

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

**“FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN”**

“ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA”



**“ESTUDIO CUALITATIVO DE LA NOMOFobia EN ADOLESCENTES DE
LA I.E. FRANCISCO MOSTAJO DE TIABAYA AREQUIPA 2018”**

Tesis presentada por los Bachilleres:

HERRERA BEJARANO, Andreina Fatima

OCHOA CHURAMPI, Gioriet Lisbeth

Para optar el Título Profesional
de PSICÓLOGAS

AREQUIPA-PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la dicha de existir y permitirme estar viva y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi madre Susana, a mi padre Erineo por darme la vida, quererme mucho y haberme apoyado siempre.

Mis hermanas, Sheyla y Nadia, por estar conmigo y apoyarme siempre, las quiero mucho.

Mis amigas de la universidad que me apoyaron durante todo el periodo de estudio y se convirtieron en personas muy importantes en mi vida.

Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi

A Dios por guiar mi camino y por permitirme alcanzar uno de mis grandes sueños.

Mis padres Hilda y Luis quienes, a través de su amor y buenos valores, ayudan a trazar mi camino.

Mi hijo Manuel, quien es la razón de que me levante cada día, me esfuerce por el presente y el mañana, eres mi principal motivación.

Mi esposo Francisco, por ser el apoyo incondicional en mi vida, que, con su amor y respaldo, me ayudo a concluir esta meta.

Andreina Fatima Herrera Bejarano

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la directora de la I.E. Francisco Mostajo, quien nos brindó el apoyo y facilidades para la realización de esta investigación

A los alumnos de la I.E. Francisco Mostajo por brindarnos su colaboración y tiempo.

A los docentes de la Escuela Profesional de Psicología, por toda su contribución a nuestro conocimiento personal y profesional.

A nuestras familias que nos apoyaron incondicionalmente con su amor y aliento a lo largo de nuestra carrera universitaria y a la realización de esta investigación.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo conocer la influencia de la Nomofobia en adolescentes de 13 a 17 años, teniendo en cuenta su mundo subjetivo y la influencia en diversos ámbitos como el personal, social, familiar y académico. La muestra fue de 8 adolescentes de ambos sexos que fluctuaban entre los 13 y 17 años de edad. La investigación fue abordada desde un Paradigma Cualitativo, trabajando con el método Fenomenológico, el cual permitió analizar las vivencias, emociones, experiencias, sentimientos y pensamientos de los adolescentes frente a la “Nomofobia” mediante la observación no participante y entrevista a profundidad. A los adolescentes se les aplicó una entrevista estructurada, cuestionario de Nomofobia NMP-Q, encuesta se realizó a partir del “Internet Addiction test” y Test de Dependencia al Móvil (TDM) para la obtención de datos y poder captar casos de Nomofobia. Los resultados mostraron en detalle las características psicológicas de la nomofobia, el mundo subjetivo, las motivaciones, la vida cotidiana y la influencia psicológica, mostrando en los resultados que los adolescentes tienen pensamientos, emociones y conductas de dependencia al teléfono móvil, escasos lazos en su relación familiar, poca comunicación, rendimiento académico de bajo a regular, pocas habilidades sociales, propenso al consumo de alcohol, poco interés por las actividades extracurriculares, necesidad de su teléfono móvil en cada momento, no controlando el tiempo de uso.

Palabras clave: Nomofobia, Adolescencia, Investigación Cualitativa

ABSTRACT

The objective of this research is to know the influence of Nomophobia in adolescents from 13 to 17 years old, taking into account their subjective world and their influence in different areas such as personal, social, family and academic. The sample was of 8 adolescents of both sexes that fluctuated between 13 and 17 years of age. The research was approached from a Qualitative Paradigm, working with the Phenomenological method, which allowed to analyze the experiences, emotions, experiences, feelings and thoughts of the adolescents in front of the "Nomophobia" through non-participant observation and in-depth interview. A structured interview was applied to the adolescents, a Nomophobia NMP-Q questionnaire, a survey was carried out using the "Internet Addiction test" and Mobile Dependency Test (TDM) to obtain data and be able to capture cases of Nomophobia. The results showed in detail the psychological characteristics of the nomophobia, the subjective world, the motivations, the daily life and the psychological influence, showing in the results that the adolescents have thoughts, emotions and behaviors of dependence on the mobile phone, little ties in their family relationship, poor communication, academic performance from low to regular, few social skills, prone to alcohol consumption, little interest in extracurricular activities, need for your mobile phone at all times, not controlling the time of use.

Keywords: Nomophobia, Adolescence, Qualitative Research

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2. OBJETIVOS	11
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
1.3. HIPÓTESIS	7

1.4. CATEGORÍAS	12
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	12
Nomofobia	
Adolescencia	
Investigación Cualitativa	
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. ANTECEDENTES	15
4. LIMITACIONES	20

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA NOMOFOBIA Y ADOLESCENCIA

NOMOFOBIA

1. DEFINICION	21
2. ADICCIONES COMPORTAMENTALES Y TECNOLOGICAS	24
3. FISIOPATOLOGIA DE LA ADICCION.....	28
4. FACTORES DE RIESGO	29
5. CLASIFICACION	29
6. CAUSAS.....	30

7. SINTOMATOLOGIA.....	33
8. DIAGNOSTICO	37
9. TRATAMIENTO PSICOLOGICO	38
10.PREVENCION.....	42
11.NOMOFOBIA Y RENDIMIENTO ESCOLAR	43
12.NOMOFOBIA Y FAMILIA.....	45
13.NOMOFOBIA Y EL AMBITO PERSONAL Y SOCIAL	48
 ADOLESCENCIA	
1. DEFINICION	50
2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	52
3. CAMBIOS DURANTE LA ADOLESCENCIA	53
4. ADOLESCENCIA NORMAL	56
5. PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA	57
6. EL ABUSO DEL MÓVIL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	59

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO, DISEÑO Y MÉTODO	63
2. SUJETOS.....	63

Criterios de Inclusión

Criterios de exclusión	
3. INSTRUMENTO	64
Técnicas de recolección de datos	
4. PROCEDIMIENTO	66
RESULTADOS	70
DISCUSIÓN	80
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	88
CRONOGRAMA	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Guía de Entrevista	99
Anexo 2. Instrumento	101
Anexo 3. Instrumento para la Validación de Expertos	113
Anexo 4. Consentimiento informado.....	117
Anexo 5. Matriz de Consistencia.....	118

INTRODUCCIÓN

La presente investigación lleva como título “Estudio Cualitativo de la Nomofobia en adolescentes de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya Arequipa 2018”, el cual tuvo como objetivo general conocer la influencia de la Nomofobia en adolescentes de 13 a 17 años, teniendo en cuenta el mundo subjetivo de los adolescentes y conociendo el significado que le dan al uso del teléfono móvil. Así mismo, conocer la influencia de la nomofobia en el ámbito personal, emocional, cognitivo, conductual, social, familiar y académico de los adolescentes.

¿Qué pasa en la actualidad cuando los adolescentes por error olvidan su celular en casa o se les baja la batería y no tienen como comunicarse?, tienden a desesperarse, manifestando rasgos ansiosos e inclusive pensamientos negativos, o simplemente “se les va la vida” sin su celular; es por ello, que en la actualidad vemos a adolescentes, e inclusive a jóvenes con una herramienta principal en sus mochilas o bolsos, su cargador, y buscan desesperadamente la manera de poder cargar su celular y estar comunicados nuevamente. Pero ¿Qué es lo que es

lo que les llama la atención de su celular? Pues hay varios motivos, pero los principales son que se mantienen comunicados a través de sus redes sociales.

Nuestra sociedad actual está influenciada por diversos factores, y uno de ellos son los cambios y los avances tecnológicos que están más al alcance de adolescentes y jóvenes, lo cual podemos catalogarlo como la era de la tecnología, por teoría sabemos que el ser humano es una persona fácilmente adaptable a los cambios de la sociedad, ya que si esto no sucedería estaría “pasado de moda”. La tecnología en la actualidad se está apoderando de todos los espacios y áreas de la vida diaria, pero muchas personas no saben aprovecharla y no le dan el uso adecuado para lo que ha sido creado estos adelantos. La tesis pretende notar la adicción que se puede desarrollar a través de uso excesivo de los teléfonos celulares al forjar así la patología denominada Nomofobia en donde el sujeto es incapaz de poder desprenderse del móvil y llegar a tales casos como el sentir ansiedad cuando no lo posee o cuando la misma carga del celular se ha agotado, llega incluso a casos de portar siempre el cargador de la batería.

Según García y Fabila (2012)¹ la nomofobia, se define como el miedo irracional a no llevar el celular, la cual es la última de las enfermedades provocadas por las nuevas tecnologías, según diversos artículos de salud mental y opiniones acerca de la influencia de los medios de comunicación, en especial del celular, salir a la calle sin celular puede crear inestabilidad, agresividad y dificultades de concentración, los primeros estudios revelan que la nomofobia afecta al 53% de los usuarios de teléfonos móviles, esta patología afecta más al sector masculino que al femenino. De entre las mujeres, un 48% experimenta ansiedad cuando les queda poca batería o cobertura, mientras que este sentimiento se da en el 58% de los hombres. En cuanto a la edad, este trastorno es más habitual en adolescentes, pues tienen

¹ Investigadores de la Empresa británica SecurEnvoy en 2012, que, tras la realización de un estudio sobre el Nomofobia en el Reino Unido, acuñan el termino

más necesidad de ser aceptados por los demás y están más familiarizados con las nuevas tecnologías.

Son muchas las personas que sufren dependencia del teléfono móvil y están conectadas las 24 horas del día, y varios expertos, según lo que hemos leído antes de realizar nuestra investigación, nos dice que el perfil del nomofóbico es el de una persona que tiene poca autoconfianza en sí misma y baja autoestima, con carencia de habilidades sociales y de resolución de conflictos, y que en su tiempo de ocio solo usa el móvil y parece incapaz de disfrutar sin él.

A nivel mundial quienes mayormente utilizan este medio de comunicación son los jóvenes. Ling (2007) afirma que el móvil es un eslabón de seguridad para los adolescentes, y que a menudo hace de cordón umbilical con los padres y se constituye en un artefacto central de la imagen de sí mismo, su poder de sintetizar las funciones de la radio, televisión, video e Internet en un solo medio, así como su ubicuidad, lo han hecho el preferido de los usuarios jóvenes. Ruano (2012) nos informa que el móvil se eleva a la categoría de la gran Red, ya que representa junto con ésta un excelente soporte para la distribución de contenidos audiovisuales.

La muestra que abarco nuestra investigación son adolescentes de ambos sexos, debido a que la prevalencia de la Nomofobia se da en esta etapa, sabiendo también que la adolescencia es una etapa de búsqueda de identidad, de experimentar sensaciones nuevas, de no medir riesgos y en especial de relacionarse o no relacionarse interpersonalmente, pues en esta etapa, los adolescentes nomofobicos podrían ser personas con escasas habilidades sociales, y que encuentran en su celular todo, y es por ello que lo catalogan como “mi vida es el celular, tengo todo ahí”. Así mismo, cada adolescente hace uso de diferentes mecanismos psíquicos para sobrellevar las angustias, temores, confusiones y adquisición de nuevas

modas o alienación de conductas para llamar la atención, y es por ellos que nuestra investigación se basa en este tema actual que es la Nomofobia.

A nosotros como futuras Psicólogas nos pareció importante estudiar acerca de la Nomofobia, y en especial realizar una investigación cualitativa, porque así podremos conocer a profundidad esta problemática y el significado que le dan los adolescentes a su adicción o dependencia al celular; en la actualidad, se ve que existen diversos factores sociales que influyen en el comportamiento de los adolescentes, y se debe a que actualmente la labor de las familias se están haciendo cada vez más desintegradas y están dejando de lado el cumplimiento de su función principal, que es la de apoyar, ayudar y guiar en el cuidado y conocimiento que los hijos van adquiriendo; el adolescente moderno está creciendo sin establecer lazos fuertes con sus padres y sin desarrollar habilidades sociales, siendo así que el problema que existe es la falta de comunicación, confianza con los padres e inadecuada expresión de sus emociones, haciendo que la tecnología y las redes sociales tomen el papel de formar a los adolescentes y llevarlos por caminos equívocos y peligros a los que son expuestos.

Palomino (2017) en un artículo sobre el tema, redactado en el Diario La República nos habla que “El uso desmedido de los celulares, es tan fuerte como la adicción a otras drogas como el alcohol, debido a que generan en los usuarios una dependencia desmedida. La mayoría de jóvenes y adolescentes, por ejemplo, siempre están al pendiente de las redes sociales y el WhatsApp, y cuando pierden sus equipos tienen una ansiedad. Es un problema de adicción y hay que tratarlo, los adolescentes deben recibir atención terapéutica, porque muchos niños y jóvenes se ponen agresivos cuando les quitan sus equipos móviles, Así mismo, los problemas surgen, cuando a los niños se les obsequia un celular o ellos lo piden porque sus amigos los tienen y luego no dejar de usarlo.”

Villanueva (2012), en su investigación realizada en España, tomada por nosotras como una referencia internacional, nos habla de “el Programa de Prevención del Abuso y la Dependencia del Teléfono Móvil en Población Adolescente”, donde sus resultados muestran que el uso excesivo o inadecuado del teléfono móvil les acarrea a los adolescentes toda una serie de problemas. La edad, el sexo y los estados emocionales negativos juegan un papel importante en el inicio y mantenimiento del abuso y la dependencia del teléfono móvil. Asimismo, el programa de prevención del abuso y la dependencia del teléfono móvil ha mostrado ser eficaz a la hora de disminuir el uso del teléfono móvil.”

En Perú, la investigación cuantitativa de Chambi y Sucari (2017) titulada “Adicción a internet, dependencia al móvil, impulsividad y habilidades sociales en pre-universitarios de la Institución Educativa Privada Claudio Galeno, Juliaca 2017”, se ha encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre dependencia a móvil y adicción a internet e impulsividad en pre-universitarios de la institución educativa Claudio Galeno, Juliaca 2017.

La presente investigación, es una Investigación Cualitativa, que se trabajó mediante el método Fenomenológico, el cual nos permitió analizar el mundo subjetivo y el significado que los adolescentes le dan a la Nomofobia, se recabo la información mediante una entrevista estructurada a profundidad y observación no participante. Así mismo, se añadieron otras herramientas de recolección de datos como cuestionarios y escalas de valoración de la Nomofobia, para así realizar un análisis mucho más integral, objetivo y fiable.

Se sabe que la investigación cualitativa no es muy abordada en la actualidad, en especial investigaciones que tienen como método el fenomenológico, debido a que en nuestro país y en si en nuestra sociedad, la percepción de realizar investigación se ve más relacionada a realizar investigaciones medibles y cuantificadas, lo cual para nuestra carrera, es interesante

pero, más significativo es realizar investigaciones cualitativas; Mendoza (2006), nos dice que este tipo de investigación, "tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible", nuestro motivo como investigadoras y futuras psicólogas es realizar un análisis profundo de los problemas de salud mental, en especial del significado y las vivencias que tienen las personas hacia su problemática, es por ello que vimos interesante y significativo realizar nuestra investigación de tipo cualitativo, porque así comprenderemos el mundo subjetivo de los adolescentes nomofóbicos.

La presente investigación consta de cuatro capítulos. En el primer capítulo se encuentra el planteamiento del problema, en el segundo capítulo se realizó la revisión literaria de las variables de estudio, en el tercer capítulo se describió la Metodología a utilizar en la investigación; y, por último, en el cuarto capítulo se plasmaron los resultados cualitativos obtenidos.

Los resultados de esta investigación brindaron un aporte a la psicología clínica, debido a que se dio una descripción detallada sobre el mundo subjetivo y las experiencias y vivencias de adolescentes con perfil nomofóbico. Sin embargo, en nuestra localidad y país existen investigaciones cuantitativas acerca del tema que hemos estudiado, mas no se encontraron investigaciones de tipo cualitativo. Otro factor por el que hemos estudiado este fenómeno, es que la mayoría de instituciones educativas no tienen conocimiento de las nuevas tendencias y modas que existen entre los adolescentes, y nuestra investigación sirvió para brindar conocimiento acerca de esta problemática a la institución educativa, brindándoles así las posibles soluciones y recomendaciones para implementar futuros proyectos y programas de prevención y promoción.

Ponemos en consideración la presente investigación para ser valorada en su verdadera magnitud, en consideración a su tipo, paradigma y diseño de investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad las nuevas tecnologías son una herramienta que ayuda para realizar actividades con eficiencia, el uso del celular se ha vuelto muy común, inclusive niños ya tienen conocimiento de cómo utilizar y maniobrar dichos aparatos, siendo para los adultos una tarea difícil, pero estas tecnologías están más al alcance de adolescentes y jóvenes, teniendo un uso desmedido, un abuso que puede ser identificado como una dependencia a este aparato tecnológico, sabiendo que no se dan cuenta que tan adictivo es este aparato, lo cual los lleva a una pérdida del sentido del tiempo, descuido o abandono de actividades básicas; así como también sentimientos de ira, tensión y/o depresión cuando no es posible el acceso al móvil.

Echeburúa (2010) explica que, a nivel social, los adolescentes presentan un alto riesgo en cuanto a sufrir una adicción ya que buscan experiencias nuevas, y son las personas que más

utilizan el internet. El uso del Smartphone en las sociedades es muy grande y se encuentra al alcance de todos; sin embargo, solo algunas personas evidencian signos de adicción. Se habla de ciertos estados emocionales que aumentan el riesgo psicológico hacia las adicciones, algunas de ellas son: la impulsividad, la disforia, la intolerancia a los estímulos negativos, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga) como psicológicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades) y la búsqueda exagerada de sensaciones nuevas.

El problema de investigación consistió en el uso dependiente al celular, al respecto hay estudios cuantitativos, pero no cualitativos, pero la preocupación por esta problemática ha ido en aumento con el pasar de los años, más aun cuando cada vez existen más síndromes que generan nuevos problemas en los adolescentes y jóvenes, y esto se da mientras se crean más aplicaciones para los celulares y existe más avances en la tecnología, todo esto hace que los adolescentes se conviertan en personas dependientes de aparatos tecnológicos, siendo este su espacio donde tienen todo, lo ven más como un aparato de compañía y de recreación.

Desde que el Internet hizo su aparición en el día a día de las personas, se hizo indispensable comunicarse a través de las redes sociales. Hoy en día si las personas no tienen internet o no cuentan con un celular de último modelo, se puede crear una vida de caos y de retraso, según es el pensamiento de los adolescentes en la actualidad.

García y Fabila (2012) refieren que la nomofobia es el miedo irracional a salir de casa sin el teléfono móvil. El término, que es una abreviatura de la expresión inglesa "no-mobile-phone phobia", fue acuñado durante una investigación realizada en Gran Bretaña (2011) para estimar la ansiedad que sufren los usuarios de teléfonos móviles. Numerosos estudios han demostrado que el abuso de la tecnología entre los jóvenes puede provocar aislamiento, adicción, ansiedad, trastornos de conducta, bajo rendimiento escolar, depresión, estrés y desinterés por lo que le rodea. Además, en estudios realizados en adolescentes con diagnóstico de adicción a internet se ha comprobado su relación con trastornos psiquiátricos

especialmente desórdenes afectivos, desórdenes de ansiedad y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. La OMS (2001), publico que aproximadamente para 2020 los problemas mentales en adolescentes y adultos se convertirán en una de las principales causas de morbilidad alrededor del mundo.

Chóliz y Villanueva (2011) mencionan que el uso del celular se hace necesario especialmente en la adolescencia, para los adolescentes, el celular tiene una serie de beneficios y características que lo hacen necesario y atractivo lo que induce al consumo. Así, la posesión y uso del celular favorece la autonomía personal y da mayor reputación entre sus pares iguales. “La fascinación que provoca el móvil en los adolescentes, así como la utilidad que les proporciona, hace que para muchos de ellos se convierta en un auténtico objeto de deseo. Pero, a pesar de que sea una herramienta extraordinariamente útil y que favorece el desempeño de numerosas funciones sociales y personales, el uso desmedido, inapropiado o excesivo puede acarrear problemas, tanto de interacción con los padres, como en otras dimensiones”

Nuestro proyecto de investigación considero a la Nomofobia como un tema importante y de relevancia actual en la vida diaria de los adolescentes, como consecuencia de la globalización de las telecomunicaciones y la tecno dependencia, específicamente en lo referente a la telefonía celular. Con el desarrollo de aplicaciones móviles cada vez más complejas, los llamados teléfonos inteligentes se convierten en el centro de atención de los adolescentes y es precisamente ésta la razón por la que los estudiantes están más pendientes de su teléfono celular que de las clases.

Por tanto, fue de suma importancia realizar la investigación para conocer y analizar en que consiste Nomofobia en Adolescentes, como son sus vivencias, experiencias, motivaciones, pensamientos, sentimientos; en sí, el mundo subjetivo de las adolescentes de 13 a 17 años de una Institución Educativa.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Viendo la diversidad de los problemas psicológicos que existe en la actualidad, y más en la población de adolescentes; y, así mismo, hablar de los síntomas de la nomofobia es particularmente difícil, pues, a diferencia de otras fobias, incluso de las más recientes, no hay un acuerdo colectivo sobre sus implicaciones. Algunos autores afirman, por ejemplo, que la nomofobia se parece más a un trastorno de ansiedad que a una fobia y otros la asocian con conductas adictivas, nosotras como investigadoras acerca de este tema y viendo las disyuntivas que existen nos planteamos el siguiente problema

¿Cómo influye la Nomofobia en el desarrollo psicológico de los adolescentes, viendo sus implicancias a nivel personal, social, académico y familiar de estudiantes de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya?

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer y analizar la influencia psicológica de la Nomofobia en adolescentes de 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo del Distrito de Tiabaya.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características de la Nomofobia que influyen en el desarrollo psicológico en adolescentes de 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya.
- Conocer el mundo subjetivo de los adolescentes de 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya que sufren de Nomofobia.
- Describir la motivación que influye en el desarrollo de la Nomofobia en adolescentes de 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya.

- Identificar la influencia psicológica de la Nomofobia en el ámbito personal, social, académico y familiar de adolescentes de 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya.

1.3 CATEGORÍAS

Nomofobia

- Personal
- Familiar
- Social
- Académico

1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

NOMOFOBIA

Ponce (2011), comenta que se considera que la Nomofobia es una de las patologías tecnológicas más modernas y de aparición reciente, es conceptualizada como el miedo irracional a quedarse sin teléfono móvil ya sea momentáneamente o para siempre. Su nombre proviene de la expresión inglesa “no-mobile-phone phobia” que significa “sin móvil o celular”.

ADOLESCENCIA

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la

adolescencia.

2. JUSTIFICACIÓN

En pleno siglo XXI, en la época de los avances tecnológicos, la tecnología se apoderó de muchos aspectos tanto en la vida académica, personal, familiar, social y otras áreas de importancia, los avances que el mismo hombre creó son funcionales para facilitar el trabajo en cualquier área.

Los adelantos tienen muchas manifestaciones y desarrollan patologías por el uso desadaptativo y desmedido que se les viene dando en los últimos días, dos de estos adelantos tecnológicos prácticamente recientes y que tienen un poder de hegemonía a nivel mundial es la aparición y creación de Internet como una fuente de comunicación virtual en donde los cibernautas se enlazan entre sí aun no estando en el mismo espacio geográfico en el mismo momento. El otro de los adelantos tecnológicos es la invención del teléfono móvil, es un artefacto útil a la humanidad para acortar distancias a través del uso de la comunicación verbal y con los nuevos adelantos que poseen estos móviles, el individuo puede llegar a comunicarse de manera escrita a través de las salas de chat y mensajería instantánea.

