen diferencias estadísticamente significativas del estado civil con respecto a la dependencia al videojuego DOTA 2, es decir los participantes solteros, convivientes y casados tienen los mismos puntajes altos hacia el juego patológico no existiendo diferencia, sin embargo, se aprecia que los participantes convivientes tienen mayor puntaje que los solteros y los casados. La media de este es un puntaje más alto utilizando el tamaño del n^2 nos diría que es un efecto del tamaño pequeño por lo tanto no se podría considerar como una diferencia significativa.

Tabla 7

Comparación a través del ANOVA de un factor de la dependencia al videojuego DOTA 2 (Juego patológico) según grado de instrucción de los participantes.

	Secundaria	Técnico	Estudiante	Superior			
	completa	superior	universitario	universitario			
		completo		completo			
	(n= 17)	(n= 24)	(n= 90)	(n= 14)			
	M (D.E.)	M (D.E.)	M (D.E.)	M (D.E.)	F(3, 141)	p	η^2
Dependenci							
a							
(Juego	11.5 (6.7)	12.0 (6.2)	11.1 (6.6)	11.1 (6.7)	0.132	0.941	0.003
patológico)							

Análisis e Interpretación

En la tabla 7 se hace la comparación a través del Anova de un factor de la la dependencia al videojuego DOTA 2 según el grado de instrucción: No existe diferencia significativa del grado de instrucción con relación al Juego patológico, ya que la $p > 0.05$ y la η^2 es menor a 0.01 es decir que no existen diferencias, esto se evidencia al observar la media o los promedios aritméticos donde se refleja que no existe diferencias entre ninguno sea el grado de instrucción que tenga el participante. Todos tienen tendencia a la dependencia al videojuego DOTA 2.

3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CATEGÓRICO DE LOS NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO DOTA 2.

Tabla 8

Análisis descriptivo categórico de la agresión AQ de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.

Agresión AQ	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	12	8.3
Bajo	34	23.4
Medio	40	27.6
Alto	52	35.9
Muy alto	7	4.8
Total	145	100.0

Análisis e interpretación.

Con respecto al análisis descriptivo categórico de la agresión en general se observa que los participantes que juegan el DOTA 2 presentan los siguientes niveles: 35.9% nivel alto en agresión, 27.6% nivel medio, 23.4% nivel bajo, 8.3% nivel muy bajo y 4.8% muy alto, esto quiere decir que más del 50% de los participantes presentan agresión siendo un 68.3% del total de la muestra que presentan niveles de agresión medio, alto y muy alto.

Tabla 9

Análisis descriptivo categórico de las sub escalas de la agresión de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.

Niveles	Sub escalas de la agresión							
	Agresividad física		Agresividad verbal		Ira		Hostilidad	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Muy bajo	4	2.8%	8	5.5%	19	13.1%	9	6.2%
Bajo	34	23.4%	27	18.6%	46	31.7%	54	37.2%
Medio	37	25.5%	36	24.8%	36	24.8%	51	35.2%
Alto	50	34.5%	63	43.4%	41	28.3%	28	19.3%
Muy alto	20	13.8%	11	7.6%	3	2.1%	3	2.1%
Total	145	100.0%	145	100.0%	145	100.0%	145	100.0%

Análisis e Interpretación

De las subescalas de la agresión se observa que los participantes que juegan el DOTA 2 presentan niveles altos en agresividad física y verbal; del total de la muestra el 34.5% presenta nivel alto en agresividad física, así como el 43.4% de la muestra presenta niveles alto de agresividad verbal, 31.7% de la muestra presenta niveles muy bajo en ira y el 37.2% de la muestra total presentan niveles bajos de hostilidad.

PRUEBA DE NORMALIDAD

Teoría central del límite

Según asimetría y curtosis

Asimetría	-,027	,201
Curtosis	-,228	,400

Cuando las muestras están constituidas por 100 o más elementos tienden a presentar distribuciones normales y esto sirve para el propósito de hacer estadística inferencial (generalizar de la muestra al universo) Hernández Sampieri et *al.*, 2013 y Mertens 2010

	Asimetría	Curtosis
Dependencia al juego patológico	,593	,132
Agresividad	-,302	-.616
impulsividad	-,097	-1,049

Interpretación

Se está cumpliendo con los criterios de normalidad según asimetría ($\pm 1,5$) y curtosis (± 7) en todas las variables, está dentro del límite , por lo tanto se afirma que hay una distribución normal

Tabla 10

Correlación de Pearson de la agresión AQ con la edad, días de juego por semana, horas de juego por día y tiempo de juego en años de los participantes que juegan el videojuego DOTA

2.

	Agresión AQ	Edad	Días de juego por semana	Horas de juego por día	Tiempo de juego en años
Agresión AQ	1				
Edad	0.037	1			
Días de juego por semana	,461**	0.001	1		
Horas de juego por día	,296**	-0.090	,485**	1	
Tiempo de juego en años	0.144	,233**	0.125	0.139	1

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis e Interpretación

Al relacionar la agresión con la edad se observa que no existe relación significativa sin embargo entre la agresión y los días de juego por semana si existe relación significativa es decir qué; las personas que tienen mayores días de juego a la semana tienen mayores niveles de agresión.

Existe relación significativa entre la agresión con las Horas de juego por día esto quiere decir que las personas que juegan más horas de juego por día tiene mayores niveles de agresión.

En cuanto a la relación del Tiempo en años con la agresión no existe relación significativa solo influye entre la edad ya que a mayor edad mayor tiempo de juego en años.

Tabla 11

Comparación a través del ANOVA de un factor de las subescalas y la agresión AQ según estado civil de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.

	Soltero	Conviviente	Casado			
	(n= 124)	(n= 11)	(n= 10)			
	<i>M (D.E.)</i>	<i>M (D.E.)</i>	<i>M (D.E.)</i>	F(2, 142)	<i>p</i>	η^2
Agresión física	22.1 (6.8)	24.5 (3.6)	23.7 (5.3)	0.871	0.421	0.012
Agresión verbal	12.9 (3.6)	15.5 (3.8)	13.3 (3.6)	2.635	0.075	0.036
Ira	17.9 (4.9)	19.4 (4.9)	16.4 (4.1)	0.989	0.375	0.014
Hostilidad	21.2 (5.1)	24.5 (3.8)	22.1 (4.3)	2.286	0.105	0.031
	74.1		75.5			
Agresión AQ	(16.8)	83.7 (9.5)	(15.4)	1.774	0.173	0.024

Análisis e Interpretación

Observamos en la tabla que no existe diferencia en cuanto a la agresión general, sin embargo, las diferencias tendrían un tamaño de efecto pequeño, donde los convivientes son aquellos que presentan mayores puntajes de agresión. En general no existe diferencias grandes solo existe diferencias de tamaño del efecto pequeño en agresión verbal y en la hostilidad siendo los convivientes los que presentan mayores puntajes que los solteros y los casados.

Tabla 12

Comparación a través del ANOVA de un factor de las subescalas y la agresión AQ según grado de instrucción de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.

	Secundaria completa (n= 17)	Técnico superior completo (n= 24)	Estudiante universitario (n= 90)	Superior universitario completo (n= 14)			
	<i>M (D.E.)</i>	<i>M (D.E.)</i>	<i>M (D.E.)</i>	<i>M (D.E.)</i>	F(3, 141)	<i>p</i>	η^2
Agresión física	21.2 (7.8)	22.0 (5.7)	22.8 (6.6)	21.8 (6.0)	0.377	0.770	0.008
Agresión verbal	13.5 (4.2)	13.1 (3.9)	12.8 (3.4)	14.6 (3.7)	1.151	0.331	0.024
Ira	16.8 (4.6)	17.8 (5.2)	18.1 (4.6)	18.3 (6.0)	0.389	0.761	0.008
Hostilidad	23.4 (4.9)	21.8 (6.0)	21.1 (4.8)	21.3 (4.6)	0.992	0.399	0.021
		74.6					
Agresión AQ	74.9 (17.5)	(17.4)	74.8 (16.0)	76.0 (17.4)	0.023	0.995	0.001

Análisis e Interpretación

En la tabla se observa que no existe diferencia estadísticamente significativa en ninguna de las sub escalas, sin embargo, en la agresión verbal existe un tamaño del efecto pequeño que indicaría ligeras diferencias pero que no son significativas. Donde los participantes superior universitario completo presentan puntajes más alto que los estudiantes universitarios, técnicos superiores y participantes con secundaria completa

4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CATEGÓRICO DE LOS NIVELES DE IMPULSIVIDAD DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO DOTA 2.

Tabla 13

Análisis descriptivo categórico de la impulsividad de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.

Impulsividad	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	61	42.1
Medio	46	31.7
Alto	38	26.2
Total	145	100.0

Análisis e Interpretación

Observamos que el 42% de los participantes que juegan DOTA2 presenta baja impulsividad, seguida de un 31.7% con nivel medio y 26.2% nivel alto, siendo más del 50% de los participantes presentan tendencia a la impulsividad con un 57.9% entre los niveles medio y alto.

Tabla 14

Correlación de Pearson de la impulsividad con la edad, días de juego por semana, horas de juego por día y tiempo de juego en años de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.

	Impulsividad	Edad	Días de juego por semana	Horas de juego por día	Tiempo de juego en años
Impulsividad	1				
Edad	-0.046	1			
Días de juego por semana	,446**	0.001	1		
Horas de juego por día	,311**	-0.090	,485**	1	
Tiempo de juego en años	0.064	,233**	0.125	0.139	1

Análisis e Interpretación

No existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la impulsividad; sin embargo, existe una correlación moderada entre los días de juego por semana con la impulsividad esto quiere decir que a mayores días de juego por semana mayor impulsividad. Así mismo existe también relación directa entre las horas de juego por día con la impulsividad esto quiere decir que a mayores horas de juego por día mayor impulsividad.

Tabla 15

Comparación a través del ANOVA de un factor de la impulsividad según estado civil de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.

	Soltero	Conviviente	Casado			
	(n= 124)	(n= 11)	(n= 10)			
	<i>M</i> (<i>D.E.</i>)	<i>M</i> (<i>D.E.</i>)	<i>M</i> (<i>D.E.</i>)	F(2, 142)	<i>p</i>	η^2
Impulsividad	55.5 (16.5)	50.3 (15.1)	51.2 (18.3)	0.766	0.467	0.011

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = promedio; *DE* = Desviación estándar; *F* = ANOVA de un factor; *p* = p valor; η^2 = eta cuadrado (tamaño del efecto).

Análisis e Interpretación

Al comparar la impulsividad con el estado civil observamos que no existe ninguna diferencia entre estas, podemos decir que los solteros son más impulsivos que los casados y convivientes, pero esas diferencias son estadísticamente no significativo de tamaño de efecto negligente, ya que es muy bajo.

Tabla 16

Comparación a través del ANOVA de un factor de la impulsividad según grado de instrucción de los participantes que juegan el videojuego DOTA 2.

	Secundaria completa (<i>n</i> = 17) <i>M</i> (<i>D.E.</i>)	Técnico superior completo (<i>n</i> = 24) <i>M</i> (<i>D.E.</i>)	Estudiante universitario (<i>n</i> = 90) <i>M</i> (<i>D.E.</i>)	Superior universitario completo (<i>n</i> = 14) <i>M</i> (<i>D.E.</i>)			
					F(3, 141)	<i>p</i>	η^2
Impulsividad	48.1 (15.7)	55.4 (15.8)	56.4 (16.5)	51.8 (17.3)	1.391	0.248	0.029

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = promedio; *DE* = Desviación estándar; *F* = ANOVA de un factor; *p* = *p* valor; η^2 = eta cuadrado (tamaño del efecto).

Análisis e Interpretación

En la tabla se observa que existe diferencias de la impulsividad según el grado de instrucción con tamaño del efecto pequeño, pero esas diferencias son estadísticamente no significativas donde los participantes que tienen grado de instrucción universitario y técnico superior completo pareciera que presentan mayores niveles de impulsividad.

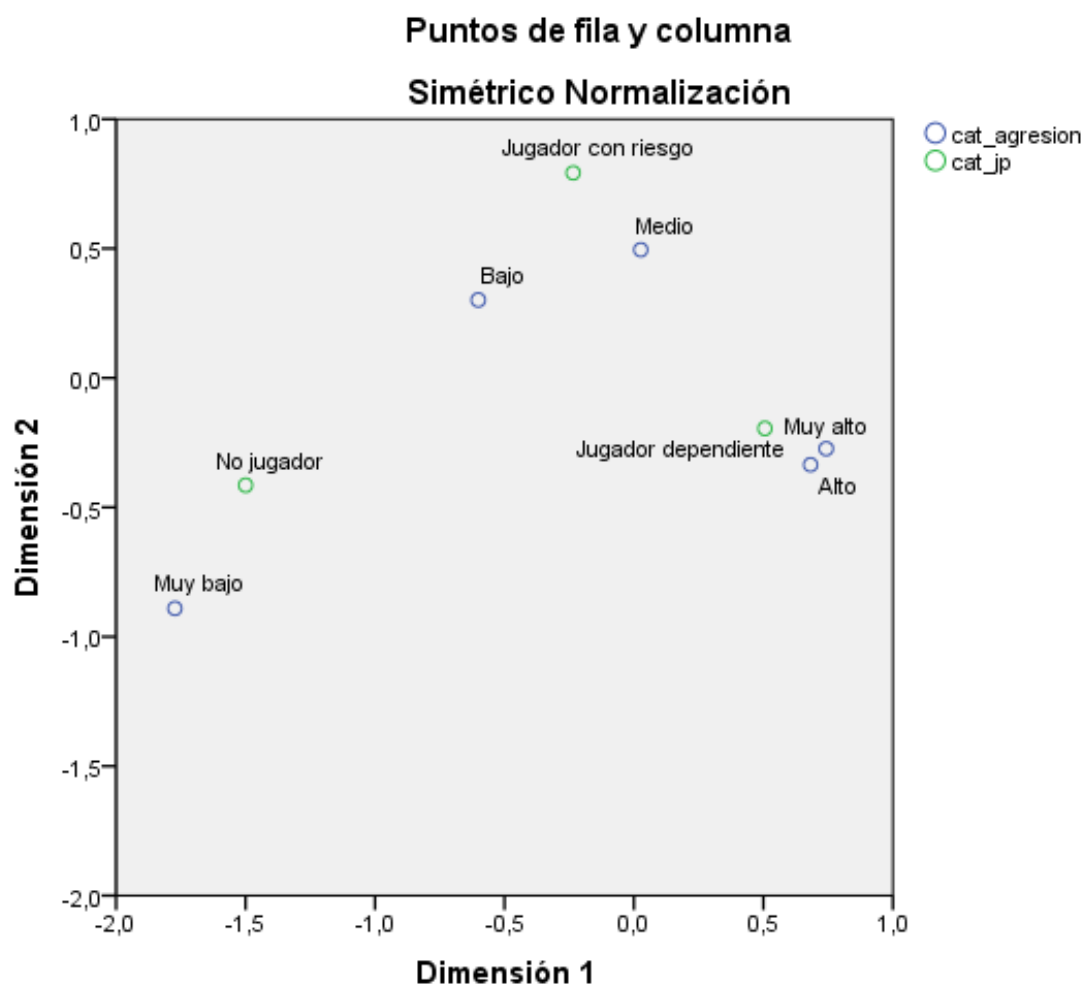
5. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CATEGÓRICO DE LA CORRELACIÓN ENTRE LA DEPENDENCIA Y LA AGRESIÓN DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO DOTA 2.

Tabla 17

Asociación a través de la Chi cuadrado de la dependencia al videojuego DOTA 2 y la agresión de los participantes.

Dependencia Juego patológico	Agresión AQ											
	Muy bajo		Bajo		Medio		Alto		Muy alto		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No jugador	8	5.5%	10	6.9%	5	3.4%	1	0.7%	0	0.0%	24	16.55%
Jugador con riesgo	2	1.4%	11	7.6%	13	9.0%	7	4.8%	1	0.7%	34	23.45%
Jugador dependiente	2	1.4%	13	9.0%	22	15.2%	44	30.3%	6	4.1%	87	60.00%
Total	12	8.3%	34	23.4%	40	27.6%	52	35.9%	7	4.8%	145	100.00%

$$X^2 = 47.758 \quad gl = 8 \quad p \text{ valor} = 0.000$$



Análisis e Interpretación

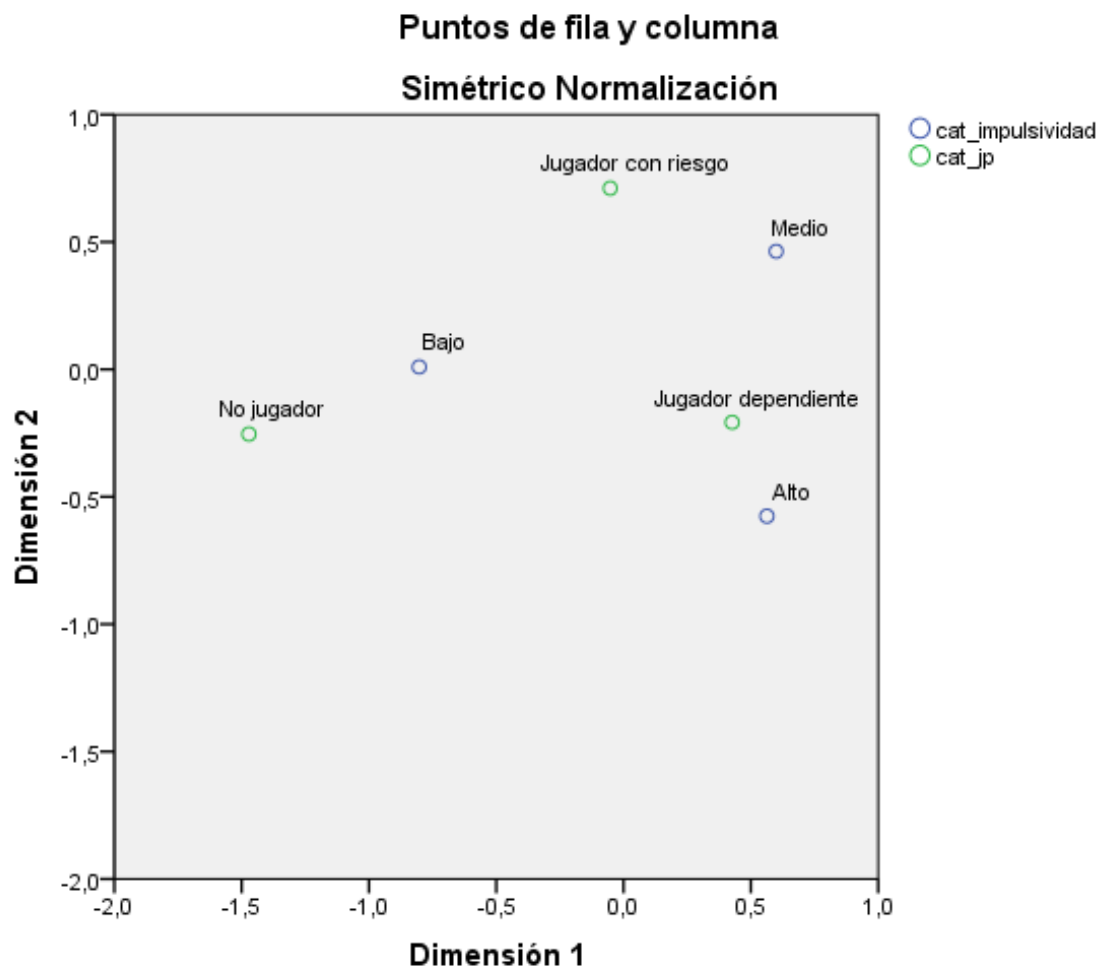
Al asociar la dependencia al videojuego DOTA 2 y la agresión se observa que existe relación estadísticamente significativa es decir aquellas personas que presentan juego patológico presentan también niveles altos de agresión, pero esta relación se evidencia al analizar el gráfico de dimencionalidad donde se observa que las personas que tienen niveles muy altos y altos de agresión son jugadores dependientes, es decir. Así mismo se observa una relación no tan cercana entre los jugadores con riesgo con los niveles medio y bajo de agresión, y los no jugadores con el nivel muy bajo de agresión.

Tabla 18

Asociación a través de la Chi cuadrado de dependencia al videojuego DOTA 2 y la impulsividad de los participantes.

Dependencia Juego patológico	Impulsividad						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No jugador	22	15.2%	0	0.0%	2	1.4%	24	16.55%
Jugador con riesgo	15	10.3%	14	9.7%	5	3.4%	34	23.45%
Jugador dependiente	24	16.6%	32	22.1%	31	21.4%	87	60.00%
Total	61	42.1%	46	31.7%	38	26.2%	145	100.00%

$$X^2 = 35.269 \quad \text{gl} = 4 \quad \text{p valor} = 0.000$$



Análisis e Interpretación

Se observa que, si existe una relación estadísticamente significativa entre la dependencia al videojuego DOTA 2 y la impulsividad donde sucede que el jugador dependiente presenta niveles altos de impulsividad, los jugadores con riesgo presentan un nivel medio y los no jugadores presentan un nivel bajo de impulsividad.

6. CORRELACIÓN ENTRE LA AGRESIÓN Y LA IMPULSIVIDAD CON LA DEPENDENCIA DE LOS PARTICIPANTES QUE JUEGAN EL VIDEOJUEGO DOTA 2.

Tabla 19

Correlación de Pearson de la dependencia al videojuego DOTA 2 con la agresión y la impulsividad de los participantes.

	Juego patológico	Agresión	
		AQ	Impulsividad
Juego patológico	1		
Agresión AQ	,562**	1	
Impulsividad	,424**	,483**	1

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Análisis e Interpretación

Si existe relación entre la agresividad y la impulsividad con la dependencia al videojuego DOTA 2 en los, es decir a mayor agresión mayor juego patológico y a mayor impulsividad mayor juego patológico, esta relación es directa, positiva de nivel alto con respecto a la agresión y de nivel medio con respecto a la impulsividad.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal establecer la relación de agresividad e impulsividad con la dependencia en adolescentes y jóvenes arequipeños que juegan DOTA2

Encontramos que existe relación estadísticamente significativa entre la agresividad y la impulsividad con la dependencia al videojuego DOTA 2 en los participantes, lo que nos indica que a mayor agresión mayor juego patológico, a mayor impulsividad mayor juego patológico, por lo cual CONFIRMAMOS nuestra hipótesis. Se encontraron resultados similares en la investigación realizado por Remigio Vásquez, J. (2017) en su investigación “Adicción a los videojuegos y agresividad en adolescentes de dos instituciones educativas públicas del distrito de Los Olivos, 2017” donde se planteó como objetivo general determinar la correlación entre la adicción a los videojuegos y agresividad en estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas públicas del distrito de Los Olivos, 2017. De manera que los resultados obtenidos permiten determinar que se encuentra en una relación directa ($r = 0.571^{**}$) y estadísticamente significativa. El hallazgo de la investigación, mantiene similitud con el estudio realizado de Pérez y Prado (2014), quienes estudiaron una población de estudiantes de secundaria teniendo como objetivo determinar la relación entre el uso de videojuegos y conductas agresivas, encontrando que las correlaciones son significativas ($p = 0.01$), concluyendo el autor, que existen verdaderamente componentes que pueden generar un comportamiento agresivo en los adolescentes Así mismo como nos menciona Albert Bandura (1975) en cuanto al aprendizaje social es que el medio social en donde interactúe la persona y como este conformado este medio generará distintas conductas en la persona, de convivir en un ambiente hostil habrá más probabilidades de generar conductas agresivas, las influencias sociales nos mencionan que: Se determinó la relación entre la adicción a los videojuegos y las dimensiones de agresividad expresadas en, agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad. Y moderadamente

directas (,731**,870**, 803**, 442, **). Estos resultados indican que a mayor adicción a los videojuegos mayores serán los niveles de agresividad física, agresividad verbal, Ira, hostilidad.

Otra investigación que concuerda con nuestros resultados que la impulsividad y el juego patológico tienen una relación inversamente proporcional es la de Daniel Lloret Irlles y Ramón Morell Gomis (2015) con su investigación “Impulsividad y adicción a los videojuegos” que tuvo como objetivo analizar la relación entre impulsividad, la frecuencia e intensidad de uso de videojuegos y la adicción a los videojuegos donde los resultados indican que la impulsividad está asociada a la adicción a los videojuegos en ambos géneros y mantiene relación únicamente con el tiempo dedicado a los videojuegos en días laborales. Atendiendo a los resultados, la impulsividad es un factor a considerar en el desarrollo de adicción a video juegos. Por lo tanto, la impulsividad debe ser tomada en cuenta para explicar la conducta problemática de videojuegos, así como en el diseño de intervenciones preventivas y terapéuticas.

El primer objetivo fue identificar los niveles de agresión en jóvenes que juegan el DOTA 2, 35.9% de los participantes presentan un nivel alto de agresión, 27.6% presentan un nivel medio esto quiere decir que estos participantes tendrían tendencia a la agresión, 23.4% presentan un nivel bajo, 8.3% presenta un nivel muy bajo y un 4.8% presentan un nivel muy alto. Siendo la mayor parte de nuestra muestra con un 68.3 % que presentan niveles medio, alto y muy alto. De las subescalas de la agresión se observa que la agresión física presenta un puntaje de 34.5 % y verbal con un 43.4 % presentan niveles muy altos o altos en los participantes, en cambio en la ira y hostilidad los puntajes son medios con tendencia a nivel bajo. Al comparar la agresión según grado de instrucción y estado civil no existe diferencia en cuanto a la agresión general, sin embargo, las diferencias tendrían un tamaño de efecto pequeño, donde los convivientes son aquellos que presentan mayores puntajes de agresión. En general no existe diferencias grandes solo existe diferencias de tamaño del efecto pequeño en agresión verbal y en la hostilidad siendo los convivientes los que presentan mayores puntajes que los solteros y

los casados. En cuanto la agresión con la edad se observa que no existe relación significativa sin embargo entre la agresión y los días de juego por semana si existe relación significativa del es decir qué; las personas que tienen mayores días de juego a la semana tienen mayores niveles de agresión. Existe relación significativa entre la agresión con las Horas de juego por día esto quiere decir que las personas que juegan más horas de juego por día tiene mayores niveles de agresión. En cuanto a la relación del Tiempo en años con la agresión no existe relación significativa solo influye entre la edad ya que a mayor edad mayor tiempo de juego en años.

En cuanto a los niveles de impulsividad en los participantes que juegan el videojuego DOTA 2 se observa que el 42% de los participantes presentan baja impulsividad, seguida de un 31.7% que presentan una impulsividad media, y un 26.2% presenta impulsividad alta teniendo como resultado entre los niveles medio y alto 57.9% de impulsividad. Al comparar la impulsividad según grado de instrucción y estado civil observamos que no existe ninguna diferencia entre estas, podemos decir que los solteros son más impulsivos que los casados y convivientes, pero esas diferencias son estadísticamente no significativo de tamaño de efecto negligente, ya que es muy bajo. Al relacionar la impulsividad con la edad, los días de juego por semana, las horas de juego por día y tiempo de juego en años se observa que no existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la impulsividad; sin embargo, existe una correlación moderada entre los días de juego por semana con la impulsividad esto quiere decir que a mayores días de juego por semana mayor impulsividad. Así mismo existe también relación directa entre las horas de juego por día con la impulsividad esto quiere decir que a mayores horas de juego por día mayor impulsividad.

El segundo objetivo específico de nuestra investigación fue medir los niveles de dependencia del juego patológico en jóvenes arequipeños que juegan el videojuego DOTA 2 donde al realizar el análisis descriptivo numérico de la dependencia del juego patológico observamos que el 60 % de los participantes que juegan el DOTA 2 son jugadores dependientes,

mientras que un 23.4% son jugadores con riesgo y un 16.6% son no jugador. Esto se relaciona con el análisis descriptivo numérico de la frecuencia de horas al día, días a la semana y años dedicados al DOTA 2 donde se encuentra que: el promedio de la duración de horas que juegan al día los participantes es de 4 horas, la mediana es 4, la frecuencia de mayores horas de juego por día es de 5; el 50% de los participantes juegan entre 3 y 5 horas siendo la cantidad de juego mínima en general 1 hora y máximo 12 horas. En cuanto al promedio de días que juegan a la semana los participantes la duración es de 4, la mediana es 4, la frecuencia de mayores días de juego a la semana es 3, el 50% de participantes juega entre 2 y 5 días siendo la cantidad de juego mínimo 1 y el máximo es 7 días a la semana. El tiempo promedio dedicado al juego DOTA 2 en años es más de 3, siendo la mediana 3 años, la frecuencia de mayores años de juego es de 3, siendo el mínimo de años 1 a 12 años de juego, el 50% de participantes juegan de 2 a 5 años. JoinDota (2016) que los jóvenes peruanos que se dedican al juego DOTA 2 son más propensos a caer en una dependencia a este videojuego por los diferentes torneos que ofrecen grandes cantidades de dinero, así como como el campeonato mundial “The International” donde el premio mayor es de 30 millones de dólares, jóvenes desde temprana edad persiguen este premio y pretenden escalar rangos que le permitan un puesto importante y llegar a este torneo. A sí mismo un análisis que realizó el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Cedro) sobre la ludopatía o juego patológico presencial y virtual determinó que los juegos en línea que han generado la mayor cantidad de problemas son DOTA 2 y Warcraft. La entidad llegó a las siguientes conclusiones en base a los 496 casos de jugadores patológicos atendidos entre el 2010 al 2016 el 80% de pacientes atendidos muestran adicción a los videojuegos DOTA2 y Warcraft mientras que el 20% a los juegos presenciales (apuesta en casinos) 45%, los jugadores son púberes y adolescentes (12 a 19 años), seguido de los jóvenes, 35% (20 a 34años) y, finalmente, los adultos, 20% (37 a 73años). Se entiende que se trata de adolescentes, escolares y estudiantes de educación superior, los que solicitan mayoritariamente

atención por juego patológico a través de internet. En nuestra investigación, encontramos que los participantes que juegan el videojuego DOTA 2 se caracterizan por estar integrado mayormente por jóvenes entre edades de 19 y 24 años; así mismo, se evidencio que el 85.5% de los participantes son solteros siendo la mayor parte de nuestra muestra existiendo muy pocos participantes convivientes con un 7.6% y casados con un 6.9%. En cuanto al grado de instrucción el 62.1% de nuestra muestra son Estudiantes Universitarios y también existe un 16.6% de jóvenes que tiene formación Técnico Superior. También se encontraron resultados sobre la dependencia de los jóvenes que juegan el dota 2, que no existen diferencias estadísticamente significativas del estado civil con respecto al juego patológico, es decir los participantes solteros, convivientes y casados tienen los mismos puntajes altos hacia el juego patológico no existiendo diferencia, sin embargo se aprecia que los participantes convivientes tienen mayor puntaje que los solteros y los casados, la media de este es un puntaje más alto utilizando el tamaño del n^2 nos diría que es un efecto del tamaño pequeño por lo tanto no se podría considerar como una diferencia significativa. Al igual que en el grado de instrucción No existe diferencia significativa del grado de instrucción con relación al juego patológico ya que la $p>0.05$ y la n^2 es menor a 0.01 es decir que no existen diferencias, esto se evidencia al observar la media o los promedios aritméticos donde se refleja que no existe diferencias entre ninguno sea el grado de instrucción que tenga el participante. Todos tienen tendencia al juego patológico.

El último objetivo de nuestra investigación es correlacionar los niveles de agresión e impulsividad con la dependencia al videojuego DOTA 2 donde se observa que existe diferencia estadísticamente significativa es decir aquellas personas que presentan juego patológico presentan también niveles altos de agresión, pero esta relación se evidencia al analizar el grafico de dimensionalidad donde se observa que las personas que tienen niveles muy altos y altos de agresión son jugadores dependientes, es decir. Así mismo se observa una relación no tan

cercana entre los jugadores con riesgo con los niveles medio y bajo de agresión, y los no jugadores con el nivel muy bajo de agresión. Obteniendo como resultado que el 30.3% de los jugadores dependientes presentan un nivel alto de agresividad, 15.2% presentan un nivel medio y un 9.0% presentan un nivel bajo de agresividad. Estos resultados difieren en cierto grado a los estudios realizado por Letona (2012) en su investigación “Agresividad en adolescentes ciberadictos” donde el estudio señala que el 60% de la población evaluada se encuentra con un nivel bajo de agresividad, dato significativo, por lo que dicha población puede definirse como adolescentes con una personalidad estable y que sus niveles de agresividad de encuentran en un parámetro que se puede definir como normal. Mientras que el 27.50% de los evaluados se encuentran con un nivel de agresividad medio alto, el cual se puede catalogar como impulsos de agresividad que dicha persona puede tener en algunas circunstancias donde su umbral de tolerancia se ve comprometido. Según la opinión del 47 % de los jugadores esta actividad provoca en ellos un nivel significativo de agresividad, pero solo cuando se juega, no precisamente en contra de otros.

En cuanto a la impulsividad se observa que, si existe una relación estadísticamente significativa entre el juego patológico y la impulsividad donde sucede que el jugador dependiente presenta niveles altos de impulsividad, los jugadores con riesgo presentan un nivel medio y los no jugadores presentan un nivel bajo de impulsividad. Teniendo en cuenta que el 22.1% de los jugadores dependientes presentan un nivel medio de impulsividad, 21.4% presentan un nivel alto y un 16.6% presentan un nivel bajo de impulsividad. Nuestros resultados tienen cierta relación con los resultados de los autores Diana Ximena Puerta- Cortés, Xavier Carbonell y Andrés Chamarro en su investigación “Influencia de la pasión y la impulsividad en el tiempo, el estilo y el género del videojugador” donde los resultados de este estudio demuestran la relación que existe entre el número de horas de juego, el estilo de juego y la impulsividad disfuncional. Parece que los jugadores con este tipo de impulsividad reaccionan

de manera rápida y no planeada. Es posible que el déficit en el control inhibitorio les proporcione a los videojugadores recompensas a corto plazo, como reforzamientos y gratificación inmediata través del juego (Hall y Parsons, 2001). Los resultados también revelan que la impulsividad funcional predice el tipo de juego masivo. De acuerdo con nuestros resultados, los jugadores de videojuegos masivos serían hombres más adultos, con pasión tanto armoniosa como obsesiva, así como con impulsividad funcional. Para (Chahín- Pinzón y Briñez, 2011) la impulsividad cognitiva, está relacionada con la capacidad de pensar y tomar decisiones rápidas y planificadas. Por las características de los MMORPG, la impulsividad funcional posibilita en los videojugadores asumir riesgos, tomar decisiones rápidas a veces propensas a errores en el procesamiento de la información, pero son capaces de sacar ventaja este estilo y la estrategia les proporciona el máximo beneficio en el juego.

Estos resultados confirman nuestra hipótesis que, a mayor agresividad mayor dependencia y a mayor impulsividad mayor dependencia al videojuego DOTA 2 en adolescentes y jóvenes arequipeños.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La relación existente entre la impulsividad y agresividad con la dependencia al videojuego DOTA2, se ve muy marcada en la población de adolescentes y jóvenes, existiendo una relación significativa, lo cual influye en el cambio de algunos rasgos de su personalidad.

SEGUNDA: Los niveles de Agresión e impulsividad en adolescentes y jóvenes que juegan DOTA2, se encuentra en un nivel alto, lo que quiere decir que los participantes tendrían tendencia a la agresión e impulsividad.

TERCERA: Los niveles de dependencia al juego DOTA2 en los adolescentes y jóvenes muestran que son un 60% los que tienen una conducta dependiente, teniendo en cuenta el tiempo de juego y los días de juego.

CUARTA: Se correlaciona que existe aquellas personas que presentan juego patológico al DOTA2, presentan también niveles altos de agresión e impulsividad, lo cual hace ver que existe una marcada relación.

SUGERENCIAS

1. Realizar este tipo de investigaciones en poblaciones más amplias y diversas para dar mayor sostenibilidad a los resultados, estructurar más este tema permitiría analizar adecuadamente futuras investigaciones al respecto.
2. Realizar estudios de tipo cualitativo sobre este tema para atender el origen de esta dependencia a los videojuegos y se pueda implementar en las instituciones pertinentes de la salud mental programas de prevención y controlar esta problemática.
3. Realizar investigaciones a fin de determinar las causas posibles de la conducta agresiva en los jugadores del DOTA 2 para poder prevenir y derivar al área de salud mental y llevar una terapia adecuada
4. Realizar investigaciones sobre el tipo de personalidad que presentan jugadores dependientes a los videojuegos en especial el dota 2, para poder recabar mayor información y prevenir un posible aumento del juego patológico en adolescentes y jóvenes.
5. A la Universidad Nacional de San Agustín, difundir los resultados de la presente investigación realizada, a fin que se conozca el estado actual de la dependencia del juego patológico al videojuego Dota 2 y su relación con la agresividad e impulsividad, y se tomen las medidas preventivas desde la intervención psicológica.
6. Difundir esta información en los medios de comunicación, instituciones educativas, instituciones de salud y del estado, como un medio de promoción que debe asumir el estado para prevenir y orientar a los jóvenes que presentan dependencia al videojuego DOTA 2.

REFERENCIAS

- Alvino, F. (2013). Adaptación psicométrica del cuestionario de agresividad (AQ) de Buss y Perry en estudiantes de secundaria del distrito de Santa Rosa (Tesis para obtener el título profesional). Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.
- Análisis de los Doterios peruanos. (2015). Disponible en:
<https://dota2peru.net/2015/09/26/analisis-de-doterios-peruanos/>
- Amador, T. (2018). *Agresividad e impulsividad en usuarios de videojuegos online*. Tesis de grado de Psicología, Universidad Abierta Interamericana, Argentina.
- Atención e Investigación de Socioadicciones. (2009). *Adicción al Juego Online*.
 Barcelona: Disponible: <http://www.ais-info.org/adiccionjuegoonline.html>.
- Asto, L. (2018). *Conducta agresiva en estudiantes del tercer grado de educación secundaria de la institución educativa CNV del distrito de Ate Vitarte*. Tesis de licenciado en psicología, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Perú
- Barratt, E., & Pritchard, W. (1985, January). Impulsiveness Subtraits-Augmenting
- Barratt E. (1959) Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*; 9: 191-8.
- Bentler, P. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-46. DOI: 10.1037/0033-2909.107.2.238
- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*, 45, 494-503.

- Björkqvist, K., Lagerspetz, K. M., Kaukiainen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? De-velopmental trends in regard to direct and indi-rect aggression. *Aggressive Behavior*, Vol 18(2), 117-127.
- Blaszczynski, A., y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487- 499.
- Blizzard Entertainment (2017). *Cronología de Blizzard*. Disponible en: <http://us.blizzard.com/es-mx/company/about/b20/timeline.html>.
- Buss, A.H (1961). *The psychology of aggression*. Ox-ford, England: Wiley.
- Buss A. y Perry, M. (1992) The aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 63, N° 3, 452-459
- Campos Bartolo, L, Vilchez Huaman, W. (2019). *Adicción a las redes sociales e impulsividad en estudiantes de cuarto y quinto grado de secundaria de dos instituciones educativas públicas de Lima este*. Título de Bachiller en Psicología, Universidad Peruana Unión, Perú.
- Carlos Sarcca F, Saldívar Bolívar G. (2017). *Influencia de la ejecución del videojuego dota 2 en la agresividad, en los estudiantes del vii ciclo, nivel secundario, institución educativa francisco mostajo, distrito Tiabaya, Arequipa, 2016*. Tesis de Segunda Especialidad en: Psicología, Tutoría y Orientación Educativa, Universidad Nacional de San Agustín, Perú.
- Carrasco Ortiz, Miguel Ángel, & González Calderón, Mª J Osé (2006). *Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos*. *Acción Psicológica*, 4(2), undefined-

- undefined. [fecha de Consulta 14 de octubre de 2019]. ISSN: 1578-908X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030758001.pdf>.
- COP. (2005). Ludopatía. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/M-13641/index.htm>.
- Chan, E. y Vorderer, P. (2006). Massively Multiplayer Online Games. In P. Vorderer, &
- Challco Luque, S, Guzmán Coaguila, K. (2018) *Uso de videojuegos y su relación con las habilidades sociales en estudiantes del área de ingenierías de la UNSA*. Título de Bachiller en Psicología, Universidad Nacional de San Agustín, Perú.
- Chóliz, M., & Marco, C. (2011). Patrón de uso y dependencia de videojuegos en infancia y adolescencia. *Anales de Psicología*, 27(2), 418-426
- De Sola Gutiérrez, J, & Rubio Valladolid, G, & Rodríguez de Fonseca, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Salud y drogas*, 13(2), undefined-undefined. [fecha de Consulta 14 de Octubre de 2019]. ISSN: 1578-5319. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83929573007.pdf>.
- DOTA2. Patch 7.0. (2017) Disponible en: <http://www.dota2.com/700>
- DOTA2. (2016) *Time of day*. Disponible en: http://dota2.gamepedia.com/time_of_day
- Echeburúa Odriozola E. (2016). *Abuso de internet ¿Antesala para la adicción al juego de azar online?* San Sebastián - España: Disponible: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Abuso%20de%20internet.pdf.
- Escobar Miranda J, Salazar Herrera A. (2015). *Juegos en línea y sus consecuencias psicosociales en las personas que frecuentan el cyber “meganeth” de Riobamba,*

- periodo abril-septiembre 2013*. Tesis de título de Psicología Clínica, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43(3), 1247-1255.
- Gómez, L, Vives D. (2014) *El anonimato virtual como generador de roles en los jugadores peruanos de juegos M.O.B.A*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Pág. 27 – 34.
- Gómez Torres, L. (2018). *Del hábito cotidiano a la profesionalización entre video-jugadores en línea: La interpretación de los video-juegos como contenido audiovisual para jugadores de Lima Metropolitana en la década del 2010*. Tesis de Licenciado en Comunicación Audiovisual, Pontificia, Universidad Católica el Perú, Perú.
- Haagsma, M. H., Caplan, S. E., Peters, O. y Pieterse, M. E. (2013). A cognitive- behavioral model of problematic online gaming in adolescents aged 12- 22 years. *Computers in Human Behavior*, 29, (1), 202- 209. doi. org/10.1016/j.chb.2012.08.006.
- J. Bryant (Eds.), *Playing Video Games: Motives, Responses, and Consequences*. Mahwah: Erlbaum
- JoinDota (2016). *Suspicious play in Peruvian match triggers match-fixing accusations*. Disponible en: https://www.joindota.com/en/news/36395-suspicious-play-in-peruvian-match-triggers-match-fixing-accusations&comment_page=2.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modelling* (4ta ed.). New York: The Guilford Press.

- Letona Méndez, M. (2012). *Agresividad en adolescentes ciberadictos (estudio realizado con adolescentes que asisten a videojuegos de la zona3 del Municipio de Mazatenango, Suchitepéquez)*. Tesis a conferirle en el grado académico de: Licenciada en Psicología, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Lloret Irles D, Morell Gomis. R. (2015) Impulsividad y adicción a los videojuegos. *Health and Addictions*, (Vol. 16, No.1, 33-40). Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/320897922>
- MacCallum, R., Browne, M., & Sugarawa, H. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling of fit involving a particular measure of model. *Psychological Methods*, 3(2), 130-49.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. (2013) Barcelona: Masson.
- Morales Vives, F. (2007). *El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes*. Tesis Doctoral de Psicología, Universidad Rovira I Virgili, España
- Mentzoni, R.A., Brunborg, G.S., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K.J., ... Pallesen, S. (2011). Videojuego problemático: prevalencia estimada y asociaciones con la salud física y física. *Ciberpsicología, comportamiento y redes sociales*, 14, 591-596
- Mingote C. y Requena M. (2010) "Impulsividad y Agresividad en Adolescentes". Ed. Diaz de Santos. Madrid, España. Pág. 195-197
- Olivari Solis Rosas, P, Pezzia Wong, C. (2018). *Asertividad y agresividad en estudiantes de psicología y medicina humana de una Universidad Particular en Lima aplicando el*

inventario de Bakker adaptado. Tesis de Licenciados en Psicología, Universidad Ricardo Palma, Perú.

Pérez Antón, A. (2015). *Factores de riesgo del juego patológico en el alumnado de Grado en Trabajo Social de La Universidad de La Laguna*.

Puerta Cortés D, Carbonell X, Chamarro A. (2014) *Influencia de la pasión y la impulsividad en el tiempo, el estilo y el género del videojugador*. Disponible en: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/145032/URL-Tesi%20doctoral%20D.%20X.%20Puerta_5_6.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Real Academia Española (2014) Diccionario de la lengua española. Recuperado de: <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>.

“Ragnarok” (2016). *Torneo nacional de Dota 2 peruano*. Disponible en: <http://www.dotaweb.com/>

Remigio Vásquez, J. (2017). *Adicción a los videojuegos y agresividad en adolescentes de dos instituciones educativas públicas del distrito de los olivos, 2017*. Tesis de Licenciado en Psicología, Universidad Cesar Vallejo, Perú.

Rojas M. y Colaboradores (2017) *informe sobre 496 casos de juego patológico presencial y virtual ¿Los vídeo juegos, como el Dota2 o el Warcraft, son adictivos?* Disponible en: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/359/4/LUDOPAT%c3%8dA%20Y%20CIBERADICCIONES%20MR%20y%20SR%20100517.pdf>.

Rojas, M. y Ruesta, S. (2017). *Informe sobre 496 casos de juego patológico presencial virtual. ¿Los juegos, como el Dota2 o el Warcraft, son adictivos? [Diapositivas]*. Miraflores: CEDRO. Recuperado de <http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/359>.

Salinas, J.M. y Roa, J. (2001). Cuestionario de diagnóstico del juego patológico FAJER. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(2), 353-370.

Segaretro (2017). Herzog Zwei. Disponible en: http://segaretro.org/herzog_zwei.

Segaretro (2017). Virtual Racing. Disponible en: http://segaretro.org/virtua_racing.

ANEXOS

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

Población diana: Población general. Es un cuestionario autoadministrado, que consta de 20 ítems con 3 opciones de respuesta tipo Likert.

Instrucciones: El siguiente cuestionario plantea una serie de preguntas sobre pensamientos sensaciones y conductas relacionados con los juegos de azar en que se apuesta dinero. Si en el último año usted ha experimentado o realizado lo que se describe en la pregunta, escriba una "X" en el cuadro que mejor se ajuste a su respuesta.