Nuestra preocupación como futuras profesionales son los problemas psicológicos que trae el uso desmedido del teléfono móvil, generando una inestabilidad emocional, donde el adolescente puede ponerse de diversas maneras, entre triste a alegre, entre agresivo y pasivo, entre ansioso y desesperado por no tener el celular con batería o internet, debido a que es su herramienta primordial para comunicarse, dejando de lado la comunicación y expresión de emociones y pensamientos en persona.

Takao, Kitamura, y Takahashi (2009) revisaron la literatura sobre el tema para encontrar los posibles predictores de la conducta adictiva al móvil en Japón, revelando que el tipo de uso del teléfono móvil está relacionado con variables como el género, el autocontrol, y la

necesidad de aprobación, pero no con la soledad. Varios estudios realizados entre adolescentes españoles por Sánchez-Martínez Otero (2009); López-Fernández, Honrubia y Freixa (2012) demostraron que el uso intensivo del teléfono celular se asoció con el sexo femenino, la ubicación de la escuela rural, la economía familiar, fumar tabaco, consumo excesivo de alcohol, depresión y el fracaso escolar.

Nosotras consideramos que hoy en día la tecnología es un arma de doble filo, por un lado, se puede utilizar para mantenerse informados y actualizados, para educarnos y para entretenernos; pero, el lado malo sería la falta de control en el uso del teléfono móvil, convirtiéndose en una adicción, siendo el celular como un accesorio necesario o una necesidad básica como la de comer, vestirse o asearse, es hasta ese nivel que llega la adicción al celular por parte de los adolescentes.

Según el último informe de comScore Inc. e IMS Internet Media Services (IMS), en el Perú 9 de cada 10 personas conectadas a internet tienen un smartphone. Los peruanos están, en promedio, 9.2 horas a la semana navegando en internet desde sus dispositivos. Entre las principales actividades que un peruano realiza de manera regular en sus teléfonos están: uso de redes sociales (85%), enviar o recibir mensajes instantáneos (85%) y enviar o recibir mensajes de texto (81%). No hay datos en el Perú, pero la encuesta española señala que los hombres son los más afectados: 58% frente a un 48% de las mujeres. Quienes poseen un smartphone (teléfono inteligente) son más propensos a padecer la nomofobia. El asunto también viene siendo estudiado por la Universidad de Kansas (EE.UU.) y por expertos australianos.

Castillo (2007) nos informa que es importante enmarcar esta problemática en el contexto de los adolescentes debido a que es una etapa entendida como un periodo crítico en el desarrollo evolutivo del ser humano, se trata de una etapa fundamental, dado que es el nexo entre el niño y el adulto y es donde se producen importantes cambios psicológicos, fisiológicos y

sociales. Es en la adolescencia que existe cierto grado de vulnerabilidad y riesgos que no son medidos por los adolescentes, debido a que atraviesan grandes cambios en un período de corto tiempo y requiere importantes esfuerzos de adaptación.

Además, nuestra investigación como implicaciones prácticas, permite conocer la prevalencia y afectación real de dependencia al celular, que hasta la actualidad se desconoce su real envergadura en nuestro medio local, a su vez que el estudio, se puede ampliar a la resolución de diversos problemas que guardan estrecha relación en lo que respecta a la adicción y/o dependencia de nuevas tecnologías: internet, redes sociales, ciber juegos juegos. Por otra parte, nuestra investigación tiene valor teórico, puesto que se podrá llenar un vacío de conocimiento con respecto a la dependencia al celular, y, además, En ese sentido, los resultados podrán demostrar si los hallazgos de investigaciones similares al presente estudio son coherentes muy a pesar de los diferentes contextos en los que se ha estudiado.

3. ANTECEDENTES

En este punto, debemos afirmar que el fenómeno de las adicciones ha tenido diversas connotaciones con el transcurrir de los años; es así, que investigadores como Galí y Cugota (2008) refieren que una conducta adictiva es un trastorno de dependencia hacia una actividad habitual, la cual genera placer y es socialmente aceptada; posteriormente, debido al mal uso se convierte en una obsesión. De igual manera Kupfer, Kuhl y Regier (2013) manifiestan que la adicción a internet no viene a ser un trastorno mental sino es un trastorno de conducta, quizá por ello se ha provocado cierta polémica respecto a su inclusión en el Diagnostico de Salud Mental en su versión DSM V como adicción; lo cual, según el autor corresponde a una dependencia psicológica caracterizada por un incremento en las actividades relacionadas al uso de internet.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014), nos informa que, a nivel latinoamericano respecto al uso de internet, Argentina lidera con un 66.4% de sus habitantes como usuarios activos, seguidamente Chile con un 58.6% y en el Perú, se tienen reportes que manifiestan que el 39% de la población vienen a ser usuarios activos. Así mismo, a nivel nacional en Lima el 39,2% de la población de 6 y más años de edad accede a Internet y en Lima Metropolitana el 64,1% de la población la usa, en el resto Urbano el 39,7% y en el área rural el 11,9%; de igual forma se asevera que el Internet es utilizado más por hombres que mujeres, específicamente el 42,5% de la población masculina hace uso de Internet, siendo 6,7 puntos porcentuales más que las mujeres 35,8. Para precisar mucho más los datos en dicho estudio se ha llegado a determinar que la población de adolescentes dentro de las edades de 12 a 18 años con un 63,5% y el 65,8% en la población joven que comprenden las edades de 19 a 24 años de edad respectivamente.

En el Perú, Luque (2012) no informa que el Ministerio de Salud (MINSA) atendió a 190 adolescentes entre 12 y 17 años con problemas de adicción a internet, entre ellos el uso de celulares, y en el 2013 este número se elevó a 201 casos.

En cuanto a investigaciones Internacionales tenemos diversos como:

Una investigación similar realizada en España por Protégeles (citado en Pedrero et al., 2012) se halló que el 38% de los adolescentes mostraban síntomas de dependencia al móvil. Por otro lado, en Ámsterdam (Países Bajos); Leung (citado en Pedrero et al., 2012) se encontró que 28.7% de la población adolescente clasifica como una tendiente a la dependencia al móvil.

El tema de las adicciones es de gran importancia, se puede encontrar estudios respecto a variables asociadas como la adicción a las redes sociales, adicción a Facebook y adicción a internet, precisamente un estudio realizado por Herrera, Pacheco, Palomar y Zavala (2010) indican la existencia de una correlación entre adicción a Facebook, baja autoestima,

depresión y la falta de habilidades sociales. Estos resultados son tomados como evidencia para el presente estudio, puesto que está comprobado que uno de los problemas relacionados a las adicciones como es el caso de internet, influye de manera negativa en el desarrollo de las habilidades sociales. De la misma manera, se encuentra evidencia que el tema de las adicciones se involucra en el uso indebido de los móviles, y específicamente este fenómeno se viene estudiando en países tan diversos como Estados Unidos, España, Japón, Holanda, Corea, Túnez, e Italia, reconociendo que también en Perú el tema está siendo muy relevante pues existen evidencias significativas de su prevalencia.

Una investigación realizada en México, por Sánchez Arévalo, M. (2013), titulada “NOMOFOBIA Y SU RELACIÓN CON LA ADICCIÓN A LAS REDES SOCIALES” (Estudio Realizado En La Escuela Normal Privada Y Colegio Integral Sololateco Del Departamento Y Municipio De Sololá), cuyos resultados fueron que luego de determinar la presencia de Nomofobia y adicción a redes sociales en los estudiantes, se logró establecer la hipótesis alterna que establece que la adicción a redes sociales puede crear Nomofobia por ello se propone el taller de sensibilización y uso racional del teléfono celular y las redes sociales desde el enfoque psicoeducativo con los integrantes de la comunidad educativa con el fin de beneficiar al estudiante y disminuir la aparición de estas patologías tecnológicas y comportamentales.

Los investigadores como Barbosa, Beltrán y Fraile (2015) en Bogotá – Colombia, presentaron en una investigación titulada: “IMPULSIVIDAD, DEPENDENCIA A INTERNET Y TELEFONÍA MÓVIL EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ”. En donde la muestra estuvo conformada por 425 estudiantes del séptimo a undécimo grado de cuatro colegios de la ciudad de Bogotá; entre edades de 12 y

16 años, para recolectar estos datos utilizaron la Escala de Impulsividad (UPPS), así como el Test de dependencia al móvil (TDM) y el Test de dependencia a Internet (TDI). Donde concluyen que hay una relación baja entre impulsividad y la dependencia al internet y teléfono móvil.

En Perú, se encuentra la investigación de Mejía (2014) denominada “ADICCIÓN A FACEBOOK Y HABILIDADES SOCIALES EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA”. La muestra implicaba a 300 estudiantes a quienes se les aplicó el test de adicción a internet de Young y la escala de habilidades sociales (EHS) hallando resultados significativos acerca del estudio, se encontró que el 10.3% presenta un nivel de adicción a Facebook, respecto a las habilidades sociales el 56.3% registró un nivel bajo, además se encontró que existe una correlación inversa altamente significativa. Se confirma que la dependencia a Facebook guarda relación inversa con las habilidades sociales de los jóvenes.

Adriano (2016) en una investigación titulada, “FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ADICCIÓN A INTERNET EN ESTUDIANTES DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA PUBLICA DE LIMA NORTE”. Se utilizó un muestreo no probabilístico, involucrando alumnos de ambos géneros con edades de 12 y 20 años, obteniendo que el 44% de los adolescentes presenta un funcionamiento familiar de rango medio y un 21.7% tiene un funcionamiento externo. Del mismo modo, el 86% de los participantes evidencian un uso normal de internet, el 13% presenta en riesgo de adicción y solamente cerca del 1% presenta el uso adictivo de internet. “Se concluye que no hay una relación significativa entre las variables de estudio, sin embargo, se encontró relación negativa con cohesión familiar, es decir, cuanto mayor es la cohesión familiar menor es el riesgo de adicción a internet.

En Lima, Ecurra, M. y Salas, E, (2014) en su investigación “CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ADICCIÓN A REDES SOCIALES (ARS)” donde se diseñar, construir y validar el cuestionario de Adicción a Redes Sociales (ARS) mediante la aplicación del modelo de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) para ítems politómicos de respuesta graduada. Inicialmente los ítems se diseñaron de acuerdo a los indicadores del DSM-IV para adicción a sustancias, adaptándolos al constructo estudiado, los cuales fueron evaluados en su validez de contenido sobre la base del criterio de jueces. La versión inicial de 31 ítems se aplicó a 380 estudiantes de diferentes universidades de la ciudad de Lima. Se analizó la estructura latente de los ítems aplicando el análisis factorial exploratorio a la matriz de correlaciones policóricas entre ítems. Los resultados indicaron que existen tres dimensiones que se analizaron de forma independiente. Y, en nuestro medio, el primer estudio publicado sobre la adicción al celular, fue realizado por Morales (2012) con una muestra de 1,253 estudiantes universitarios de Arequipa; sin embargo, el instrumento utilizado fue una adaptación del Test de Adicción a Internet de Young que no contaba con criterios psicométricos apropiados. Los resultados indicaban que el 5.9% de la muestra cumplía los criterios de adicción.

La investigación de “Adicciones Psicológicas y los Nuevos Problemas De Salud” por Salas, E. (2014) nos muestra en sus conclusiones que las adicciones psicológicas se están convirtiendo rápidamente en graves problemas de salud en el mundo y en el Perú. Donde su investigación es una revisión bibliográfica, conceptual y de datos empíricos sobre el tema de las adicciones comportamentales. Las principales adicciones psicológicas tienen que ver con nuevas tecnologías y herramientas: internet, redes sociales, móviles, videojuegos; pero también se consideran adicciones al sexo, al trabajo y a las compras.

En Arequipa, la investigación “ADICCIÓN AL CELULAR EN ESTUDIANTES DE LA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN Y UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN PABLO” (2015) por Flores, C., Gamero, K., Arias, W., Melgar, C., Sotam A. y Ceballos, K., nos muestran en su investigación que las mujeres puntúan más alto que los varones en Tolerancia y abstinencia, Abuso y dificultad para controlar el impulso, y en la puntuación total, pero el tamaño del efecto fue pequeño en todos los casos. Asimismo, los estudiantes universitarios de la universidad privada obtuvieron puntajes más altos en las tres dimensiones de la adicción al celular y la puntuación total, siendo el tamaño del efecto considerable en todos los casos, menos en la dimensión de Tolerancia y abstinencia. Este estudio ofrece nuevas luces en torno a la adicción al celular.

4. LIMITACIONES

Las limitaciones que podemos encontrar en nuestra investigación son de dos tipos:

a) De la muestra:

Debido a que la muestra en investigación cualitativa es una muestra pequeña, porque el objetivo no es generalizar los resultados, sino estudiar cada caso individualmente y comprender el significado que le dan a la Nomofobia. Así mismo, se vio que la disponibilidad de los adolescentes era escasa, debido a que los adolescentes tienden a ser personas reservadas y poco comunicativas acerca de problemas o posibles situaciones que lo pueden poner en observación, por lo cual se hizo firmar el consentimiento informado, dándoles a conocer la confidencialidad de sus datos, lo cual fue un método para obtener la confianza y participación de los adolescentes.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

NOMOFOBIA Y ADOLESCENCIA

NOMOFOBIA

1. DEFINICIÓN

Ponce (2011), comenta que se considera que la Nomofobia es una de las patologías tecnológicas más modernas y de aparición reciente, es conceptualizada como el miedo irracional a quedarse sin teléfono móvil ya sea momentáneamente o para siempre. Su nombre proviene de la expresión inglesa “no-mobile-phone phobia” que significa “sin móvil o celular”. Las personas usuarias de estos teléfonos según un estudio realizado por investigadores españoles sufren un tipo de patología llamada Nomofobia, una enfermedad que es causada por el pánico a sentirse desconectado sintiendo el miedo irracional de salir a la calle sin el teléfono e incluso estar dentro del hogar sin tener el teléfono cerca.

Antiguamente se consideró que a partir del año 2000 no existirían nuevas enfermedades ya que con el aumento y la ciencia las enfermedades serían parte de la historia, pero hoy la realidad es muy distinta, comienzan a aparecer nuevas enfermedades que justamente llegan de la mano de la ciencia y las nuevas tecnologías como es llamada la tecnología de bolsillo que permite el avance de una dependencia psicosomática por un dispositivo móvil. El mercado de los teléfonos inteligentes según la Corporación Internacional de Datos (IDC), creció 55% el 2011 y va en aumento a medida que los consumidores compran dispositivos más sofisticados, haciendo una proyección que en el 2015 el aumento llegará a casi 1.000 millones de unidades en relación al estudio realizado en el 2011.

King, Valencia y Nardi, en un estudio realizado en 2010 describen la nomofobia como un desorden del mundo moderno, el cual describe el discomfort o la ansiedad causada por la no disponibilidad del teléfono móvil, computadora o cualquier dispositivo electrónico y este se presenta en aquellos individuos que los utilizan de manera habitual. Los mismos autores indican que de igual manera, este tipo de fobia podría estar vinculada a la agorafobia e incluye el miedo a encontrarse lastimado y no poder recibir atención inmediata debido a no poder contactarse con alguien por la falta del medio para hacerlo, es decir el teléfono móvil. El uso de la telefonía móvil según Valencia (2011), indica que se ha convertido en parte de la vida cotidiana de las personas en el mundo llamado civilizado, este medio de comunicación permite que el flujo de información entre los seres humanos sea más rápido y fácil, pues solo se requiere estar en una zona que tenga la cobertura necesaria y el crédito suficiente, para no solo tener acceso telefónico o de mensajes de texto con otros, sino también acceder a internet, tomar fotografías o videos de excelente calidad, escuchar radio, tener en aparato la agenda del día o utilizar paquetería de cómputo, todo en un simple y diminuto artefacto. Entre más ofrece el móvil se ve marcado directamente proporcionales al

nivel de adicción en las personas, entre más ofrece el móvil más dependiente se es de él, lo que a corto plazo se manifiesta en trastornos muy peculiares.

Según Marc Masip, Psicólogo especializado en adicciones y conductas de riesgo, las personas que sufren de nomofobia son aquellas personas introvertidas, con baja autoestima y con carencia de habilidades sociales y de resolución de conflictos, por lo cual durante su tiempo libre utiliza el teléfono móvil o el internet y en consecuencia es incapaz de disfrutar su vida si se encuentra sin estos.

El director de cine Stanley Kubrick (1968) estrenó la película llamada 2001 A Space Odyssey, un largometraje que se convirtió en objeto de culto en la historia del cine mundial no solo por estar tan avanzada en cuestiones de ciencia ficción, sino porque, además, presentaba al espectador una profunda reflexión acerca de la compleja relación del hombre con la tecnología que crea para encontrar soluciones a sus problemas y mejorar su calidad de vida. Kubrick en el largometraje advertía que el hombre puede llegar a ser un dependiente absoluto de los objetos que crea o diseña, lo que a la larga puede representar un peligro para su existencia o racionalidad. Por desgracia muy pocos hicieron caso de esta profecía, fue así que a través de los años se empezaron a generar en el ser humano adicciones a ciertos productos tecnológicos, como la televisión, el control remoto, las computadoras y la internet, acarreando consigo los correspondientes trastornos físicos y emocionales que van de la mano con cualquier tipo de adicción.

El miedo o la incertidumbre que se experimenta cuando no se tiene a la mano o funcionando el teléfono móvil también es Nomofobia y se le categoriza como fobia porque la ausencia o mal funcionamiento de este artefacto, está generando en las personas afecciones psicológicas muy importantes, como son angustia, desesperación, falta de atención, inseguridad, estrés y hasta la ira no controlada, indicadores de una afección comportamental y psicológica por lo que no se puede descartar como una de las patologías más cotidianas del presente siglo

producto de la adicción a la tecnología.

Otro de los aspectos que se ve perjudicado en la aparición de esta patología comportamental es la afección en los procesos de comunicación interpersonal entre los individuos, porque es un aparato tan necesitado por el nomofóbico que no le presta atención a todo lo que está a su alrededor familia, amigos, trabajo, y otros y esto hace que el sujeto no comparta ni conviva con los que le rodean. En otros casos se ha comprobado que en reuniones de trabajo están las personas con los teléfonos móviles en la mano esperando a que les ingrese un mensaje de texto y continuar con la plática que tienen con sus amigos, pero ya es una relación más dependiente del aparato que de las mismas ganas de querer estar comunicado, ello perjudica el contexto en el que se presenta y en un área de trabajo será falta de respeto hacia las personas que se tienen alrededor.

Hay que tener en cuenta que la comunicación no verbal se ve perjudicada cuando un sujeto presenta esta patología ya que lo que el transmite es que la plática que tiene frente a frente con otra persona no es tan importante o no está poniendo la atención adecuada que se merece y que esta comunicación puede ser fácilmente sustituida por una llamada o por un mensaje proveniente del teléfono móvil.

2. ADICCIONES COMPORTAMENTALES Y TECNOLÓGICAS

Al iniciar el tema de las adicciones comportamentales Becoña y Cortés (2010), definen que una adicción consiste en una pérdida de control de la persona ante cierto tipo de conductas que tienen como características producir dependencias, síndrome de abstinencia, tolerancia, vivir para y en función de esa conducta y otros. Se debe anotar que toda adicción siempre provoca un malestar significativo en la mayoría de las áreas en donde se desenvuelve el individuo.

Dentro de las adicciones comportamentales de las más comunes están el juego patológico, el comer compulsivo, el sexo compulsivo, el trabajo compulsivo, las compras compulsivas y otras más, junto a las nuevas tendencias que son las adicciones tecnológicas, entendiendo a aquellas adicciones en sentido clínico que cumplen los criterios como el producir dependencia, abstinencia y los otros descritos anteriormente y motivan al sujeto a buscar tratamientos por la incapacidad que ello les produce en su vida. El patrón conductual de la adicción plantea primero la adaptación a las nuevas formas de adquirir la información y comunicación que pueden generar trastornos o desadaptaciones psicológicas más o menos permanentes

Castellana, Sánchez, Graner y Beranuy (2007), exponen que en este milenio están emergiendo un tipo de desadaptaciones conductuales producto de la generalización de las tecnologías de la información y la comunicación, en los inicios estos avances fueron creados para informar y comunicar a la población en general y que se pudiera tener el acceso a la información de manera más fácil y sencilla e incluso no importando distancias podía ser obtenida en el preciso momento y también fueron creadas para poder comunicar a las personas no importando el espacio físico o geográfico en el que se encuentran, la comunicación se da directamente, pero por el mismo, es susceptible que estos avances puedan afectar la voluntad de control, lo que provoca junto a otros factores personales y ambientales la aparición de la conducta adictiva a estos medios.

Estas tendencias son tan modernas como las mismas creaciones ya que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR ni la Clasificación Internacional de las Enfermedades reconocen las adicciones conductuales como trastornos mentales excepto el juego patológico en el epígrafe de los trastornos del control de impulsos y de la misma manera no existe consenso en la nomenclatura sobre el fenómeno y se le asignan diferentes nombres de acuerdo a quien las estudie, exponga o quien las desee

trabajar. Es papel del psicoterapeuta brindar mayor atención en estos problemas que afectan de manera directa la relación causando así problemas en las relaciones sociales y en las actividades de la vida diaria, especialmente en la infancia y adolescencia.

La adolescencia es una etapa que merece una atención especial con respecto a las relaciones con las tecnologías de información y la comunicación sobre todo porque es un colectivo muy sensible al momento y al entorno social en el que vive, también porque estas tecnologías están especialmente presentes en la vida, dentro de las fascinaciones o adicciones tecnológicas más marcadas por los adolescentes está el internet, el móvil y los videojuegos argumentando que sirve para saciar ocio, satisfacer la curiosidad y por diversión.

Las adicciones tecnológicas según Trovillo, Trujano y Dorantes (2009), indican que en estos días las tecnologías inteligentes ocupan un espacio importante en el desarrollo de la actividad humana cotidiana que incluye a cada una de ellas en el diario vivir y ya no simplemente como un lujo o un aspecto importante sino como una necesidad para el desarrollo de las actividades que se desarrollan a diario, esta misma actitud genera una estructura psicológica y social, que no necesariamente se lleva a cabo en el plano de lo real; sino más bien comienza a ocupar un espacio meramente virtual.

Los medios de comunicación masivos y la explotación tecnológica que aun en este tiempo se encuentran en el punto cumbre provocan lo que se conoce como la revolución social más grande en la historia contemporánea de la humanidad, ya que en el proceso y desarrollo consiguen modificar significativamente diversas estructuras que van desde lo social hasta la persona.

Castellana, Sánchez, Graner y Beranuy (2007), definen a las adicciones tecnológicas como aquellas que involucran la interacción del hombre-máquina, y las divide entre pasivas como la televisión entre otras y activas como el internet, móvil, videojuegos y más. El diagnóstico de la adicción a la tecnología parte del mismo principio que las adicciones a sustancias, se

definen tres síntomas nucleares.

- Incapacidad de control e impotencia. La conducta se realiza pese al intento de controlarla o no se puede detener una vez iniciada.
- Dependencia psicológica. Incluye el deseo, ansia o pulsión irresistible y la polarización o focalización atencional, al convertirse la actividad en la más importante al dominar pensamientos y sentimientos.
- Efectos perjudiciales graves en diferentes ámbitos para la persona, conflicto interpersonal, experimentándose subjetivamente malestar, ámbito familiar y social, conflicto interpersonal, trabajo, estudio, ocio, relaciones sociales y otras.

Dentro de los síntomas no esenciales más frecuentes en la adicción comportamental y tecnológica se puede notar:

- Tolerancia y abstinencia.
- Modificación del estado de ánimo y sensación creciente de tensión que precede inmediatamente el inicio de la conducta. Placer o alivio mientras se realiza la conducta. Agitación o irritabilidad si no es posible realizar la conducta.
- Euforia y trance mientras se desarrolla la actividad.
- Negación, ocultación y minimización.
- Sentimientos de culpa y disminución de la autoestima.
- Riesgo de recaída y de reinstauración de la adicción.