	Nunca	A veces	Muchas veces
Los pensamientos sobre el juego no te dejan concentrarte en tu trabajo, o en labores como la lectura, o la resolución de cuestiones de la familia.			
Los pensamientos sobre cómo conseguir dinero para jugar ¿No te dejan conciliar el sueño o te despiertan de madrugada?			
3. Cuando juegas ¿Te empeñas en seguir jugando hasta que ganas.			
Cuando juegas ¿Gastas todo el dinero, hasta el punto de no poder pagar las consumiciones, o tener que regresar andando?			
¿Juegas más dinero de lo que tenías pensado antes de empezar?			
¿Has intentado alguna vez dejar de jugar y no has sido capaz de ello?			
¿Te has sentido nervioso o irritado por no haber podido jugar?			
¿Te sientes irritado si tienes que interrumpir una sesión de juego por una obligación profesional o familiar?			
¿Juegas para demostrar tu capacidad o destreza a los demás?			
¿Juegas para serenarte antes de afrontar gestiones en el Ayuntamiento, Hacienda, Tráfico, etc.?			
¿Piensas que la única forma de resolver tu situación económica es tener un golpe de suerte en el juego?			
Después de perder ¿Sientes que tienes que volver, lo antes posible, a jugar para recuperar tus pérdidas?			
¿Buscas para jugar sitios que estén alejados de tu casa?			
¿Sueles decir a la gente que has ganado dinero en el juego aunque hayas perdido?			
¿Has inventado tareas en la calle, visitas al médico, etc. Para poder salir del trabajo e ir a jugar?			
¿Has descuidado obligaciones personales o familiares por estar jugando?			
¿Utilizas o has utilizado para jugar dinero del que manejas en el trabajo?			
¿Has pedido dinero prestado a familiares o amigos para jugar?			
¿Has pedido dinero a prestamistas o usureros para jugar?			
¿Has cometido hurtos, robos, u otros delitos para conseguir dinero con el que jugar?			

¿Cuanto tiempo juegas DOTA2?	Horas al día	Días a la semana	Años de juego

Identificación Fecha

Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

Entrevistador: lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.

	Raramente o nunca	Ocasional mente	A menudo	Siempre o casi siempre
1.- Planifico mis tareas con cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Hago las cosas sin pensarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Casi nunca me tomo las cosas a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(no me perturbo con facilidad)				
4.- Mis pensamientos pueden tener gran velocidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5.- Planifico mis viajes con antelación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Soy una persona con autocontrol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Ahorro con regularidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Planifico para tener un trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)				
12.- Digo las cosas sin pensarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Me gusta pensar sobre problemas complicados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14.- Cambio de trabajo frecuentemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)				
15.- Actúo impulsivamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17.- Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Hago las cosas en el momento que se me ocurren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Soy una persona que piensa sin distraerse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20.- Cambio de vivienda a menudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21.- Compró cosas impulsivamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.- Yo termino lo que empiezo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.- Camino y me muevo con rapidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.- Resuelvo los problemas experimentando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25.- Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(gasto más de lo que gano)				
26.- Hablo rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.- Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28.- Me interesa más el presente que el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.- Me siento inquieto/a en clases o charlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo de tiempo)				
30.- Planifico para el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(me interesa más el futuro que el presente)				

I COGNITIVA		I MOTORA		I NO PLANEADA		TOTAL	
-------------	--	----------	--	---------------	--	-------	--

Cuestionario de Agresión (AQ)

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Grado de Instrucción: _____

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones con respecto a situaciones que podrían ocurrirte.

A las que deberás contestar escribiendo un aspa “X” según la alternativa que mejor describa tu opinión.

CF = Completamente falso para mí

BF = Bastante falso para mí

VF= Ni verdadero, ni falso para mí

BV = Bastante verdadero para mí

CV = Completamente verdadero para mí

Recuerda que no hay respuestas buenas o malas, sólo interesa conocer la forma como tú percibes, sientes y actúas en esas situaciones.

	CF	BF	VF	BV	CV
01. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona					
02. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos					
03. Me enoja rápidamente, pero se me pasa en seguida					
04. A veces soy bastante envidioso					
05. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona					
06. A menudo no estoy de acuerdo con la gente					
07. Cuando estoy frustrado, muestro el enojo que tengo					
08. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente					
09. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también					
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos					
11. Algunas veces me siento tan enojado como si estuviera a punto de estallar					
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades					
13. Suelo involucrarme en la peleas algo más de lo normal					
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo evitar discutir con ellos					
15. Soy una persona apacible					
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas					
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago					
18. Mis amigos dicen que discuto mucho					
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva					
20. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas					
21. Hay gente que me provoca a tal punto que llegamos a pegarnos					
22. Algunas veces pierdo el control sin razón					
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables					
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona					
25. Tengo dificultades para controlar mi genio					
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas					
27. He amenazado a gente que conozco					
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán					
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas					

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS				CUESTIONARIO JUEGO PATOLOGICO																								
idm	edad	ec	gl	dias	horas	años	jp1	jp2	jp3	jp4	jp5	jp6	jp7	jp8	jp9	jp10	jp11	jp12	jp13	jp14	jp15	jp16	jp17	jp18	jp19	jp20	pd_ip	cat_ip
1	18	Soltero	Estudiante universitario	3	2	5	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	8	Jugador con riesgo
2	20	Soltero	Estudiante universitario	3	3	5	0	0	0	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	7	Jugador con riesgo
3	24	Soltero	Estudiante universitario	2	3	3	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	Jugador con riesgo
4	23	Soltero	Secundaria completa	4	5	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	0	10	Jugador dependiente
5	25	Soltero	Tecnico	1	5	10	2	0	1	0	1	1	2	0	2	2	0	1	2	0	0	0	2	0	0	0	16	Jugador dependiente
6	30	Soltero	Secundaria completa	4	3	3	1	0	1	0	1	0	1	2	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	11	Jugador dependiente
7	21	Soltero	Estudiante universitario	2	4	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	0	27	Jugador dependiente
8	19	Soltero	Estudiante universitario	4	3	3	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	13	Jugador dependiente
9	20	Soltero	Estudiante universitario	3	2	2	0	1	1	0	1	1	2	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	15	Jugador dependiente
10	20	Soltero	Estudiante universitario	5	2	12	1	0	1	0	1	2	1	0	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	15	Jugador dependiente
11	18	Soltero	Estudiante universitario	2	2	1	2	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	2	0	1	1	1	1	1	0	16	Jugador dependiente
12	22	Soltero	Estudiante universitario	3	2	6	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	0	1	0	0	14	Jugador dependiente
13	26	Soltero	Tecnico	5	1	8	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	10	Jugador dependiente
14	17	Soltero	Estudiante universitario	5	12	2	2	0	2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	1	0	1	14	Jugador dependiente
15	24	Soltero	Secundaria completa	7	3	2	1	0	2	1	1	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	1	0	0	12	Jugador dependiente
16	21	Soltero	Estudiante universitario	5	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	21	Jugador dependiente
17	19	Soltero	Estudiante universitario	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	No jugador
18	23	Casado	Secundaria completa	1	3	5	0	0	1	0	0	2	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	Jugador con riesgo
19	18	Soltero	Estudiante universitario	3	2	4	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	Jugador con riesgo
20	19	Soltero	Estudiante universitario	3	5	7	1	0	1	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	Jugador con riesgo
21	22	Soltero	Estudiante universitario	4	3	8	1	2	2	1	0	1	2	2	1	0	2	2	2	2	1	1	0	1	0	0	22	Jugador dependiente
22	23	Soltero	Tecnico	3	4	5	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	1	1	1	0	0	12	Jugador dependiente
23	20	Soltero	Tecnico	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No jugador
24	21	Soltero	Estudiante universitario	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	No jugador
25	24	Convivier	Secundaria completa	4	5	6	1	2	0	1	0	1	0	1	2	1	0	1	1	0	1	1	2	1	0	1	18	Jugador dependiente
26	19	Soltero	Estudiante universitario	4	3	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	10	Jugador dependiente
27	20	Soltero	Estudiante universitario	2	6	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	No jugador
28	25	Casado	Superior universitario c	4	5	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5	Jugador con riesgo
29	22	Soltero	Tecnico	3	4	4	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	10	Jugador dependiente
30	26	Convivier	Secundaria completa	5	6	8	0	1	0	1	0	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	0	1	2	1	2	23	Jugador dependiente
31	25	Convivier	Tecnico	5	2	6	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	24	Jugador dependiente
32	21	Soltero	Estudiante universitario	5	3	3	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	10	Jugador dependiente
33	25	Casado	Superior universitario c	4	6	5	0	1	1	0	0	2	2	1	1	1	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	14	Jugador dependiente
34	27	Soltero	Estudiante universitario	4	3	1	1	1	1	1	2	0	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	14	Jugador dependiente
35	26	Convivier	Secundaria completa	6	3	4	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	22	Jugador dependiente
36	24	Soltero	Estudiante universitario	4	3	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	Jugador con riesgo
37	22	Soltero	Estudiante universitario	2	4	6	1	2	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0	16	Jugador dependiente
38	21	Soltero	Secundaria completa	2	1	7	0	0	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	Jugador con riesgo
39	18	Soltero	Estudiante universitario	4	5	3	2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	7	Jugador con riesgo
40	22	Casado	Secundaria completa	5	3	4	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	9	Jugador con riesgo
41	17	Soltero	Estudiante universitario	5	7	3	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	15	Jugador dependiente
42	26	Soltero	Superior universitario c	5	4	8	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	0	0	1	2	2	1	2	1	2	1	25	Jugador dependiente
43	19	Soltero	Estudiante universitario	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	No jugador
44	18	Soltero	Estudiante universitario	7	5	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	12	Jugador dependiente
45	24	Soltero	Estudiante universitario	3	6	3	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	7	Jugador con riesgo
46	23	Soltero	Estudiante universitario	2	5	6	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	9	Jugador con riesgo
47	25	Soltero	Tecnico	3	3	4	0	0	1	0	0	1	0	1	2	1	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	13	Jugador dependiente
48	23	Soltero	Tecnico	3	3	10	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	No jugador
49	29	Convivier	Tecnico	4	6	7	1	0	2	0	1	1	1	1	0	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	15	Jugador dependiente
50	23	Soltero	Estudiante universitario	4	2	5	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	29	Jugador dependiente
51	20	Soltero	Estudiante universitario	3	5	5	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Jugador con riesgo
52	18	Soltero	Estudiante universitario	5	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	8	Jugador con riesgo
53	23	Convivier	Tecnico	5	3	6	0	0	1	1	0	2	1	1	0	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	15	Jugador dependiente
54	23	Casado	Secundaria completa	2	3	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	No jugador
55	22	Soltero	Estudiante universitario	4	3	5	1	0	1	0	2	1	0	1	0	2	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	13	Jugador dependiente
56	20	Soltero	Estudiante universitario	2	2	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	No jugador
57	20	Soltero	Estudiante universitario	3	4	6	0	0	1	0	0	2	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	Jugador con riesgo
58	19	Soltero	Estudiante universitario	2	2	8	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	8	Jugador dependiente
59	19	Soltero	Estudiante universitario	2	2	7	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	6	Jugador con riesgo
60	20	Soltero	Estudiante universitario	1	2	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	No jugador
61	18	Soltero	Estudiante universitario	7	6	1	1	2	2	2	1	1	0	0	2	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	0	21	Jugador dependiente
62	19	Soltero	Estudiante universitario	5	5	2	2	0	1	1	1	0	2	1	1	0	0	1	2	2	0	0	0	1	1	1	17	Jugador dependiente
63	18	Soltero	Estudiante universitario	7	12	9	1	1	1	0	2	1	2	2	0	0	1	1	0	0	1	2	2	2	2	2	21	Jugador dependiente
64	19	Soltero	Estudiante universitario	1	5	7	0	1	2	0	1	2	1	1	0	1	0	0	1	1	2</							

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AB AC AD AE AF AG AH AI AJ AK AL AM AN		A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AB AC AD AE AF AG AH AI AJ AK AL AM AN	
DAY		DAY	
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11	11	11	11
12	12	12	12
13	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	31	31	31
32	32	32	32
33	33	33	33
34	34	34	34
35	35	35	35
36	36	36	36
37	37	37	37
38	38	38	38
39	39	39	39
40	40	40	40
41	41	41	41
42	42	42	42
43	43	43	43
44	44	44	44
45	45	45	45
46	46	46	46
47	47	47	47
48	48	48	48
49	49	49	49
50	50	50	50
51	51	51	51
52	52	52	52
53	53	53	53
54	54	54	54
55	55	55	55
56	56	56	56
57	57	57	57
58	58	58	58
59	59	59	59
60	60	60	60
61	61	61	61
62	62	62	62
63	63	63	63
64	64	64	64
65	65	65	65
66	66	66	66
67	67	67	67
68	68	68	68
69	69	69	69
70	70	70	70
71	71	71	71
72	72	72	72
73	73	73	73
74	74	74	74
75	75	75	75
76	76	76	76
77	77	77	77
78	78	78	78
79	79	79	79
80	80	80	80
81	81	81	81
82	82	82	82
83	83	83	83
84	84	84	84
85	85	85	85
86	86	86	86
87	87	87	87
88	88	88	88
89	89	89	89
90	90	90	90
91	91	91	91
92	92	92	92
93	93	93	93
94	94	94	94
95	95	95	95
96	96	96	96
97	97	97	97
98	98	98	98
99	99	99	99
100	100	100	100

10	88	1	2	2	1	2	4	2	3	2	2	1	2	4	2	2	1	2	4	2	1	2	4	2	20	Medio	H. Alto	15	Bajo	18	Bajo	65	Medio
11	89	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	21	Medio	H. Alto	16	Medio	19	Medio	66	Medio	
12	90	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	24	Alto	H. Alto	17	Medio	20	Medio	67	Medio	
13	91	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	25	Alto	H. Alto	18	Medio	21	Medio	68	Medio	
14	92	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	26	Alto	H. Alto	19	Medio	22	Medio	69	Medio	
15	93	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	27	Alto	H. Alto	20	Medio	23	Medio	70	Medio	
16	94	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	28	Alto	H. Alto	21	Medio	24	Medio	71	Medio	
17	95	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	29	Alto	H. Alto	22	Medio	25	Medio	72	Medio	
18	96	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	30	Alto	H. Alto	23	Medio	26	Medio	73	Medio	
19	97	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	31	Alto	H. Alto	24	Medio	27	Medio	74	Medio	
20	98	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	32	Alto	H. Alto	25	Medio	28	Medio	75	Medio	
21	99	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	33	Alto	H. Alto	26	Medio	29	Medio	76	Medio	
22	100	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	34	Alto	H. Alto	27	Medio	30	Medio	77	Medio	
23	101	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	35	Alto	H. Alto	28	Medio	31	Medio	78	Medio	
24	102	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	36	Alto	H. Alto	29	Medio	32	Medio	79	Medio	
25	103	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	37	Alto	H. Alto	30	Medio	33	Medio	80	Medio	
26	104	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	38	Alto	H. Alto	31	Medio	34	Medio	81	Medio	
27	105	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	39	Alto	H. Alto	32	Medio	35	Medio	82	Medio	
28	106	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	40	Alto	H. Alto	33	Medio	36	Medio	83	Medio	
29	107	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	41	Alto	H. Alto	34	Medio	37	Medio	84	Medio	
30	108	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	42	Alto	H. Alto	35	Medio	38	Medio	85	Medio	
31	109	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	43	Alto	H. Alto	36	Medio	39	Medio	86	Medio	
32	110	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	44	Alto	H. Alto	37	Medio	40	Medio	87	Medio	
33	111	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	45	Alto	H. Alto	38	Medio	41	Medio	88	Medio	
34	112	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	46	Alto	H. Alto	39	Medio	42	Medio	89	Medio	
35	113	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	47	Alto	H. Alto	40	Medio	43	Medio	90	Medio	
36	114	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	48	Alto	H. Alto	41	Medio	44	Medio	91	Medio	
37	115	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	49	Alto	H. Alto	42	Medio	45	Medio	92	Medio	
38	116	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	50	Alto	H. Alto	43	Medio	46	Medio	93	Medio	
39	117	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	51	Alto	H. Alto	44	Medio	47	Medio	94	Medio	
40	118	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	52	Alto	H. Alto	45	Medio	48	Medio	95	Medio	
41	119	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	53	Alto	H. Alto	46	Medio	49	Medio	96	Medio	
42	120	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	54	Alto	H. Alto	47	Medio	50	Medio	97	Medio	
43	121	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	55	Alto	H. Alto	48	Medio	51	Medio	98	Medio	
44	122	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	56	Alto	H. Alto	49	Medio	52	Medio	99	Medio	
45	123	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	57	Alto	H. Alto	50	Medio	53	Medio	100	Medio	
46	124	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	58	Alto	H. Alto	51	Medio	54	Medio	101	Medio	
47	125	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	59	Alto	H. Alto	52	Medio	55	Medio	102	Medio	
48	126	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	60	Alto	H. Alto	53	Medio	56	Medio	103	Medio	
49	127	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	61	Alto	H. Alto	54	Medio	57	Medio	104	Medio	
50	128	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	62	Alto	H. Alto	55	Medio	58	Medio	105	Medio	
51	129	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	63	Alto	H. Alto	56	Medio	59	Medio	106	Medio	
52	130	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	64	Alto	H. Alto	57	Medio	60	Medio	107	Medio	
53	131	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	65	Alto	H. Alto	58	Medio	61	Medio	108	Medio	
54	132	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	66	Alto	H. Alto	59	Medio	62	Medio	109	Medio	
55	133	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	67	Alto	H. Alto	60	Medio	63	Medio	110	Medio	
56	134	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	68	Alto	H. Alto	61	Medio	64	Medio	111	Medio	
57	135	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	69	Alto	H. Alto	62	Medio	65	Medio	112	Medio	
58	136	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	70	Alto	H. Alto	63	Medio	66	Medio	113	Medio	
59	137	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	71	Alto	H. Alto	64	Medio	67	Medio	114	Medio	
60	138	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	72	Alto	H. Alto	65	Medio	68	Medio	115	Medio	
61	139	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	73	Alto	H. Alto	66	Medio	69	Medio	116	Medio	
62	140	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	74	Alto	H. Alto	67	Medio	70	Medio	117	Medio	
63	141	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	75	Alto	H. Alto	68	Medio	71	Medio	118	Medio	
64	142	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	76	Alto	H. Alto	69	Medio	72	Medio	119	Medio	
65	143	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	77	Alto	H. Alto	70	Medio	73	Medio	120	Medio	
66	144	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	78	Alto	H. Alto	71	Medio	74	Medio	121	Medio	
67	145	2	2	1	2	2	1																										

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ Acepto participar voluntariamente en esta investigación, Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

También se me informo que las respuestas al llenado del cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Le agradecemos su participación.

Nombre : _____

Firma : _____

Fecha : _____

CASOS CLÍNICOS

**CASO 1: BERTHA VALDEZ
 RIOS**

**CASO 2: JESSICA ELIZABETH
 YUCRA COILA**

ÍNDICE DE CASOS

CASO 1

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	129
EXAMEN MENTAL	135
INFORME PSICOMÉTRICO.....	137
INFORME PSICOLÓGICO	139
PLAN PSICOTERAPÉUTICO	144
ANEXOS DEL CASO 1	160

CASO 2

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	167
EXAMEN MENTAL	174
INFORME PSICOMÉTRICO.....	179
INFORME PSICOLÓGICO	188
PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	194
ANEXOS DEL CASO 2	215

CASO CLÍNICO 1

Presentado por la Bachiller: BERTHA VALDEZ

RIOS

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: G.J. S. S.
Sexo	: Masculino
Edad	: 18 años
Fecha de Nacimiento	: 3 de mayo de 1999
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Soltero
Ocupación actual	: Estudiante
Informante	: Paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio psicológico CIDH
Fecha de evaluación	: 31 de mayo – 5 de junio de 2017
Evaluador	: Bertha Valdez Rios

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta donde refiere “soy demasiado impulsivo y lo hago sin pensar, hace unos días rompí mi computadora esto lo hice por ira”; “últimamente me siento sin sentido, he pensado en quitarme la vida, y como siempre ando solo, veo caras de personas y escucho voces esto se hace más constante”.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente vive con sus padres, siendo el mayor de sus dos hermanas con los cuales no mantiene una buena relación, debido a ello evita comunicarse con ellas.

Paciente refiere que a los 14 años empieza a salir con amigos del colegio a fiestas nocturnas sin permiso de padres.

A los 15 años repitió dos veces de año escolar, sus salidas nocturnas eran más frecuentes no llegando a dormir a casa, teniendo problemas con padres, llegando incluso estos a llevarlo a un orfanato por su falta de control y autoridad hacia él, debido a que paciente mostraba actitud desafiante, rebeldía, agresividad, contradecía a sus padres, se escapa de casa, no asistida al colegio. Prueba sustancias nocivas (marihuana) y empieza su vida amorosa y sexual con una chica mayor que él. En el orfanato estuvo internado 3 meses. Cuando salió el estado pidió que siguiera haciendo terapia para la modificación de su conducta.

A los 16 años termina relación amorosa con enamorada debido a que pasó tiempo en el albergue y ella se cansó de esperarlo y de sus conductas agresivas, esto causó que él se sienta deprimido, sin ganas de vivir, no quería salir con nadie porque quería regresar con su ex enamorada, empezó a cortarse las muñecas, según paciente para aliviar su dolor.

En ese mismo año paciente se va a Chile a casa de su tío a quien admira mucho, para tratar de cambiar y olvidar a su ex enamorada, no consiguiéndolo regresó a Perú para continuar con sus estudios secundarios ya que los había abandonado.

A los 17 años empezó otra relación amorosa con una chica de su misma edad, donde refiere intenciones de convivir con ella, siendo esta propuesta rechazada por ser menores de edad, esto tuvo como consecuencia ideas suicidas y desgano por realizar sus actividades.

En los últimos cuatro meses, paciente piensa que su vida no tiene sentido, a veces de estar tranquilo de pronto se siente furioso, irritable y explota ante cualquier estímulo que no le agrade; este tipo de reacciones puede durar entre 2 a 3 horas, indica que “he pensado en quitarme la vida, como siempre ando solo, veo a personas y escucho voces esto se hace más constante”. Siente fastidio hacia sus padres, menciona que ellos se separaron y que hace un par de meses decidieron retomar su relación,

Presenta mucha tendencia al sueño, tiene ganas de seguir durmiendo; no tiene deseos de seguir estudiando, ni de asistir al colegio.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

1. DESARROLLO PRENATAL:

El paciente es producto de una relación matrimonial, no planificado, pero si deseado por el padre. No se produjeron ningunos incidentes emocionales o traumatismos que afectaran a la madre durante el período de gestación.

2. DESARROLLO POST NATAL:

Nacimiento:

Parto normal, sin ninguna complicación, lloró inmediatamente al nacer, no se requirió de incubadora.

Primera infancia:

Las primeras manifestaciones del lenguaje se dieron en el tiempo esperado para su edad. En relación al control de esfínteres lo realizó al año y medio, en cuanto a sus hábitos alimenticios fueron adecuados al igual que su sueño sin alteración ninguna.

En cuanto a la interacción madre e hijo durante sus primeros años fue la adecuada, la madre siempre se dedicó al cuidado de su hijo puesto que no trabajaba. Su desarrollo neuromuscular y psicomotriz fue normal, comenzó a caminar al año aproximadamente.

Infancia media:

Asistió al jardín a los 5 años, y a los 6 años estudió la primaria en un colegio particular, con un desempeño académico regular, participaba muy poco de actuaciones y eventos escolares le costaba relacionarse con sus compañeros.

El paciente recuerda que de niño desconfiaba mucho de las personas, tenía pocos amigos y le gustaba leer libros en su cuarto.

Adolescencia:

Cursa el nivel secundario a los 11 años, su desempeño académico fue regular hasta tercer grado de secundaria, en cuarto repitió dos años siendo sus asistencias irregulares, cuando quería iba al colegio, aunque por lo general faltaba mucho; refiere que se quedaba dormido hasta tarde sin llegar a asistir a clases, menciona que no tiene deseos de estudiar no quiere ir al colegio. Hace poco tiempo su padre le cambió a un colegio CEBA con la finalidad de que pudiera nivelarse y valorarse más las cosas. Sus relaciones sociales con sus compañeros fueron y aun son escasas.

Historia laboral:

El paciente no colabora en los quehaceres de la casa, de pequeño nunca le dieron responsabilidades, nunca desempeñó una actividad laboral de manera estable. Los padres siempre le dieron todo lo que él pedía.

Psicosexualidad:

El paciente inicia su actividad sexual a temprana edad. Tuvo dos enamorados con la cual tuvieron una relación de un año y medio.

Hábitos e influencias nocivas:

Su aseo y cuidado personal es adecuado, el paciente constantemente se tiñe el pelo, se hace tatuajes. Presenta antecedentes de consumo sustancias nocivas alcohol y droga. Tiende hacerse corte en la mano.

Personalidad premórbida:

Paciente era un niño engreído por sus padres, siempre tenía todo lo material al alcance, hacia berrinches en casa cuando no se le complacía, en el colegio parecía ser un niño tímido ya que no tenía muchos amigos.

En la pre-adolescencia, no se relacionaba mucho con pares, trataba de llamar la atención con su modo de vestir tipo gótico (vestimenta oscura, brazaletes con púas, pantalones rasgados), era poco sociable, callado, siendo su grupo de amistades reducido.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES:**Composición familiar:**

El paciente proviene de una familia de padres casados el padre tiene 44 años y la madre 35, el paciente es el primer hijo mayor de dos hermanas con los cuales no mantiene una buena relación evita comunicarse con ellas; esto debida a que con la pequeña de 5 años que es alegre, corre, grita en casa, no muestra tenerle mucha paciencia y con la mayor se habla muy poco; porque el mayor tiempo él para encerrado en su cuarto con la computadora.

Dinámica familiar:

Sus padres del paciente nunca mantuvieron una relación armoniosa. Vivió en un ambiente hostil donde ellos discutían en presencia de él y sus hermanas. Tanto fue los conflictos que llegaron a separarse durante un periodo de 2 meses, por otro lado, las discusiones entre padre e hijo se hacían cada vez más seguido a raíz de su mala conducta.

Socio- económicos:

El evaluado pertenece a una clase social media alta, su casa es de material noble, cuenta con los servicios básicos de agua, luz e internet. A pesar de tener todo el apoyo de sus padres el paciente no aprovecha las oportunidades que la vida le da. Las familias viven de un negocio familiar (restaurant).

Antecedentes familiares patológicos:

El paciente manifiesta que no hay antecedentes patológicos en su familia.

4. RESUMEN:

El paciente es producto de una relación matrimonial, no planificada pero deseado por el padre. Vive con sus padres y hermanas. Estudió la primaria en un colegio particular con un desempeño académico regular, participaba muy poco de actuaciones y eventos escolares ya que era un poco tímido. Cursa el nivel secundario a los 11 años en el mismo colegio, su desempeño académico fue regular. Sus relaciones sociales fueron pocas, empezó a desenvolverse muy poco. No colabora en los quehaceres de la casa, de pequeño sus padres no le dieron responsabilidades.

Muestra una manera peculiar de vestirse tipo gótico (vestimenta oscura, brazaletes con púas, pantalones rasgados), era poco sociable, callado, siendo su grupo de amistades reducido.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: G.J. S. S.
Sexo	: Masculino
Edad	: 18 años
Fecha de Nacimiento	: 3 de mayo de 1999
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Soltero
Ocupación actual	: Estudiante
Informante	: Paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio psicológico CIDH
Fecha de evaluación	: 31 de mayo – 5 de junio de 2017
Evaluable	: Bertha Valdez Rios

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente de 18 años, aparenta la edad referida, de contextura gruesa y estatura promedio. Su aseo y arreglo personal es ordenado.

Es de tez trigueña, su rostro es redondo, ojos medianos, color negro. Pelo pintado

Mantiene contacto visual, pero en momentos es evasivo, Su tono de voz apropiado, no presenta agitación, muestra lógica en el curso de la conversación. Su postura es erguida.

Muestra equilibrio y coordinación en sus movimientos finos, no presenta movimientos involuntarios ni estereotipos. Presenta conductas auto lesivas (cortes en las muñecas), tiene tatuados imágenes en ambos brazos. Durante la evaluación se mostró colaborador.

III. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

Conciencia:

Mantiene su estado de conciencia conservado pues es capaz de darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor, se mostró lúcido. Pudo mantener el hilo de la conversación, respondiendo a las preguntas que se le formulaban.

Atención:

El paciente escucha las indicaciones y las entiende, su concentración se encuentra conservado ya que posee una capacidad de concentración y discriminación adecuada, puesto que responde de manera coherente a las preguntas que se le realiza.

Orientación:

Con respecto a la orientación se encuentra conservada, ya que el paciente se ubica en tiempo y espacio, sabe que día, año y mes es, discrimina en qué lugar se encuentra, se identifica así mismo e identifica a las demás personas de su entorno.

IV. LENGUAJE

Su lenguaje expresivo se encuentra conservado ya que posee una buena articulación verbal, su habla es coherente y la estructura de está es apropiada, por lo que emplea una sintaxis lógica en lo que piensa y en lo que expresa. Su tono de voz es moderado. Su lenguaje comprensivo es adecuado, entiende correctamente cuando se le da alguna indicación.

V. PENSAMIENTO

El pensamiento del paciente no muestra dificultad para abstraer conceptos y significados, posee una excelente capacidad de abstracción y análisis, ya que demuestra una cantidad de conceptos adecuados para su edad, su curso es constante y su velocidad es normal, porque se deja entender con facilidad.

VI. PERCEPCIÓN

El nivel perceptivo del paciente es adecuado, ya que capta los estímulos externos, tiene noción de su esquema corporal presentando una lateralidad diestra, así mismo reconoce e interpreta experiencias pasadas y presentes. Sus funciones sensoriales vitales son adecuadas, no presentándose ningún tipo de alteración. Paciente manifiesta alucinaciones visuales y auditivas.

VII. MEMORIA

El paciente no presenta dificultades en su memoria a corto y largo plazo, lo que significa que es capaz de retener información nueva y a la vez relacionar esta con la nueva información recibida, así mismo no manifiesta dificultades para evocar y retener acontecimientos inmediatos y de experiencias pasadas.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

El paciente no presenta alteración en sus funciones intelectuales, tiene la capacidad para resolver problemas, presenta una capacidad de análisis, síntesis, abstracción adecuada, pues respondía con éxito y con prontitud los ítems aplicados. Además, puede realizar operaciones aritméticas simples como suma o resta.

IX. MOTRICIDAD Y ACTITUD PSICOMOTORA

Puede desplazarse según su voluntad, sus movimientos son coordinados, es diestro, su motricidad fina y gruesa están desarrolladas de forma adecuada, colabora durante la evaluación.

X. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Animo aplanado, no logra expresar emociones frente a distintas situaciones. Expresión facial apática tiene poca iniciativa para realizar actividades y además demuestra una disminución en sus sentimientos y emociones.

XI. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA

El paciente manifiesta conciencia parcial de enfermedad, ya que reconoce que no sabe cómo controlar sus impulsos en situaciones que le genera ansiedad.

XII.RESUMEN

Paciente de 18 años, aparenta la edad referida, de contextura gruesa, y estatura promedio, es de tez trigueña postura erguida y marcha normal, con un adecuado arreglo y aseo personal. Durante la evaluación se mostró colaborador.

Sus niveles de atención y concentración se encuentran conservados. Su lenguaje es claro, sencillo y coherente. El ritmo con el que habla es normal, fluido, está bien integrado, llegando a expresarse de forma bastante adecuada. En cuanto al pensamiento no muestra dificultad para abstraer conceptos y significados se puede afirmar que tiene una excelente capacidad de abstracción y análisis. Su percepción visual, olfatoria, gustativa, auditiva y táctil es adecuada. No presenta dificultades en su memoria a largo plazo y corto plazo por lo que puede realizar las tareas indicadas. Su estado de ánimo es aplanado, no logra expresar emociones frente a distintas

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE GENERALES:

Nombres y Apellidos	: G.J. S. S.
Sexo	: Masculino
Edad	: 18 años
Fecha de Nacimiento	: 3 de mayo de 1999
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Soltero
Ocupación actual	: Estudiante
Informante	: Paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio psicológico CIDH
Fecha de evaluación	: 31 de mayo – 5 de junio de 2017
Evaluator	: Bertha Valdez Rios

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Evaluación de las funciones psíquicas superiores.

III. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA:

Paciente de 18 años aparenta la edad referida, de contextura gruesa, y estatura promedio, postura erguida y marcha normal, con un adecuado arreglo y aseo personal. Su tono de voz apropiado. Ante las distintas evaluaciones, se mostró colaborador, atento. Comprende instrucciones para el llenado de los cuestionarios, una vez finalizada la evaluación se sintió cansado.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación.
- Entrevista.
- Pruebas psicológicas:
 - ✓ Test de Inteligencia no verbal –TONI-2
 - ✓ Inventario clínico Multiaxial de Millon III
 - ✓ Test del árbol

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

1. Test de Inteligencia no verbal –TONI-2

a) Análisis cuantitativo

Puntaje	35
CI	92
Percentil	30
Diagnostico	Normal promedio

b) Análisis cualitativo

El evaluado obtuvo una puntuación de 35, lo que indica que tiene un coeficiente intelectual de 97, encontrándose en un nivel Normal promedio, lo que significa que presenta un desarrollo intelectual adecuado esto quiere decir, que el evaluado es capaz de emplear sus habilidades lógico abstractas en la solución de problemas.

2. Inventario Clínica Multiaxial Millón-III

a) Análisis cuantitativo

	Puntaje	Indicador
Bordelinde	105	Elevado
H. Somatoformo	85	Elevado
Dependencia alcohol	95	Elevado
Depresión mayor	85	Elevado

b) Análisis cualitativo

Entre los patrones clínicos de personalidad en los que se obtuvo altas puntuaciones son: Borderline (Elevado) se caracteriza por experimentar intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia, probablemente dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparece hiperpreocupado por asegurar el afecto, tiene dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestra una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

H. Somatoformo (Elevado) Presenta además períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática, aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes y no relacionadas del cuerpo. Algunos muestran evidencia de un trastorno primario de somatización que se manifiesta en quejas somáticas, recurrentes y múltiples, frecuentemente presentadas de una manera dramática, insidiosa o exagerada.

Dependencia alcohol (Elevado) Probablemente indica una historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y, como consecuencia, experimentando un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

Depresión mayor (Elevado) Se muestra habitualmente incapaz de funcionar en un ambiente normal, se deprime gravemente y expresa temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Exhibe un marcado enlentecimiento motor, mientras que puede mostrar una cualidad agitada, paseando continuamente y lamentando su estado triste.

3. Test proyectivo del Árbol.

Análisis cuantitativo

W=206	EC= <u>88</u>
18	11.4
IW= 11.4	EC= 7.7

Análisis cualitativo

Persona que presenta sentimientos de contradicción, interior, no hay relación entre su pensar y su actuar, manifiesta necesidad de apoyo, inseguro, introvertido, da mucha importancia a su mundo interior, por tal motivo evade el acercamiento a las demás personas, es muy subjetivo, presenta rasgos ansiosos, falta de claridad en sus ideas, visión negativa del porvenir, basado en un pasado doloroso, dramático, sensible, represión, agresividad, ocultamiento, tiene dificultad para tomar decisiones, muestra solo una parte de el mismo, se auto protege y auto admira.

VI. RESUMEN:

El evaluado manifiesta necesidad de apoyo, inseguro, introvertido, le da mucha importancia a su mundo interior, por tal motivo evade el acercamiento a las demás personas, es muy subjetivo, presenta rasgos ansiosos, falta de claridad en sus ideas, visión negativa del porvenir, basado en un pasado doloroso, dramático, sensible, represión, agresividad, ocultamiento, tiene dificultad para tomar decisiones, muestra solo una parte de él mismo, se auto protege y auto admira. Experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente

entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia, probablemente dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparece hiperpreocupado por asegurar el afecto, tiene dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestra una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros. Así mismo presenta períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática, aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes y no relacionadas del cuerpo. Muestra evidencia de un trastorno primario de somatización que se manifiesta en quejas somáticas, recurrentes y múltiples, frecuentemente presentadas de una manera dramática, insidiosa o exagerada. Además se muestra habitualmente incapaz de funcionar en un ambiente normal, se deprime gravemente y expresa temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Exhibe un marcado enlentecimiento motor, mientras que puede mostrar una cualidad agitada, paseando continuamente y lamentando su estado triste.

Probablemente indica una historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y, como consecuencia, experimentando un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

BERTHA VALDEZ RIOS
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos	: G.J. S. S.
Sexo	: Masculino
Edad	: 18 años
Fecha de Nacimiento	: 3 de mayo de 1999
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Soltero
Ocupación actual	: Estudiante
Informante	: Paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio psicológico CIDH
Fecha de evaluación	: 05, 07 de junio del 2017
Evaluator	: Bertha Valdez Rios

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta donde refiere “soy demasiado impulsivo y lo hago sin pensar, hace unos días rompí mi computadora esto lo hice por ira”; “últimamente me siento sin sentido, he pensado en quitarme la vida, y como siempre ando solo, veo caras de personas y escucho voces esto se hace más constante”.

III. TECNICAS PSICOLOGICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista.
- Pruebas psicológicas:

- ✓ Test de Inteligencia no verbal –TONI-2
- ✓ Inventario clínico Multiaxial de Millon III
- ✓ Test del árbol

IV. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA:

Paciente aparenta la edad referida, de contextura gruesa, y estatura promedio, postura erguida y marcha normal, con un adecuado arreglo y aseo personal. Su tono de voz apropiado. Presenta conductas auto lesivas (cortes en las muñecas), presenta imágenes tatuadas en el brazo. Durante la evaluación se mostró colaborador.

De atención y concentración adecuadas, se encuentra orientado en tiempo, lugar, espacio y persona, lenguaje compresivo y expresivo conservado. Curso del pensamiento es coherente, no presenta alteraciones perceptivas. Memoria remota y reciente conservada. Su estado de ánimo es aplanado, no logra expresar emociones frente a distintas situaciones.

V. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

El paciente refiere que su madre no tuvo complicación en el parto, sin ninguna complicación, lloró inmediatamente al nacer, no se requirió de incubadora.

En relación con el ámbito académico asistió al jardín a los 5 años, y a los 6 años estudió la primaria en un colegio particular, con un desempeño académico regular, participaba muy poco de actuaciones y eventos escolares le costaba relacionarse con sus compañeros. El paciente recuerda que de niño desconfiaba mucho de las personas, tenía pocos amigos y le gustaba leer libros en su cuarto. Cursa el nivel secundario a los 11 años, su desempeño académico fue regular hasta tercer grado de secundaria, en cuarto repitió dos años siendo sus asistencias irregulares, cuando quería iba al colegio, aunque

por lo general faltaba mucho; refiere que se quedaba dormido hasta tarde sin llegar a asistir a clases, menciona que no tiene deseos de estudiar no quiere ir al colegio.

A los 15 años sus salidas nocturnas eran más frecuentes no llegando a dormir a casa, teniendo problemas con padres, llegando incluso estos a llevarlo a un albergue por su falta de control y autoridad hacia él, debido a que paciente mostraba actitud desafiante, rebeldía, agresividad, contradecía a sus padres, se escapa de casa, no asistida al colegio. Prueba sustancias nocivas (marihuana) y empieza su vida amorosa y sexual con una chica mayor que él; termina su relación amorosa con enamorada debido a que pasó tiempo en el albergue y ella se cansó de esperarlo y de sus conductas agresivas, esto causó que él se sienta deprimido, sin ganas de vivir, no quería salir con nadie porque quería regresar con su ex enamorada, empezó a cortarse las muñecas, según paciente para aliviar su dolor.

El paciente proviene de una familia de padres casados, es el primer hijo mayor de dos hermanas con quienes no mantiene una buena relación evita comunicarse con ellas. Sus padres nunca mantuvieron una relación armoniosa. Vivió en un ambiente hostil donde ellos discutían en presencia de él y sus hermanas. Tanto fue los conflictos que llegaron a separarse durante un periodo de 2 meses, por otro lado, las discusiones entre padre e hijo se hacían cada vez más seguidas a raíz de su mala conducta.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente posee una capacidad intelectual normal promedio, abstrae, generaliza y forma juicios y conceptos adecuadamente. Por otro lado, no aprovecha las oportunidades que se le presenta.

Manifiesta sentimientos de contradicción interior, inseguro, le da mucha importancia a su mundo interior por tal motivo evade el acercamiento a las demás personas,

manifiesta necesidad de apoyo, presenta rasgos ansiosos, sensible, represión, agresividad, ocultamiento, tiene dificultad para tomar decisiones, muestra solo una parte de el mismo, se auto protege y auto admira. A si mismo manifiesta intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Tiene dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestra una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros. Así mismo presenta inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo.

Presenta además períodos persistentes de agotamiento y abatimiento. Se muestra habitualmente incapaz de funcionar en un ambiente normal, se deprime gravemente y expresa temor hacia el futuro, con ideas suicidas y un sentimiento de resignación.

VII. DIAGNÓSTICO

El paciente tiene un CI de 92 correspondiendo a un nivel intelectual normal promedio. Sus rasgos de personalidad se caracterizan por ser emocionalmente inmaduro e inestable, con pobre control de los impulsos y dificultad para controlar la ira; con tendencia a la introversión, se encuentra insatisfecho con su vida, y sus relaciones interpersonales, muestra tensión, hostilidad e impulsividad e inmadurez psicosexual, como también presenta comportamientos de automutilación, rasgos que ponen en riesgo su estabilidad personal, todos estos rasgos configuran un trastorno límite de personalidad **(según DSM-V)**

VIII. PRONÓSTICO

De pronóstico reservado.

IX. RECOMENDACIONES

- Evaluación psiquiátrica
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar

BERTHA VALDEZ RIOS
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: G.J. S. S.
Sexo	: Masculino
Edad	: 18 años
Fecha de Nacimiento	: 3 de mayo de 1999
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Soltero
Ocupación actual	: Estudiante
Informante	: Paciente
Lugar de evaluación	: Consultorio psicológico CIDH
Fecha de evaluación	: 09 de junio del 2017
Evaluador	: Bertha Valdez Rios

II. DIAGNÓSTICO

El paciente tiene un CI de 92 correspondiendo a un nivel intelectual normal promedio. Sus rasgos de personalidad se caracterizan por ser emocionalmente inmaduro e inestable, con pobre control de los impulsos y dificultad para controlar la ira; con tendencia a la introversión, se encuentra insatisfecho con su vida, y sus relaciones interpersonales, muestra tensión, hostilidad e impulsividad e inmadurez psicosexual, como también presenta comportamientos de automutilación, rasgos que ponen en riesgo su estabilidad personal, todos estos rasgos configuran un trastorno límite de personalidad (**según DSM-V**)

III. MODALIDAD TERAPEUTICA

La terapéutica a utilizar será mixta, ya que tendrá sesiones con temas de tipo Cognitiva-conductual, que abarcaran de forma integral la problemática del paciente. Se consideran las sesiones realizadas con el paciente de forma individual.

IV. OBJETIVOS GENERALES

1. Modificar los pensamientos distorsionados de sí mismo,
2. fortalecer su sentido de identidad, a través del desarrollo de habilidades que le permitan afrontar sus conflictos personales e interpersonales
3. Generar recursos para controlar sus impulsos y manejar mejor sus emociones en situaciones de conflicto.

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

PRIMERA SESIÓN: RAPPORT Y SESIÓN INFORMATIVA DE LA TERAPIA	
OBJETIVO	Informar y enseñar al paciente las herramientas que se hará uso durante las sesiones de terapia.
DESARROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Esta sesión terapéutica consistió en informar al paciente acerca del modelo cognitivo; se le explicó que este tipo de terapia es ordenada y racional, y así mismo se hizo saber que los pacientes mejoran porque se comprenden mejor a sí mismos, como también a resolver problemas y adquirir herramientas.</p> <p>Finalmente se informó acerca de su problema actual.</p>

SEGUNDA SESIÓN: AUTOACEPTACIÓN	
OBJETIVO	Reconocer y evaluar los aspectos positivos y limitaciones del paciente para lograr su valoración y respeto de sí mismo.
DESARROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Se elaboró un listado de preguntas, y se le pidió Al paciente que responda a ellos con la mayor sinceridad:</p> <p>¿Cómo se considera?</p> <p>¿Cómo se encuentra en la familia?</p> <p>¿Cómo se encuentra en el colegio?</p> <p>¿Cómo se relaciona con los demás?</p> <p>¿Cómo considera que la ven los demás?</p> <p>¿Qué es lo que más le molesta de sí mismo?</p> <p>¿Qué es lo que más le gusta de sí mismo?</p> <p>Luego se analizará las respuestas junto a él, realzar características positivas y la importancia de reconocer sus defectos. Se le explicará que el primer paso es reconocer en realidad quién es.</p> <p>Para afianzar, se hizo una lista donde se le pidió que escriba sus defectos y aspectos positivos. Con ello se concluyó que es importante autoafirmar nuestra propia valía y nuestras posibilidades de forma realista y optimista.</p>

TERCERA SESIÓN: ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA FAMILIAR	
OBJETIVO	Fortalecer la relación y apoyo familiar.
DESARROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Primero se dialogará brevemente con los familiares que puedan ir a consulta y se les dirá claramente, que es necesario su apoyo para la mejora del paciente, pues necesita respaldo de su familia. Se les hablará sobre el estado del paciente, que medidas ellos tendrán que tomar en casa y fundamentalmente tendrían que mejorar la forma de comunicación entre ellos, para tener confianza y mayor respeto.</p> <p>Por otro lado, se debe considerar lo que digan sus familiares y ver en qué aspectos tiene dificultades.</p>

CUARTA SESIÓN: RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	
Identificación de Pensamientos	
OBJETIVO	Identificar los pensamientos erróneos que el paciente tiene en determinadas situaciones sobre sí mismo y otras personas.
DESARROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Antes de dar inicio con la sesión se preguntó al paciente sobre las expectativas que tiene respecto a la psicoterapia, al mismo tiempo se establece una relación empática para que se encuentre cómodo durante las sesiones.</p>

	<p>Después se conversó con el paciente acerca de la influencia que los pensamientos tienen sobre nuestras emociones y conductas. Para lo cual se le pidió que mencione situaciones conflictivas de su vida, al terminar con la narración se mencionó una serie de preguntas:</p> <p>¿Hace cuánto tiempo se produjo tal situación?</p> <p>¿Qué ocurrió exactamente?</p> <p>¿Qué personas estaban presentes?</p> <p>¿Cómo actuaron estas personas? Y ¿cómo actuó él?</p> <p>Una vez que se conozcan los pensamientos que le hacen sentir mal, se le señala que anote todos ellos en primera persona, junto con el paciente se revisa si lo ha escrito correctamente.</p>
--	--

QUINTA SESIÓN: RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Análisis de Pensamientos	
OBJETIVO	Evaluar los pensamientos erróneos que paciente tiene según el grado de creencia.
DESARROLLO DE LA TÉCNICA	Según el listado de la sesión anterior, en esta parte se determinó cuáles son los pensamientos negativos, para esto se solicitó al paciente que ordene de menor a mayor (0 a 9) grado de creencia. Una vez ordenada la nueva lista, se comenzó a analizar uno de los pensamientos, empezando por el menor grado.