Las adicciones comportamentales y tecnológicas son hechos que hace algunos años atrás nadie se imaginó poder llegar a padecer y se estipula que en la actualidad el porcentaje es muy alto de padecimientos de este tipo de adicción y son más volubles las poblaciones

infantiles, adolescentes y jóvenes ya que son ellos los que están más al pendiente de los avances tecnológicos y tienen la idea errónea que el poseer los aparatos o artefactos más modernos les da un status más alto y elevado.

3. FISIOPATOLOGIA DE LA ADICCION

Smith (1996) define que existen tres fases para llegar a la adicción no relacionada con sustancias. La primera fase comprende la fascinación por la red y dispositivos que pueden conectarse a ella, en el cual el sujeto descarga aplicaciones para el dispositivo móvil, Tablet o descarga programas para su computadora, entre ellos juegos. La segunda fase está fundamentada en el abuso, es decir dedicar tiempo excesivo a estos dispositivos, navegar en la red o hacer uso excesivo de programas o aplicaciones. Finalmente, la tercera fase que incluye la adaptación ajustada a lo que realmente se necesita.

En las adicciones existe un desbalance de neurotransmisores que afectan ciertas regiones cerebrales, existiendo mecanismos que causa una retroalimentación positiva al placer y una retroalimentación negativa al dolor. El sistema serotoninérgico y el sistema dopaminérgico meso--cortico--límbico se ven implicados en recompensas cerebrales. También se encuentran daños estructurales en la corteza orbitofrontal y el giro cingulado anterior. Por estos cambios se atribuye la saliencia a los estímulos relacionados con internet y por consecuencia una mala regulación de la conducta adictiva.

Pérez del Río 2007(20), definió que existen cuatro etapas para llegar a una adicción. Primero existe el uso, que es cuando no hay complicaciones, sufrimiento o problemas para la persona. Luego está el abuso, el cual se produce cuando hay un uso continuo, regular, en el que se invierte más tiempo de lo normal y la persona empieza a evitar ciertas situaciones sociales. Posteriormente inicia la dependencia; esta implica un deseo fuerte y a veces insuperable de realizar un hábito específico. En este se ven incluidos la tolerancia y la abstinencia. La tolerancia causa que se necesite cada vez más de un hábito o sustancia para sentirse bien; la

abstinencia se presenta al no realizar ese hábito, por lo tanto, a la persona le resulta intolerable, expresándolo física y psicológicamente. Prontamente, inicia la dependencia psicológica, la cual no depende ninguna sustancia sino de un componente emocional de creer que existe una necesidad inminente de realizar dicho hábito. Posteriormente, se desarrolla la adicción como tal.

4. FACTORES DE RIESGO

Existen ciertos factores que predisponen o hacen vulnerable a una persona a volverse adicta; en los cuales, si la persona comprueba que puede obtener recompensas inmediatas al utilizar los dispositivos electrónicos con internet, aumenta su dependencia y pérdida de control a estos.

Autores como Echeburúa (1999) y Carbonell (2010) han identificado factores de riesgo que contribuyen en la aparición de la adicción a internet:

1. Déficits de personalidad: personas con baja autoestima, infelicidad, necesidad de reconocimiento, sentimientos de inadaptación e inseguridad.
2. Déficits en las relaciones interpersonales: personas que manifiestan falta de habilidades sociales, timidez y necesidad de afecto, conduciéndolos a crear identidades ficticias.
3. Déficits cognitivos: personas con tendencias a la fantasía descontrolada, atención dispersa y distracción.
4. Alteraciones psicopatológicas: personas con trastornos mentales o de personalidad, adicciones a sustancias u otras como depresión, trastornos de déficit de atención e hiperactividad y trastornos de ansiedad social u hostilidad.

5. CLASIFICACION

En el DSM--5 se ha propuesto una nueva categoría en los trastornos adictivos, que se subdivide en adicciones relacionadas a sustancias y las adicciones no relacionadas a sustancias o también llamadas psicológicas. (17) Se ha demostrado que ambos tipos de

adicciones se asemejan en aspectos como la clínica, historia natural, comorbilidad, tolerancia y abstinencia, aspectos genéticos superpuestos, respuesta al tratamiento y circuitos neurológicos implicados.

Según Echeburúa (1999)² las adicciones se clasifican en:

Adicciones químicas	Alcoholismo Tabaquismo Adicción a los opiáceos Adicción a la cocaína y anfetaminas Adicción a las benzodiacepinas
Adicciones psicológicas	Juego patológico Adicción al sexo Adicción a las compras Adicción a la comida Adicción al trabajo Adicción al Internet Adicción al teléfono Adicción al ejercicio físico

6. CAUSAS

El móvil según Chóliz, Villanueva y Chóliz (2009), definen que tiene una serie de atributos que lo hacen singularmente atractivo a los adolescentes; autonomía respecto de los padres, optimización de la comunicación con las amistades, o ampliación y mantenimiento de las relaciones interpersonales. Como el teléfono no solamente es un instrumento para hablar a la distancia, que es lo que etimológicamente significa, sino que dispone de un amplio elenco

² *Echeburúa Enrique, De Coral P. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. Revista Adicciones. 2010, 22: 91--95

de funciones relacionadas con las innovaciones tecnológicas que son extraordinariamente atractivas para los jóvenes, esta multifuncionalidad, añade al hecho de la significación que adquiere para los adolescentes puede explicar no solo la fascinación que provoca en ellos, sino el hecho de que los adolescentes utilicen el móvil de distinta manera y puede que con diferente frecuencia. Todo esto unido provoca el dedicarle más tiempo al móvil, momento donde se empieza la afición por el aparato y esto provoca gradualmente la adicción.

Entre las causas más características se pueden diferenciar las siguientes:

- **Autonomía:** el móvil es un instrumento que permite definir el propio espacio personal y que les provee autonomía respecto a los padres de familia, no obstante, al mismo tiempo que preserva la intimidad y favorece una esfera de autonomía, crea otra dimensión de control paternal ya que para los padres el móvil es una fórmula de control de los hijos, una auténtica correa digital que les permite conectar con ellos cualquier momento o lugar.
- **Identidad y Prestigio:** más que la propia posesión del móvil, el tipo de aparato significa status, estilos de conducta o actitudes, en definitiva moda. Para muchos adolescentes el móvil se convierte en un objeto personalizable y personalizado, que refleja actitudes y valores un auténtico símbolo de identidad y prestigio.
- **Aplicaciones Tecnológicas:** las innovaciones tecnológicas asociadas con la computación y electrónica ejercen una fascinación especial en los adolescentes, quienes no solo están dispuestos a dedicar tiempo y esfuerzo en aprender a utilizar las numerosas funciones que les brindan los desarrollos tecnológicos, sino que también suelen adquirir las destrezas implicadas en dichas aplicaciones con mayor rapidez que los adultos.

- **Actividades de Ocio:** las innovaciones tecnológicas del móvil no solo están al servicio de la optimización del proceso de comunicación, sino que en muchos casos son esencialmente una forma de disfrutar del tiempo libre y convierte una fuente de ocio especialmente atractiva para los adolescentes ya que poseen las características esenciales de las conductas motivadas intrínsecamente, tales como reto óptimo o autodeterminación.
- **Fomento y Establecimiento de Relaciones Interpersonales:** las diferentes aplicaciones del móvil favorecen el establecimiento y mantenimiento de las relaciones interpersonales, entre otras funciones las llamadas perdidas sirven para manifestar a otra persona que se recuerdan de ella mientras que los mensajes cortos mantienen activos los vínculos afectivos o de amistad.
- **Instrumentalidad:** los servicios que el móvil ofrece son los aspectos más elementales por lo que los buscan y prefieren quien lo adquiere, entre más instrumentos útiles posee el móvil mayor será la adicción que éste pueda provocar. Se puede adquirir un teléfono móvil por el simple hecho de poseer alarma e incluso vienen equipados para personalizar el sonido que se desee agregar, puede servir también como reloj de bolsillo, grabadora, agenda electrónica, agenda telefónica (que provoca la poca memorización de números telefónicos), plataforma de juegos e incluso como aparato reproductor de música o reproductor de radio.
- **Uso y trabajo:** según Escobar (2012), comenta que en la entrevista presentada en CNN por la doctora Sanjay Dixit informa que los trabajadores que tienen en su poder por más de tres horas seguidas el móvil son más propensos a padecer esta enfermedad tecnológica y que pueden presentar el cuadro sintomático de la Nomofobia por la misma predisposición a poseer en todo momento el móvil y contar con todos sus servicios sabiendo adecuadamente que es únicamente por trabajo que ellos lo

adquieren.

- Disponibilidad y/o amplia frecuencia: se realizaron estudios donde se investigó que dentro de las causas de la aparición de la Nomofobia está la señal que tenga el móvil, mientras más señal se tenga con el dispositivo móvil mayor será el nivel de adicción porque se tiene más capacidad para enviar y recibir SMS, llamadas, entre otros servicios que éste pueda ofrecer.
- Servicio de Redes Sociales: este es un paquete que ofrecen ciertas compañías telefónicas y consta de tener en el dispositivo la facilidad de acceso a las redes sociales que el internet ofrece, hacer comentarios, publicaciones y otras acciones en cualquier parte y a cualquier momento, no esperando tener una conexión a internet o acceso a un servidor especial. Son acciones que están precargadas desde la compañía que las ofrezca y esto provoca el querer tener en todo momento el celular y así poder hacer cualquier tipo de publicación en las redes sociales que se deseen.

7. SINTOMATOLOGÍA

Para Castellana, Sánchez, Graner y Beranuy (2007), indican que el celular es un dispositivo técnico que permite ser desplazado de un lugar a otro y que se convirtió en objeto personal, propio, exclusivo e íntimo presente en muchos aspectos de la vida utilizándolo en su mayoría en aspectos de la vida diaria, tal es el caso de despertador, incluso hay personas que duermen con el celular bajo la almohada o en la mesita de noche, otros más lo usan como reloj de bolsillo, cámara fotográfica, grabadora, agenda electrónica. El móvil en estos tiempos es tomado como un accesorio más de la vestimenta personal, integrándose a la llamada Esfera Personal; que es todo lo que se relaciona con los artículos de primera mano que sirven en la vida diaria, es tan común esto en nuestros días que llevar el celular en la mano es similar a portar la billetera, cartera o algunas fotos teniendo una relación estrecha con toda el área

emocional.

Los estudios de Nomofobia y otras adicciones demuestran que nunca un aparato tecnológico se había convertido en un aspecto tan importante en la vida diaria de las personas determinando el poder de la identidad individual, llegan a modificar tantas áreas de la personalidad demostrando comportamientos obsesivos, aspectos emocionales entre otras áreas de importancia.

Dentro de los síntomas más comunes podemos enlistar:

- Incapacidad para controlar o interrumpir el uso: el nomofóbico ya no controla sus actos y la necesidad de estar conectado o en uso del celular. Los actos en los cuales no tiene control de sí mismo y por más que lo desee no puede interrumpir el uso máximo cuando está en una sala de chat con los contactos. No puede entablar una conversación directa con los semejantes por la misma incapacidad de controlar el deseo de uso.
- Perseverancia en la conducta negativa: la persona que padece Nomofobia reconoce que es una conducta indebida y anormal la adicción de poseer en todo momento el móvil y esto genera un clima de incomodidad psicológico ya que desea seguir chateando, mensajeando entre otras funciones a pesar de saber que el uso desmedido puede desarrollar en él la patología denominada Nomofobia. Hay un malestar clínico significativo por el desequilibrio que esto provoca y pese a ello sigue la conducta y acrecenta la adicción.
- Infracciones por el uso del móvil: es común que en la actualidad los encargados del ordenamiento vehicular infraccionen a los pilotos por el uso del celular mientras conducen ya sea por realizar o contestar llamadas o también enviar o recibir mensajes

mientras conducen, situación que puede provocar percances automovilísticos al saber que el reglamento de tránsito prohíbe tal conducta. Otra de las infracciones puede ser en un salón de clases en donde se prohíbe el uso de celulares y pese a ello el nomofóbico lo hace y porta el móvil al hacer uso de él en lugares donde sabe que no lo puede realizar.

- Pérdida de la noción del tiempo: el nomofóbico no sabe controlar el tiempo que navega dentro de las funciones del móvil, no es consciente del tiempo que emplea en el dispositivo y puede completar una cantidad alta de uso sin darse cuenta dejando a un lado todo lo que está al alrededor.
- Pérdida de tiempo laboral/académico debido al móvil: para el individuo no es indispensable dedicarle tiempo al trabajo o estudio como al móvil y lo llegan a usar en cualquier momento y ante cualquier situación en la que se encuentren no respetando reglamentos o lineamientos impuestos por autoridades.
- Uso sin control: las personas que utilizan por más de tres horas diarias seguidas son más propensas a padecer Nomofobia porque tienen un contacto directo con el móvil durante mucho tiempo encontrándole cada vez más funciones que lo hacen atractivo no solo a la necesidad que se está saciando sino descubriendo más áreas de interés.
- Malestar somático: dentro de las molestias somáticas puede aparecer el dolor inexplicable de los pulgares (dedos que son los más utilizados para explorar el móvil) y que generalmente se asocia a la recepción y envío excesivo de mensajes de texto, chat y otras operaciones que necesiten la utilización de esa parte de la mano.
- Alteraciones en el sueño: dentro de las manifestaciones psicosomáticas se puede encontrar las alteraciones en el sueño, ya que las personas que padecen Nomofobia crean grupos nocturnos de chat y estos se centran en ciertas horas de la noche y

madrugada alterando así el proceso de sueño, lo que provoca que el sujeto no descansa lo normal y que el Ciclo del Sueño se vea interrumpido, disminuyendo así el rendimiento de la persona.

- Miedo irracional: el sujeto experimenta temor a quedarse sin el teléfono móvil o también es experimentado cuando la carga del mismo se está consumiendo y no se tiene cerca el alimentador de energía, este temor o miedo se experimenta irracionalmente, el sujeto sabe que no tiene razón de ser, sin embargo, continua con la experiencia y se sacia hasta que el celular está con la carga completa o se encuentra un alimentador de energía cercano.
- Engaño y/o hurto: en los adolescentes es más común que aparezca esta conducta ante los padres ya que los engañan para conseguir tarjetas post-pago para ingresarle saldo al móvil y así seguir conectados con sus contactos y una conducta más grave se presenta cuando hurtan dinero para poder comprar saldo para mantener activo el dispositivo móvil.
- Problemas en el ámbito familiar, social y escolar: este es el síntoma más notorio de un nomofóbico, hay disminución en las relaciones interpersonales ya que por la necesidad de poseer el celular en las manos llamando, mensajeando, chateando, navegando en el internet o haciendo uso de las redes sociales; el proceso de comunicación cara a cara se ve entorpecido porque el sujeto no es capaz de sostener una plática directa con sus semejantes sin utilizar el móvil como medio. Esto en un proceso de comunicación eficaz se toma como una comunicación deteriorada y falta de compromiso. En la familia puede llegar a provocar problemas muy serios e incluso hay reportajes en donde se ha tratado de evaluar la relación de divorcios o separación de parejas y la Nomofobia. En el ambiente escolar el uso desmedido de los móviles afecta el proceso enseñanza-aprendizaje ya que el alumno no pone la atención

adecuada a la explicación del docente por estar pendiente del celular en cualquier momento de la clase.

8. DIAGNOSTICO

En 1998 Griffin modifico los criterios, (15) no obstante, cualquier comportamiento que cumpla los siguientes criterios puede ser definido como adicción:

1. Saliencia: una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta.
2. Modificación del humor: experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad.
3. Tolerancia: Proceso por el cual requiere incrementar la cantidad de una actividad en particular para lograr los mismos efectos.
4. Síndrome de abstinencia: Estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad en particular es interrumpida o repentinamente reducida.
5. Conflicto: se refiere a los conflictos interpersonales, conflictos con otras actividades (Vida social, aficiones, trabajo).
6. Recaída: tendencia a volver a los mismos patrones iniciales de la actividad en forma más extrema, tras un largo periodo de abstinencia y control.

Según Young, existen distintos factores que indican dependencia a dispositivos electrónicos con internet y que pueden ser reflejo de convertirse en adicción:

1. Privarse de sueño para estar conectado a la red, a la que se dedica unos tiempos de conexión anormalmente altos.
2. Descuidar otras actividades importantes, como el contacto con la familia, las relaciones sociales, el estudio o el cuidado de la salud.
3. Recibir quejas en relación con el uso de la red de alguien cercano, como los padres o los hermanos

4. Pensar en la red constantemente, incluso cuando no se está conectado a ella y sentirse irritado excesivamente cuando la conexión falla o resulta muy lenta.
5. Intentar limitar el tiempo de conexión, pero sin conseguirlo y perder la noción del tiempo.
6. Mentir sobre el tiempo real que se está conectado o jugando a un videojuego.
7. Aislarse socialmente, mostrarse irritable y bajar el rendimiento en los estudios
8. Sentir una euforia y activación anómalas cuando se está delante del ordenador

9. TRATAMIENTO PSICOLOGICO

López (2004), describe que el tratamiento deberá adaptarse a las circunstancias personales de cada caso, estableciendo un tiempo de uso límite respetando el período transcurrido, paralelamente deberá atenderse a las razones subyacentes al abuso de la conexión, es sabido que mucha gente pasa un tiempo exagerado con el móvil conectado o encendido para evitar pensar en todos los eventos estresores que tienen a su alrededor.

Echeburua (1999) elaboró un programa de tratamiento para las adicciones psicológicas que también puede ser aplicado en el caso de la Nomofobia, el programa consta de los siguientes elementos.

- **Control de los estímulos vinculados a la adicción:** En una primera fase de la terapia se ha de evitar la conexión, pero tras un periodo de abstinencia total se ha de tratar de limitar el tiempo de conexión (al margen de las obligaciones laborales) a no más de 120 minutos/día, atender el correo 1 vez al día y a una hora concreta, de conectarse en compañía, sin quitar horas al sueño y de eliminar los pensamientos referidos a la red cuando no se está conectado.
- **Exposición prolongada a los elementos suscitadores del ansia por la conducta adictiva:** La evitación de los estímulos en la mayoría de los casos es insuficiente, pues esta no se puede mantener indefinidamente, ya que aumenta el riesgo de recaídas. La recuperación total se consigue cuando se expone a los indicios de riesgo

de forma regular y progresiva y es capaz de resistirse a ellos sin escape.

- **Solución de problemas específicos:** Deben controlarse varios aspectos relacionados con la abstinencia:
 - a. Control del ansia por implicarse de nuevo en la conducta
 - b. Control de la ansiedad
 - c. Control de la depresión
 - d. Control de los conflictos interpersonales
- **Creación de un nuevo estilo de vida:** Lo esencial es promover un equilibrio adecuado entre deberes y deseos.
- **Prevención de recaídas:** La mantención de los logros terapéuticos es más sencillo cuando hay abstinencia total, pero si esto no es posible el objetivo será enseñar a la persona a usar Internet de forma controlada. Algunas de las estrategias que podrían usarse son:
 - a. Identificación de situaciones de alto riesgo
 - b. Respuestas de enfrentamiento a situaciones problema
 - c. Cambio de expectativas sobre las consecuencias de la implicación en la conducta adictiva
 - d. Revisión del estilo de vida del paciente

Se puede cuestionar si lo que se pretende es una abstinencia completa o bien un uso adaptativo del manejo del móvil y se debe reconocer que lo que se pretende por la misma importancia del uso del teléfono móvil es cimentar un uso adaptativo del dispositivo, creando conciencia sana en cada uno de los poseedores del dispositivo. Se propone también seguir

con el plan de la bebida controlada y entrenamiento en moderación para los trastornos alimenticios ya que al parecer las adicciones comportamentales y tecnológicas poseen las mismas habilidades para proveer alivio emocional, escape mental y maneras de eludir los problemas que tiene el alcohol, las drogas, la comida o el juego y se propone el siguiente conjunto de estrategias de tratamiento.

- Practicar lo contrario en el tiempo de uso del celular: es necesario previamente evaluar los hábitos de uso del móvil, cuándo, cuántas veces, dónde y durante cuánto tipo se produce la conexión. La técnica consiste en romper la rutina para adaptarse a un nuevo horario.
- Interruptores externos: se trata de usar cosas que el individuo tenga que hacer o sitios donde ir como señales que indique que debe desconectarse, como ayuda a estas alarmas naturales se pueden usar relojes o alarmas de tiempo.
- Fijar metas: para evitar recaídas se puede elaborar un horario realista que permita al paciente manejar el tiempo, se puede elaborar un esquema de conexiones breves no siendo tan frecuentes.
- Abstinencia de una aplicación particular: una vez se ha identificado la aplicación resulta más problemática para el paciente. Este debe dejar de utilizarla, esto no significa que no pueda usar otras aplicaciones relacionados con la red. Si el paciente encuentra problemas con las salas de chat, entonces no debe usarlas más.
- Usar tarjetas recordatorias: para mantener al paciente concentrado en la meta de la abstinencia o la reducción de uso podemos pedirle al paciente que haga una lista de los cinco principales problemas causados por la adicción al celular y otra con los cinco principales beneficios.

Según Pérez (2012), comenta que la Nomofobia como cualquier otra enfermedad producto

de las adicciones se comienza a tratar cuando la persona reconoce que tiene un problema, después tal y como se maneja en los programas de autoayuda, se debe trabajar bajo la consigna de un día a la vez, es decir, hacer separación de la persona y el teléfono móvil de manera gradual, y reconocer que si no se tiene acceso al artefacto, se descompone o no tiene batería disponible, no es una tragedia ni debe afectar la calidad de vida del individuo. Hay que reconocer que fue el hombre y no el teléfono móvil quien provocó esta relación enfermiza y autodestructiva, además de recordar que nadie llegó a este mundo con el móvil bajo el brazo, por lo que no es, ni por mucho, un producto de primera necesidad para sobrevivir.

Los programas de atención clínica tienen que ir encaminados en las técnicas psicoterapéuticas de la terapia cognitivo-conductual en donde se engloban la terapia cognitiva compatible con la terapia de conducta como aplicación clínica de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Dentro de la terapia conductual se ha adoptado un nivel de análisis y tratamiento donde se analiza la conducta observable, pensamientos verbales y respuestas fisiológicas, así como las relaciones entre sí y la conducta problema.

Las técnicas que se han desarrollado desde perspectivas cognitivas y conductuales han demostrado su utilidad en el tratamiento de diversos problemas psicológicos y de la conducta en general. Con la finalidad de demostrar la utilización de técnicas cognitivas y conductuales en el tratamiento de conductas se establecen parámetros de actuación de parte del psicoterapeuta que tienen que ver con una relación directa entre el sujeto, la conducta, el entorno y la familia.

10. PREVENCIÓN

Para Castellana, Sánchez, Graner y Beranuy (2007), los procesos de prevención se deben establecer en cuanto a la aplicación adecuada y la correcta utilización del móvil, recordando los principios básicos bajo cuales fueron creados estos adelantos tecnológicos y promoviendo el uso correcto de todas las funciones a bien de disminuir los índices de adicción que provocan cada uno de los adelantos que los teléfonos van presentando según los modelos que crean las empresas productoras. Se deben promover hábitos saludables de uso como también el uso racional del móvil y de los paquetes de servicio que presenta de acuerdo a la edad, trabajo y otros aspectos donde se requiera un servicio especial por la necesidad del consumidor.

Dentro de las actuaciones preventivas que mejoran el uso correcto del móvil, se pueden enlistar.