	<p>Cuando se menciona uno de los pensamientos, se le hace preguntas para saber:</p> <p>¿Hasta qué punto se ajusta a la realidad?</p> <p>¿De qué forma influyen en sus estados emocionales y conductuales?</p> <p>¿Qué ocurriría si fuera cierto lo que dice?</p> <p>Tener en cuenta que los pensamientos que se analizan son aquella que se experimentan antes, durante y después de la situación conflictiva.</p>
--	--

SEXTA SESIÓN: RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Pensamientos Alternativos	
OBJETIVO	Modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos.
DESARROLLO DE LA TÉCNICA	Ya identificados y analizados los pensamientos negativos, se buscó pensamientos alternativos que deben ser más racionales y positivos. Que Posteriormente tenía que poner en práctica todos estos pensamientos positivos, tomando como referencia situaciones pasadas, de esta manera se buscó la forma de practicar para que en posteriores conflictos puede responder de una manera positiva y asertiva.

SÉPTIMA SESIÓN: MINDFULNES	
OBJETIVO	Relajación, disminución de síntomas de ansiedad y estrés.
DESARROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Gira en torno a la relación que existe entre mente y cuerpo; la relación que conecta los pensamientos, las emociones con el funcionamiento fisiológico y los procesos del cuerpo físico.</p> <p>Mente de principiante. Cualidad de la conciencia que nos permite contemplar las cosas de un modo nuevo, como si, movidos por la curiosidad, las viésemos por primera vez</p> <p>No juzgar. Cualidad que implica el cultivo de la observación imparcial de cualquier experiencia, si etiquetar los pensamientos y sentimientos.</p> <p>Aceptación, cualidad de la conciencia que admite y reconoce las cosas tal cual son.</p>

OCTAVA SESIÓN: ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD	
OBJETIVO	Adquirir habilidades cognitivas y conductuales, que le permita ser respetuoso, consigo mismo y con los demás regulando sus impulsos.
DESARROLLO DE LA TÉCNICA	Se le explica en que consiste un comportamiento asertivo, agresivo, siendo esto el que lo conlleva a situación conflictiva.

	<p>Para reforzar lo que se le explicó, se le cuenta una experiencia, el cual unos personajes fueron agredidos y otros agraviados. Luego se le pide que conteste la preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué fue lo que sucedió • ¿Qué fue lo que hicieron y dijeron en esa situación? • ¿Cómo se entendieron durante la situación? • ¿Cómo se sintieron después? • ¿Porque razones consideras que se comportan así? • ¿Cuáles crees que fueron los derechos que no se respetaron o agredieron? <p>Este mismo ejercicio se hizo con su propia experiencia del paciente.</p>
--	--

NOVENA SESIÓN: ENTRENAMIENTO DE ASERTIVIDAD	
OBJETIVO	RETROALIMENTAR Y FORTALECER LA PRACTICA DE RESPUESTAS ASERTIVAS.
DESARROLLO DE LA TÉCNICA	Se le enseña al paciente diferentes tipos de respuesta asertiva como: respuesta asertiva elemental, como reconocimiento ascendente frente a una contradicción, frente a una actitud agresiva. Siempre se busca que el paciente exprese de manera calmada sus sentimientos y

	<p>pensamientos, y aprenda a decir no o hacer preguntas adecuadas.</p> <p>Luego se le recrean escenas que el paciente ha vivido recientemente con dificultades, donde la terapeuta hace de otra persona, para ver cómo responde hasta llegar a una actitud asertiva. Por otro lado, se observa sus expresiones verbales y no verbales para que antes de seguir a un próximo ejercicio, sepa que defectos tiene que corregir y como tiene que proceder.</p>
--	--

DECIMA SESIÓN: LA RUTA DE MI FUTURO	
OBJETIVO	Estimular la superación personal del paciente.
DESARROLLO DE LA TÉCNICA	<p>Se entregó, al paciente los materiales (revista, goma, tijera) y se les indica que deberán imaginar un viaje que inicia en el momento actual y termina en el tiempo futuro, y de acuerdo al mismo, deberá recortar todas las cosas que le gustaría ir encontrando en el camino.</p> <p>Después se le solicito, que se coloque físicamente en la parte del salón de la terapia, que le gusta más.</p> <p>Una vez que el paciente se ubica físicamente en el lugar seleccionado por él, se le indica que en ese lugar inicia su viaje y que allí deberá pegar la palabra, frase o figura que mejor describa el momento actual.</p>

	<p>Terminada la actividad anterior, se le explicó que podrá moverse libremente por todo el salón e ira recortando palabras, frases, figuras, etc. según se haya imaginado en el viaje, y las pegará haciendo un camino o ruta de viaje con sus distintas etapas.</p> <p>Una vez que terminó su ruta, se solicitó que explique su ruta.</p> <p>Al final se comentó la experiencia vivida.</p> <p>Finalmente se guía un proceso, para que analice como se puede aplicar lo aprendido a su vida.</p> <p>Terminada la actividad anterior, se les explica a los participantes que podrán moverse libremente por todo el salón y cada uno de ellos recortará palabras, frases, figuras, etc. según se hayan imaginado en el viaje, y las pegarán haciendo un camino o ruta de viaje con sus distintas etapas.</p> <p>V. Una vez que todos los participantes hayan terminado su ruta, se solicitará a cada uno de ellos que explique a los demás si lo desea, su ruta.</p> <p>VI. Al final se comenta la experiencia vivida.</p> <p>VII. Finalmente se guía un proceso, para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido a su vida.</p>
--	--

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Se propone una sesión semanal durante tres meses aproximadamente y cumplir con las diez sesiones y notar la reducción de la sintomatología. Las cuales tendrán una duración de 45 y 60 minutos de acuerdo a una previa coordinación de horarios.

VI. LOGROS OBTENIDOS

- ✓ El paciente logra identificar algunos pensamientos que le hacen impulsivos.
- ✓ El paciente es consciente de la influencia de sus cogniciones y la afectación de éstas en su vida.
- ✓ Logra identificar la importancia de asertividad, toma de decisiones y control de emociones.
- ✓ Logra aprender los ejercicios de respiración y relajación, durante la sesión.
- ✓ Se continuará con las terapias fortaleciendo la comunicación familiar, asertividad, toma de decisiones y control de emociones.

Anexos del Caso 1

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

Age Group	1	2	3	4	5	6
5-7 yrs. >	1	2	3	4	5	6
	2	1	2	3	4	5
	3	1	2	3	4	5
	4	1	2	3	4	5
8-9 yrs. >	5	1	2	3	4	5
	6	1	2	3	4	5
	7	1	2	3	4	5
	8	1	2	3	4	5
	9	1	2	3	4	5
10-12 yrs. >	10	1	2	3	4	5
	11	1	2	3	4	5
	12	1	2	3	4	5
	13	1	2	3	4	5
	14	1	2	3	4	5
13-17 yrs. >	15	1	2	3	4	5
	16	1	2	3	4	5
	17	1	2	3	4	5
	18	1	2	3	4	5
	19	1	2	3	4	5
18-20 yrs. >	20	1	2	3	4	5
	21	1	2	3	4	5
	22	1	2	3	4	5
	23	1	2	3	4	5
	24	1	2	3	4	5
21+ yrs. >	25	1	2	3	4	5
	26	1	2	3	4	5
	27	1	2	3	4	5
	28	1	2	3	4	5

$$\begin{array}{r} PB = 35 \\ Ptsad = 3 \\ \hline 32 \end{array}$$
$$R_c = 30$$
$$C_1 = 92$$

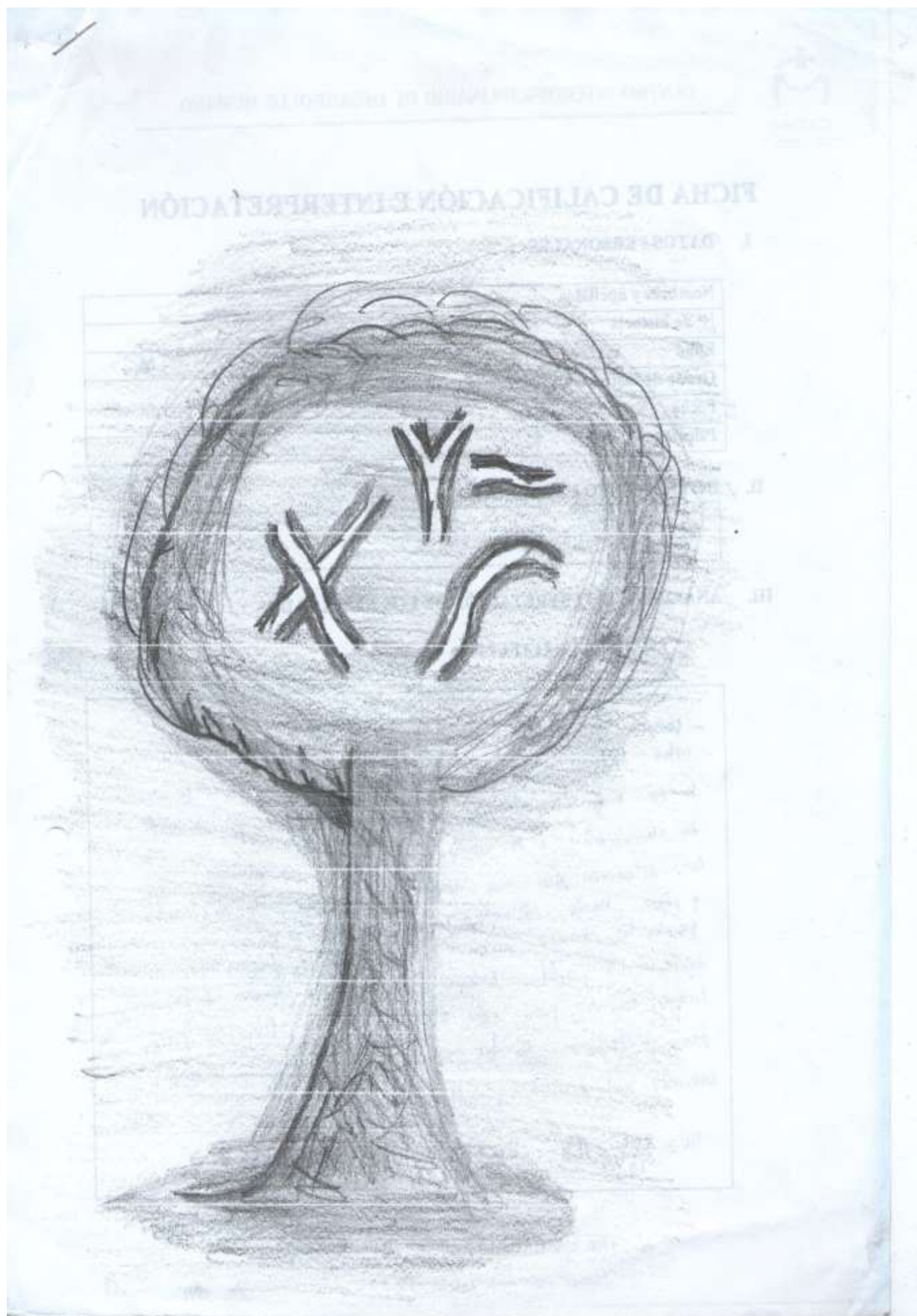
promedio

HOJA DE RESPUESTAS

Nombres y Apellidos: [redacted] Sexo: [redacted]
 Fecha de hoy: 31-05-2017

1	V	F	46	V	F	91	V	F	136	V	F
2	V	F	47	V	F	92	V	F	137	V	F
3	V	F	48	V	F	93	V	F	138	V	F
4	V	F	49	V	F	94	V	F	139	V	F
5	V	F	50	V	F	95	V	F	140	V	F
6	V	F	51	V	F	96	V	F	141	V	F
7	V	F	52	V	F	97	V	F	142	V	F
8	V	F	53	V	F	98	V	F	143	V	F
9	V	F	54	V	F	99	V	F	144	V	F
10	V	F	55	V	F	100	V	F	145	V	F
11	V	F	56	V	F	101	V	F	146	V	F
12	V	F	57	V	F	102	V	F	147	V	F
13	V	F	58	V	F	103	V	F	148	V	F
14	V	F	59	V	F	104	V	F	149	V	F
15	V	F	60	V	F	105	V	F	150	V	F
16	V	F	61	V	F	106	V	F	151	V	F
17	V	F	62	V	F	107	V	F	152	V	F
18	V	F	63	V	F	108	V	F	153	V	F
19	V	F	64	V	F	109	V	F	154	V	F
20	V	F	65	V	F	110	V	F	155	V	F
21	V	F	66	V	F	111	V	F	156	V	F
22	V	F	67	V	F	112	V	F	157	V	F
23	V	F	68	V	F	113	V	F	158	V	F
24	V	F	69	V	F	114	V	F	159	V	F
25	V	F	70	V	F	115	V	F	160	V	F
26	V	F	71	V	F	116	V	F	161	V	F
27	V	F	72	V	F	117	V	F	162	V	F
28	V	F	73	V	F	118	V	F	163	V	F
29	V	F	74	V	F	119	V	F	164	V	F
30	V	F	75	V	F	120	V	F	165	V	F
31	V	F	76	V	F	121	V	F	166	V	F
32	V	F	77	V	F	122	V	F	167	V	F
33	V	F	78	V	F	123	V	F	168	V	F
34	V	F	79	V	F	124	V	F	169	V	F
35	V	F	80	V	F	125	V	F	170	V	F
36	V	F	81	V	F	126	V	F	171	V	F
37	V	F	82	V	F	127	V	F	172	V	F
38	V	F	83	V	F	128	V	F	173	V	F
39	V	F	84	V	F	129	V	F	174	V	F
40	V	F	85	V	F	130	V	F	175	V	F
41	V	F	86	V	F	131	V	F			
42	V	F	87	V	F	132	V	F			
43	V	F	88	V	F	133	V	F			
44	V	F	89	V	F	134	V	F			
45	V	F	90	V	F	135	V	F			

Total sin contestar	0
Errores(doble marca)	0
	Puntajes BR (Base Rate)
Escalas de Validez	
V - Validity	0
"X" Ajuste de Apertura	77
"Y" Deseabilidad	39
"Z" Alteración	76
Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad EJE-II	
1 Trastorno Esquizoide EZQ	83
2A. Trastorno Evitativo EV	60
2B. Trastorno Depresivo DPS	88
3 Trastorno Dependiente DPD	20
4 Trastorno Histriónico HIS	42
5 Trastorno Narcisista NAR	73
6A Trastorno Antisocial ANT	89
6B Trastorno Sadista SAD	86
7 Trastorno Compulsivo OC	26
8A Trastorno Negativista NEG	85
8B Trastorno Masoquista MAS	80
Patología de Personalidad Severa EJE-II	
S Trastorno Esquizotípico EZT	77
C Trastorno Límite LIM	105
P Trastorno Paranoide	69
Escalas Síndromes Clínicos EJE-I.	
A-Ansiedad ANS	75
H-Somatomorfo SOM	85
N- Bipolar -Maníaco	66
D-Distimia DIS	84
B-Dependencia Alcohol OH	95
T-Dependencia Drogas DX	63
R-Trast EstrésPos TrumaTSPT	65
Escalas Síndromes Clínicos EJE- I.Severos	
SS Trast del Pensamiento	75
CC Depresión Mayor	85
PP Trastorno delirante	70



FICHA DE CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

I. DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos				
Nº de historia				
Edad	18	sexo	F	<input checked="" type="checkbox"/> M
Grado de instrucción				
Fecha	11-05-2017			
Psicóloga				

II. INSTRUMENTO UTILIZADOS

Test del Arbol.

III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. ANÁLISIS CUALITATIVO

- persona sentimientos de contradicción interior, hay discrepancia entre decir y pensar, necesidad de apoyo, falta de seguridad le da mayor importancia a su mundo interior, por tal motivo su acercamiento a los demás y la forma de enfrentar las situaciones, ser muy subjetivo, angustia, falta de claridad y tener miedo de estar, visiones negativas de porvenir, generalmente basado en un pasado doloroso, dramático, sujeto a cambios, actitud defensiva, ocultamiento, separación de personas, forma huida para enfrentar los problemas, dificultad para tomar decisiones, muestra solo una parte de ellos mismos, vanidad, auto admiración, falta de protección.

$$IW = \frac{206}{18} = 11,4 \quad EC = \frac{88}{11,4} = 7,7 \quad \text{entre los 7 y 8 años.}$$

CASO CLÍNICO 2

Presentado por la Bachiller Jessica Elizabeth Yucra

Coila

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : P. P. C. I.
- **Fecha de Nacimiento** : 29/06/1966
- **Edad Cronológica** : 50 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Nº de hijo** : 5to de 8 hermanos
- **Estado civil** : Casado
- **Sexo** : Masculino
- **Grado de Instrucción** : Superior Técnico Incompleta
- **Ocupación** : Vigilante
- **Religión** : Católico
- **Informante** : Paciente.
- **Fechas de Entrevistas** : 08- 05 -2017
- **Lugar de entrevista** : Hospitalización de Psiquiatría
- **Entrevistador** : Jessica Elizabeth Yucra Coila

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es hospitalizado en el área de psiquiatría, por recaer en la ingesta de bebidas alcohólicas, estando en su primer día de alta, fue encontrado en la calle por vecinos con rotura de cabeza, volviendo a ser hospitalizado contra su voluntad, paciente afirma que presenta problemas de memoria, con pensamientos suicidas ocasionados por discusiones con su esposa, hay un descuido de su aseo personal, conductas agresivas, ofende a las personas de su alrededor,

echándoles la culpa de todo lo que le pasa, manifiesta que desea permanecer en el hospital porque se siente más tranquilo que estando en su casa con su pareja.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

De inicio aproximadamente a los 33 años, cuando empezaron los problemas de infidelidad de parte de su pareja, empezando a libar licor con sus amigos después del trabajo, encontrando cualquier motivo para hacerlo, hay recuerdos de su infancia que lo llenan de rencor hacia su padre, afirma que se arrepiente de todo lo que hizo en su juventud, a la edad de 135 años empezó a relacionarse con personas que trabajaban en las municipalidades haciendo continua su ingesta de alcohol, ocasionándole problemas con su madre, y con personas que lo rodean esposa e hijos, además de perder sus trabajos que conseguía, paciente afirma que extraña a expareja llegando a pensar en el suicidio, presentando ideación suicida. A los 40 años aproximadamente afirma que tomó veneno para ratas, escribiendo cartas para todos sus familiares, echándoles la culpa de su decisión, ingresando por primera vez al hospital, área de psiquiatría, donde hubo una mejora en su comportamiento, sin embargo, volvió a beber licor los fines de semana, hasta que lo hizo una costumbre de todos los días, manifestando cólera y enojo cuando sus familiares lo cuestionaban.

A los 47 años consigue trabajar como vigilante, habiendo un ingreso económico más alto que en sus anteriores trabajos, comprando más bebidas alcohólicas y dejando de cumplir con los gastos de la casa, habiendo continuas peleas con su pareja.

A los 48 años se casa por segunda teniendo esta relación una duración de 4 meses, echándole la culpa de no atenderlo y engañarlo para casarse y sacarle dinero para mantener a su hijastro, paciente manifiesta que está perdiendo la vista, preocupándose porque no quiere perder su actual trabajo.

1. ANTECEDENTES PERSONALES

Periodo de Desarrollo

Embarazo no fue planificado, pero si deseado, durante este periodo el padre golpeaba a su pareja, insultándola cada vez que tomaba.

- Etapa Natal: Parto

La madre presentó dolores a término del embarazo, dio a luz cumpliendo los 9 meses de gestación y el parto fue normal, no presentando dificultades al nacer.

- Etapa Post-natal

Durante sus primeros meses de vida, no recibió una buena alimentación y atención en los cuidados que requería, ya que la madre tenía que trabajar y no recibía apoyo del padre, sin embargo el sueño fue normal y sin alteraciones. Recibió lactancia hasta los dos años, cumplió con los controles y vacunas correspondientes; en general su lenguaje y motricidad se desarrollaron con normalidad.

- Primer año

Durante su primer año de vida fue un niño despierto, tranquilo, le gustaba explorar el ambiente que le rodeaba, no demandaba bastante atención de la madre y cuando no se le brindaba lo que solicitaba no se ponía a llorar.

- Desarrollo Psicomotor

En cuanto a su desarrollo motor comenzó a caminar al año y medio aproximadamente, dijo sus primeras palabras poco antes de cumplir el primer año de edad y hubo un adecuado control de esfínteres.

En cuanto a su desarrollo emocional, fue un niño aislado, sin embargo, participaba con entusiasmo en los juegos de grupo.

- **Etapas Pre-escolar y Escolar**

No asistió al jardín, sin embargo cuando ingresó a educación primaria no hubo problemas de adaptación, no socializaba mucho con sus compañeros varones, le gustaba ir al colegio; sin embargo le costaba jugar con sus compañeros, se mostraba colaborador, participaba en las actuaciones del colegio, siempre estuvo en los primeros puestos, afirmando que plagiaba en los exámenes y todos sus compañeros querían juntarse con él para aprobar, no deseaba recibir diploma porque se avergonzaba de como vestía.

Al ingresar al nivel secundario tuvo un rendimiento regular, destacaba en dibujo, pintura y recitación de poemas, además obtuvo reconocimientos por ganar campeonatos de atletismo, con problemas en socializar con sus compañeros, afirmando que solo conversaba con ellos para hacer negocios.

- **Etapas de estudios superiores**

Ingreso a estudiar Electrónica en un instituto a los 19 años, no culminando sus estudios por empezar a trabajar, sin embargo, obtuvo su título de electrónica pagando plata a su compadre para conseguirlo.

- **Desarrollo Cognoscitivo y Motor**

Durante sus primeros años escolares, no presentó dificultades de aprendizaje y aprendió a leer y a escribir según la edad esperada.

- **Desarrollo y Función sexual**

Reconoce la diferencia de sexo entre varón y mujer desde los 5 años, inicia su experiencia sexual a los 13 años con su prima de 26 años.

- **Hábitos e influencias nocivas y tóxicas**

Durante la niñez y la adolescencia tuvo malos hábitos alimenticios, alimentándose de comida chatarra y no comiendo a sus horas. Su sueño era normal y no presentó alteraciones importantes.

2. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Enfermedades y accidentes:

Paciente afirma que no tuvo accidentes graves.

Personalidad pre-mórbida

Durante la primera infancia era un niño, alegre, le gustaba crear poemas, se adaptaba fácilmente a los lugares nuevos que no conocía, no era pegado a los cuidados de su madre, le gustaba mucho correr y era responsable en cumplir con sus tareas escolares.

Durante parte de su adolescencia presentó comportamientos impulsivos y rechazo hacia las personas, se mostraba listo, inquieto, no toleraba que lo molesten y reaccionaba de manera agresiva frente a las críticas, presentaba dificultad para relacionarse con sus compañeros de clase, pero si se relacionaba con amigos de barrio, empezó a descuidar su cuidado personal de después que terminó del colegio.

Actividad Social

No asistía a fiestas en su infancia, sin embargo, afirma que en su juventud sí asistió a fiestas, en algunas ocasiones se aislaba del grupo, en casa no festejaba algún acontecimiento importante de la familia.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

Composición Familiar

La familia está compuesta por la esposa de 48 años de edad quien se dedica a la limpieza pública e hijastro de 24 años quien estudia mecánica en un instituto, a quienes el paciente rechaza.

Dinámica Familiar:

La relación entre su esposa e hijastro es conflictiva, habiendo continuas peleas con insultos hacia el paciente por sus problemas con el alcohol.

Condición Socioeconómica

La economía del hogar es estable y está a cargo del paciente, quien trabaja como vigilante, la casa es de material noble, cuenta con los servicios básicos de agua luz, además de internet, telefonía y cable.

Antecedentes Patológicos

No presenta antecedentes de ninguna enfermedad por parte de la familia de la madre ni padre.

IV. RESUMEN

Embarazo no fue planificado, pero si deseado, durante este periodo padre golpeaba a su pareja, insultándola cada vez que tomaba.

La madre presentó dolores al término del embarazo, dio a luz cumpliendo los 9 meses de gestación y el parto fue normal, no presentando dificultades al nacer.

Durante sus primeros meses de vida, no recibió una buena alimentación y atención en los cuidados que requería, ya que la madre tenía que trabajar y no recibía apoyo del padre, sin embargo, el sueño fue normal y sin alteraciones. Recibió lactancia hasta los dos años, si cumplió con los controles y vacunas correspondientes; en general su lenguaje y motricidad se desarrollaron con normalidad. Comenzó a caminar al año y medio aproximadamente, dijo sus primeras palabras poco antes de cumplir el primer año de edad y hubo un adecuado control de esfínteres.

En cuanto a su desarrollo emocional, fue un niño aislado, sin embargo, si participaba con entusiasmo en los juegos de grupo.

Durante la primera infancia era un niño tranquilo, alegre, le gustaba crear poemas, se adaptaba fácilmente a los lugares nuevos que no conocía, no era pegado a los cuidados de su madre, le gustaba mucho correr y era responsable en cumplir con sus tareas escolares. Parte de

su adolescencia no presentó comportamientos impulsivos y rechazo hacia las personas, se mostraba listo, pesimista y reaccionaba frente a las críticas, presentaba dificultad para relacionarse con sus compañeros de clase, empezando a descuidar su cuidado personal. No asistía a fiestas en su infancia, sin embargo, afirma que en su juventud sí asistió a fiestas, en algunas ocasiones se aislaba del grupo, en casa no festejaba algún acontecimiento importante de la familia.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES:

- **Nombres y Apellidos** : P. P. C. I.
- **Fecha de Nacimiento** : 29/06/1966
- **Edad Cronológica** : 50 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Nº de hijo** : 5to de 8 hermanos
- **Estado civil** : Casado
- **Sexo** : Masculino
- **Grado de Instrucción** : Superior Técnico Incompleta
- **Ocupación** : Vigilante
- **Religión** : Católico
- **Informante** : Paciente.
- **Lugar de entrevista** : Hospitalización de Psiquiatría
- **Fechas de Entrevistas** : 11 - 05 - 2017
- **Entrevistador** : Jessica Elizabeth Yucra Coila

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente de 50 años, aparenta la edad que refiere, de contextura gruesa, aproximadamente mide 1.60 cm, aseo y arreglo personal adecuado. Es de tez morena, cabello negro, presenta acné en el rostro, mantiene contacto ocular, su expresión refleja preocupación, su tono de voz es adecuado, no presenta agitación, muestra lógica en el curso de la conversación.

Durante la entrevista manifestó cierto resentimiento hacia algunas preguntas relacionadas con el tema sentimental, angustia con el tema económico, expresó un poco de nervios con

movimientos estereotipados de las manos, se mostró respetuoso y amistoso, su actitud fue de cooperación y colaboración.

III. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN:

Conciencia.- En relación a su conciencia se mostró lúcido y alerta, no se distrajo durante la entrevista pudiendo mantener el hilo de la conversación.

Atención.- El paciente estuvo vigilante durante las evaluaciones, mostró atención a las indicaciones, lo que es indicador que no se encuentra alterado.

Orientación.- Respecto a la orientación se encuentra conservada, sabe que día, año y mes es, discrimina en qué lugar se encuentra y se reconoce a si mismo refiere su nombre, edad ocupación, estado civil e identifica a las personas de su entorno.

IV. LENGUAJE

Su lenguaje expresivo se encuentra conservado, presenta verborrea, posee una buena articulación verbal, su habla es coherente y apropiada, su tono de voz es adecuado. Su lenguaje comprensivo es adecuado, entiende correctamente cuando se le da alguna indicación.

V. PENSAMIENTO

En relación al contenido del pensamiento, el paciente manifiesta ideas de preocupación, piensa que la ciudad donde vive es muy peligrosa y cualquier momento lo pueden matar por robarle algo, también piensa que en cualquier momento puede sufrir un accidente automovilístico por que manifiesta que no le presta atención a los semáforos y ha presenciado varios hechos sobre este tipo de accidentes, se siente preocupado por su situación sentimental, deudas en el banco y piensa que a pesar de ser nombrado en la institución que labora pueden despedirlo en cualquier momento por el problema que tiene con el alcohol. Así mismo señala

sentirse preocupado por los granos que le salen en el rostro ya que piensa que puede ser cáncer a la piel o reacciones de su cuerpo por el consumo de alcohol.

Manifiesta haber tenido ideas suicidas y tiene miedo de concretarlas cuando se encuentre en estado de ebriedad, como lo hizo ya anteriormente en dos ocasiones, según refiere paciente. El curso del pensamiento es adecuado, mantiene el control y secuencia de sus ideas, en lo que dice y hace, la velocidad de su pensamiento es normal, organizado y coherente.

VI. PERCEPCIÓN

Discrimina adecuadamente los estímulos térmicos, los olores y sabores, así como las formas y figuras; localiza espacialmente los sonidos y percibe sin dificultad el habla de otras personas, no manifiesta, al momento, conducta alucinatoria.

VII. MEMORIA

La memoria a largo plazo no presenta alteraciones referentes al recuerdo, el evaluado recuerda hechos cronológicos, aspectos de su historia e identidad personal, nombre y edad de sus hijos, padres y hermanos, escolaridad, residencia y trabajo, en cuanto a la memoria a corto plazo, esta se encuentra conservada, no presenta ninguna alteración, puede recordar hechos inmediatos, como la cena y almuerzo del día anterior, actividades que realizó durante el día, desarrollo de la enfermedad actual y de la hospitalización.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

El paciente no presenta alteraciones en la memoria remota, no manifiesta dificultad para comprender y razonar, su nivel intelectual es normal, pudiendo realizar operaciones aritméticas básicas, respondió a preguntas de conocimiento general como el significado y uso de un objeto, ciudades de otros países, presidentes del Perú, entre otros.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTO

Su esfera afectiva denota tranquilidad en el momento de la entrevista, manifiesta estar contento con el trato del personal de salud, se siente escuchado y sobre todo comprendido, denota preocupación al hablar de su estado de salud y cómo este le va a perjudicar en su trabajo, así mismo demuestra cólera hacia sus ex parejas como a la que tiene actualmente. Existe congruencia entre sus sentimientos y la expresión corporal de los mismos.

X. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA

El paciente es consciente de la situación por la que atraviesa, reconoce que no ha tenido buenos hábitos de consumo de alcohol y que se ha descuidado en el ámbito personal y laboral por este problema, pese a ello ahora está decidido a mejorar en lo que está fallando y seguir un tratamiento para poder tener una mejor calidad de vida y mejorar su salud física y mental, asegura querer recibir ayuda para poder lograrlo.

XI. RESUMEN

Paciente de 50 años, aparenta la edad que refiere, aseo y arreglo personal adecuado, es de tez morena, cabello negro, presenta acné en el rostro, mantiene contacto ocular, muestra lógica en el curso de la conversación.

Durante la entrevista y evaluaciones estuvo vigilante, su actitud fue de cooperación y colaboración, su nivel de atención se encuentra conservado, su orientación respecto a su tiempo, espacio y persona se encuentra conservada.

El lenguaje expresivo y comprensivo es adecuado, presenta verborrea, su habla fue coherente y la estructura de la misma era apropiada, mantenía un tono de voz adecuado. El curso del pensamiento esta conservado y en su contenido se aprecia sentimientos de

preocupación. Manifiesta haber tenido ideas suicidas y tiene miedo de concretarlas cuando se encuentre en estado de ebriedad

Su memoria de corto y largo plazo, como también la autobiográfica y episódica está conservada.

El evaluado presenta una inteligencia normal promedio, su capacidad de análisis y síntesis son adecuadas. Por otro lado, su esfera afectiva denota tranquilidad en la hospitalización, aunque refiere cierta preocupación por algunas situaciones que atraviesa debido a su consumo. Existe congruencia entre sus sentimientos y la expresión corporal de los mismos.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS GENERALES:

- **Nombres y Apellidos** : P. P. C. I.
- **Fecha de Nacimiento** : 29/06/1966
- **Edad Cronológica** : 50 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Nº de hijo** : 5to de 8 hermanos
- **Estado civil** : Casado
- **Sexo** : Masculino
- **Grado de Instrucción** : Superior Técnico Incompleta
- **Ocupación** : Vigilante
- **Religión** : Católico
- **Informante** : Paciente.
- **Lugar de entrevista** : Hospitalización de Psiquiatría
- **Fechas de Entrevistas** : 12 - 05 -2017
14 – 05 – 2017
17 – 05 - 2017
- **Entrevistador** : Jessica Elizabeth Yucra Coila

II. MOTIVO DE CONSULTA

Exploración de áreas como personalidad, inteligencia, organicidad, con el fin obtener resultados en base a ellos para realizar acciones que puedan ayudar a la recuperación de la problemática.

III. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente de 50 años, aparenta la edad que refiere, de contextura gruesa, aproximadamente mide 1.60 cm, aseo y arreglo personal adecuado, de tez morena, cabello negro, presenta acné en el rostro, mantiene contacto ocular, su expresión refleja preocupación, su tono de voz es adecuado, no presenta agitación, muestra lógica en el curso de la conversación.

Durante la entrevista manifestó cierto resentimiento hacia algunas preguntas relacionadas con el tema sentimental, angustia con el tema económico, expresó un poco de nervios con movimientos estereotipados de las manos, se mostró respetuoso y amistoso, su actitud fue de cooperación y colaboración.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Test psicométricos
 - Test de Inteligencia – Factor General TONI-2
 - Evaluación Neuropsicológica Breve NEUROPSI
 - Test de Retención Visual BENTON
 - Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de MILLON
- Test proyectivos
 - Test de la persona bajo la lluvia de Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz
 - Test del Árbol de Karl Koch

V. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. Inteligencia – Factor general

Paciente presenta un Cociente Intelectual de 93 y un rango percentil de 37 lo que denota que tiene una inteligencia normal promedio, esto indica que sus habilidades son potencialmente favorables.

B. Área neuropsicológica

SUBTEST	PUNTUACION	CLASIFICACION
1. Orientación	6/6	Sin afectación
2. Atención y concentración	12/27	Moderada afectación
3. Codificación	12/18	Moderada afectación
4. Lenguaje	20/26	Moderada afectación
5. Lectura	2/3	Leve afectación
6. Escritura	2/2	Sin afectación
7. Funciones ejecutivas	13/18	Leve afectación
8. Funciones de evocación	18/30	Moderado afectación
PUNTAJE GENERAL	85/130	Moderado afectación

- **Orientación:** Nivel de conciencia y estado general de activación adecuados en tiempo, lugar y persona. **Sin afectación**
- **Atención y concentración:** el paciente presenta **moderada afectación**, lo cual indica que hay dificultad en poder orientarse y enfocarse sobre un estímulo específico que se le solicita y en sostener o mantener su atención durante periodos prolongados de tiempo.
- **Codificación:** Evidencia **moderada afectación** en retención, conservación y evocación de información en el proceso viso espacial.
- **Lenguaje:** Las funciones del lenguaje (denominación, repetición, comprensión y fluidez semántica) se encuentran en una **moderada afectación**, evidenciando un vocabulario fluido. Además, comprensión en el trabajo de relacionar lo mencionado con la acción, así mismo en la repetición de palabras y en la denominación.

- **Lectura:** El área de lectura presenta una **leve afectación**, ya que muestra algunas dificultades para comprender y relacionar lo leído con lo solicitado.
- **Escritura:** En esta capacidad no presenta discrepancias entre la calidad de la escritura por copia y la escritura al dictado, se encuentra en un nivel **sin afectación**.
- **Funciones ejecutivas:** Presenta **leve afectación** en la resolución de problemas, ligera dificultad en la capacidad de poder planear, secuenciar y organizar información y realización de secuencias motoras.
- **Funciones de evocación:** Presenta una **Moderada afectación** para la capacidad de evocación de información anteriormente aprendida; demostrando una adecuada capacidad para recuperar información almacenada en la memoria.

Conclusión Neuropsicológica. - El paciente de 50 años, obtuvo un puntaje general de 83 en relación al total, lo que indica que se encuentra en un nivel moderado, (con cierta afectación) en sus funciones neuropsicológicas; así mismo muestra un ligero indicador de deterioro en la función cognitiva.

C. Área Visomotor

El paciente presenta una categoría **Inferior Promedio** en percepción visual, memoria visual y en habilidades viso-constructivas. Presentando errores de reproducciones en:

OMISION; dificultades en la atención selectiva (concentración), siendo un componente orgánico. También puede ser por trastorno perceptual o falta de almacenamiento de la información. Frecuentemente en alcohólicos. Los lóbulos comprometidos son Parieto – Occipital

DISTORSIÓN; puede deberse a defectos de carácter perceptual, viso- espacial o motriz. Este tipo de errores se encuentra de preferencia en las lesiones de las zonas posteriores del hemisferio derecho. Tiene que ver con el lóbulo Parietal y Occipital

D. Área personalidad

El Paciente presenta ***Indicador Elevado*** en los patrones clínicos de personalidad **Pasivo-Agresivo, Antisocial y Narcisista**. Desea por un lado sentirse independiente de los demás y por ello le disgusta acatar las órdenes de los demás no cediendo ante el otro; pero por otro lado desea contar con el favor del otro puesto que el pasivo-agresivo es muy dependiente, y no puede permitirse la confrontación directa y el ser asertivo, puesto que corre el riesgo de perderle. Para solucionar esta ambivalencia entre querer oponerse al otro sin ser asertivo y buscar la confrontación, utiliza estrategias de resistencia a las órdenes indirectas recurriendo a la posposición, la ineficacia y la obstinación, así como mostrando conductas de oposición y fastidio hacia los demás. Su patrón **Antisocial** se caracteriza por un fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetuar repetidamente actos que son motivo de detención, deshonestidad, indicada por mentir rápidamente para obtener un beneficio personal, incapacidad para planificar el futuro, despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás, irresponsabilidad persistente para hacerse cargo de obligaciones económicas y falta de remordimientos por diversos actos antisociales. Su patrón **Narcisista** Desarrolla una ilusión de superioridad pero esconde un profundo sentimiento de deficiencia, probablemente fruto de haber recibido una profunda herida en su infancia, Un patrón generalizado de grandiosidad, (en la imaginación o en el comportamiento) necesidad de admiración y falta de empatía

Dentro de las Patologías Severas de la personalidad presenta un ***indicador elevado*** en la escala **Bordeline**, que se caracteriza por inestabilidad emocional, pensamiento extremadamente polarizado y dicotómico, impulsividad y relaciones interpersonales caóticas. El perfil global del trastorno también incluye típicamente una inestabilidad acusada y generalizada del estado de ánimo, de la autoimagen y de la conducta, así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de disociación

En síndromes clínicos presenta ***Indicador Elevado*** en **Dependencia al alcohol**, evidencia de una necesidad para el consumo del alcohol que ocasiona un comportamiento de debilidad ante este problema, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y como consecuencia experimentando un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

Dentro de los síndromes clínicos graves de personalidad presenta un ***Indicador Moderado*** en **Desorden delusional**, con frecuencia considerado paranoide agudo, puede llegar a ser ocasionalmente beligerante, experimentando delirios irracionales pero interconectados de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza, puede haber ciertos signos de trastorno de pensamiento e ideas de referencia. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresa sentimiento de estar sobrecogido y maltratado. Manifiesta una tensión persistente, sospechosa, vigilante y alerta ante la posibilidad de traición.

Proyectivamente refleja rasgos de personalidad con tendencia a la extroversión, trata de llamar la atención, refleja fuerza y vitalidad, oculta cosas que no desea que los demás sepan cómo sentimientos y deseos, muestra dificultad para enfrentarse a cosas nuevas y tomar decisiones. Se muestra a la defensiva trata de protegerse de las personas que lo rodean, es desconfiado ya que se siente amenazado por estos, dificultad para relacionarse.

Siente presión y amenaza por parte de la figura paterna, temor hacia esta figura por problemas causados en la niñez, hostilidad hacia el medio que lo rodea, siente presión por parte de las personas más cercanas, siempre está a la defensiva ya que refleja mucha desconfianza.

Escala de Validez				PUNTAJE	
V	Validez	0	=	Válido	FINAL
X	Sinceridad	480	=	Válido	79
Y	Deseabilidad Social	10	=		46
Z	Autodescalificación	19	=		75

Patrones clínicos de personalidad		PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE	
		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL	
1	Esquizoide	32	91	86							86	1
2	Evitativo	31	88	83		83					83	2
3	Dependiente	24	59	54							54	3
4	Histriónico	41	80	75							75	4
5	Narcisista	50	100	95							95	5
6A	Antisocial	48	108	103							103	6A
6B	Agresivo-sádico	41	93	88							88	6B
7	Compulsivo	24	34	29							29	7
8A	Pasivo-agresivo	52	118	113							113	8A
8B	Autoderrotista	24	74	69		69					69	8B

Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	28	70		68		65	65	65		65	S
C	Borderline	55	100		98	98	95	95	95		95	C
P	Paranoide	41	73		71			71	71		71	P

Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	15	79	74			71	71	71		71	A
H	Somatoformo	23	65	60			57	57	57		57	H
N	Bipolar	27	60	55							55	N
D	Distimia	29	90	85			82	82	82		82	D
B	Dependencia de alcohol	38	93	88							88	B
T	Dependencia de drogas	48	91	86							82	T

Síndromes severos								
SS	Desorden del pensamiento	27	72		70		70	SS
CC	Depresión mayor	22	65		63		63	CC
PP	Desorden delusional	25	73		71		71	PP

Indicador elevado **>=85**

Indicador moderado **75-84**

Indicador sugestivo **60-74**

Indicador bajo **35-59**

Indicador nulo **0-34**

Resumen

Paciente presenta un Cociente Intelectual de 93 y un rango percentil de 37 lo que denota que tiene una inteligencia normal promedio, esto indica que sus habilidades son potencialmente favorables.

En la evaluación neuropsicológica obtuvo un puntaje general de 83 en relación al total, lo que indica que se encuentra en un nivel moderado, (con cierta afectación) en sus funciones neuropsicológicas; así mismo muestra un ligero indicador de deterioro en la función cognitiva. Presentando dificultades en la atención selectiva (concentración), siendo un componente orgánico. Presenta falta de almacenamiento de la información existiendo defectos de carácter perceptual, viso- espacial o motriz, este tipo de errores se encuentra de preferencia en las lesiones de las zonas posteriores del hemisferio derecho, frecuentemente en alcohólicos. Los lóbulos comprometidos son Parieto-Occipital.

El Paciente presenta **Indicador Elevado** en los patrones clínicos de personalidad **Pasivo-Agresivo, Antisocial y Narcisista**. Desea sentirse independiente de los demás y por ello le disgusta acatar las órdenes de los demás no cediendo ante el otro; pero por otro lado desea contar con el favor del otro puesto que el pasivo-agresivo es muy dependiente,

y no puede permitirse la confrontación directa y el ser asertivo, puesto que corre el riesgo de perderle.

Proyectivamente se muestra a la defensiva trata de protegerse de las personas que lo rodean, es desconfiado ya que se siente amenazado por estos, dificultad para relacionarse. Siente presión y amenaza por parte de la figura paternal, temor hacia esta figura por problemas causados en la niñez, hostilidad hacia el medio que lo rodea, siente presión por parte de las personas más cercanas, siempre está a la defensiva ya que refleja mucha desconfianza.

JESSICA ELIZABETH YUCRA COILA
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES:

- **Nombres y Apellidos** : P. P. C. I.
- **Fecha de Nacimiento** : 29/06/1966
- **Edad Cronológica** : 50 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Nº de hijo** : 5to de 8 hermanos
- **Estado civil** : Casado
- **Sexo** : Masculino
- **Grado de Instrucción** : Superior Técnico Incompleta
- **Ocupación** : Vigilante
- **Religión** : Católico
- **Informante** : paciente.
- **Lugar de entrevista** : Hospitalización de Psiquiatría
- **Fechas de Evaluación** : 20 – 05 – 2017, 23 – 05- 2017, 25- 05 - 2017
- **Entrevistador** : Jessica Elizabeth Yucra Coila

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es hospitalizado en el área de psiquiatría, por recaer en la ingesta de bebidas alcohólicas, estando en su primer día de alta, fue encontrado en la calle por vecinos con rotura de cabeza, volviendo a ser hospitalizado en contra de su voluntad, paciente afirma que presenta problemas de memoria, con pensamientos suicidas ocasionados por discusiones con su esposa, hay un descuido de su aseo personal, conductas agresivas, ofende a las personas de su alrededor, echándoles la culpa de todo lo que le pasa, manifiesta que desea permanecer en el hospital porque se siente más tranquilo que estando en su casa con su pareja.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Test psicométricos
 - Test de Inteligencia – Factor General TONI-2
 - Evaluación Neuropsicológica Breve NEUROPSI
 - Test de Retención Visual BENTON
 - Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de MILLON
- Test proyectivos
 - Test de la persona bajo la lluvia de Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz
 - Test del Árbol de Karl Koch

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Embarazo no fue planificado, pero si deseado, durante este periodo padre golpeaba a su pareja, insultándola cada vez que tomaba.

La madre presentó dolores a término del embarazo, dio a luz cumpliendo los 9 meses de gestación y el parto fue normal, no presentando dificultades al nacer.

Durante sus primeros meses de vida, no recibió una buena alimentación y atención en los cuidados que requería, ya que la madre tenía que trabajar y no recibía apoyo del padre, sin embargo, el sueño fue normal y sin alteraciones. Recibió lactancia hasta los dos años, si cumplió con los controles y vacunas correspondientes; en general su lenguaje y motricidad se desarrollaron con normalidad. Comenzó a caminar al año y medio aproximadamente, dijo sus primeras palabras poco antes de cumplir el primer año de edad y hubo un adecuado control de esfínteres.

En cuanto a su desarrollo emocional, fue un niño aislado, sin embargo, si participaba con entusiasmo en los juegos de grupo.

Durante la primera infancia era un niño tranquilo, alegre, le gustaba crear poemas, se adaptaba fácilmente a los lugares nuevos que no conocía, no era pegado a los cuidados de su madre, le gustaba mucho correr y era responsable en cumplir con sus tareas escolares. Parte de su adolescencia no presentó comportamientos impulsivos y rechazo hacia las personas, se mostraba listo, pesimista y reaccionaba frente a las críticas, presentaba dificultad para relacionarse con sus compañeros de clase, empezando a descuidar su cuidado personal. No asistía a fiestas en su infancia, sin embargo, afirma que en su juventud sí asistió a fiestas, en algunas ocasiones se aislaba del grupo, en casa no festejaba algún acontecimiento importante de la familia.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente de 50 años, aparenta la edad que refiere, de contextura gruesa, aproximadamente mide 1.60 cm, aseo y arreglo personal adecuado, de tez morena, cabello negro, presenta acné en el rostro, mantiene contacto ocular, su expresión refleja preocupación, su tono de voz es adecuado, no presenta agitación, muestra lógica en el curso de la conversación.