- Alto porcentaje de posesión: retardar al máximo la edad de posesión del móvil ya que muchas veces los padres de familia les proporcionan un aparato celular a niños de muy temprana edad, lo que provoca en ellos conductas de adicción obedeciendo un patrón con el cual crecerá y será muy difícil de romper más adelante.
- Alto porcentaje de tarjetas de prepago: asumir la responsabilidad del costo de las llamadas estableciendo semanadas, trabajos alternativos y otros medios para conseguir los fondos y así sufragar la deuda.
- Uso intensivo de los juegos y SMS (mensajes): hay que educar en la autorregulación del placer inmediato y en la tolerancia a la espera. Pactar el modelo de móvil buscando un equilibrio entre necesidades e ilusiones.

- Fuerte necesidad de personalización: se debe tener un móvil para muchos no es suficiente, creen que al personalizarlo les asigna un status mayor al que poseen en la actualidad, se debe prevenir caer en estas ideas erróneas y así disminuir la ansiedad.
- Alto porcentaje de conversación con los amigos: conversar del tema con el objetivo que tome conciencia del tiempo invertido

Delimitar espacios de uso: el adolescente debe tener claro donde no puede usar el móvil, es el adulto quien ha de poner los límites desde el respeto y el diálogo y debe actuar, si es preciso, como elemento de autoridad.

11. NOMOFOBIA Y RENDIMIENTO ESCOLAR

La Nomofobia se ha incrementado a pasos agigantados durante la última década en todos los estratos sociales, culturas, religiones y más áreas de la vida, incluso la misma educación se ha visto inmersa en toda esta adicción tecnológica. Es típico observar a estudiantes que poseen teléfonos celulares con un uso tan común como cualquier otro artículo de uso cotidiano.

Los padres de familia para poder tener mucho mayor control con sus hijos a temprana edad les compran un aparato telefónico y de esta manera tener un mejor control de qué hacen y dónde están, pero este aspecto solo perjudica cada vez más a los niños/adolescentes ya que desde edades muy tempranas se les va creando el hábito de portar el teléfono celular y llevarlo consigo durante espacios de tiempo bastante grandes.

En los establecimientos educativos se observa como los estudiantes desfilan en los pasillos y patios de recreo con los celulares en la mano ya sea, haciendo uso de los mensajes de texto,

chat en salas de amistades o realizando llamadas telefónicas, e incluso, es más extraño encontrar a estudiantes que no poseen un dispositivo móvil personal y de uso cotidiano.

A pesar de que los estudiantes usen el teléfono celular en los espacios abiertos o en actividades extra aula, el problema más grande es que se puede tener en el ámbito académico a partir del uso excesivo de los móviles, es que crea mucha pérdida de atención porque el Nomofóbico espera recibir un mensaje de texto para sentirse parte del grupo social para sentir que se está integrando, e incluso erróneamente se piensa a esa edad que mientras más mensajes de texto se tengan, mayor será el nivel que se tiene dentro del establecimiento educativo o el status será más alto.

La queja de los docentes en la actualidad es que los alumnos se mantienen con el teléfono en mano durante el salón de clases y entorpecen el proceso de enseñanza- aprendizaje que el docente realiza, la necesidad de estar comunicados es más grande que la misma necesidad de prestar atención a la explicación y al querer participar cuando se indica generando así un clima de hostilidad de parte del alumno hacia el docente creando un espacio inadecuado donde el proceso de la educación es de una sola vía, sin tener eco en lo que se facilita, por ello se considera a la Nomofobia también como uno de los problemas educativos más modernos y que está creciendo de manera incontrolable.

La propuesta de muchos establecimientos de la forma de abordaje es sancionar a estudiantes a través de la creación de reglamentos internos, para que así no porten el teléfono celular dentro del salón de clases o dentro del establecimiento llegando a hacerles una llamada de atención verbal y/o por escrito o como se estipule en el reglamento, pero se conoce que se deben trabajar planes de desensibilización a su uso y reducir paulatinamente esta conducta

indebida que presenta un porcentaje alto de los estudiantes.

Otro de los aspectos que perjudica mucho en la Nomofobia son los textos anónimos o el llamado bullying cibernético y que lo único que hace es desprestigiar a los estudiantes delante de los demás, ya que basta con enviar un mensaje de texto o un inbox para poder criticar a los que estén enfrente de la persona, esto sin necesidad de que ellos se den cuenta.

12. NOMOFOBIA Y FAMILIA

Chóliz, Villanueva y Chóliz (2009), describen que el móvil es un objeto deseable en la adolescencia y, de hecho, prácticamente todos los adolescentes disponen de uno, en cifras, el 95% de los adolescentes poseen ya un dispositivo móvil entre las edades de 17 y 18 años. La mayoría de ellos lo tienen continuamente encendido también durante la noche, lo cual favorece e induce no sólo a llamar sino también a recibir llamadas o mensajes modificando no solo el patrón de comunicación social, sino la disponibilidad y hasta la propia privacidad personal. Se trata, además, de un objeto con una elevada obsolescencia ya que continuamente se están incorporando innovaciones tecnológicas que hacen que se sustituyan los modelos a pesar de que todavía sean funcionalmente operativos.

En la mayoría de individuos el primer móvil suele ser un regalo de los padres, principalmente con el objetivo de tener algún tipo de control sobre los hijos o por cuestiones de organización laboral y doméstica, de hecho, para casi a una tercera parte de los menores el móvil ha sido un regalo de los padres o familiares pese a que ni siquiera lo hubieran pedido. Este resultado no deja de ser significativo en términos educativos, ya que los menores disponen de productos y bienes de consumo en algunos casos incluso antes de solicitarlo. Esto es reflejo de una sociedad en la que los ciudadanos son ante todo consumidores, pero ya se sabe que,

si no se desarrollan estrategias apropiadas, el consumo excesivo es precursor de abuso y éste de la dependencia.

En el estudio realizado por Chóliz, indica que la mayoría obtienen su primer teléfono móvil todavía en la infancia y a los doce años de edad ya lo tiene el 88% de los niños, cifras que muestran como la sociedad avanza y los medios de comunicación y los factores ambientales externos a orillan al niño a desear tener a temprana edad un dispositivo móvil y por la baja responsabilidad que manejan en ese período de crecimiento son mucho más vulnerables a padecer o desarrollar la conocida Nomofobia y que puede llegar a perjudicar a largo plazo al niño que la padece. La extensión del

concepto de familia a otras fórmulas, como las monoparentales, así como la dedicación laboral que exige horarios de difícil compatibilidad con la vida familiar y doméstica, hace que para los padres el móvil sea lo que se denomina una línea de seguridad para la familia.

Para los adolescentes al contrario el móvil es un elemento en el progresivo curso hacia la autonomía personal al disponer de un instrumento con el que establecer procesos de comunicación con otras personas que nada tienen que ver con los padres a pesar de ellos no se produce una independencia real entre padres e hijos ya que están supeditados al dinero que reciben de sus progenitores que en un 75% de los casos son los que sufragan los gastos del móvil de sus hijos, esto facilita el que los padres ejerzan un control tanto del gasto como inconcluso del flujo de llamadas, lo que se conoce como intimidad paradójica. Sin embargo, los adolescentes a los que sus padres les costean el gasto del teléfono son los que tienen más problemas y conflictos por el uso del móvil, que los menores se los sufragan ellos mismos.

Se identificó que en los adolescentes se observa un progresivo desplazo de la modalidad de tarjeta prepago al contrato, conforme va aumentando la edad, hasta el punto de que la mitad de los adolescentes de 17 y 18 años poseen un contrato de uso del móvil y esto aumenta el consumo de los paquetes que ofrece el teléfono. De ello podemos destacar que para acceder a obtener un contrato de posesión del móvil se debe ser mayor de edad para realizar el contrato y deberá ser el titular quien lo firme y acepte, nuevamente se observa la aparición de los padres quienes ostentan dicha titularidad, a demás de la circunstancia de que en un porcentaje tan alto de los casos son los padres los que pagan efectivamente el gasto que supone el consumo del móvil. Si tenemos en cuenta que ésta es una de las variables que suele estar relacionada con los conflictos paterno-filiales por el gasto excesivo en móvil. Parece obvio que las condiciones ambientales y educativas no son más apropiadas para favorecer un patrón de uso adaptativo.

Asegura Castellana, Sánchez, Graner y Beranuy (2007), que el móvil actúa de barrera de seguridad frente a los padres desde el momento en que estos no pueden acceder a su teléfono personal, paralelamente hay dos razones por las cuales los padres le comprarían un móvil a los hijos, la primera es la necesidad de control y la segunda asegurar una unión con ellos. Pero ello no siempre se cumple como objetivo ya que se pueden observar conductas desadaptativas alrededor del uso del móvil que modifican la vida diaria de los adolescentes y son indicadores de riesgo y este riesgo aparece cuando los adolescentes no son capaces de desprenderse del móvil en situaciones técnicamente dificultosas e incluso en las relaciones familiares, por ejemplo, es dificultoso entablar una conversación sana con la familia ya que el sujeto no se es capaz de dejar el móvil en algún lugar mientras se comparte en familia, reuniones familiares, convivios, pasatiempos y otras acciones en familia y en su mayoría el nomofóbico mantiene una conversación a través del dispositivo móvil incluso cuando está

comiendo en un contexto familiar.

13. NOMOFOBIA Y EL AMBITO PERSONAL Y SOCIAL

La nomofobia se relaciona con el uso problemático, compulsivo y adictivo del teléfono móvil. En el manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, en su volumen cinco (DSM-V), se incluye “el uso del internet problemático” relacionado al uso excesivo del móvil, ya que el mayor tiempo en el móvil es por el internet, este incluye los siguientes elementos:

- Preocupación por los juegos de internet.
- Síntomas de abstinencia cuando se le quita el internet.
- Tolerancia: Necesidad de pasar más tiempo dedicado al móvil
- Infructuosos intentos de controlar su uso
- Engaño a miembros de la familia, o personas cercanas con respecto al tiempo que le dedica al internet/móvil
- Pérdida de relaciones interpersonales, al igual que trabajo u oportunidades educativas.

Uno de los últimos trabajos que se hicieron para medir el uso problemático del móvil, se dio en el año 2011 y los factores encontrados, fueron los siguientes:

- Indispensabilidad: Este es cuando el teléfono móvil debe de estar siempre al alcance de la mano de la persona. Este factor se divide en dos:

Física: Es cuando la persona, piensa que no puede separarse del teléfono móvil, un claro ejemplo es cuando duermen con él o incluso se llegan a sentirse solos por no tenerlo. “(...) No era el objeto en sí mismo, pero tenía tanta información personal que se convirtió en un medio para tener vida social. Era como si capturaron parte de su

identidad”

Cognitiva: Es cuando el móvil se convierte en una herramienta indispensable para buscar la información de cualquier tipo, desde alguna curiosidad o algo informático.

- Síndrome de abstinencia: Este se relaciona con el temer perder emails o mensajes por estar desconectados o quedarse sin batería.
- Conflicto interpersonal y recaída: Es cuando la persona comienza a tener problemas con gente cercana a ésta por el uso excesivo que le brinda al móvil; por lo tanto, se hacen intentos de limitar el uso, pero no se logra.
- Pérdida de control: Es el miedo de perder el móvil e incluso en una sensación de obsesión por tener el último modelo.
- Éxito percibido: Es la idea de “parecer” o “sentirse” que tiene éxito, es un factor relevante ya que este es el que se presenta más en los jóvenes.
- Conexión emocional: Es una sensación de satisfacción de estar conectado o en contacto con otra persona a través del móvil y el hecho de disfrutar nuevas tecnologías.
- Prominencia conductual: Esta es prácticamente cuando interrumpes cualquier cosa, importante o no, que estés haciendo, en el momento, por contestar.
- Disminución del rendimiento.

Se da un factor, el cual es posible que sea uno de los más importantes y se debiera incluir; este es el de “reputación online”, este factor es fuertemente envolvente para los jóvenes, ya que claramente los aspectos más importantes para estos es la reputación social. “Los grupos insisten de forma muy importante en, estar informados, miedo a perderme lo que ocurre afuera”. Este factor es sin duda un claro ejemplo de la conducta del uso envolvente del móvil.

Echeburúa (2010) explica que, en un ámbito social, los adolescentes son los más propensos a sufrir una adicción a causa de que están constantemente expuesto a 35 situaciones nuevas además son los que más usan internet. “Existen ciertos estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones, tales como: la impulsividad, la disforia, la intolerancia a los estímulos displacenteros tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga) como psíquicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades) y la búsqueda exagerada de experimentar sensaciones nuevas. Sin embargo, existen ocasiones donde predomina un problema de personalidad como timidez excesiva, baja autoestima o rechazo a la imagen física”

ADOLESCENCIA

1. DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia et. al., 2001); a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury y Knobel, 1997), por lo anterior, cuando se habla del concepto, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural (Schock, 1946). Este periodo, es reconocido en casi todas las culturas a nivel mundial y según Coon (1998) está determinado por 4 factores:

- La dinámica familiar.
- La experiencia escolar.
- El marco cultural que ha estructurado el ambiente social para la puesta en práctica

de normas y límites.

- Las condiciones económicas y políticas del momento.

Como tema de investigación toma importancia a finales del siglo XIX, partiendo de los trabajos de Platón y Aristóteles, quienes plasmaron su interés en lo modificable del comportamiento (Derflinger, 1991). Varios autores como Freud (1917), Gessell (1958) y Bios (1980) otorgaron importancia a los cambios psicológicos presentados en este periodo, así como a las transformaciones de la personalidad fundamentada a partir de los eventos ocurridos en la infancia, las crisis que presenta, y la búsqueda de la identidad.

Búsqueda de Identidad

El proceso de establecer la identidad, para el adolescente, conlleva integrar experiencias del pasado, adaptarse al presente, y tener una visión sobre el futuro, proceso que resulta complicado para el individuo ya que lo anterior se presenta en conjunto con los cambios físicos (Aberastury y Knobel, 1997). Presentando constantes fluctuaciones en el estado de ánimo, debido en parte, a la personalidad desarrollada por medio del ambiente familiar y cultural del adolescente (Marcia, 1980). Macmurray (1953), consideró, el concepto de identidad negativa, como un componente agresivo destructivo, en el cual individuo que se identifica a figuras negativas puede ser génesis para problemas de tipo psicosocial.

Por lo cual es necesario para el adolescente lograr una serie de objetivos imprescindibles en el logro de su identidad, para quedar inserto en la sociedad adulta con una sensación de bienestar, eficacia personal y madurez en todos los procesos de su vida, sin embargo, no existe un acuerdo general en cuanto al orden de adquisición de dichos objetivos, lo anterior debido a las diferencia entre individuos; el lograr estos objetivos prepara el terreno para que el individuo adquiera las habilidades de afrontamiento necesarias para funcionar en el

entorno social que le rodea (Marcia, 1993).

2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA TEMPRANA

Inicia en la pubertad (entre los 10 y 12 años), se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

ADOLESCENCIA INTERMEDIA

Inicia entre los 14 y 15 años. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

ADOLESCENCIA TARDÍA

Inicia entre los 17 y 18 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

3. CAMBIOS DURANTE LA ADOLESCENCIA

DESARROLLO FÍSICO

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

DESARROLLO PSICOLÓGICO

Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a

sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001). El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la contradecir sino la de anticiparse e interpretar la experiencia (Piaget, 1984).

Mussen et. al., (1982), definen estos cambios psicológicos, de forma gradual más allá de operaciones formales de pensamiento, se alcanza la independencia respecto a la familia, y hay una mejor adaptación a la madurez sexual, además de establecerse relaciones viables y de cooperación con sus pares. Su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto: la independencia y la autonomía.

DESARROLLO EMOCIONAL

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

DESARROLLO SOCIAL

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975). El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, 2000):

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad. Lo anterior está muy ligado a la dinámica familiar que el adolescente presente, ya que, si el menor cuenta con una buena dinámica familiar y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas (Rice, 2000). En relación de pertenecer a un grupo social, se convierte en un asunto de importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes (Rice, 2000). Esta búsqueda de pertenencia

refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran. Como consecuencia, este grupo les ayudara a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un auto-concepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante (Rice, 2000).

4. ADOLESCENCIA NORMAL

Etiquetar a un adolescente como “normal” es una tarea complicada debido a la subjetividad de la misma, y a que se necesita un proceso de razonamiento que, en numerosas ocasiones, no queda libre de la influencia del ambiente que rodea al adolescente. De esta manera, lo que se busca establecer como normales son los procesos psicológicos y patrones de conducta del adolescente, los cuales señalan su carácter adaptativo. Esto implica que los adolescentes etiquetados como “normales” en cualquier cultura o sociedad son aquellos que piensan, hacen cosas, sienten y proceden como sus pares en el afán de realizar las tareas que les ayudarán a adaptarse bio-psicosocialmente en las diferentes etapas de su desarrollo (Dulanto, 2000).

Para llegar a esta conclusión, se debe entender y aceptar que el adolescente se encuentra en una etapa de búsqueda, la que produce ansiedad, inseguridad, soledad e inestabilidad. Dicha inestabilidad, genera diferentes conductas que pueden ser vistas o calificadas como normales. Esas conductas, a su vez, no necesariamente dañan al adolescente, sino que lo motivan a seguir buscando opciones, formas de ser y soluciones, ayudándole a encontrar nuevos esquemas de funcionamiento personal y social (Dulanto, 2000).

Se puede ubicar a un adolescente dentro de los parámetros normales, siempre y cuando, su conducta adaptativa domine su acción, de tal forma que cuando el menor se encuentre

estable y pase subsecuentemente a un periodo de inestabilidad, éste se recupere sin necesidad de ninguna intervención, provista ya sea por algún adulto o terapeuta.

Dulanto (2000) concluye que los adolescentes normales presentan conductas que manifiestan una abierta confianza en sí mismos, establecen buenas relaciones con sus pares, son leales en las relaciones afectivas, pero también exhiben la habilidad para “prenderse” y “desprenderse” de los padres, compañeros y amigos con asombrosa rapidez y sin sentir angustia. La “normalidad” en este proceder consiste en la capacidad de adaptación al grupo y el vivir en armonía con la mayoría de los pares, en lugar de crear conflictos. De manera que el adolescente adquiera y desarrolle una autoestima que le proporcione confianza para desplegar conductas seguras y participativas, tanto con la familia como la sociedad.

5. PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA

El grado de anormalidad en las conductas de los adolescentes es una función de los daños que éstas puedan ocasionar tanto a la sociedad como a él/ella mismo(a). Los jóvenes que son incapaces de abordar de una forma adecuada los problemas que se les presentan posiblemente padecen un trastorno. Uno de los mayores problemas que enfrentan los adolescentes y que tienen que resolver continuamente es el aislamiento, el cual se presenta en mayor prevalencia en los varones, probablemente porque es más difícil para ellos expresar sus sentimientos (Rice, 2000). Los adolescentes padecen soledad por diversas razones. Algunos presentan problemas para relacionarse, otros tienen dificultades para mostrar una conducta adecuada y para aprender cómo comportarse o adaptarse a situaciones diversas; algunos padecen baja autoestima y se sienten muy vulnerables a la crítica, anticipan el rechazo evitando las situaciones que podrían provocarles vergüenza (Rice, 2000).

Otro problema es el estrés, y las pocas habilidades para enfrentarlo, lo cual puede ocasionar patologías como depresión, empujamiento, rebeldía, drogadicción o comportamiento

suicida. Éstos, pueden ocasionar consecuencias graves y suelen ocurrir en combinación con otros problemas, como los desórdenes de nutrición y la agresividad. La depresión, está vinculada a la forma negativa y pesimista de interpretar los fracasos, y afecta en gran medida a la conducta del adolescente, manifestando su estado de ánimo al exterior, lo que propicia un rechazo social (Myers, 2000).

Algunos adolescentes se avergüenzan con facilidad y sienten ansiedad al pensar que están siendo evaluados. Ante esta situación la tendencia natural es protegerse a sí mismos: hablar menos, evitar los temas que revelen ignorancia y controlar las emociones. La timidez es una forma de ansiedad social que está constituida por la inhibición y la preocupación por lo que los demás puedan pensar. Lo anterior, somete al adolescente a situaciones de estrés, el cual afecta el sistema inmunológico, dejándolo vulnerable, además de producir desesperanza y con ello reforzar la conducta depresiva (Myers, 2000).

En relación a la muerte, los adolescentes no piensan mucho a menos que se haya enfrentado a la misma (Papalia et. al., 2001), siendo que en su preocupación de descubrir su identidad, se preocuparán más de cómo viven que de cuanto vivirán, sin embargo, el suicidio consumado es la tercera causa de muerte en adolescentes en la etapa tardía, siendo los varones quienes presentan un riesgo 5 veces mayor que las mujeres, estos jóvenes tienen un antecedente relacionado a la depresión, trastornos adictivos, comportamiento antisocial o personalidad inestable, además de antecedentes familiares en relación a la conducta, siendo la baja autoestima, el pobre control de impulsos, la poca tolerancia a la frustración y la ansiedad, trastornos que se asocian al problema (Papalia et. al., 2001), en relación a la familia el alejamiento de los padres, el maltrato y rechazo de la familia (Papalia et. al., 2001).

El adolescente se vuelve vulnerable a trastornos diversos; trastornos que experimentarán con el tiempo, pero que podrán ser resueltos si la adolescencia se vive

dentro de la normalidad y de aquí la importancia de que esta etapa se encuadre en un proceso e ir consiguiendo en cada momento una adecuada adaptación en su ambiente, logrando tanto una estabilidad emocional como una integración de su persona a la vida social.

6. EL ABUSO DEL MÓVIL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

La finalidad de esta investigación es determinar si el uso del móvil influye en el rendimiento académico y en el proceso de enseñanza- aprendizaje. Además, de establecer los patrones de dicho uso en una población más joven, concretamente en los estudiantes del último año que se cursa Educación Primaria, pero ¿realmente el teléfono móvil puede constituir un abuso? ¿Y una adicción?

Como hemos explicado en el apartado anterior, la adicción se entiende como un problema caracterizado por la dificultad para controlar el impulso de llevar a cabo una conducta, cuya repetición o abuso causa graves problemas personales y de adaptación (Echeburúa, Corral y Amor, 2005).

Aunque hay una falta de consenso por parte de los autores sobre la adicción al teléfono móvil, hay estudios que ponen de manifiesto la existencia de patrones problemáticos de uso y abuso, sobre todo en la población adolescente (Castellana et al., 2007; Chóliz, Villanueva y Chóliz, 2009).

Algunos autores (Estévez, Bayón, de la Cruz y Fernández-Liria, 2009; García et al.2008; Muñoz-Rivas, Navarro y Ortega, 2003; Viñas et al., 2002) apoyan la idea de cuestionar la existencia de un trastorno adictivo grave y persistente relacionado con el teléfono móvil e Internet a partir de los resultados obtenidos en España. Los criterios en los que se basan para realizar este postulado son los siguientes:

- Escasa demanda clínica de casos problemáticos, que no coincide con los datos

obtenidos en las investigaciones.

- Los cuestionarios utilizados podrían estar midiendo la “preocupación” o “percepción” en vez de la adicción.
- A medida que los usuarios van creciendo se van normalizando la conducta de uso del teléfono móvil y/o desaparece esa preocupación.
- Se produce una adaptación social, el teléfono móvil es una herramienta de uso cotidiano y los nuevos alumnos se van adaptando a los usos y nuevas tecnologías que van saliendo nuevas.

Un factor que se ha comprobado que es un indicador de uso problemático son las consultas frecuentes del móvil, lo que podría indicar la importancia de los mensajes de texto (Labrador y Villadangos, 2010) y del acceso a redes sociales.

En determinados casos, algunas personas confunden un abuso con una conducta adictiva. Puede darse el caso, que una persona que nunca sale de casa sin el móvil, no lo apaga por la noche, o está siempre pendiente y esperando alguna llamada o mensaje de un amigo o familiar, o por cuestiones laborales, crea y se defina como adicto al móvil y realmente no sea así, si no que abusa de ese instrumento y realmente no sean adictos. Por ello, es muy importante definir y establecer los criterios que determinan un abuso, una dependencia y una adicción.