Durante la entrevista manifestó cierto resentimiento hacia algunas preguntas relacionadas con el tema sentimental, angustia con el tema económico, expresó un poco de nervios con movimientos estereotipados de las manos, se mostró respetuoso y amistoso, su actitud fue de cooperación y colaboración.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- **Área inteligencia/cognitiva**

Paciente presenta un Cociente Intelectual de 93 y un rango percentil de 37 lo que denota que tiene una inteligencia normal promedio, esto indica que sus habilidades son potencialmente favorables.

En la evaluación neuropsicológica obtuvo un puntaje general de 83 en relación al total, lo que indica que se encuentra en un nivel moderado, (con cierta afectación) en sus funciones neuropsicológicas; así mismo muestra un ligero indicador de deterioro en la función cognitiva. Presentando dificultades en la atención selectiva (concentración), siendo un componente orgánico. Presenta falta de almacenamiento de la información existiendo defectos de carácter perceptual, viso- espacial o motriz, este tipo de errores se encuentra de preferencia en las lesiones de las zonas posteriores del hemisferio derecho, frecuentemente en alcohólicos. Los lóbulos comprometidos son Parieto-Occipital.

- **Área personalidad**

El Paciente presenta *Indicador Elevado* en los patrones clínicos de personalidad **Pasivo-Agresivo, Antisocial y Narcisista**. Desea sentirse independiente de los demás y por ello le disgusta acatar las órdenes de los demás no cediendo ante el otro; pero por otro lado desea contar con el favor del otro puesto que el pasivo-agresivo es muy dependiente, y no puede permitirse la confrontación directa y el ser asertivo, puesto que corre el riesgo de perderle. Para solucionar esta ambivalencia entre querer oponerse al otro sin ser asertivo y buscar la confrontación, utiliza estrategias de resistencia a las órdenes indirectas recurriendo a la posposición, la ineficacia y la obstinación, así como mostrando conductas de oposición y fastidio hacia los demás

- **Área afectiva**

Se muestra a la defensiva trata de protegerse de las personas que lo rodean, es desconfiado ya que se siente amenazado por estos, dificultad para relacionarse.

Siente presión y amenaza por parte de la figura paternal, temor hacia esta figura por problemas causados en la niñez, hostilidad hacia el medio que lo rodea, siente presión por parte de las personas más cercanas, siempre está a la defensiva ya que refleja mucha desconfianza.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Teniendo en cuenta la observación, entrevista y los resultados de las pruebas psicológicas, se concluye que el paciente evidencia dependencia al alcohol, originada por su incapacidad para limitar la cantidad de consumo y dejar de beber una vez que comenzó a hacerlo, de tal manera que requiere de un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían con dosis más bajas, asimismo hay abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa de su consumo, no midiendo las consecuencias perjudiciales a su salud, ni el bienestar psicológico de su familia.

Paciente presenta cierta afectación en sus funciones neuropsicológicas como la memoria, atención y concentración; así mismo muestra un ligero indicador de deterioro en la función cognitiva.

El paciente presenta deseo y vivencia de una compulsión a consumir bebidas alcohólicas, disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo y controlar la cantidad consumida, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir bebidas alcohólicas y para recuperarse de sus efectos. Tomando de 3 a 4 días a la semana, iniciando después de terminar jornada laboral

Presenta indicadores elevados en Síndromes Clínicos **Dependencia al alcohol.**

Tomando en cuenta los rasgos mencionados podemos concluir que el paciente presenta **Síndrome de dependencia al alcohol (F10.2)** según manual de diagnóstico CIE-10.

VIII. PRONÓSTICO

El pronóstico es reservado, debido a las características de su personalidad y a su predisposición, ya que el paciente no es consciente de su enfermedad, todo dependerá de su capacidad para abstenerse del consumo de alcohol y sobre todo de un apoyo sólido para lograr una recuperación.

IX. PSICOTERAPIA

- Psicoterapia individual

X. RECOMENDACIONES

Por la presencia de los síntomas, se recomienda:

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar.
- Psicoterapia grupal

JESSICA ELIZABETH YUCRA COILA

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombres y Apellidos** : P. P. C. I.
- **Fecha de Nacimiento** : 29/06/1966
- **Edad Cronológica** : 50 años
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Nº de hijo** : 5to de 8 hermanos
- **Estado civil** : Casado
- **Sexo** : Masculino
- **Grado de Instrucción** : Superior Técnico Incompleta
- **Ocupación** : Vigilante
- **Religión** : Católico
- **Informante** : Paciente.
- **Lugar de entrevista** : Hospitalización de Psiquiatría
- **Fechas de Entrevistas** : 18 de abril del 2017
- **Entrevistador** : Jessica Elizabeth Yucra Coila

II. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Teniendo en cuenta la observación, entrevista y los resultados de las pruebas psicológicas, se concluye que el paciente evidencia dependencia al alcohol, originada por su incapacidad para limitar la cantidad de consumo y dejar de beber una vez que comenzó a hacerlo, de tal manera que requiere de un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían con dosis más bajas, asimismo hay abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa de su consumo,

no midiendo las consecuencias perjudiciales a su salud, ni el bienestar psicológico de su familia.

Paciente presenta cierta afectación en sus funciones neuropsicológicas como la memoria, atención y concentración; así mismo muestra un ligero indicador de deterioro en la función cognitiva.

El paciente presenta deseo y vivencia de una compulsión a consumir bebidas alcohólicas, disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo y controlar la cantidad consumida, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir bebidas alcohólicas y para recuperarse de sus efectos. Tomando de 3 a 4 días a la semana, iniciando después de terminar jornada laboral

Presenta indicadores elevados en Síndromes Clínicos **Dependencia al alcohol.**

Tomando en cuenta los rasgos mencionados podemos concluir que el paciente presenta **Síndrome de dependencia al alcohol (F10.2)** según manual de diagnóstico CIE-10.

III. OBJETIVOS:

1. Enseñar al paciente a respirar y relajarse para controlar pensamientos y deseos de consumo de alcohol.
2. Reducción del consumo de alcohol y el desarrollo de hábitos alternativos.
3. Mejorar sus relaciones interpersonales a través de la puesta en práctica de la empatía.
4. Identificar pensamientos recurrentes que hacen vulnerable al paciente a actuar de forma negativa.
5. Identificar y poner en práctica técnicas para el control del estrés.
6. Reconocer y poner en práctica habilidades sociales para identificar y controlar emociones.

7. Modificar los hábitos nocivos en función de actividades nuevas y de interés para el paciente

IV. MODALIDAD TERAPÉUTICA:

La terapéutica a utilizar será mixta, ya que tendrá sesiones con temas de tipo Cognitiva-conductual, que abarcaran de forma integral la problemática del paciente. Se consideran las sesiones realizadas con el paciente de forma individual.

V. DESARROLLO DE LAS SESIONES

SESIÓN N° 1	“Relajación”
1. Objetivos	Enseñar al paciente a relajarse por medio de ejercicios en los que tense y relaje en forma de alternativa sus distintos grupos musculares.
2. Técnicas	Relajación individual
3. Descripción de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Relajar manos y pies <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cierra con fuerza la mano derecha, y se aguanta contando despacio y mentalmente hasta 5. A continuación, abrir la mano con fuerza lo máximo posible, contando hasta 5. - Se repite el ejercicio 3 veces. Finalmente se deja sentir la mano relajada. El ejercicio se repite igual con la mano izquierda. A continuación, se relajan los pies de la misma manera. Se intenta cerrar al máximo los dedos del pie derecho, contando hasta 5; seguidamente se abren con fuerza lo máximo posible. - Se repite el ejercicio 3 veces. Finalmente se deja descansar el pie. - El ejercicio se repite igual con el pie izquierdo. • Relajar el cuello <p>El paciente está sentado o de pie, sin forzar y de manera muy suave (porque puede hacerse daño), mueve el cuello y la cabeza de derecha izquierda 5 veces, como si fuera el péndulo</p>

	<p>de un reloj, a razón de una vez por segundo, igual, pero, adelante y atrás, igual, dando vueltas con la cabeza en círculos, 5 veces muy suave.</p> <ul style="list-style-type: none"> Momento de tranquilidad <p>El evaluado se tumba boca arriba en la camilla y se le indica que vamos a medir cuanto tiempo es capaz de permanecer tranquilo, sin moverse, con los ojos cerrados.</p> <p>Se mide el tiempo que es capaz de permanecer así.</p> Ejercicios de respiración <p>El paciente está sentado o de pie. Le decimos: “llena los pulmones de aire despacio, contando mentalmente hasta 5”.</p> <p>Cuando haya contado hasta 5, le decimos: “ahora aguanta el aire en los pulmones, contando mentalmente hasta 5, notarás la presión del aire”, “suelta el aire despacio, contando mentalmente hasta 5”. Y se repite este ejercicio 3 veces.</p>
4. TIEMPO	45 minutos

SESIÓN N° 2	“Aproximación al refuerzo comunitario”
1. Objetivos	Reducción del consumo de alcohol y el desarrollo de hábitos alternativos
2. Técnica	Refuerzo positivo
3. Descripción de la sesión	<p>Se trata de un programa ambulatorio, concientizando al paciente a una vida libre de alcohol, es de corte cognitivo conductual.</p> <p>Las sesiones se estructuran en tres fases de diferente duración cada una de ellas.</p> <p>El paciente acudirá dos veces por semana a sesiones grupales de una hora y media de duración aproximadamente y sesiones individuales para resolver problemas puntuales, que probablemente fueron una de las causas de su consumo de alcohol.</p> <p>Los componentes de las sesiones de grupo son fundamentalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Información sobre drogas ✓ Incremento de la conciencia del problema de la adicción ✓ Expresión de emociones ✓ Solución de problemas ✓ Prevención de recaídas

	<p>Además de los componentes propios de las sesiones grupales, se concientizará con charlas informativas para que el paciente pueda integrar grupos psicoeducativos sobre salud y adicción, talleres formativo-laborales y grupos de apoyo para la familia del paciente.</p> <p>La práctica de actividades de ocio saludables, la adquisición de habilidades que faciliten la búsqueda de empleo y la mejora de la resistencia a la tentación de beber a través de la sensibilización encubierta.</p>
4. TIEMPO	45 minutos aprox. Por cada parte

SESIÓN N° 3	“Siendo más empático”.
1. Objetivos	Mejorar sus relaciones interpersonales a través de la puesta en práctica de la empatía.
2. Técnicas	Psicoeducación, exposición.
3. Descripción de la sesión	<p>PRIMERA PARTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • El coordinador se presenta y se pide que a los participantes se presenten, en seguida se realiza preguntas acerca de sesión anterior trabajada, resaltando las ideas importantes acerca de la comunicación asertiva y la dinámica de “decir no”. • El coordinador muestra una imagen, fomentando la participación de los pacientes para que puedan deducir el tema a tratar. (anexo N° 1) • A continuación, se da conocer el tema y se expone en forma breve acerca de la empatía: <p>Empatía es...</p> <div data-bbox="598 1344 1252 1803"> </div> <p>✓ Identificar y ubicarse en el punto de vista del interlocutor.</p>

- ✓ Identificar, compartir o solidarizarse con los sentimientos de otras personas.
- ✓ Reconocer y alentar los logros de las personas.
- ✓ Corregir o enmendar experiencias negativas generadas en 177 situaciones anteriores (pedir disculpa).
- ✓ Tener en cuenta los derechos de las demás personas antes de actuar.
- ✓ Percibir el malestar de las personas por algo que se ha hecho.

SEGUNDA PARTE

- Terminada la breve exposición se realiza la dinámica “el reloj: conociéndonos nuestra virtudes y defectos”, donde a cada participante se le otorga una hoja de papel en la que dibuja un reloj a lo largo de la página, indicando solamente las horas, mas no las agujas, se les indica que deberán establecer citas con los demás participantes en determinadas horas, para cada cita le corresponde solo una hora, para ello una vez dibujado el reloj, se indica a los participantes establezcan citas en su reloj, deberán llenar todas las horas con citas (nombres de la persona con quien se van a reunir), establecidas las citas, se indica, por ejemplo, “asistir a la cita de las cinco”, todos se reúnen, de acuerdo a la cita indicada en su reloj a las cinco, ya reunidas las parejas se les pide que en cinco minutos dialoguen sobre los siguientes puntos:

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación: nombres, lugar de procedencia, lugar de nacimiento. ✓ La experiencia más feliz. ✓ La experiencia más triste. • A continuación, todos los participantes se ubican en círculo, por parejas exponen la experiencia realizada, teniendo en cuenta que el uno presenta al otro, ejemplo: “Juan comenta que la experiencia más feliz fue...”. El coordinador anota en pizarra las participaciones, dividiéndolas por columnas de acuerdo al tipo de experiencia; pregunta al azar sobre los sentimientos experimentados durante la práctica del reloj, anota las participaciones y realiza las conclusiones en base a los aportes de los participantes.
4. TIEMPO	40 minutos aprox. Por cada parte

SESIÓN N° 4	“Controlando nuestros pensamientos”
1. Objetivos	Identificar pensamientos recurrentes que hacen vulnerable al paciente a actuar de forma negativa.
2. Técnicas	Detención del pensamiento
3. Descripción de la sesión	<p>PRIMERA PARTE</p> <ul style="list-style-type: none"> El coordinador se presenta, en seguida se realiza preguntas acerca de la sesión anterior trabajada, resaltando las ideas importantes acerca de la empatía y la dinámica “el reloj”. En seguida se muestra la lámina y se pide al paciente que observe y se le plantea una pregunta: ¿De qué hablaremos hoy? <div data-bbox="518 958 1353 1160" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>Por “pensamientos” nosotros nos referimos a “cosas que nos decimos a nosotros mismos.”</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pensamientos pueden tener un efecto sobre su cuerpo. Los pensamientos pueden tener un efecto sobre sus acciones. Los pensamientos pueden tener un efecto sobre su estado de ánimo. </div> <ul style="list-style-type: none"> En seguida el coordinador hace una exposición breve acerca de los pensamientos y sus tipos: <div data-bbox="502 1355 1377 1803" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ol style="list-style-type: none"> <u>Los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo:</u> Diferentes tipos de pensamientos producen un diferente efecto en su estado de ánimo. <ul style="list-style-type: none"> Algunos pensamientos aumentan la probabilidad de que usted se deprima, mientras que otros disminuyen la probabilidad de que usted se deprima. <u>¿Qué son los pensamientos?:</u> Pensamientos son ideas que nos decimos a nosotros mismos. <ul style="list-style-type: none"> Nosotros nos hablamos mentalmente todo el tiempo, pero no todo el tiempo nos damos cuenta. Es útil pensar acerca de los pensamientos como “objetos” (“ideas”) que tienen un efecto real sobre nuestras mentes y cuerpos. </div>

TIPOS DE PENSAMIENTO

5. Aprendiendo a identificar diferentes tipos de pensamientos:

A. Pensamientos constructivos versus destructivos:

- Pensamientos **constructivos** le ayudan a sentirse mejor y más entero. Por ejemplo, el pensamiento, "Yo puedo aprender a controlar mi vida para hacer lo que yo realmente quiero" es un pensamiento constructivo.
- Pensamientos **destructivos** lo hacen sentirse mal. Por ejemplo, usted podría pensar "No sirvo para nada" ó "Todo me salió mal educando a mis hijos" ó "He cometido tantos errores que no puedo salir de mis problemas."

B. Pensamientos necesarios versus innecesarios:

- Pensamientos **necesarios** le recuerdan cosas que tenemos que hacer, tales como "Debo acordarme de llenar el termómetro del ánimo esta noche antes de acostarme."
- Pensamientos **innecesarios** no cambian nada, pero pueden hacernos sentir mal. Por ejemplo, podríamos pensar "Pronto habrá un terremoto" ó "A lo mejor tengo cancer."

C. Pensamientos positivos versus negativos:

- Pensamientos **positivos** lo hacen sentirse mejor, por ejemplo el pensamiento "Las cosas ahora parecen estar mal, pero al menos aquí estoy haciendo algo para cambiarlas" es útil.
- Pensamientos **negativos** lo hacen sentirse mal, por ejemplo "No hay remedio para mi depresión."

- Se resuelve las dudas que pueda surgir, fomentando la participación del paciente y sus compañeros

SEGUNDA PARTE

- Con la participación de los pacientes de F 10.2, se les pide tomar asiento formando un círculo se reparte hojas bond a los participantes donde escriben sus nombres y se les pide que piensen en cuáles con los pensamientos desagradables que experimentan comúnmente todos los días y les causan malestar.
- Para esto los participantes tiene que estar relajados y se les indicará que imagine una situación presente o pasada en la que aparezca con facilidad el pensamiento negativo, donde tienen que ser imaginados con todos los detalles, en seguida se les pide que escriban en las hojas bond ese pensamiento negativo.
- Terminado se les indica que traigan a su mente pensamientos positivos que les hagan sentir bien, para que, en las fases posteriores, detenga los pensamientos negativos sustituyéndolo por los pensamientos positivos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se recoge las hojas donde escribieron los pensamientos negativos y al azar se lee, indicándoles que después tendrán que verbalizar el pensamiento positivo que lo reemplazará, según el nombre del paciente. • Indicarle a los pacientes que la interrupción del pensamiento negativo se pueden ayudarse con el uso de un reloj despertador, donde se pondrá alarma para que suene en dos minutos, el paciente con los ojos cerrados imaginará el pensamiento negativo y que cuando suene la alarma tendrá que gritar “Stop” y dejará su pensamiento negativo, imaginando situaciones que le agradarían que pase, si el pensamiento negativo reaparece, utilice el despertador para que vuelva a realizar lo indicado de tal manera que conseguirá detener sus pensamientos que le causan daño, utilizando después la voluntad para detenerlo sin la ayuda del reloj. • Para finalizar se le explicará al paciente que los pensamientos negativos no aparecerán si ponemos en práctica lo indicado, cuando se haya avanzado en el entrenamiento, dejarán de constituir un problema o al menos se podrá aliviar los sentimientos negativos que le causan daño y hacen que desencadenen conductas negativas.
4. TIEMPO	40 minutos aprox. Por cada parte

SESIÓN N° 5	“Soy feliz, evitando estar estresado”.
1. Objetivos	Identificar y poner en práctica técnicas para el control del estrés.
2. Técnicas	Exposición, técnica de inoculación al estrés
3. Descripción de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> Se inicia la sesión con la presentación del coordinador de la sesión, para después empezar con la presentación del paciente. A continuación, se hace una breve exposición acerca del estrés y sus causas: <div data-bbox="491 750 1265 1227" data-label="Diagram"> <p>ESTRES</p> <p><i>Estado de cansancio mental provocado por la exigencia ante determinados estímulos repetidos como por ejemplo: el miedo.</i></p> <p>CAUSAS</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Divorciarse. • Empezar un nuevo empleo. • Muerte de un conyugue. • Jubilación • Problemas de dinero. • Mudanza. • Tener una enfermedad grave. • Problemas familiares. • Despido. • Tener un bebe

	<ul style="list-style-type: none"> • Se resuelve las dudas que surgen al finalizar la exposición. <p>SEGUNDA PARTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • En seguida el coordinador indica al paciente que se realizará ejercicios de respiración: “respira profundamente contando hasta 10 y exhala suavemente el aire” repetir 5 veces. • Se le pide que mantengan la atención ante el miedo que tiene cuando se presenta las autoafirmaciones negativas y que califique su miedo del 1 al 10 y observe su cambio. Se le explica que es de esperar que el miedo se acreciente, pero que no trate de eliminarlo completamente, solo mantenerlo a un nivel de control, que se perciba haciéndolo, indicarle que puede razonar para deshacerse del miedo, donde se va a desvanecer poco a poco, se le explica al paciente que este procedimiento se gradúa de tal forma que se pondrá primero en situaciones más fáciles y solo gradualmente se introduce en situaciones más estresantes, donde se va ir sintiendo más fuerte para dominarlas. • En un papel escribe 3 deseos o ideas más importantes y que les genera mucha gratificación (aspiraciones, personas queridas, recuerdos agradables, otros), se le indica en caso se les presente situaciones estresantes utilizar éstas ideas para manejar el estrés. 184 • Se indica la importancia de compartir con otras personas de confianza las preocupaciones, inquietudes, problemas por las
--	---

	<p>que se está atravesando. (estas personas pueden ser integrantes del mismo grupo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En un papel en blanco se escribe los nombres de las personas más importantes para el paciente con quien pueda hablar sobre sus problemas o preocupaciones, pueden ser familiares, hermanos, padres, primos, amigos, profesores u otras personas, se ensayan formas de entablar comunicación con las personas que se ha anotado en el papel. • Se le pregunta cómo se sintió, se hace una retroalimentación breve acerca de los puntos tratados para terminar resaltando la importancia de colaborar con la psicoterapia
4. TIEMPO	50 min aprox. por cada parte

SESIÓN N° 6	“Monitoreando mis emociones”
1. Objetivos	Reconocer y poner en práctica habilidades sociales para identificar y controlar emociones.
2. Técnicas	Exposición
3. Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas bond
4. Descripción de la sesión	<p>PRIMERA PARTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • El coordinador se presenta y pide que el paciente se presente, en seguida se realiza preguntas acerca de la sesión anterior trabajada, resaltando las ideas importantes acerca del manejo del estrés. • A continuación, se le hace preguntas relacionadas a: ¿Puede usted identificar los cambios de humor? ¿Controla sus sentimientos negativos antes de que lo afecten? ¿Identifica ambientes o situaciones que provocan su intranquilidad? ¿Es consciente usted de los cambios físicos que acompañan a las emociones? ¿Reconoce y se identifica con la alegría de un amigo o amiga cuando también está alegre? • Se realiza una breve exposición de: <ul style="list-style-type: none"> → Concepto e importancia de las emociones. → Identificar situaciones que generan intranquilidad. → Componentes de las emociones: fisiológicos, cognitivos, conductuales. → Compartir y participar de emociones agradables con otras personas.

	<p>SEGUNDA PARTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se pide que mencione una emoción, el coordinador escribe en 186 papelote o pizarra las emociones manifestadas. • Se clasifica en dos grupos a las emociones escritas en: agradables o desagradables. • Se realiza la representación de sentimientos, teniendo en cuenta el listado de emociones, se elabora fichas en las que se escribe un sentimiento o emoción por ficha. • Se extraen las fichas al azar. • El paciente representará la emoción o sentimiento escrito en la ficha, con gestos y posturas, sin palabras. • Los participantes intentan reconocer la emoción o sentimiento expresado, para después decirlo. • Se termina la sesión resaltando la importancia de conocer y controlar las diferentes emociones.
5. TIEMPO	45 minutos aprox. Por cada parte

SESIÓN N° 7	“Reprogramando mis actividades”
1. Objetivos	Modificar los hábitos nocivos en función de actividades nuevas y de interés para el paciente
2. Técnicas	Psicoeducación y reestructuración cognitiva
3. Descripción de la sesión	<p>PRIMERA PARTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • El coordinador se presenta y se pide que el paciente se presente, en seguida se realiza preguntas acerca de sesión anterior trabajada, resaltando las ideas importantes acerca del manejo de las emociones. • Mediante la técnica de exposición, se da conocer nociones generales acerca de los hábitos nocivos. Son todas aquellas actividades que presencian consecuencias nocivas y peligrosas para nuestra salud, las más comunes son: <div data-bbox="651 1160 1010 1261" data-label="Text"> <p>HÁBITOS NOCIVOS</p> </div> <p><i>Son todas aquellas actividades que presencian consecuencias nocivas y peligrosas para nuestra salud, las más comunes son:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sedentarismo. ✓ Posturas corporales incorrectas. ✓ Drogas, tabaco y alcohol. <div data-bbox="491 1597 1185 1686" data-label="Text"> <p>PASOS PARA CAMBIAR UNA HÁBITOS NOCIVOS</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar los contextos en los que aparece el hábito que desea erradicar. ✓ Buscar la intención que hay detrás del hábito. ✓ Buscar otras actividades que sustituyan el hábito nocivo. ✓ Eliminar estímulos que inciten a realizar el hábito nocivo

SEGUNDA PARTE

Se pide que escriba en una ficha, actividades nuevas e interesantes para el paciente y que sustituyan a su hábito nocivo para lo cual se le designa 5 minutos.