El móvil es un instrumento que sufre muchos y rápidos cambios. Y se encuentra en constante evolución y desarrollo. Además, que incorpora los últimos avances y aplicaciones tecnológicas de la información y comunicación, siendo un estímulo muy atractivo sobre todo para la población más joven y adolescente.

Otro aspecto muy importante que determina la dependencia es el coste económico (Griffiths, 2005), aunque dichos gastos importantes pueden indicar una adicción al móvil,

a menudo los padres son los que pagan las facturas de los adolescentes y, por lo tanto, no afectarán directamente a ellos.

En España parece que ha habido un descenso respecto a la preocupación social por la adicción al móvil, a medida que ha disminuido la factura que pagan las familias, y en cambio, y, por otra parte, ha aumentado la alarma por la adicción a las redes sociales (Echeburúa y Corral, 2010).

Realizando un análisis de estudios españoles de la prevalencia del consumo problemático de teléfono móvil, podemos encontrar que hay una oscilación desde el 2,8% (Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst, 2012), el 7,9% (Labrador y Villadangos, 2010), el 10,4% (Jenaro, Flores, Gómez-Vela, González-Gil y Caballo, 2007) hasta el 26,1% de las adolescentes y el 13% de los adolescentes (Sánchez-Martínez y Otero, 2009).

Otros resultados encontrados, es que las mujeres tienen más dificultades con el uso del teléfono y perciben su uso como más problemático que los hombres (Carbonell et al, 2012; Beranuy, Oberst, et al, 2009; Chóliz, Villanueva y Chóliz, 2009; Jenaro, et al. 2007; Labrador y Villadangos, 2010, Sánchez-Martínez y Otero, 2009).

También hay evidencias empíricas que las mujeres presentan un mayor grado de dependencia al móvil que los hombres. Ya que hacen un mayor uso del mismo, tanto en el envío de mensajes, como en lo que respecta a la dedicación en el tiempo y al gasto económico, es superior, comparado con los varones (Chóliz, M. y Villanueva, V., 2011).

De hecho, un estudio realizado por Chóliz, Villanueva y Chóliz (2009) en adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 18 años de edad, evidenció un patrón de conducta con síntomas de abstinencia cuando no podían utilizar el móvil, tolerancia, interferencia con actividades rutinarias, impulsividad, y problemas familiares y con los profesores debidos al uso excesivo del móvil. Todos estos síntomas coinciden con los criterios de un trastorno

por dependencia, que, según los datos de este estudio, lo padecen un 4% de los adolescentes.

Un hándicap que nos hemos encontrado a la hora de seleccionar las herramientas de trabajo, ha sido la carencia de instrumentos de evaluación de la dependencia al móvil en la población española y, sobre todo, en la población de Educación Primaria, donde no se han encontrado estudios referidos en este periodo de edad. Por ello, sería interesante que se realizaran investigaciones en dicha población, para detectar si el abuso al teléfono móvil o a otras Tics se inicia en edades más tempranas y podamos prevenir dicho abuso. Por este motivo, hemos utilizado el instrumento que considerábamos que más se adecuaba a la población que teníamos.

Teniendo en cuenta dichos criterios aplicados a la población que nos concierne, pasamos el cuestionario TDM (Chóliz y Villanueva, 2011), adaptado a la población española y estudiantes de Primaria.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO, DISEÑO Y MÉTODO

La presente investigación es una Investigación Cualitativa, que tuvo como diseño, el diseño Fenomenológico, que se enfoca en analizar el significado que las personas le dan a un fenómeno, teniendo en cuenta sus experiencias, vivencias, pensamientos, emociones, conductas, motivaciones. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2. SUJETOS

El tipo de muestreo fue no probabilístico, llamado muestreo por Conveniencia, porque los sujetos serán seleccionados viendo la conveniente accesibilidad y proximidad de la muestra para las investigadoras.

Se trabajará con ocho adolescentes entre mujeres y hombres con edades entre 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo del Distrito de Tiabaya; la muestra es pequeña, debido a que,

en Investigación Cualitativa, nuestro objetivo no es generalizar los resultados, sino que queremos comprender y conocer a profundidad el significado que los adolescentes le dan a la Nomofobia, estudiando así su mundo subjetivo, donde se entrevista individualmente a cada participante.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Adolescentes de ambos sexos
- ✓ Edades entre 13 a 17 años
- ✓ Adolescentes que sufren de Nomofobia
- ✓ Adolescentes de Colegio Nacional

Criterios de exclusión

- ✓ Adolescentes menores de 13 años
- ✓ Adolescentes de Colegio Particular

3. INSTRUMENTO

Las técnicas que se usaron en la presente investigación son la entrevista estructurada abierta y la observación no participante. Se formuló un conjunto de preguntas abiertas para que se formule la guía de entrevista estructurada, con la que se logró obtener información enriquecedora sobre la Nomofobia en adolescentes; la entrevista se basó en los siguientes aspectos a investigar: características psicológicas, mundo subjetivo, motivación de la Nomofobia, vida cotidiana e influencia psicológica de la Nomofobia.

Así mismo, se utilizó una encuesta elaborada para la recolección de datos que consta de 28 preguntas, con opciones de respuesta tipo Likert.

Las encuestas que se utilizaron fueron auxiliares para recabar información y poder tener un mayor alcance a los adolescentes materia de estudio.

La primera parte evalúa ansiedad a dispositivos electrónicos (Nomofobia), las preguntas se

obtuvieron del cuestionario de Nomofobia NMP-Q (por sus siglas en ingles), dicho test fue elaborado en 2015 por Yildirim y Correia (36), graduados del programa de interacción humana con las computadoras de la Universidad de Iowa, Estados Unidos. Este cuestionario consta de 13 preguntas, que se respondieron mediante ítems del 1 (completamente en desacuerdo) al 5 (completamente de acuerdo). Se hizo la sumatoria del número de los ítems y se clasificó de la siguiente manera:

0-20 puntos: No nomofobia

21-66 puntos: Nomofobia leve

67-99 puntos: Nomofobia moderada

100 o más puntos: Nomofobia severa

La segunda parte del cuestionario evaluó la adicción a dichos dispositivos electrónicos con internet. La encuesta se realizó a partir del “Internet Addiction test”. En 1995, Kimberly S. Young fue la primera en identificar el uso adictivo del internet como un desorden psicológico a través de casos estudiados en usuarios de internet y de dispositivos que lo disponen.

Esta escala, fue traducida al español por el equipo de investigación responsable del estudio de la Universidad de Sevilla, Facultad de Psicología Evolutiva y de la Educación. Asimismo, dicha encuesta mide los comportamientos asociados al uso adictivo a internet que incluyen la compulsión, la evasión y la dependencia. Las preguntas de la escala también evalúan los problemas relacionados con el uso adictivo en el ámbito personal, estudiantil y social de adolescentes.

Concretamente, la escala está compuesta por 20 ítems, en formato tipo Likert, la cual se adaptó a 15 preguntas porque las instituciones no aprobaron ciertas preguntas de la encuesta. Esta se respondió mediante ítems en una escala comprendida entre 1(nunca o rara vez) al 5 (siempre). El total de la sumatoria de cada ítem se clasificó de la siguiente manera:

0 – 30 puntos: Ninguna

31- 49 puntos: Adicción leve

50 -79 puntos: Adicción moderada

80 – 100 puntos: Adicción severa

Así mismo, se utilizará el Test de Dependencia al Móvil (TDM) diseñado por Chóliz y Villanueva (2011) donde se medía la frecuencia del uso del móvil y consecuencias del mismo y, por otra parte, la percepción que cada persona hacía del uso del mismo. La selección de los ítems está basada en la dimensión clínica y, por lo tanto, son los criterios de los Trastornos de Dependencia de Sustancias del DSM-IV-TR. El test fue estandarizado en Arequipa por Gamero, Flores, Arias, Ceballos, Román y Marquina (2015), el presente instrumento lo tomamos como auxiliar para poder recabar características psicológicas de los adolescentes respecto a la adicción al celular.

Paralela a la entrevista y uso de cuestionario, se realizará la observación no participante de los investigadores donde compartirán con los investigados el contexto, experiencia y vida cotidiana para conocer directamente toda la información que poseen los adolescentes sobre su propia realidad, ya que como investigadoras entendemos y tenemos conocimiento que la observación no se limita al sentido de la vista, implica todos los sentidos. Se observará su apariencia, su conducta durante la conversación y en otras situaciones, el lenguaje utilizado, los estados de ánimo, etc.

4. PROCEDIMIENTO

- Primeramente, se pedirá el permiso necesario a la I.E. para poder realizar la tesis, explicando el motivo de la realización de la investigación.
- Se realizará como primera acción la selección de la muestra por conveniencia, el cual consiste en seleccionar a la muestra, del total de la población, teniendo en cuenta la conveniencia de las investigadoras, la accesibilidad y proximidad de la muestra, por

lo que se identificó la muestra por referencias de docentes que tenían alumnos con dichas características, que fueron analizados por mucho tiempo, se confirmó las características de la muestra con la aplicación de los test auxiliares.

- Teniendo la muestra, se tuvo el consentimiento informado de los adolescentes; a los cuales se les entrevisto de manera individual con la guía de entrevista que se creó para poder obtener información muy detallada acerca de la Nomofobia.
- Teniendo las entrevistas, se pasó a realizar la codificación de los resultados, se sabe que una de las características de la investigación cualitativa es la paradoja de que, aunque muchas veces se estudia a pocas personas, la cantidad de información obtenida es muy grande.
- Para el análisis de los datos cualitativos obtenidos de las entrevistas se realizan los pasos de:

Obtener la información: a través del registro de la entrevista estructurada, observación no participante, registro de conductas.

Capturar, transcribir y ordenar la información: la captura de la información se hace a través de diversos medios. Toda la información obtenida, sin importar el medio utilizado para capturarla y registrarla, debe ser transcrita en un formato que sea perfectamente legible.

Codificar la información: donde se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por las investigadoras. Se utilizan códigos para las categorías. Aquí se realiza la codificación abierta, axial y selectiva, para poder tener una teoría al final que pueda ser comprobada con otras teorías, o quizás se crea una nueva teoría acerca de un fenómeno. En este caso, se realizó las tres fases de a codificación, obteniendo al final

conceptos y teoría acerca de la Nomofobia. Esta codificación ayuda para que se pueda realizar las conclusiones y se pueda relacionar los objetivos de investigación y los resultados obtenidos.

- **Codificación Abierta.** A través de ella se intentan expresar los datos en forma de conceptos. El investigador disecciona, fragmenta, segmenta y desenmaraña los datos que contiene el texto tratando de enumerar una serie de categorías emergentes. Se plantean preguntas como: ¿De qué habla el texto? ¿Qué es lo que sucede en él? ¿Qué concepto sugiere cada parte? ¿Qué se trata en la entrevista?
- **Codificación Axial.** El siguiente paso dentro de este proceso es la codificación axial que supone filtrar las categorías que han surgido en el paso anterior. La información se reorganiza creando nuevas relaciones entre los conceptos. De entre todas las categorías que surgieron en la primera fase de codificación abierta se seleccionan aquéllas que parecen más interesantes para abundar más profundamente en su explicación, enriqueciéndolas con más citas y pasajes del texto. Se les somete a las preguntas que tratamos anteriormente y se elaboran subcategorías estableciendo relaciones entre estas y sus categorías matrices.
- **Codificación Selectiva.** La finalidad de esta fase de la codificación consiste en seleccionar una categoría central en torno a la que se organizan, se integran y se agrupan el resto de categorías. Es una explicación en la que el investigador enjuicia el fenómeno central como si fuese un caso, en vez de una simple entrevista o una única persona. Se ofrece una panorámica general del caso cuyo resultado debería ser una categoría central sobre la cual se

desarrollan, de nuevo, sus rasgos y dimensiones y que se asocia a las demás categorías, utilizando las partes y relaciones de la codificación. El análisis de la teoría intenta describir patrones y pautas existentes en los datos, así como las condiciones en las que estos se aplican.

Integrar la información: relacionar las categorías obtenidas en el paso anterior, entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación. El proceso de codificación fragmenta las transcripciones en categorías separadas de temas, conceptos, eventos o estados. Así mismo, sirve de ayuda para realizar la discusión.

RESULTADOS

Según los resultados obtenidos de los Test aplicados se tiene que:

CUESTIONARIO DE NOMOFOBIA NMP--Q

La primera parte evalúa ansiedad a dispositivos electrónicos (Nomofobia)

SUJETOS	No nomofobia	Nomofobia leve	Nomofobia moderada	Nomofobia severa
	0	0	3	5

La segunda parte del cuestionario evalúo la adicción a dichos dispositivos electrónicos con internet.

SUJETOS	Ninguna n	Adicción leve	Adicción moderada	Adicción severa
	0	0	2	6

Según los resultados se refleja que la muestra estudiada presenta ansiedad hacia el uso del teléfono móvil (Nomofobia) y adicción a los celulares con internet.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Los resultados de la investigación se darán a través de las cuatro áreas que se estudiaron.



Fig. 1: Áreas de investigación

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LA NOMOFOBIA

En este aspecto, se analizó en los adolescentes sentimientos, conductas, tiempo dedicado al celular, opiniones de un mundo sin celulares y las reacciones a cuando se encuentran sin su teléfono móvil.

En cuanto a lo que sienten los adolescentes cuando no utilizan su celular, expresaron que se sentían mal, solos, raros, vacíos, nerviosos, enojados, aburridos, tristes y estresados, por lo cual nosotras inferimos que presentan sentimientos negativos, centrándolos en temas de cólera, ansiedad, tristeza.

...me siento muy mal, me gusta estar con mi cel, me siento solo... (Entrevista 1, 16 años)

... me siento raro, siento que me falta algo, un poco nervioso... (Entrevista 2, 17 años)

... me siento vacía, triste... (Entrevista 8, 15 años)

En cuanto a la conducta que tiene los adolescentes cuando les prohíben el uso del celular se mas en la institución educativa, por medio del auxiliar, donde los adolescentes tienen conductas de enojo, cólera, odio al auxiliar, se aíslan, gritan y responden de mala manera, haciendo un análisis a todo lo encontrado, se ve que la conducta que tienen los adolescentes es negativa, no teniendo control de sus emociones y reaccionando de manera emotiva, en vez de tener una reacción más racional.

...molesta cuando decomisan, me enojo cuando me prohíben... (Entrevista 8, 15 años)

... me enojo mucho, me da cólera el auxiliar del cole, porque a veces nos quita y lo devuelve al día siguiente... (Entrevista 3, 15 años)

...frustrada, enojada, y si me lo decomisan peor... (Entrevista 5, 16 años)

Los adolescentes refirieron que el tiempo que le dedican al uso del celular varía entre todo el día y 10 horas como máximo. Siendo en algunos casos incontable el tiempo de uso.

...10 horas al día... (Entrevista 4, 13 años)

... todo el día diría yo... (Entrevista 8, 15 años)

La opinión que los adolescentes tienen a la pregunta que se les planteo acerca de si no existieran los celulares, reflejaron que sería una vía aburrida, estarían incomunicados, desinformados y plantearon que comunicarse sería muy difícil, por lo cual inferimos la dependencia al teléfono móvil, siendo este aparato parte de la vida diaria de los adolescentes y el único para poder sentirse comunicados e informados, generando una reacción negativa si no existieran los celulares.

...la vida sería demasiado aburrida... (Entrevista 1, 16 años)

... sería muy aburrido, no nos enteraríamos de nada, ni podría coordinar con mis

amigos para vernos... (Entrevista 3, 15 años)

... aburrido, nos mantendríamos desinformados... (Entrevista 5, 16 años)

En cuanto a la reacción de los adolescentes cuando su teléfono móvil se queda sin batería, nos informaron que buscarían rápidamente un cargador (pidiendo prestado), se asustarían, estarían preocupados y desesperados, viendo así la ansiedad y preocupación excesiva por mantenerse comunicados y al tanto de las noticias en redes sociales.

...busco rápidamente donde cargar, o me presto un cargador... (Entrevista 1, 16 años)

... me desespero, hago lo que sea, busco un cargador... (Entrevista 8, 15 años)

... ¡Hay Dios! Trato de conseguir un cargador como sea... (Entrevista 7, 16 años)

Culminado con esta área, analizamos que las características psicológicas de la nomofobia se resumen en sentimientos y conductas negativas, rasgos de ansiedad, desesperación, sentimientos de vacío, preocupación, dependencia y adicción al teléfono móvil, necesidad excesiva de tener el teléfono móvil operativo, conductas que definitivamente generan una inestabilidad emocional en los adolescentes, teniendo más emociones y conductas negativas.

MUNDO SUBJETIVO

El significado que los adolescentes le dan al uso del celular y las redes sociales varían entre comentarios de que el teléfono y las redes sociales son importantes para mantenerse comunicados, lo usan para distraerse, por diversión, para mantenerse informados y es muy útil para ellos.

... que es muy importante, porque me permite comunicarme con los demás....

(Entrevista 2, 17 años)

... significa mucho, me distraigo y me mantengo informado como en los grupos de WhatsApp... (Entrevista 5, 16 años)

En cuanto la importancia que le dan al uso del celular, los adolescentes reflejaron que es muy importante, que es un medio para mantenerse comunicados, pero exageraron con palabras como “es mi vida”, “lo es todo”, lo cual demuestra el gran apego e importancia que le dan los adolescentes al celular, se observa que los pensamientos de los adolescentes hacia el uso o importancia que le dan al celular es muy fuerte, debido a la dependencia, haciendo del celular un mecanismo primordial en su vida cotidiana.

...le doy mucha importancia, mi cel es mi vida, pienso que lo es todo... (Entrevista 1, 16 años)

... que sin el no existiría la comunicación, por eso es muy importante... (Entrevista 3, 15 años)

En relación al comportamiento que tienen los adolescentes cuando están usando su celular lo categorizamos en un estado de tranquilidad, de espacio personal, donde no desean que se les moleste o interrumpa, porque podrían reaccionar de mala manera o tener emociones de cólera.

... tranquila, solo que no me gusta que me molesten... (Entrevista 1, 16 años)

... estoy tranquilo, concentrado en lo que miro... (Entrevista 2, 17 años)

Las emociones que reflejan los adolescentes cuando utilizan sus celulares son de felicidad, alegría; pero también muestran enojados y tristes, cuando los megas de su celular no funcionan o se acabaron.

... siempre estoy feliz, pero me siento enojado y triste cuando se va el internet o no tengo megas... (Entrevista 6, 16 años)

... alegre, enojada cuando se “lagea” la red... (Entrevista 8, 15 años)

... feliz, hablar con mis amigos me hace feliz, aparte que me mandan muchos “memes” (Entrevista 3, 15 años)

MOTIVACION

Los adolescentes informan que la motivación para utilizar su celular está centrada en hablar con sus amigos, responder mensajes, estar comunicados, divertirse, distraerse y mantenerse informados, los cuales son las excusas que los adolescentes ponen para estar más tiempo con el celular, generando una conducta “tipo sonámbula” donde actúan sin pensar, no midiendo su tiempo.

...para responder mensajes, y estar atento a lo que hacen mis amigos... (Entrevista 1, 16 años)

... para estar comunicados y no aburrirme... (Entrevista 2, 17 años)

... para mantenerme informada... (Entrevista 5, 16 años)

En cuanto a la función y actividades principales que le dan al celular se encuentra redes sociales (WhatsApp, Facebook) escuchar música, jugar y ver videos, acciones que mantienen a los adolescentes ocupados y perdiendo la noción del tiempo, teniendo una conducta “enviciada”.

... redes sociales... (Entrevista 5, 16 años)

... ver el Face y mandar mensajes... (Entrevista 8, 15 años)

... hablar con mis amigos, ver redes sociales... (Entrevista 1, 16 años)

...escuchar música, Messenger, WhatsApp y full face... (Entrevista 3, 15 años)

... juego, veo memes y veo muchos videos de juegos... (Entrevista 4, 13 años)

VIDA COTIDIANA

En cuanto al día a día de los adolescentes en el colegio, lo catalogan como aburrido por los cursos, escape de los problemas de su casa, utilizando el recreo para poder ver su celular, actividades que los adolescentes realizan, viendo una gran desmotivación por asistir a las clases en el colegio, teniendo un concepto negativo, esperando momentos libres para poder utilizar su celular, teniendo el miedo de que no les “decomisen” el celular.

... atiendo las clases y en el recreo uso mi celular... (Entrevista 5, 16 años)

... regular, bien cuando estoy con mis amigos, mal cuando te llaman la atención...

(Entrevista 7, 16 años)

...bien, aunque depende del curso que toca... (Entrevista 8, 15 años)

... aburrido, porque no puedo conectarme y me prohíben... (Entrevista 2, 17 años)

Las actividades que los adolescentes realizan después del colegio se categorizan en actividades como dormir, escuchar música, uso del celular con más libertad, jugar con el celular, realizar tareas; actividades que las realizan sin supervisión de sus padres, teniendo como un factor común que los padres trabajan.

... tareas y uso mi celular... (Entrevista 5, 16 años)

... a veces hago la tarea, y estoy usando mi celular... (Entrevista 6, 16 años)

... hago tareas, uso mi cel con más libertad... (Entrevista 83, 15 años)

Los adolescentes revelaron en la entrevista, y coincide en la mayoría de adolescentes, que

después del colegio se encuentran solos sin el cuidado de sus padres, ya que trabajan y regresan por la noche del trabajo; así mismo, también se quedan al cuidado de sus hermanos mayores, pero aquí los hermanos mayores no cumplen la función de padres, por lo cual los adolescentes andan más tiempo en el celular sin un control.

... mi mama, pero ella llega a las 6pm... (Entrevista 2, 17 años)

... nadie, yo cuido a mi hermanita, mis papas llegan en la noche... (Entrevista 3, 15 años)

... nadie, yo cuido a mi hermano, hasta que llega mi mama a las 4pm y ahí recién almorzamos... (Entrevista 4, 13 años)

... mi hermano mayor, tiene 24 años... (Entrevista 5, 16 años)

... mi hermana mayor, mis papas trabajan... (Entrevista 6, 16 años)

En cuanto a las actividades que los adolescentes realizan los fines de semana, se tiene que más se encuentran en sus casas, con el celular en las redes sociales, en ciertas ocasiones algunos salen con sus amigos, y también cuando se encuentran solos se toman fotos, todas estas conductas se ven reflejadas en una poca comunicación con los padres, poca planificación de actividades familiares y poca coordinación y práctica de deportes.

... salgo a veces con mis amigos, o estoy en casa viendo mangas con mi cel y viendo redes sociales, también me gusta tomarme fotos... (Entrevista 7, 16 años)

...estoy en mi casa, no me gusta salir mucho, me canso... (Entrevista 2, 17 años)

... estoy en casa... (Entrevista 3, 15 años)

... uso mi cel o el de mi mama... (Entrevista 4, 13 años)

INFLUENCIA PSICOLOGICA

En esta área hemos indagado el rendimiento académico, la relación familiar, vida social y actividades que realicen los adolescentes fuera del colegio, para conocer si la nomofobia influye en otros ámbitos de la vida de los adolescentes. En cuanto al rendimiento académico, los adolescentes informaron que se encuentran entre bajo y regular, lo cual es un factor de riesgo para futuros problemas psicológicos y académicos, en este caso puede verse relacionado al tiempo que le dedican al celular, descuidando tareas y labores académicas.

... bajo... (Entrevista 1, 4, 5)

... regular... (2, 3, 6, 7,8)

En relación a la dinámica familiar, los adolescentes refirieron que se encuentran entre más o menos y regular, justificando esta acción por el trabajo de los padres, falta de tiempo con ellos, ciertas peleas con los hermanos y problemas en la familia.

... con mi papa más o menos, con mi mama no hablo, ella vive en Cusco... (Entrevista 1, 16 años)

...regular, casi no converso mucho con mi mama por su trabajo, no tengo papa... (Entrevista 2, 17 años)

...con mi mama maso, con mi hermano peleo porque se lleva el cel de mi mama y ella siempre tiene internet... (Entrevista 4, 13 años)

... regular con mis padres, con mi hermano de 18 años peleo bastante... (Entrevista 5, 16 años)

... bueno, pero no excelente, siempre hay problemas por dinero... (Entrevista 8, 15 años)

Los adolescentes informaron que, si salen a reuniones con amigos, donde el fin en común es tomar bebidas alcohólicas (ron, vodka, pisco, vino) en fiestas, lo cual también es un factor de riesgo, debido a que los adolescentes se encuentran más propensos a tener adicciones, así como la Nomofobia.

...a veces a fiestas, tomamos vino con mis amigos... (Entrevista 1, 16 años)

*... a veces si tengo plata, o si quedamos por el grupo de WhatsApp para tomar...
(Entrevista 2, 17 años)*

*... si salgo a comprar cosas con mis amigas, a veces en fiestas tomamos vino o ron...
(Entrevista 5, 16 años)*

... si, más que todo a fiestas, tomamos vodka, ron y pisco... (Entrevista 6, 16 años)

En cuanto a la realización de actividades extracurriculares o de fines de semana, la mayoría de adolescentes informaron que no realizan ninguna actividad, lo cual genera una conducta sedentaria en los adolescentes, sin establecimientos de normas y reglas dentro del hogar, no teniendo habilidades sociales, por lo cual se dedican a tomar o al uso del celular.

DISCUSIÓN

Teniendo presentes los resultados obtenidos en la investigación, existen ciertos aspectos importantes que se detallaran a continuación haciendo un análisis de cada uno de ellos en esta discusión, respecto a la entrevista a profundidad que se les realizo a los 8 adolescentes, al observar de manera directa que las adicciones tecnológicas y comportamentales cada día cobran más auge y son ellas las que llevan a los jóvenes y adolescentes, entre otros a contagiarse de este uso desadaptativo, por lo que se pretende hacer un análisis en relación a la problemática de la nomofobia, teniendo en cuenta la influencia a nivel personal, social, familiar y académico, en relación al análisis de los resultados obtenidos mediante los cuales se puede afirmar lo siguiente:

Con relación a la interrogante de ¿Cómo influye la Nomofobia en el desarrollo psicológico de los adolescentes, viendo sus implicancias a nivel personal, social, académico y familiar de estudiantes de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya? Pues podemos responder que los aspectos más perjudicados en la aparición de esta patología comportamental es la comunicación interpersonal porque el celular se convirtió en un aparato tan necesitado para el nomofóbico que no le presta atención a todo lo que está alrededor de la familia y esto hace que el adolescente afectado no comparta ni conviva con los que le rodean, teniendo conductas de quedarse en casa, rendimiento académico de bajo a regular, poca comunicación familiar, inestabilidad emocional y dependencia en los adolescentes estudiados. Y corroboramos nuestra hipótesis de que la Nomofobia genera cambios psicológicos en la vida cotidiana de los adolescentes.

La mayoría de adolescentes afirmaron que dejan el celular cerca de ellos cuando están

durmiendo o que siempre está a su costado, siendo importante destacar de ello que los adolescentes ya no pueden separarse del móvil por lapsos de tiempo prolongados y sienten la necesidad “irracional” de estar en contacto directo con ellos, lo mismo que afirma Beranuy, Sánchez y Graner (2007), donde argumenta que muchas personas usan el celular como un accesorio más de uso cotidiano uno de ello es de despertador provocando así colocar el móvil cerca de ellos y/o dormir con él bajo la almohada o en la mesita de noche. Por lo que se puede hacer el análisis de la angustia, inseguridad y desesperación que sufren los adolescentes cuando no están en contacto directo de los mismos incluso afectando el proceso del sueño ya que en algunos casos crean sitios de chat o mensajería instantánea con amistades nocturnas desequilibrando así el Ciclo del sueño y como resultado se vea afectada también la salud somática.

Por otra parte al abordar los temas de la adicción a las redes sociales, en una de las preguntas de la entrevista donde se cuestiona la función principal que le dan al celular, los adolescentes reflejaron que las redes sociales son un buen medio para mantenerse en comunicación, se puede deducir que los adolescentes están íntimamente ligados a los medios tecnológicos como son las redes sociales, de ello comenta también Van Der Henst (2001), quien indica que al iniciarse en una red social, justamente se empieza por hallar a otros con quienes compartir los intereses, preocupaciones o necesidades y aunque no sucediera más que eso, eso mismo rompe el aislamiento que suele aquejar a la gran mayoría de personas lo cual suele manifestarse en el retraimiento y otras veces en excesiva vida social sin afectos comprometidos. Y también Díaz (2011), lo confirma al momento de describir que si no se está en una red social se está anticuado e incluso fuera de onda, a lo cual los adolescentes están en plena búsqueda de su identidad y de pertenecer a un grupo.

En nuestra investigación se halló que la edad de inicio de la Nomofobia es, en promedio, los 13 hasta los 17 años, y la etapa en la que se practica esta conducta es la Adolescencia. Esto concuerda con un estudio realizado en Perú, por el Ministerio de Salud (MINSA) donde informó que el 2012 atendió a 190 adolescentes entre 12 y 17 años con problemas de adicción a internet, entre ellos el uso de celulares, y en el 2013 este número se elevó a 201 casos (Luque, 2009), estos resultados concuerdan con nuestra investigación debido a que el rango de edad y la etapa en la cual se desarrolla la Nomofobia es la adecuada, teniendo a la adolescencia como la etapa en la que se encuentra con varios factores de riesgo, teniendo en la actualidad más problemas por la dependencia al celular.

Se encontraron estudios asociados a la adicción a las redes sociales, adicción a Facebook y adicción a internet, precisamente un estudio realizado por Herrera, Pacheco, Palomar y Zavala (2010) indican la existencia de una correlación entre adicción a Facebook, baja autoestima, depresión y la falta de habilidades sociales. Estos resultados son tomados como evidencia para el presente estudio, puesto que está comprobado que uno de los problemas relacionados a las adicciones como es el caso de internet, influye de manera negativa en el desarrollo de las habilidades sociales. De la misma manera, se encuentra evidencia que el tema de las adicciones se involucra en el uso indebido de los móviles, y específicamente este fenómeno se viene estudiando en países tan diversos como Estados Unidos, España, Japón, Holanda, Corea, Túnez, e Italia (Pedrero, Rodríguez, y Ruiz, 2012), reconociendo que también en Perú el tema está siendo muy relevante pues existen evidencias significativas de su prevalencia (Morales, 2012). Nuestra investigación coincide con estos antecedentes, debido a que 7 de los estudiantes que estudiamos refirieron realizar como actividad principal en sus celulares, estar conectados a las redes sociales, teniendo más tiempo cuando están en casa, debido a que los padres trabajan, así mismo, que las habilidades sociales como la

comunicación no están bien desarrolladas, los adolescentes se reúnen en diversas ocasiones para tomar alcohol, lo cual puede ser un factor de riesgo y a la vez un impulso para que puedan desenvolverse sin temores, debido a que no hay adecuadas habilidades sociales.

La investigación realizada en España por Protégeles (2012) se halló que el 38% de los adolescentes mostraban síntomas de dependencia al móvil. Por otro lado en Ámsterdam (Países Bajos); Leung (2012) se encontró que 28.7% de la población adolescente clasifica como una tendiente a la dependencia al móvil, lo cual en nuestra investigación se corrobora, teniendo como principal conducta de la nomofobia, la dependencia, teniendo en lo adolescentes diversas características o síntomas psicológicos que puedan dar con un cuadro de dependencia, en nuestra investigación los adolescentes tenían como principal característica sentir que su celular era “su vida”, “lo era todo”, pensamientos erróneos que derivan en emociones negativas cuando se les prohíbe el uso del celular en el colegio; así mismo, la reacción negativa que tienen cuando su celular no tiene batería, sintiéndose desesperados y buscando soluciones rápidas, todo esto aunado a síntomas de ansiedad, cólera, rabia, desesperación, nerviosismo, falta de control por parte de los padres, etc; conforman una dependencia de los adolescentes al celular.

Los investigadores como Barbosa, Beltrán y Fraile (2015) en Bogotá – Colombia, presentaron en una investigación titulada: Impulsividad, dependencia a internet y telefonía móvil en una muestra de adolescentes de la ciudad de Bogotá, concordamos con esta investigación debido a que la emoción y sentimiento principal en los adolescentes es la de ira, cólera, enojo, que podríamos enmarcarlo en impulsividad, lo cual se ve reflejado en el momento en que se les prohíbe a los adolescentes el uso del celular en el colegio, teniendo conductas negativas como protesta a ese atropello a su privacidad o a su espacio personal.

Adriano et al. (2016) en una investigación titulada; funcionamiento familiar y adicción a internet en estudiantes de institución educativa pública de Lima norte. Se utilizó un muestreo no probabilístico, involucrando alumnos de ambos géneros con edades de 12 y 20 años, obteniendo que el 44% de los adolescentes presenta un funcionamiento familiar de rango medio y un 21.7% tiene un funcionamiento externo. Del mismo modo, el 86% de los participantes evidencian un uso normal de internet, el 13% presenta en riesgo de adicción y solamente cerca del 1% presenta el uso adictivo de internet. “Se concluye que no hay una relación significativa entre las variables de estudio, sin embargo, se encontró relación negativa con cohesión familiar, es decir, cuanto mayor es la cohesión familiar menor es el riesgo de adicción a internet. Respecto a este antecedente de investigación, podemos decir que según nuestros resultados y análisis a profundidad de la relación familiar de nuestros adolescentes en estudio, encontramos que la mayoría de los padres se dedicaban al trabajo, no teniendo una adecuada comunicación, falta de control e imposición de límites en casa, haciendo que los adolescentes estén expuestos a problemas de alcohol, baja autoestima, bajo rendimiento académico, todo esto está relacionado a la influencia psicológica, debido a que el tema de Nomofobia puede tener correlación con otros problemas psicológico, en este caso en las familias disfuncionales.

En Arequipa, la investigación “Adicción al celular en estudiantes de la Universidad Nacional de San Agustín y Universidad Católica San Pablo” (2015) por Flores, C., Gamero, K., Arias, W., Melgar, C., Sotam A. y Ceballos, K., nos muestran en su investigación que las mujeres puntúan más alto que los varones en Tolerancia y abstinencia, Abuso y dificultad para controlar el impulso. En relación a esta investigación, nosotras encontramos que los varones tienen más características de volverse dependientes al teléfono móvil,

desencadenando características psicológicas negativas, se vio que se encontraban más preocupados y desesperados por mantenerse en contacto en sus redes sociales y estar a la expectativa de reuniones y salidas con sus amigos.

Por todo lo anterior expuesto podemos deducir que tanto la Nomofobia como la adicción a las redes sociales son dos adicciones comportamentales y tecnológicas que afectan con gran fuerza en esta era de la tecnología, pero es el uso desadaptativo y desmedido los que generan esta misma adicción donde cada uno de los aspectos puede ser un proceso de doble vía en donde una desate a la otra o las dos estén íntimamente ligadas, siendo esto un atractivo mayor para el adolescente voluble.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Nuestros adolescentes que no formaron parte de la muestra son muy propensos a desarrollar la patología denominada Nomofobia, por todos los adelantos tecnológicos que se tienen en estos días y por el uso desmedido que se le ha dado a cada uno de ellos.

SEGUNDA: A nivel personal se analizan los pensamientos, emociones y conductas de los adolescentes, los cuales reflejaron síntomas donde expresan sentimientos negativos, inestabilidad emocional, dependencia al teléfono móvil, mal uso de las redes sociales, teniendo como idea principal que las redes sociales y el celular son indispensables para la comunicación. Así mismo, presentan emociones de cólera, ira, enojo, cuando son apartados de su celular.

TERCERA: A nivel social, los adolescentes presentan adicción debido a que el objetivo principal es mantenerse comunicados con sus amigos, para divertirse, jugar, responder mensajes, distraerse y mantenerse informados. Así mismo, una característica negativa es que limita a comunicación interpersonal, siendo suplantada por el celular.

CUARTA: En cuanto a lo familiar, se refleja que existe una carencia de afecto, comunicación, tiempo y dedicación por parte de los padres hacia los adolescentes, poca relación con sus padres por motivos de trabajo, siendo una consecuencia que los adolescentes centren su atención en el celular.

QUINTA: En el nivel académico, se tiene que los adolescentes presentan un rendimiento académico de regular a bajo, debido a que la mayoría de tiempo lo tienen dedicado al celular, dejando de lado actividades escolares, como cumplimiento de tareas y obligaciones en casa.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Es importante crear campañas de prevención para la población adolescente y juvenil, sobre el uso correcto de la tecnología actual, y que de esta manera se pueda fomentar conciencia de la importancia, necesidad y utilidad de estos adelantos y guiar a los jóvenes a su uso correcto con el fin de evitar el apareamiento de afecciones psicológicas para los adolescentes y jóvenes.

SEGUNDA: Los padres de familia y personas que conviven con la población adolescente y juvenil deben saber distinguir hasta qué punto una conducta es normal y hasta qué punto pueden iniciarse los criterios de adicción a los medios tecnológicos como lo es el uso del celular y las redes sociales, para que de esta manera se puedan establecer los límites y evitar la aparición de adicciones comportamentales o patologías tecnológicas.

TERCERA: Es fundamental y necesario crear programas educativos institucionales que ayuden a disminuir los índices de Nomofobia y adicción a redes sociales, ya que es un problema social que en estos días está tomando mayor fuerza dentro del que hacer educativo, no solo dañando al ser humano como tal sino también al proceso de comunicación y enseñanza-aprendizaje, por ello es indispensable involucrar a la comunidad educativa en estos programas.

CUARTA: Es imprescindible que los profesionales de la salud mental identifiquen claramente los criterios diagnósticos de las patologías modernas, es decir, patologías comportamentales y tecnológicas, que se establezcan criterios

específicos para ellas y de esta manera su identificación sea más clara y mejore la forma de abordaje desde el encuadre psicoterapéutico.

QUINTA: Los centros educativos deben ofrecer talleres de sensibilización y uso racional de los aparatos y adelantos tecnológicos (celulares e internet), para los integrantes de la comunidad educativa y que de esta manera se disminuyan los índices adictivos de Nomofobia y adicción a Redes Sociales e involucrar a padres de familia, maestros y alumnos, estos últimos por ser la población más voluble con respecto al uso desadaptativo que puedan generar los avances tecnológicos.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES-MESES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE
1. Fase de Planeación					
Elaboración del proyecto					
Aprobación del proyecto					
Desarrollo técnico					
Determinación del tamaño muestra					
Aplicación					
2. Fase de análisis					
Análisis de datos					
Redacción de informe					
3. Fase de difusión					
Presentación a comité revisor					
Presentación a revista					

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- “Manual de Estilo de publicaciones de la Asociación Americana de Psicología”*.
(2012). Guía de estilo de la APA para citas en el Texto y Referencias de
Textos (6ª ed.). Washington, DC: APA.
- Achaerandio, L. (2010). Iniciación a la práctica de la investigación. (Séptima
edición). Guatemala, Guatemala.
- Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003). *“Las nuevas adicciones: Internet, sexo, deporte,
compras, trabajo, dinero”*. Barcelona: Kairós.
- Adicción al celular en universitarios de la UNSA y la UCSP. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/288663406_Adiccion_al_celular_en_universitarios_de_la_UNSA_y_la_UCSP [accessed Aug 23
2018].
- Alonso-Fernández, F. (2003). *“Las nuevas adicciones”*. Madrid: TEA.
- Anidjar, S., Gun, L. M., Luna, J. D. & Navarro, L. A. (2009). Redes Sociales.
(Tecnología de la comunicación II). Facultad de Ciencias Humanas,
Universidad Nacional de San Luis. Argentina
- Arbesú, J. A. (2011). En el artículo llamado Una de cada cuatro personas sufre
adicciones sin sustancia. En la página de Internet
<http://www.semergen.es/semergen/noticia-13963>
- Asúnsolo, A. (2011). En el artículo titulado “Que son y cómo funcionan las
Redes Sociales”. En la página de internet
[http://www.microsoft.com/business/es-](http://www.microsoft.com/business/es-es/Content/Paginas/article.aspx?cbcid=71)
[es/Content/Paginas/article.aspx?cbcid=71](http://www.microsoft.com/business/es-es/Content/Paginas/article.aspx?cbcid=71)

- Barrio, A. (2014). “*Los adolescentes y el uso de los teléfonos móviles y de video juegos. International Journal of Developmental and Educational Psychology*”, 3(1), 563-570.
- Becoña, E. & Cortés, M. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Socidrogalcohol. Valencia, España.
- Becoña, E. & Cortés, M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Socidrogalcohol. Valencia, España.
- Becoña, E. (2001). “*Tratamiento psicológico de las conductas adictivas*”. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Beranuy, M., (2006). Uso y abuso del teléfono móvil en los jóvenes y adolescentes. Facultad de Psicología, Universitat Ramon Llull. Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Barcelona, España.
- Calvillo, C. (2012). En el artículo de internet Tres de cada cuatro usuarios de móviles lo usan en el baño. En la página <http://www.muyinteresante.es/tres-de-cada-4-usuarios-de-moviles-lo-usan-en-el-baño>
- Castellana, M.; Sánchez-Carbonell, X., Graner, C. & Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las Tecnologías de la Información y la Comunicación: Internet, móvil y videojuegos. Papeles del Psicólogo, 28(3), 196-204.
- Castellana, R., Sánchez, X., Graner, C. & Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: internet, móvil y videojuegos, Papeles del psicólogo, septiembre-diciembre 28,003, 196-204.

- Chóliz, M. & Villanueva, V. (2011). “*Evaluación del móvil en la adolescencia*”.
Revista Española de Drogodependencias, 36(2), 165-184. Rev. Psicol.
(Arequipa. Univ. Catól. San Pablo) / Año 2015 / Vol 5 / N° 2 / pp.13-25 /
ISSN 2306-0565
- Chóliz, M., Villanueva, V. & Chóliz, M. J. (2009). Ellas, ellos y su móvil: uso,
abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia, Revista
Española de Drogodependencias, 34 (1) 74-88. España.
- Díaz, M. (2011). ¿Redes sociales o insociables? Depende de ti. Revista mensual
publicada por la Iglesia Adventista del Séptimo Día en español, inglés y
francés, Año 7- agosto 2018, 14-16. Estados Unidos de Norteamérica
- Escobar, (2012). En el artículo titulado ¿Por qué no podemos vivir sin celular?.
Escrito en la página de internet,
<http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/Por-que-no-podemos-vivir-sin-celular>
- Expertos en Suiza (2011). En el artículo titulado Adictos a redes sociales. En la
página de internet <http://noticias.universia.edu.uy/tiempo-libre/noticia/2011/01/31/785656/adictos-redes-sociales.html>
- Flores, J. J., Morán, J. J. & Rodríguez, J. J. (2010, septiembre). Las Redes Sociales.
Informe presentado por autoridades de la Universidad San Martín de
Porres y Universidad Tecnológica del Perú. Lima, Perú.
- Forunati, L. & Magnanelli, A. M. (2002). “*El teléfono móvil de los jóvenes. Estudios de Juventud*”, 57(2), 59-78.
- Gálvez, L. (2010). Las Redes sociales. Estudiante de comunicaciones. Facultad
de Humanidades, Universidad Rafael Landívar, Guatemala, Guatemala.

- Gamero, K.; Flores, C.; Arias, W. L.; Ceballos, K. D.; Román, A. & Marquina, E. (2015). Estandarización del Test de Dependencia al Celular para una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa. *Persona* (artículo sometido a revisión).
- García, L.; Orellana, O.; Poma laya, R.; Yanac, E.; Sotelo, L.; Herrera, E.; Sotelo, N.; Chávez, H.; García, N.; Macazaga, D.; Orellana, D. & Fernandini, P. (2010). Ciber-bullying en escolares de educación secundaria de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 13(2), 83-99.
- García, V. & Fabila, A. M. (2014). Nomofilia vs. nomofobia. Irrupción del teléfono móvil en las dimensiones de vida de los jóvenes. Un tema pendiente para los estudios en comunicación. *Razón y Palabra*, 86(2), descargado el 5 de junio de 2014 de: www.razonypalabra.org.mx
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. (3ra. Edición). México D.F.: McGraw-Hill.
- Interactive (2011). En el artículo titulado Administración de redes sociales. En la página de internet <http://www.cocoainteractive.com/cocoa/servicios/implementacion/administracion-de-redes-sociales/>
- Labrador, F. J. & Villadangos, S. M. (2010). Menores y nuevas tecnologías: Conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22(2), 180-188.
- López, A. (2004). Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención, *Revista profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 22-52. España.

- Lorente, S. (2002). Juventud y teléfonos móviles: algo más que una moda. *Estudios de Juventud*, 57(2), 9-24.
- Mogollón, M. (2011). Seminario "Redes Sociales". Facultad de Humanidades, Universidad Mariano Gálvez. Sololá, Guatemala.
- Morales, L. F. (2012). Adicción al teléfono móvil o celular. *Revista de Psicología de Arequipa*, 2(1), 94-102.
- Muñoz-Rivas, M. J. & Agustín, S. (2005). La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual*, 13(3), 481-493.
- Oliva, A.; Hidalgo, M.; Moreno, C.; Jiménez, L.; Jiménez, A.; Antolín, L. & Ramos, P. (2012). Uso y riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes andaluces. España: Editorial Agua Clara, S.A.
- Pedrero, E. J.; Rodríguez, M. T. & Ruiz J. M. (2012). Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones*, 24(2), 139-152.
- Pérez, I. (2012). En el artículo Nomofobia, cuando se pierde el teléfono móvil. Escrito en la página de internet, <http://israel-perez-valencia.suite101.net/nomofobia-cuando-se-pierde-el-telefono-movil-a>
- Pérez, M. (2011). En el artículo Qué son las redes sociales. Publicado en la página de internet. <http://crecimiento-personal.innatia.com/coaching/a-que-son-redes-sociales.html>
- Ponce, A. (2011). En el artículo Nomofobia: la pandemia del siglo XXI. <http://suite101.net/article/nomofobia-la-pandemia-del-siglo-xxi-a66645>

- Racancoj, J. (2012) en la publicación de El Quezalteco “Buscan buen uso de redes sociales”. Año XXVIII, No. 2365. Quetzaltenango, Guatemala.
- Rivas, B. (2011), en el artículo de internet titulado Nomofobia, una nueva fobia tecnológica. En la página de internet <http://tecnologia7.net/notas-curiosas/nomofobia-nueva-fobia-tecnologica/#axzz1ogirnoZ9>
- Salas, E. (2014). Adicciones psicológicas y los nuevos problemas de salud. *Cultura*, 28, 111-146.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A, & Obsert, U. (2008). La adicción a internet y al móvil: ¿moda o trastorno?. Facultad de Psicología, Universitat Ramon Llull. Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Barcelona. España.
- Tenzer, S. M., Ferro, O. & Palacios, N. (2009, junio). Redes sociales virtuales: personas, sociedad y empresa. Cátedra Introducción a la Computación. Facultad de Ciencias Económico Administrativas, Universidad Autónoma de Tlaxcala. Tlaxcala, México.
- Torres, (2012). En el artículo Nueva enfermedad que llego con los celulares, psicóloga española en la página de internet <http://www.yoespiritual.com/reflexiones-sobre-la-vida/nomofobia-nueva-enfermedad-que-llego-con-los-celulares.html>
- Trabajo de Investigación (2011). Internet mi otro yo. Estudiantes de psicología. Facultad de Humanidades, Universidad Mariano Gálvez. Sololá, Guatemala
- Valencia, C. (2011). En el artículo titulado Nomofobia. En la página de internet <http://psicologo-valencia.eu/2011/09/06/nomofobia/>

Van Der Henst, (2011), en el artículo Defendiendo las redes sociales. En la
página de internet

<http://www.maestrosdelweb.com/editorial/redessociales/>

Vásquez, N. (2011) en la publicación de Prensa Libre “Las redes sociales”.