Planificando actividades saludables

Nombres y Apellidos:

Fecha:

HABITOS NOCIVOS	ACTIVIDADES A PONERLAS EN PRÁCTICA
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•

- Transcurrido el tiempo designado, se recoge las fichas y se incentiva a que se intercambien puntos de vista en cuanto a la actividad realizada, se lee la ficha destacando la importancia de cada actividad anotada y puesta en práctica para para vivir en forma saludable.
- Se realiza un compromiso por parte del paciente para cumplir con las actividades propuestas haciéndole firmar y verbalizando en voz alta, “Yo.....cumpliré para vivir saludable”.
- Se termina brindando información acerca de la importancia de realizar actividades nuevas

4. TIEMPO

45 minutos aprox. Por cada parte

TIEMPO DE EJECUCIÓN:

La psicoterapia está programada durante un tiempo aproximado de 3 meses con una sesión por semana. Tales sesiones tendrán una duración de 45 y 50 minutos de acuerdo a una previa coordinación de horarios.

AVANCES PSICOTERAPÉUTICOS

- ✓ El paciente reconoció las consecuencias perjudiciales del consumo de sustancias alcohólicas.
- ✓ Uso adecuado de habilidades sociales para rechazar situaciones de peligro de consumo de alcohol.
- ✓ Reconocimiento del daño causado a los familiares cercanos por el consumo excesivo de alcohol.
- ✓ Reconocimiento y detención de aquellos pensamientos que desencadenan comportamientos inadecuados que ponen en peligro su salud física y mental.
- ✓ La práctica de la respiración profunda frente a situaciones de estrés laboral, familiar, u otros.
- ✓ Control voluntario de emociones, para la toma de decisiones que lo llevan al desarrollo personal.
- ✓ El reconocimiento de poner en práctica actividades de interés, como es la maratón, ejercicios físicos.

Anexos del Caso Clínico N° 2

HOJA DE RESPUESTAS - MILLON-II

Nombres y Apellidos: Pa [redacted] Edad: 50 años
 Fecha de Nacimiento: 29 de Junio de 1966 Estado Civil: Casado
 Fecha de Evaluación: _____ Ocupación: _____
 Grado de Instrucción: _____ Evaluador: _____

MARQUE CON ASPA LA RESPUESTA (V = VERDADERO; F = FALSO)
 QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER

1	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	26	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	51	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	76	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	101	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	126	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	151	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
2	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	27	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	52	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	77	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	102	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	127	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	152	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
3	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	28	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	53	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	78	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	103	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	128	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	153	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F
4	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	29	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	54	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	79	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	104	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	129	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	154	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
5	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	30	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	55	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	80	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	105	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	130	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	155	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F
6	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	31	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	56	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	81	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	106	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	131	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	156	<input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
7	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	32	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	57	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	82	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	107	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	132	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	157	<input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
8	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	33	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	58	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	83	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	108	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	133	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	158	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
9	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	34	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	59	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	84	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	109	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	134	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	159	<input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
10	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	35	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	60	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	85	<input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	110	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	135	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	160	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
11	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	36	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	61	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	86	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	111	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	136	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	161	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
12	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	37	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	62	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	87	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	112	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	137	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	162	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
13	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	38	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	63	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	88	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	113	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	138	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	163	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
14	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	39	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	64	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	89	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	114	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	139	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	164	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
15	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	40	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	65	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	90	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	115	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	140	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	165	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F
16	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	41	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	66	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	91	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	116	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	141	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	166	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F
17	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	42	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	67	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	92	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	117	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	142	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	167	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
18	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	43	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	68	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	93	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	118	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	143	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	168	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
19	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	44	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	69	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	94	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	119	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	144	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	169	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
20	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	45	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	70	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	95	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	120	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	145	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	170	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F
21	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	46	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	71	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	96	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	121	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	146	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	171	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F
22	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	47	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	72	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	97	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	122	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	147	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	172	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
23	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	48	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	73	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	98	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	123	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	148	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	173	<input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
24	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	49	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	74	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	99	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	124	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	149	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	174	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F
25	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	50	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	75	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	100	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	125	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F	150	<input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> F	175	<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F

D. RESPUESTAS FORMA A

5-7		24. 1	(2)	3	4	5	6	X
1. 1	2	3	4	5	6			/
2. 1	2	3	4	5	6			/
3. 1	2	3	4	5	6			X
8-9		28. 1	2	(3)	4			/
4. 1	2	3	4	5	6			/
5. 1	2	3	4	5	6			X
6. 1	2	3	4	5	6			X
7. 1	2	3	4	5	6			X
10-12		30. 1	2	3	4	5	(6)	
8. 1	2	3	4	5	6			
9. 1	2	3	4	5	6			
10. 1	2	3	4	5	6			
11. 1	2	3	4	5	6			
13-17		31. 1	2	(3)	4	5	6	
12. 1	2	3	4	5	6			
13. 1	2	3	4	5	6			
14. 1	2	3	4	5	6			
15. 1	2	3	4					
16. 1	2	3	4	5	6			
18-20		32. (1)	2	3	4	5	6	
17. 1	2	3	4	5	6			
18. 1	2	3	4	5	6			
19. 1	2	3	4					
20. 1	2	3	4	5	6			
21 y más		33. 1	2	3	4	5	6	
22. 1	2	3	(4)	5	6			
23. 1	2	3	(4)	5	6			
		34. 1	2	3	4	5	6	
		35. 1	2	3	4	5	6	
		36. 1	2	3	4	5	6	
		37. 1	2	3	4	5	6	
		38. 1	2	3	4	5	6	
		39. 1	2	3	4	5	6	
		40. 1	2	3	4			
		41. 1	2	3	4			
		42. 1	2	3	4	5	6	
		43. 1	2	3	4	5	6	
		44. 1	2	3	4	5	6	
		45. 1	2	3	4			
		46. 1	2	3	4	5	6	
		47. 1	2	3	4			
		48. 1	2	3	4	5	6	
		49. 1	2	3	4	5	6	
		50. 1	2	3	4	5	6	
		51. 1	2	3	4	5	6	
		52. 1	2	3	4	5	6	
		53. 1	2	3	4	5	6	
		54. 1	2	3	4	5	6	
		55. 1	2	3	4	5	6	

E. RESUMEN DE PUNTUACIONES

- Elemento umbral 32
- Respuestas correctas entre umbral y techo o fin. 06
- Puntuación directa 27

C.I. = 93
R.P. = 37

A. M. N. S.

Centro de Estudios e Investigación en Neuropsicología, CEINPS
Arequipa - Perú

NEUROPSI

Evaluación Neuropsicológica
Breve en Español

Dra. Peggy Ostrosky Solís, Dr. Alfredo Ardila y Dra. Monica Roselli

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres: [Redacted] Fecha de nacimiento: 29-06-1966 Edad: 50 años H.C.N.º: [Redacted]

Sexo: H Lugar de nacimiento: Perú Procedencia: [Redacted] Escolaridad (años de estudio): Superior Instrucción: [Redacted]

Ocupación (actual/anterior): Empleada Lateralidad: [Redacted] Fecha de evaluación: 04-01-2017

Diagnóstico Neurológico: [Redacted]

Diagnóstico Neuropsicológico: [Redacted]

RLM: [Redacted]

TEM: [Redacted]

EEO: [Redacted]

Fármacos administrados: [Redacted] OTROS: [Redacted]

MOTIVO DE CONSULTA: [Redacted]

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: TEC, ACV, AIT, Epilepsia, Alcoholismo, Farmacodependencia, Hipertensión arterial, Diabetes, Enfermedades pulmonares, Disminución de la agudeza visual o sùbita, Tiroidismo, Otros: [Redacted]

I. ORIENTACIÓN

a) Temporal: Día / Mes / Año (-) [Redacted]

b) Espacial: Ciudad / Lugar (-) [Redacted]

c) Personal: Edad (-) [Redacted] Total 6/8

II. CONCENTRACIÓN

a) Dígitos en regresión:

4-8	8-4	→	(2)
2-6-3	7-1-4	→	(3)
8-0-3-1	0-6-1-7	→	(4)
0-1-5-1-1	2-8-1-0-2	→	(5)
5-5-7-1-1-8	1-4-1-3-2-1-7	→	(6)

Total 3/5

b) Detección visual (60"): Lámina A (6")

Acertó: [Redacted] Errores: [Redacted] Total 1/18

c) Sustracción:

20-3= [Redacted] 10-3= [Redacted] 3-3= [Redacted] 3-1= [Redacted] Total 2/5

III. CODIFICACIÓN

a) Memoria Verbal Espontánea

I Ensayo	II Ensayo	III Ensayo
Gato	Mano	Codo
Pera	Vaca	Fresa
Mano	Fresa	Pera
Fresa	Gato	Vaca
Vaca	Codo	Gato
Codo	Pera	Mano
Total:	Total:	Total: 11

Intrusiones: [Redacted]

Perseveraciones: [Redacted]

Primacia: [Redacted]

Procedencia: [Redacted]

Total 4/6

b) Proceso Visoespacial (Copiar Lámina N° 1): [Redacted] Total 8/12

IV. LENGUAJE

a) Denominación (Lámina 2-6)

Imagen	Rpta	Pg	Imagen	Rpta	Pg
Clave	X		Piel		
Guitarra			Serpiente		
Trompeta			Llave		
Dedo			Bicicleta		

(Original: lápiz, reloj, botín, fecha, auto, caballo, zapato, llave, serpiente, dedo, L.R.) Total 1/5

b) Repetición

Estímulo	Respuesta	Pg
Señal		0/1
Ventana		0/2
El niño lleva		0/3
El hombre camina lentamente por la calle		0/4

Total 0/4

c) Comprensión: (lámina 10)

Indicación	Puntuaje
Señale el cuadrado pequeño.	/
Señale un círculo y un cuadrado	/
Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande.	/
Toque el círculo pequeño si hay un cuadrado grande.	/
Toque el cuadrado grande en lugar del círculo pequeño.	/
Además de tocar los círculos toque el cuadrado pequeño.	X

Total 4/6

d) Fluidez (60")

FLUJID Z SEMANTICA Nombres de animales	FLUJID Z FONOLÓGICA Palabras que inician con T+L
1. <u>Tigre</u>	1. <u>Toro</u>
2. <u>Toro</u>	2. <u>Llama</u>
3. <u>Puma</u>	3. <u>Llama</u>
4. <u>Puma</u>	4. <u>Llama</u>
5. <u>Gallina</u>	5. <u>Eco</u>
6. <u>Gallina</u>	6. <u>Foca</u>
7. <u>Caballo</u>	7. <u>Foca</u>
8. <u>Caballo</u>	8. <u>Foca</u>

9. <u>Callo</u>	0.
10. <u>Parado</u>	10.
11.	21.
12.	30.
13.	12.
14.	22.
15.	16.
16.	18.
17.	17.
18.	19.
19.	20.
20.	20.
21.	21.
22.	22.
23.	23.
24.	24.
25.	25.
Total Semántico	Total Fonológico
0-6 → 1	0-6 → 1
7-13 → 2	7-13 → 2
14-19 → 3	14-19 → 3
20-25 → 4	20-25 → 4
Intrusiones	Intrusiones
Perseveraciones	Perseveraciones
Total <u>11</u> / 8	

3. LECTURA

Que les no vos alia: (Lam. 11)

	Puntaje
¿Porque se ahoga el gusano?	0-1
¿Qué paso con el otro gusano?	0-1
¿Cómo se salvó el gusano?	0-1
Total <u>2</u> / 3	

4. ESCRITURA

	Puntaje
Dictar el perro camina por la calle	0-1
Copiar Lam. 13	0-1
Total <u>2</u> / 2	

5. FUNCIONES EJECUTIVAS

A. Conceptual - bebe Categorizar

1. Semajanzas

	Respuesta	Puntaje
Naranja - pera		0-1
Pera - caballo		0-1
Ojo - nariz		0-1
Total <u>3</u> / 3		

2. Calculo mental

	Respuesta
¿Cuanto es 12+12?	24
Juan recibió 12, recibió 9 y gano 12. ¿Cuánto le quedó?	3
¿Cuántas naranjas hay en dos docenas y media?	30
Total <u>2</u> / 3	

3. Secuenciación Lam. 13

Contarle con la secuencia

Total 1 / 1

B. Motora

1. Posición de la mano

(1) Derecha: / / (puño/filo/palma)

(2) Izquierda: / / (palma/filo/puño)

Total 2 / 4

2. Movimientos alternos (abierto/cerrado)

Total 1 / 1

3. Resaca de espaldas (índice/puño)

Total 1 / 1

6. FUNCIONES DE EVOCACIÓN

1. Memoria visoespacial

Total 2 / 12

2. Memoria verbal

1. Memoria verbal espontánea	2. Categoría por claves
<u>Mano</u>	Partes del cuerpo
<u>Todo</u>	<u>Mano</u>
<u>Mano</u>	
<u>Fruta</u>	Frutas
	<u>Fruta</u>
Intrusiones	Animales
Perseveraciones	<u>Mano</u>
	Intrusiones
	Perseveraciones
Total <u>1</u> / 6	Total <u>1</u> / 8

3. Reconocimiento solo si falla la verbal

BOCA	ÁRBOL	FRESA*
GATO*	GALLO	CEJA
CAMA	LÁPIZ	VACA*
PERA*	ZORRO	FLOR
COPO*	MANO*	

Intrusiones

Total 5 / 6

RESUMEN GENERAL - NEUROPSI

SUBTEST	PUNTAJE
1. Orientación	6/6 S.A
2. Atención y concentración	12/12 N.A
3. Codificación	12/12 N.A
4. Lenguaje	20/20 N.A
5. Lectura	2/2 L.A
6. Escritura	2/2 S.A
7. Funciones Ejecutivas	18/18 L.A
8. Funciones de Evocación	15/20 N.A
PUNTAJE GENERAL	
85/130	

Modo

CONCLUSIÓN:





TEST DE RETENCION VISUAL DE BENTON

HOJA DE ANOTACION

NOMBRE: P. [REDACTED]
 FECHA: LUG: EPO: SEXO:
 CASO N°: EXAMINADOR: FORMA:

Diseño	Valoración	Errores	Diseño	Valoración	Errores		
I		0	I				
II		2	II				
III		4	III				
IV		3	IV				
V		2	V				
VI		3	VI				
VII		4	VII				
VIII		4	VIII				
IX		3	IX				
X		4	X				
Número de reproducciones correctas:.....			Número de reproducciones correctas:.....				
Número de errores: <u>29</u>			Número de errores:.....				
Omisión	Distors.	Persev.	Rotación	Omisión	Distors.	Persev.	Rotación
<u>10</u>	<u>10</u>	<u>4</u>	<u>3</u>				
Desplaz.	Tamaño	Izquier.	Derecho	Desplaz.	Tamaño	Izq.	Derecha

OBSERVACIONES:

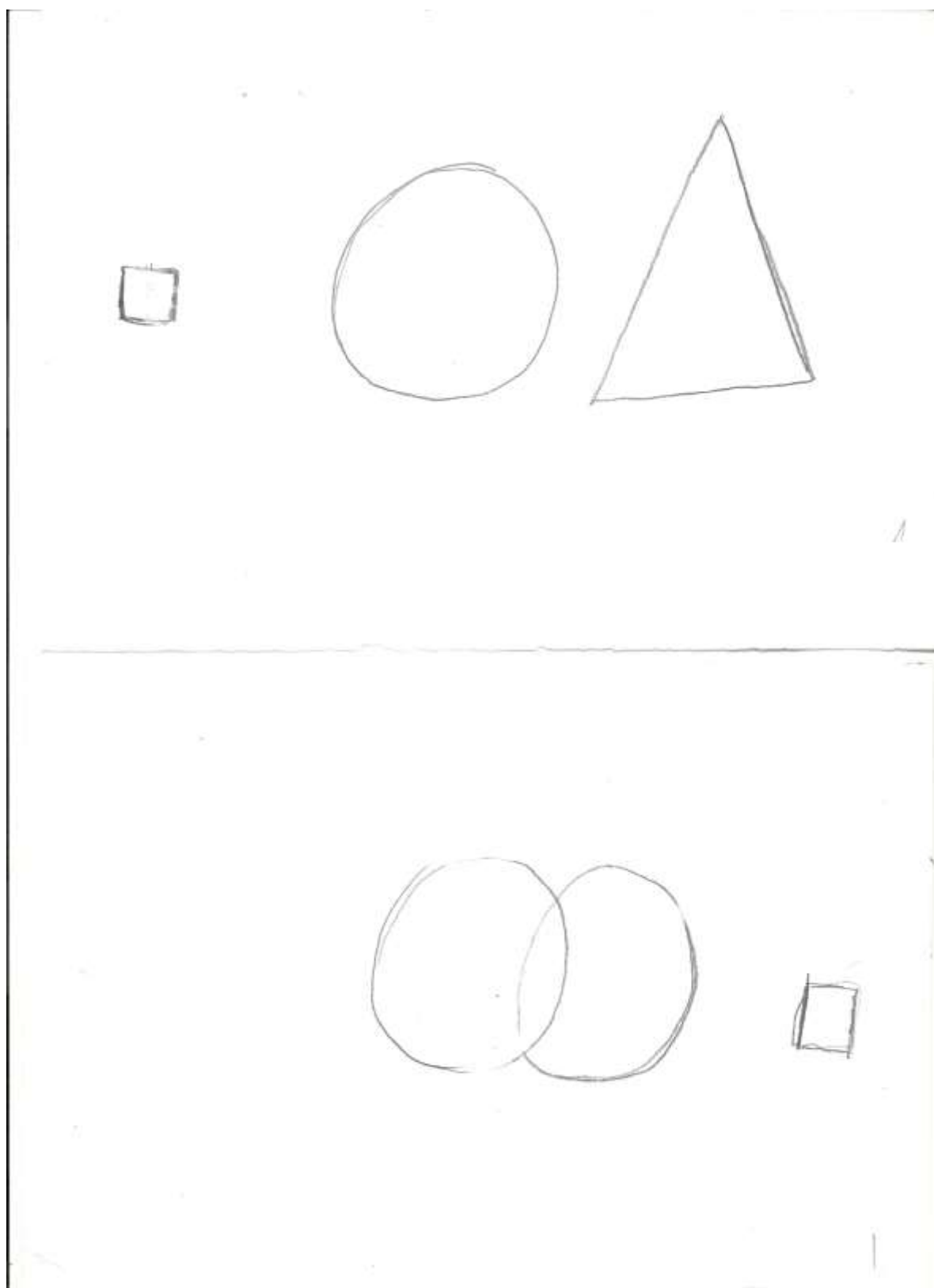
INTERPRETACION: Paciente presenta una categoría inferior Promedio

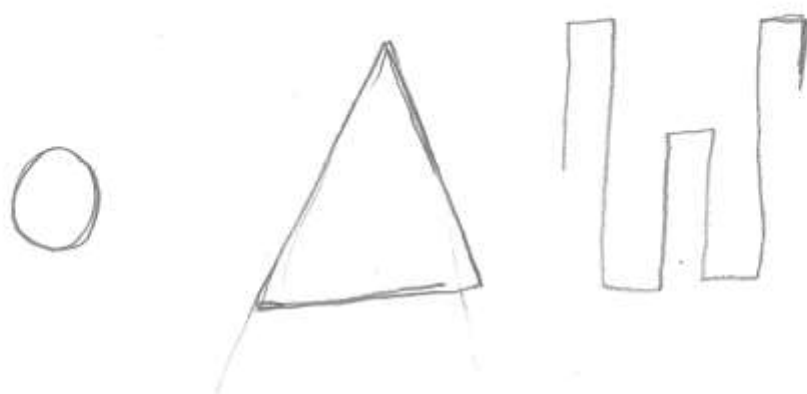
11 enden



1 Ende

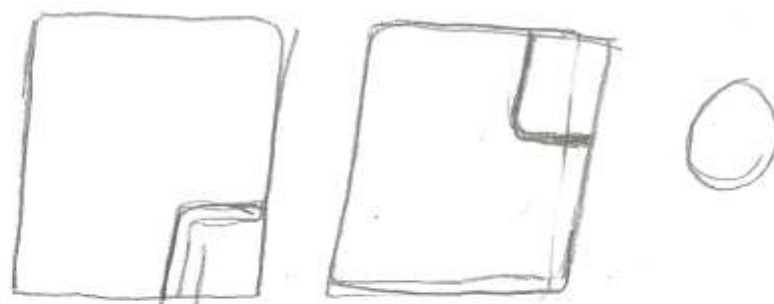
Dreiecken 0





Dreieck
Rechteck
○

2 Geometrie



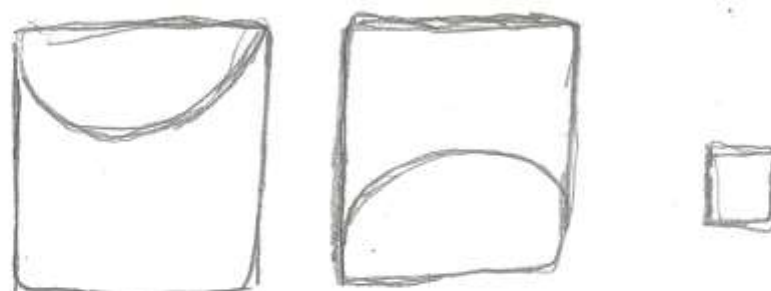
Dreieck

1 Geometrie



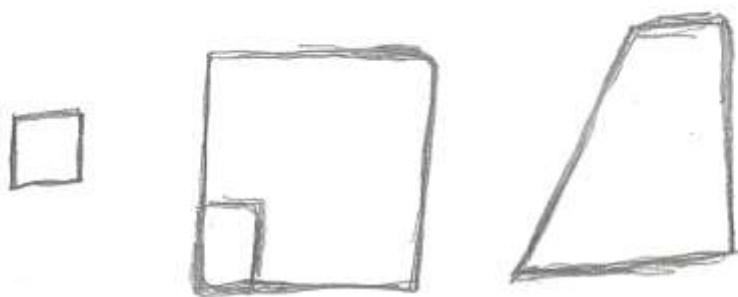
Percepción

1 Error



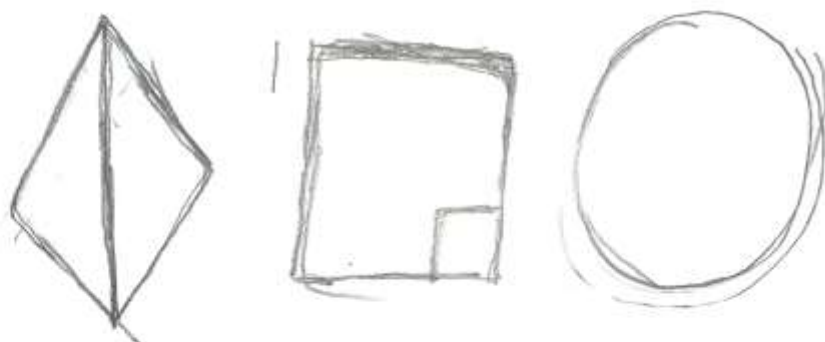
Percepción

2 Erros



Perimeter
Distances

7. 6. 10. 10.



Perimeter

2

6. 10. 10.