Publicada el 14 de septiembre de 2001. Guatemala.

ANEXOS

ANEXO 1

GUIA DE ENTREVISTA

1. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LA NOMOFOBIA

- A. ¿Cómo te sientes cuando no utilizas tu celular?
- B. ¿Cómo es tu conducta cuando te prohíben utilizar el celular?
- C. ¿Cuánto tiempo le dedicas al uso de tu celular?
- D. ¿Qué opinas si no existieran los celulares?
- E. ¿Cuál es tu reacción si tu celular se queda sin batería?

2. MUNDO SUBJETIVO

- A. ¿Qué significa para ti usar el celular y las redes sociales?
- B. ¿Qué importancia le das al uso del celular? (Pensamientos)
- C. ¿Cuéntame cuál es tu comportamiento cuando te privan de tu celular?
- D. ¿Cuándo utilizas tu celular como te comportas? (emociones)

3. MOTIVACION

- A. ¿Por qué utilizas tu celular?
- B. ¿Cuál es la función primordial que le das a tu celular?
- C. ¿Qué actividades realizas con tu celular?

4. VIDA COTIDIANA

- A. ¿Cuéntame cómo es tú día a día aquí en el colegio?
- B. ¿Qué actividades realizas en casa después del colegio?
- C. ¿Quién está a tu cuidado después de clases?
- D. ¿Qué haces los fines de semana?

5. INFLUENCIA PSIOLOGICA

- A. ¿Cómo está tu rendimiento académico?
- B. ¿Cómo es tu relación familiar?
- C. ¿Asistes a reuniones sociales? ¿Qué es lo que haces?
- D. ¿Qué actividades realizas aparte de tus estudios escolares?

ANEXO 2

INSTRUMENTO

ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO TDM (CHÓLIZ Y VILLANUEVA, 2011):

Indica con qué frecuencia realizas las afirmaciones que aparecen a continuación tomando como criterio la siguiente escala:

0-Nunca 1- Rara vez 2- A veces 3- Con frecuencia 4- Muchas veces

1-Me han llamado la atención o me ha hecho alguna advertencia por gastar mucho el teléfono móvil	0	1	2	3	4
2-Mis padres ponen un límite de saldo en el móvil, pero siempre lo acabo antes de tiempo	0	1	2	3	4
3-He discutido con mis padres o familiares por el gasto económico del móvil	0	1	2	3	4
4-Dedico más tiempo del que quisiera a hablar por el móvil, enviar SMS, WhatsApp o uso del chat.	0	1	2	3	4
5-He enviado más de 5 mensajes en un día a través del móvil	0	1	2	3	4
6-Me he acostado más tarde, o he dormido menos por estar utilizando el móvil	0	1	2	3	4
7-Gasto más dinero con el móvil (llamadas, mensajes, WhatsApp, chat, etc.) del que tenía previsto	0	1	2	3	4

8-Cuando me aburro, utilizo el móvil	0	1	2	3	4
9-Hago uso del móvil (llamadas, SMS, WhatsApp, Viber, etc.) en situaciones que no es correcto hacerlo, como cuando estoy comiendo o hablando con personas	0	1	2	3	4
10-Me han reñido porque gasto mucho dinero o paso mucho tiempo usando el móvil.	0	1	2	3	4

Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones que se presentan a continuación:

0-Totalmente en desacuerdo

1-Un poco en desacuerdo

2-

Neutral 3-Un poco de acuerdo

4- Totalmente de acuerdo

11-Cuando llevo un tiempo sin utilizar el móvil, siento la necesidad de llamar a alguien o enviar SMS, o utilizar el WhatsApp o utilizar el chat.	0	1	2	3	4
12-Desde que tengo móvil he aumentado el número de llamadas que hago	0	1	2	3	4
13-Si se me estropeara el móvil durante un periodo largo de tiempo y tardaran en arreglarlo, me encontraría mal	0	1	2	3	4
14-Cada vez necesito utilizar el móvil con más frecuencia	0	1	2	3	4
15-Si no tengo el móvil me encuentro mal	0	1	2	3	4
16-Cuando tengo el móvil en las manos no puedo dejar de utilizarlo	0	1	2	3	4

17-Desde que tengo móvil he aumentado el número de mensajes SMS, WhatsApp, chats, etc. que envío	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

18-Nada más levantarme lo primero que hago es ver si me ha llamado alguien al móvil, o si me han mandado un SMS, o un WhatsApp	0	1	2	3	4
19-Gasto más dinero en móvil ahora que cuando me lo compraron	0	1	2	3	4
20-No creo que pudiera aguantar una semana sin móvil	0	1	2	3	4
21-Cuando me siento solo le hago una perdida a alguien, o le llamo o le envío un SMS, o un WhatsApp	0	1	2	3	4
22-Ahora mismo cogería el móvil y enviaría un mensaje, o haría una llamada o utilizaría el WhatsApp	0	1	2	3	4

Las notas que he sacado del último cuatrimestre han sido (márcalo con una cruz): 1-Muy malas 2-Malas 3-Regular 4-Buenas
5-Muy buenas

CUESTIONARIO SOBRE EL USO DEL TELÉFONO MÓVIL

1. ¿Cuántos años hace que tienes móvil? (aproximadamente):

2. Entre semana:

a) ¿Cuántas llamadas realizas al día desde tu móvil?

b) ¿Cuántos mensajes envías?

c) ¿Cuántos “toques” o “perdidas”?

d) ¿Cuánto tiempo dedicas a utilizar el móvil? (aprox.)

3. Los fines de semana:

a) ¿Cuántas llamadas realizas al día desde tu móvil?

b) ¿Cuántos mensajes envías?

c) ¿Cuántos “toques” o “perdidas”?

d) ¿Cuánto tiempo dedicas a utilizar el móvil? (aprox.)

4. ¿Cuánto dinero sueles gastar al mes en el móvil?

5. Generalmente, ¿cómo pagas el consumo del móvil?

☐ Me lo pago yo

☐ Me lo pagan (indica quién)

6. ¿Sueles apagar el móvil durante la noche? Sí No

7. ¿Utilizas el móvil cuando estás en la cama (enviar o recibir llamadas, recibir o enviar sms, perdidas, etc.)? (marca con una X)

Nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Con frecuencia (4)	Casi todas las noches (5)

8. ¿Utilizas WhatsApp o similar?

SI

NO

9. ¿Con qué frecuencia te conectas a redes sociales con el móvil?

Nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Con frecuencia (4)	Casi todos los días (5)

10. ¿Con qué frecuencia realizas apuestas u otros juegos de azar con el móvil?

Nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Con frecuencia (4)	Casi todos los días (5)

11. ¿Con qué frecuencia juegas a videojuegos online (MMPORG) con el móvil?

Nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Con frecuencia (4)	Casi todos los días (5)

12. Del 0 al 100 ¿Cuál es tu grado de dependencia del teléfono móvil? (Pon una X)

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

**TRASTORNO DE ANSIEDAD Y ADICCIÓN EN ADOLESCENTES ASOCIADO AL USO DE
DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS**

Número de lista: _____

☐ Noveno Grado

☐ Décimo Grado

☐ Décimo-primer Grado

Sección A ☐ B ☐

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Edad: _____

¿Cuántas horas diarias utiliza dispositivo electrónico con internet?

1. Menos de 1 hora

2. 1 a 2 horas

3. Más de 3 horas

Parte I: Ansiedad

Indicaciones: Por favor lea cada pregunta y conteste en base a la siguiente puntuación:

1. Totalmente en desacuerdo

2. En desacuerdo

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4. De Acuerdo

5. Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Si no puedo revisar mi teléfono por algún tiempo, siento el constante deseo de mirar si tengo nuevas notificaciones o mensajes.					
2. Al no tener datos móviles o no poder conectarme a señal de Wi-Fi, reviso constantemente para verificar si puedo conectarme o detectar señal de red					
3. Me pongo nervioso/ansioso cuando no puedo revisar mis redes sociales, correo o no funciona la señal de cable.					

4. Me sentiría incómodo al no poder estar actualizado con las noticias de mis redes sociales o conectadas a la red en general.					
5. Si olvidara mi teléfono o computadora me sentiría ansioso por no poder recibir llamadas o mensajes.					
6. Me asusta la idea que se acabe el saldo o la batería de mi teléfono y/o computadora					
7. Me pongo inquieto, irritado o presentó temblores al no poder utilizar mis dispositivos electrónicos					
8. Se me dificulta dormir si no tengo mi computadora o teléfono.					
9. Mientras estudio o realizo otras actividades siento ansiedad por revisar constantemente mi teléfono o computadora.					
10. Cuando no puedo usar o no funcionan mis dispositivos electrónicos he tenido palpitaciones, opresión de pecho, falta de aire o respiración rápida.					
11. Me pongo triste o con ganas de llorar cuando no tengo acceso a redes sociales o a internet.					

12. Durante mi tiempo libre lo único que pienso hacer/hago, es ver redes sociales, televisión o jugar juegos de video					
13. He presentado dolores de cabeza, sudoración o mareos cuando no tengo acceso a mis dispositivos electrónicos.					

Parte II: Adicción

Indicaciones: Por favor lea cada pregunta y conteste en base a la siguiente puntuación:

1. Nunca o rara vez
2. A veces
3. Con frecuencia
4. Muy a menudo
5. Siempre

Adicción a dispositivos electrónicos con internet	1	2	3	4	5
14. ¿Con qué frecuencia estás conectado a internet más tiempo del que te habías propuesto?					
15. ¿Con qué frecuencia abandonas las cosas que tienes que hacer para pasar más tiempo conectado a internet?					
16. ¿Con qué frecuencia estableces nuevas relaciones con personas que utilizan internet?					
17. ¿Con qué frecuencia los que comparten tu vida (Padres, hermanos) se quejan del tiempo que pasas en dispositivos electrónicos?					
18. ¿Con qué frecuencia se ven afectado tus estudios por la cantidad de tiempo que esté conectado?					
19. ¿Con qué frecuencia contestas de forma agresiva o mantienes en secreto las actividades que realizas en Internet?					
20. ¿Con qué frecuencia el internet te ayuda a evadir, bloquear pensamientos en tu vida que te dan ansiedad?					

21. ¿Qué tan frecuente te descubres pensando sobre cuándo vas a volver a estar conectado y qué vas a hacer la próxima vez que te conectes?					
--	--	--	--	--	--

22. ¿Con qué frecuencia piensas que la vida sin internet sería vacía y sin alegría?					
23. ¿Qué tan frecuentemente gritas, contestas o actúas de forma inadecuada si alguien te interrumpe mientras usas el internet?					
24. ¿Qué tan frecuente pierdes horas de sueño por estar conectado?					
25. ¿Con que frecuencia te piensas “solo unos minutos más” cuando estas conectado?					
26. ¿Con qué frecuencia has intentado reducir el tiempo que pasas en dispositivos electrónicos y no lo has conseguido?					
27. ¿Qué tan frecuente decides pasar más tiempo en dispositivos con internet que salir o hablar con tus amigos?					
28. ¿Con que frecuencia te sientes deprimido, nervioso o tenso cuando estas conectado, estos sentimientos desaparecen cuando estas desconectado?					

ANEXO 3

INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

GUIA DE ENTREVISTA

Dirigido a adolescentes de 13 a 17 años

APRECIACIÓN CUALITATIVA				
CRITERIOS	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento				
Claridad en la redacción de los ítems				
Pertinencia de la variable con los indicadores				
Relevancia del contenido				
Factibilidad de la aplicación				

Observaciones

Validado por:	C.Ps P
Profesión:	
Lugar de Trabajo:	
Cargo que desempeña:	
Lugar y fecha de validación:	
Firma:	

INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

APRECIACIÓN CUANTITATIVA

GUIA DE ENTREVISTA

Dirigido a adolescentes de 13 a 17 años

Ítems	Escala Evaluativa*				Observaciones
	1	2	3	4	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

19					
20					

Validado por:	C.Ps P
Profesión:	
Lugar de Trabajo:	
Cargo que desempeña:	
Lugar y fecha de validación	
Firma:	

***Escala Evaluativa:**

- 4: Excelente
- 3: Bueno
- 2: Regular
- 1: Deficiente

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola, nuestros nombres son Andreina Herrera Bejarano y Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi, somos de la Universidad Nacional de San Agustín, específicamente de la Escuela Profesional de Psicología. Estamos realizando un estudio que busca explorar y entender las experiencias de los adolescentes sobre sus emociones, pensamientos, sentimientos y conductas frente al Uso del celular. Nos gustaría que puedas colaborar con nosotros siendo parte del estudio.

Para el mismo, tendremos una reunión en la que conversaremos y se realizará la aplicación de una entrevista personal y cuestionarios.

Toda la información que se recoja para el estudio se manejará con absoluta confidencialidad. Esto quiere decir que en ningún momento será revelado tu nombre verdadero, se guardarán en todo momento y se les dará un uso exclusivamente académico y científico.

Si decides participar, tu aporte colaborará en obtener un mayor conocimiento acerca de cómo son las experiencias y vivencias de los adolescentes que presentan “Nomofobia”.

Si estás de acuerdo con participar, por favor firma abajo. Tú te quedarás con una copia de esta hoja firmada por nosotros para que la guardes.

¡Muchas gracias por tu tiempo!

Fecha: _____

Participante

Andreina Herrera

Gioriet Ochoa

Investigadoras

ANEXO 5

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES, DIMENSIONES E INSTRUMENTOS	POBLACION Y MUESTRA
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS PRINCIPAL	NOMOFOBIA	
¿Cómo influye la Nomofobia en el desarrollo psicológico de los adolescentes, viendo sus implicancias a nivel cognitivo, conductual, social, académico y familiar de estudiantes de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya?	Conocer y analizar la influencia psicológica de la Nomofobia en adolescentes de 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo del Distrito de Tiabaya.	La Nomofobia genera cambios psicológicos en la vida cotidiana de los adolescentes de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya.	<p>Ponce (2011), comenta que se considera que la Nomofobia es una de las patologías tecnológicas más modernas y de aparición reciente, es conceptualizada como el miedo irracional a quedarse sin teléfono móvil ya sea momentáneamente o para siempre. Su nombre proviene de la expresión inglesa “no-mobile-phone phobia” que significa “sin móvil o celular”.</p> <p>Categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal - Familiar - Social 	<p>POBLACION</p> <p>Se trabajará con ocho adolescentes entre mujeres y hombres con edades entre 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo del Distrito de Tiabaya</p> <p>MUESTRA</p> <p>El tipo de muestreo será no probabilístico, llamado muestro por Conveniencia, porque los sujetos serán seleccionados viendo la conveniente accesibilidad y proximidad de la muestra para las investigadoras</p>

	OBJETIVO SECUNDARIOS		<ul style="list-style-type: none"> - Conductual - Cognitivo - Emocional - Académico 	DISEÑO METODOLOGICO
	<p>a. Describir las características psicológicas de la Nomofobia en adolescentes de 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya.</p> <p>b. Conocer el mundo subjetivo de los adolescentes de 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya que sufren de Nomofobia.</p> <p>c. Describir la motivación de la Nomofobia en adolescentes de 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya.</p>		<p>Instrumento:</p> <p>La primera parte evalúa ansiedad a dispositivos electrónicos (Nomofobia)</p> <p>La segunda parte del cuestionario evalúo la adicción a dichos dispositivos electrónicos con internet. La encuesta se realizó a partir del “Internet Addiction test”.</p> <p>Test de Dependencia al Móvil (TDM) diseñado por Chóliz y Villanueva (2011)</p>	<p>Método de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cualitativo <p>Nivel de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descriptivo <p>Tipo de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fenomenológico

	<p>d. Identificar la influencia psicológica de la Nomofobia en el ámbito personal, social, académico y familiar de adolescentes de 13 a 17 años de la I.E. Francisco Mostajo de Tiabaya</p>			
--	---	--	--	--

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

DE:

**ANDREINA
FATIMA
HERRERA
BEJARANO**

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : J.C.R.
- **Edad** : 17 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de Nacimiento** : 24-02-2000
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Escolaridad** : 5to de secundaria
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : Madre y la paciente
- **Dirección** : Tiabaya
- **Lugar de la Evaluación** : Servicio de psicología de DEMUNA
- **Fechas de la Evaluación** : 27-10-2017/ 03-11-2017
- **Examinadora** : Andreina Fatima Herrera Bejarano

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es derivada al servicio de psicología por la directora de su I.E, ya que la alumna presenta cortes poco profundos en los brazos, así como moretones propinados por ella misma y un bajo rendimiento escolar.

La paciente refiere “sentirse sola, incomprendida por su madre y tener dificultades para dormir”.

III. PROBLEMA ACTUAL

La problemática da inicio cuando Julissa tenía 15 años (2015) y su padre abandona el hogar dejándola sola a ella, su hermana y madre, al suceder esto Julissa refiere que todos los problemas iniciaron.

Su madre tuvo que salir a trabajar al campo para sustentar el hogar, y su hermana el mismo año inicia la universidad por lo que al llegar a casa del colegio se queda sola, hasta la noche que regresa su madre.

Ese mismo año el padre las visitaba esporádicamente y en ocasiones dejaba dinero para los gastos del hogar.

Al año siguiente (2016) su padre deja de visitar el hogar y dejar dinero, por lo que la madre de Julissa lo busca y se entera que el padre había formado una nueva familia y que ya no podrá ayudarla con los gastos de sus hijas, esta situación puso muy triste a Julissa manifestando que “su padre, si pudo pasar tiempo con su hermana y con ella ya no y nunca más regresara a casa”.

En el presente año (2017) la situación económica se complica ya que el trabajo de la madre es esporádico por lo que muchas veces tiene que pedir prestado dinero para pagar los servicios básicos, situación que enfurece a Julissa ya que siente que no se lo merecen, es entonces que un día (Agosto) se encierra en el baño de su casa coge un cutter y se hace un corte en el brazo, ella manifiesta que “sintió paz y que no sabe por qué lo hizo, solo que el dolor que sintió en ese instante le generó un estado de tranquilidad” por lo que lo volvió a repetir en 3 ocasiones.

Desde entonces se volvió más rebelde con su madre y bajo su rendimiento académico. Julissa manifiesta que luego de cortarse “no lo volvió a hacer”.

Al pasar los meses en su salón de clases sus compañeros empezaron a molestarla diciéndole “que está muy gorda, que debe de bajar de peso” situación que la incomodó demasiado, haciéndola sentir “triste y sin deseos de comer” para así poder bajar de peso, es entonces (setiembre) que empieza a pellizcarse los brazos sintiendo nuevamente un estado de tranquilidad al hacerlo; la directora de la I.E. se da cuenta de los moretones en los brazos y una cicatriz de corte en el brazo por lo que deriva inmediatamente el caso al servicio de psicología de la DEMUNA de Tiabaya.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES.

1. Desarrollo Etapa pre – natal:

Al momento de la concepción de Julissa los padres estaban casados, fue un embarazo no planificado, no se produjeron incidentes físicos ni psicológicos que afectaran el proceso de gestación.

2. Desarrollo Etapa post – natal:

2.1. Nacimiento

El parto fue normal, naciendo con 39 semanas de gestación, no presentó ninguna complicación, no requirió de ayuda farmacológica, ni de incubadora y al instante que nació lloró.

2.2. Infancia

El desarrollo de su primera infancia se dio de forma adecuada; puesto que su maduración motora correspondía a su edad, como también el lenguaje lo manifiesta en la edad correcta presentando buena articulación y pronunciación. No hay información sobre la edad en que se realizó el control de esfínteres.

El desarrollo psicomotriz fino y grueso fue normal, Ingresando con éxito al jardín.

La interacción madre – hija fue buena; la madre no trabajaba por lo que se dedicaba a su cuidado; el padre trabajaba todo el día; era muy responsable y consentidor con la niña y su hermana.

2.3. Niñez

A los seis años de edad, ingresa a la educación primaria en un colegio nacional donde presentó una correcta adaptación y aprovechamiento; en cuanto a sus compañeros, docentes y ambiente escolar en general, era cooperativa en clase, se integraba a actividades lúdicas, demostraba interés por participar en las actividades artísticas del colegio, presentó buenas calificaciones como también buenas relaciones interpersonales con su compañeros y maestros. En esta Institución educativa culminó de forma exitosa su primaria.

2.4. Adolescencia

Realiza sus estudios secundarios en una institución nacional mixta. Al principio sus relaciones interpersonales eran buenas, pero luego sus compañeros empezaron a molestarla con su peso. Su menarquia fue a los 11 años de edad, no presenta dolores ni complicaciones en sus menstruaciones. En cuanto a su sexualidad se reconoce como mujer, aceptó los cambios

físicos y hormonales que presentó a los 12 años, le agrada el sexo opuesto; no tiene enamorado.

2.5. Hábitos e influencias nocivas

Presenta un adecuado aseo y cuidado personal. No existen antecedentes de consumo de alcohol, tabaco o drogas. Sus hábitos alimenticios y del sueño se encuentran relativamente alterados.

2.6. Religión

La paciente es creyente y participante de forma voluntaria de la religión católica, y respeta las doctrinas de su religión.

2.7. Antecedentes mórbidos

La paciente no refiere alguna enfermedad médica.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES.

a. Posición familiar

La paciente viene de una familia monoparental, vive solo con la madre y hermana. Ella es la menor.

b. Dinámica familiar

La dinámica familiar era adecuada, compartían horas de almuerzo juntos, momentos de dialogo y los fines de semana salidas y juegos familiares, hasta que el padre abandono el hogar. Actualmente no tiene mucha comunicación con su madre ni hermana.

c. Condición socioeconómica

Julissa pertenece a un nivel económico bajo, su casa es de material noble, cuenta con los servicios básicos de agua, luz y desagüe. La madre trabaja en el campo, el cual es un trabajo esporádico.

VI. RESUMEN

Julissa nació producto de un embarazo no planificado, su parto fue normal, no necesitó de ayuda farmacológica ni de incubadora, ha tenido un desarrollo físico y psicológico dentro de los parámetros normales, no se ha obtenido información sobre el control de esfínteres.

La paciente inició sus estudios pre escolares y primarios dentro de las edades normales, cuando estaba en sexto de primaria su padre abandona el hogar lo que ocasiona un gran impacto emocional en ella.

Su madre se vuelve el sustento de su hogar, por lo que siempre que regresa a casa está sola, su relación con ella se vuelve hostil y poco comunicativa.

En el presente año empezó a realizarse cortes en el brazo y a pellizcarse lo que en ella genera “un desfogue y tranquilidad” ya que al pensar en su padre “le da mucho coraje y tristeza a la vez”. Actualmente manifiesta ser molestada por sus compañeros quienes la insultan diciendo que esta “gorda” lo que la hace sentir muy mal y sin deseos de comer.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : J.C.R.
- **Edad** : 17 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de Nacimiento** : 24-02-2000
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Escolaridad** : 5to de secundaria
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : Estudiante
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Dirección** : Tiabaya
- **Lugar de la Evaluación** : Servicio de psicología de DEMUNA
- **Fechas de la Evaluación** : 27-10-2017/ 03-11-2017
- **Examinadora** : Andreina Fatima Herrera Bejarano

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es derivada al servicio de psicología por la directora de su I.E, ya que la alumna presenta cortes poco profundos en los brazos, así como moretones propinados por ella misma y un bajo rendimiento escolar. La paciente refiere “sentirse sola, incomprendida por su madre y tener dificultades para dormir”.

III. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD.

Julissa de 17 años de edad, aparenta la edad que refiere, de contextura gruesa, es de tez trigueña, cabello lacio oscuro. Presenta adecuado aseo y arreglo personal.

Su comportamiento al iniciar la sesión fue con sentimientos de vergüenza para expresar su problema, pero en el transcurso del dialogo se sintió en confianza.

La paciente fue colaboradora, inicialmente se mostró temerosa, cambiando de actitud en el transcurso de la evaluación, prestaba mucha atención a las preguntas que se le formulaban.

IV. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

Presenta un nivel de atención adecuado, demostrándolo en cada una de las preguntas y evaluaciones realizadas, lo que indica que no se encuentra alterada.

En cuanto a su conciencia, denota lucidez y conservación de la misma, puede mantener una conversación adecuada en cualquier momento.

Con respecto a su orientación espacial se encuentra normal, reconoce en qué lugar está, discrimina con claridad día, mes y año. La orientación respecto a su persona se encuentra conservada, se reconoce a sí misma y con respecto a otras personas identifica a sus familiares y a personas de su entorno fácilmente.

V. LENGUAJE

Lenguaje comprensivo y expresivo, conservados, pues la articulación es entendible, ritmo y tono de voz, adecuados; además, el curso del mismo, guarda relación con las cuestiones presentadas; así como, se evidencia un vocabulario acorde a su nivel académico.

VI. PENSAMIENTO

En cuanto a su pensamiento concreto identifica ideas y características reales de su entorno; su pensamiento Lógico conoce la relación existente entre objetos y situaciones y en el pensamiento abstracto es capaz de analizar de forma simultánea distintos aspectos de una misma realidad.

VII. MEMORIA

La memoria a largo plazo no presenta alteraciones referentes al recuerdo, puede recordar hechos autobiográficos con claridad; en cuanto a la memoria de corto plazo, se encuentra conservada, no presenta ninguna alteración, puede recordar hechos inmediatos.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

En cuanto al funcionamiento intelectual, su orientación, memoria, su capacidad y habilidad para razonar, comprender y resolver problemas, son adecuados, no presentando alguna dificultad.

IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS

Comenta con cierto temor su problema, manifiesta sentirse triste y molesta a la vez. Se hizo cortes en los brazos pues el recordar a su padre le genera mucha cólera y siente que al cortarse desfogó su ira. Tiene problemas para dormir y no se explica el por qué. Actualmente dice ser víctima de insultos por parte de sus compañeros de salón lo cual la tiene en un estado triste trayendo como consecuencia no querer comer mucho para poder bajar de peso.

No tiene buenos lazos afectivos ni con su madre ni con su hermana, pues la dejan sola casi todo el día y no puede abrirse con ellas.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

Es consciente del problema por el que atraviesa, reconoce que hace mal en cortarse o pellizcarse, reconoce que no puede salir sola de su problema por lo que accede a la ayuda brindada por la interna de psicología.

XI. RESUMEN

La paciente de 17 años de edad, aparenta la edad que refiere, de contextura gruesa, es de tez trigueña, cabello lacio oscuro y presenta aseo y arreglo personal adecuado.

El comportamiento al iniciar la sesión fue con sentimientos de vergüenza para expresar su problema, pero en el transcurso del diálogo se sintió en confianza. Su nivel de atención y orientación respecto a su persona, espacio y tiempo se encuentran dentro de la normalidad.

Su lenguaje expresivo y comprensivo se encuentra conservados, habla de forma coherente, y su tono de voz es adecuado. Su pensamiento concreto identifica ideas y características reales de su entorno; su pensamiento lógico conoce la relación existente entre objetos y situaciones y en el pensamiento abstracto es capaz de analizar de forma simultánea distintos aspectos de una misma realidad. Su memoria de corto y largo plazo se encuentra normales, refiriendo coherentemente hechos y episodios autobiográficos.

Presenta un funcionamiento intelectual normal, una buena comprensión y razonamiento las cuales van acorde con su edad. Es un poco tímida al momento de

contar su problema; actualmente la relación con su madre y hermana no es buena, existiendo distancia afectiva y comunicativa.

Expresa deseos de superar su problema salir de la tristeza que atraviesa y esforzarse en sus estudios.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y Apellidos** : J.C.R.
- **Edad** : 17 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de Nacimiento** : 24-02-2000
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Escolaridad** : 5to de secundaria
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : estudiante
- **Religión** : católica
- **Informantes** : La paciente
- **Dirección** : Tiabaya
- **Lugar de la Evaluación** : Servicio de psicología de DEMUNA
- **Fechas de la Evaluación** : 27-10-2017/ 03-11-2017
- **Examinadora** : Andreina Fatima Herrera Bejarano

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

La paciente es derivada al servicio de psicología por la directora de su I.E, ya que la alumna presenta cortes pocos profundos en los brazos, así como moretones propinados por ella misma y un bajo rendimiento escolar.

La paciente refiere “sentirse sola, incomprendida por su madre y tener dificultades para dormir”.

III. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

La evaluada aparenta su edad, es de contextura gruesa, cabello oscuro y liso, ojos color oscuro; viste aliñada y su aseo personal es adecuado. Su postura es encorvada y su marcha coordinada, hay contacto ocular y el tono de voz es bajo.

Durante la entrevista se mostraba un poco tímida, posteriormente durante el desarrollo de la evaluación fue tomando confianza y estuvo tranquila, fue colaboradora con la examinadora.

Escucho con atención las indicaciones previas a las pruebas y las resolví adecuadamente.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Test de la figura humana de Karen Machover
- Inventario clínico para adolescentes MACI
- Test breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT)

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. *TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER*

Paciente proyecta dificultad para integrarse socialmente y adaptarse a las normas sociales; falta de madurez psicológica, no hay dominio de las situaciones que le suceden, camufla sus deficiencias personales con actitud pasiva es imponente, proyecta depresión.

B. *INVENTARIO CLINICO PARA ADOLESCENTES MACI*

a. *Análisis cuantitativo*

ESCALAS	PD	TB	TB FINAL	INTERPRETACION DE LA ESCALA
X-Transparencia	407.9	73	73	
Y-Deseabilidad	12	75	75	
Z-Alteración	14	92	92	
1-Introvertido	40	74	73	Tema ligeramente problemático
2A-Inhibido	37	59	58	Indicador nulo
2B-Pesimista	37	81	80	Área problemática
3-Sumiso	53	53	52	Indicador nulo
4-Histriónico	21	32	31	Indicador nulo
5-Egocéntrico	14	27	26	Indicador nulo
6A-Rebelde	28	58	57	Indicador nulo
6B-Rudo	10	50	49	Indicador nulo
7-Conformista	38	37	36	Indicador nulo
8A-Oposicionista	26	50	49	Indicador nulo
8B-Autopunitivo	42	65	64	Tema ligeramente problemático
9-Tendencia Límite	25	67	66	Tema ligeramente problemático
A-Difusión de la Identidad	25	69	67	Tema ligeramente problemático
B-Desvalorización de sí mismo.	50	74	72	Tema ligeramente problemático
C-Desagrado por propio cuerpo	24	69	67	Tema ligeramente problemático
D-Incomodidad respecto al sexo	28	28	26	Indicador nulo
E-Inseguridad con los iguales	18	69	67	Tema ligeramente problemático
F-Insensibilidad social	15	45	45	Indicador nulo
G-Discordancia Familiar	29	85	83	Área problemática
H-Abusos en la infancia	19	75	73	Tema ligeramente problemático
AA-Trastornos de la Alimentación	33	81	79	Área problemática
BB-Inclinación abuso sustancias	19	71	71	Tema ligeramente problemático
CC-Predisposición a la delincuencia	14	43	43	Indicador nulo
DD-Propensión a la impulsividad	17	64	64	Tema ligeramente problemático
EE-Sentimientos de ansiedad	44	78	76	Área problemática
FF-Afecto depresivo	41	78	76	Área problemática
GG-Tendencia al suicidio	24	66	64	Tema ligeramente problemático
PROTOCOLO VALIDO				

b. Análisis cualitativo

La paciente presenta como prototipo de personalidad:

Pesimista:

Existen tres puntos comunes y principales dentro de los rasgos de una persona con un prototipo de personalidad *pesimista* y son el abatimiento, la falta de alegría y la incapacidad para experimentar placer. Existe un incremento de la alerta para anticipar el dolor y en consecuencia una falta de atención para la alegría. Para la persona pesimista, ha habido una pérdida significativa, una sensación de abandono y la pérdida de la esperanza de poder encontrar la alegría. No experimenta el placer por las siguientes razones: una deficiencia, una orientación al dolor, desesperanza acerca del futuro, desaliento; un irreparable e irrecuperable estado de cosas por el cual aquello que pudo haber sido ya nunca volverá a ser posible.

En cuanto a preocupaciones expresadas, muestra como principal área problemática:

Discordancia familiar

Para la evaluada su familia es una fuente de tensión y está llena de conflictos, con muy pocos elementos de apoyo y existe un sentimiento general de distanciamiento de los padres.

Dentro de los Síndromes Clínicos presenta como Área Problemática en la escala de:

Trastornos de la alimentación

Muestra una tendencia a padecer de anorexia o bulimia, siente un temor intenso de subir de peso.

Sentimientos de ansiedad

Posee una sensación de presentimientos acerca de todo tipo de temas que la mantiene inquieta y nerviosa, incomoda, espera con miedo la llegada de angustias desconocidas o de algún acontecimiento calamitoso.

Afecto depresivo

Su actividad ha disminuido, claramente diferente de lo que ha sido habitual en ella en el pasado, se observa una clara disminución de la eficacia, sentimientos de culpa y fatiga, una tendencia a mostrarse desesperanzada respecto al futuro.

C. TEST BREVE DE INTELIGENCIA DE KAUFMAN (K-BIT)

Análisis cuantitativo

Julissa obtuvo los siguientes puntajes en esta evaluación:

SUBS TEST	PUNTUACIÓN TÍPICA	CENTIL	CATEGORÍA
Vocabulario	85	15	Medio bajo
Matrices	39	79	Medio alto
CI COMPUESTO	96	39	PROMEDIO

Análisis cualitativo

La evaluada posee un nivel de inteligencia MEDIO o PROMEDIO es decir que presenta adecuadas habilidades de razonamiento tanto verbal y no verbal así también de almacenar y recuperar información; posee un adecuado análisis y utiliza ese entendimiento para resolver problemas.

Arequipa, 14 de noviembre del 2017

Andreina Fátima Herrera Bejarano

Bachiller en psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : J.C.R.
- **Edad** : 17 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de Nacimiento** : 24-02-2000
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Escolaridad** : 5to de secundaria
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : estudiante
- **Religión** : católica
- **Informante** : La paciente
- **Dirección** : Tiabaya
- **Lugar de la Evaluación** : Servicio de psicología de DEMUNA
- **Fechas de la Evaluación** : 27-10-2017/ 03-11-2017
- **Examinadora** : Andreina Fatima Herrera Bejarano

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es derivada al servicio de psicología por la directora de su I.E, ya que la alumna presenta cortes poco profundos en los brazos, así como moretones propinados por ella misma y un bajo rendimiento escolar.

La paciente refiere “sentirse sola, incomprendida por su madre y tener dificultades para dormir”.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- A. Observación
- B. Entrevista
- C. Pruebas psicológicas

- Test de la figura humana de Karen Machover
- Test breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT)
- Inventario clínico para adolescentes MACI

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Julissa nació producto de un embarazo no planificado, su parto fue normal, no necesitó de ayuda farmacológica ni de incubadora, ha tenido un desarrollo físico y psicológico dentro de los parámetros normales, no se ha obtenido información sobre el control de esfínteres.

La paciente inició sus estudios pre escolares y primarios dentro de las edades normales, en el año 2015 su padre abandona el hogar lo que ocasiona un gran impacto emocional en ella.

Su madre se vuelve el sustento de su hogar, por lo que siempre que regresa a casa luego del colegio está sola, su relación con ella se vuelve hostil y poco comunicativa. En el presente año empezó a realizarse cortes en el brazo y a pellizcarse lo que en ella genera “un desfogue y tranquilidad” ya que al pensar en su padre “le da mucho coraje y tristeza a la vez”. Actualmente manifiesta ser molestada por sus compañeros quienes la insultan diciendo que esta “gorda” lo que la hace sentir muy mal y sin deseos de comer.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

La evaluada aparenta su edad, es de contextura gruesa, cabello oscuro y liso, ojos color oscuro; viste aliñada y su aseo personal es adecuado. Su postura es encorvada y su marcha coordinada, hay contacto ocular y el tono de voz es bajo.

Se encuentra lúcida y atenta a las preguntas, está orientada en persona tiempo y espacio. Su lenguaje expresivo presenta buena articulación verbal, su tono de voz es bajo.

Se muestra consciente de que necesita ayuda y mantiene actitud colaboradora durante las sesiones.

VI. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los resultados que proporciona la observación, las entrevistas y pruebas psicológicas realizadas, se puede concluir que Julissa posee una inteligencia *medio o promedio*, es decir que presenta adecuadas habilidades de razonamiento tanto verbal y no verbal así también de almacenar y recuperar información.

Presenta rasgos de una personalidad *pesimista*, existe en ella un incremento de la alerta para anticipar el dolor y en consecuencia una falta de atención para la alegría, se encuentra incomoda, espera con miedo la llegada de angustias desconocidas. Su actividad ha disminuido, claramente diferente de lo que ha sido habitual en ella en el pasado, manifiesta sentimientos de culpa y fatiga, una tendencia a mostrarse desesperanzada respecto al futuro.

La evaluada proyecta sentimientos de desvalorización, retraimiento, desazón, temor hacia el exterior, desconfianza, timidez, así mismo una baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo. Esto puede deberse al abandono de su padre y a la poca comunicación que tiene con su madre y hermana.

VII. PRESUNCIÓN DIAGNOSTICA

Julissa presenta pérdida de interés de realizar actividades que anteriormente le eran agradables; problemas para dormir, un incremento de la alerta para anticipar el dolor, pérdida de confianza en sí misma y sentimientos de culpa y fatiga. A todo esto, se le suma su baja autoestima y sentimientos de exclusión familiar.

Tomando en cuenta lo mencionado, podemos concluir que la paciente presenta rasgos de un (*F 32.1*) *episodio depresivo moderado*.

VIII. PRONÓSTICO

Reservado: La paciente no cuenta con soporte familiar; ella es consciente de lo que le sucede y reconoce que necesita ayuda.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia individual (Cognitiva-conductual) para proveer a la paciente un conjunto de técnicas estructuradas para identificar los pensamientos que causan las emociones y las conductas problemáticas.
- Es necesario una orientación familiar adecuada (Psicoterapia familiar) para aprender a expresar y explorar pensamientos difíciles y emociones, entender las experiencias y puntos de vista de cada uno, apreciar las necesidades del otro, construir en cimientos más firmes y hacer cambios útiles en sus relaciones y sus vidas.

Andreina Fátima Herrera Bejarano

Bachiller en psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos** : J.C.R.
- **Edad** : 17 años
- **Sexo** : Femenino
- **Fecha de Nacimiento** : 24-02-2000
- **Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- **Escolaridad** : 2do de secundaria
- **Procedencia** : Arequipa
- **Ocupación** : estudiante
- **Religión** : católica
- **Informantes** : La paciente
- **Dirección** : Tiabaya
- **Lugar de la Evaluación** : Servicio de psicología de DEMUNA
- **Fechas de la Evaluación** : 27-10-2017/ 03-11-2017
- **Examinadora** : Andreina Fatima Herrera Bejarano

II. DIAGNÓSTICO

Julissa presenta pérdida de interés de realizar actividades que anteriormente le eran agradables; problemas para dormir, un incremento de la alerta para anticipar el dolor, pérdida de confianza en sí misma y sentimientos de culpa y fatiga. A todo esto, se le suma su baja autoestima y sentimientos de exclusión familiar.

Tomando en cuenta lo mencionado, podemos concluir que la paciente presenta rasgos de un (*F 32.1*) *episodio depresivo moderado*.

III. OBJETIVOS

- Lograr la reestructuración cognitiva para que así elimine los pensamientos negativos y formule pensamientos positivos.
- Mejorar y aumentar la autoestima para que así logre una adecuada aceptación de su imagen personal.

- Identificar pensamientos recurrentes que hacen vulnerable a la paciente a actuar de forma compulsiva.
- Lograr que la paciente practique ejercicios de relajación para el control de impulsos.
- Lograr que la paciente recupere su estabilidad emocional.
- Modificar la visión errónea que tiene hacia su entorno social
- Mejorar la relación de su entorno familiar

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPEUTICO

Se le aplicará a la paciente una terapia cognitiva conductual que consiste en 7 sesiones en las cuales aprenderá actividades y estrategias de distracción; Focalización, autocuidado, regulación y desarrollo de habilidades para superar su estado de ánimo, Y tener adecuadas formas de enfrentar el impacto de un problema de mucha carga emocional.

V. TECNICA TERAPEUTICA A UTILIZAR

- Terapia cognitiva conductual

SESIÓN 01	“YO ME QUIERO ASÍ: LA AUTOESTIMA”
OBJETIVO	Motivar a la paciente al cambio resaltando sus virtudes
TÉCNICA	Cognitivo-conductual (autoafirmaciones positivas)
MATERIALES	Hojas bond, lapicero

DESARROLLO	<p>1. Se le entregó a la paciente una hoja con un cuadro formado por tres columnas, y se le dará las siguientes indicaciones: en la primera columna recopiló los elogios que recordó que le hayan dicho otras personas a lo largo de su vida; en la segunda columna enumero las capacidades y fortalezas que considero que posee, y en la tercera columna realizo un listado de cosas que le hagan sentirse orgullosa de sí misma (logros, actitudes ante alguna situación, etc.)</p> <p>2. Una vez que completó todas las columnas, se le pide que reflexione en lo siguiente:</p> <p>-En los elogios recibidos ¿Cuánto te crees cada elogio? (enumera del 1 al 10: 1 no me lo creo y 10 creerlo completamente) Si no has puntuado todos los elogios recibidos con un 10 piensa: ¿qué pasaría si los creyeras todos al cien por ciento? ¿Qué cambiaría en tu actitud o en tu concepto de ti misma?</p> <p>-En cuanto a tus fortalezas ¿qué dices de ti misma? ¿Qué habilidades y recursos crees que hay detrás de cada fortaleza?</p> <p>¿Hay otras fortalezas o valores que te gustaría fomentar?</p> <p>-En cuanto a las cosas de las que estás orgulloso: ¿Qué dicen de ti misma? ¿Qué valores y qué habilidades hay detrás de cada una?</p> <p>3. Luego se hará un listado de las habilidades, recursos y valores de la paciente y se le pedirá que lo ponga en algún lugar en el que pueda verlo asiduamente.</p>
DURACIÓN	30 MINUTOS

SESIÓN 02	RELAJACIÓN
OBJETIVO	Reducir la tensión muscular y así distraer a la paciente de las sensaciones de la ansiedad.

TECNICA	Adiestramiento en Relajación
MATERIALES	Consultorio, sillón comodo
DESARROLLO	<p>1. Inicialmente se le explicó la técnica y su finalidad.</p> <p>2. Con la finalidad de facilitar el aprendizaje de la técnica se evitó estímulos distractores y una posición cómoda sentada en un sillón cómodo.</p> <p>3. Se identificó con la paciente las zonas de tensión en su cuerpo, imaginando situaciones que le provocaban tensión o ansiedad.</p> <p>4. Entrenamiento autógeno, se le indica adoptar tres veces por día una postura cómoda (por ejemplo, reclinado en un sillón) y durante 30 a 90 segundos provocarse la imagen de que su brazo derecho (en los zurdos el izquierdo) este totalmente relajado (“el brazo se ha hecho pesado”) y experimentar con él la sensación de calor.</p> <p>5. Después de algunos días de entrenamiento estas sensaciones se practicarán en el otro brazo y en las piernas, paulatinamente se logrará una relajación muscular generalizada a todo el cuerpo y acompañada con una sensación de calor.</p>
DURACIÓN	30 MINUTOS

SESIÓN 03	ENTRENAMIENTO EN PARADA DE PENSAMIENTO “TIEMPO BASURA”
OBJETIVO	Disminuir imágenes / pensamientos automáticos negativos poco elaborados y pensamientos obsesivos
TECNICA	Cognitivo conductual
MATERIALES	Hojas bond y lapiceros

DESARROLLO	<p>Identificación de pensamientos (negativos + auto instrucción)</p> <p>Eje : es mi culpa + stop</p> <p>Y aplazar el tiempo dedicado a este pensamiento y sustituirlo por otro agradable</p> <p>Ejm: soy inútil; aplazar y sustituir por pensamientos de mérito propio:</p> <p>Hago una buena labor administrando mi hogar</p>
DURACIÓN	30 MINUTOS

SESIÓN 04	“HABLAR SOBRE EMOCIONES”
OBJETIVO	Entendimiento y afrontamiento del problema actual
TECNICA	Terapia cognitiva (reestructuración cognitiva)
MATERIALES	Hojas bond y lapiceros
DESARROLLO	<p>1. Se le pidió a la paciente que escriba en una hoja tres emociones que haya sentido ese mismo día. Luego comentará las situaciones que hayan vivido; se le dará un tiempo de reflexión antes de que haga sus comentarios.</p> <p>2. Determinar en qué situaciones se siente bien o mal, a continuación se le pedirá que reflexione con la pregunta: Las emociones que nos han hecho sentir bien o mal, ¿son buenas o malas?</p> <p>3. Para finalizar se le dirá que las emociones no son buenas o malas. Todos y todas las tenemos, son nuestras y todas son saludables. Surgen diferentes emociones según la persona, el carácter, la cultura, etc.</p> <p>4. Se le dejó de tarea que en los próximos 7 días que sea consciente de sus emociones, preguntándose ¿Cómo la hacen sentir? y si ¿son buenas o malas?</p>
DURACIÓN	30 minutos

SESIÓN 05	“CARTA DEL PERDÓN”
OBJETIVO	Desarrollar asertividad en la paciente
TECNICA	Cognitivo conductual
MATERIALES	Hojas bond y lapiceros
DESARROLLO	<p>1. Se le pedirá a la paciente que reconozca cuales son los rencores que guarda en relación al problema con su padre</p> <p>2. .Determinación personal: ¿contra quién guardo rencor?</p> <p>3. Dibujará un gran circulo en una hoja en blanco que llamara “el círculo de los recuerdos dolorosos”; dentro de él escribirá las iniciales de aquellas personas que considere que la han herido más seriamente; en torno de cada una de esas iniciales, escriba las heridas que juzgue que esa persona le ha causado</p> <p>4. Se analizará y preguntará ¿Si es objetiva respecto de las heridas y ofensas que piensa haber recibido? , tomando nuevamente el círculo donde están los nombres de las personas que me han lastimado y la lista de las principales lastimaduras que creo haber recibido</p> <p>5. ¿Cuál es mi voluntad actual respecto de las ofensas recibidas y de las heridas del pasado? ¿Me considero capaz de perdonar?</p> <p>¿Creo que es posible? ¿Lo considero impracticable en mi caso?</p> <p>¿Pienso que es posible pero muy difícil?</p> <p>Se hará una reflexión, con la finalidad de que la paciente cierre esta sesión con una carta a la cual llamaremos “la carta del perdón” en la cual deberá plasmar de forma escrita el perdón hacia</p> <p>7. la persona que la ha agraviado.</p>
DURACIÓN	30 MINUTOS

SESIÓN 06	AFRONTANDO PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS
OBJETIVO	Que la paciente pueda identificar y detener los pensamientos que le hacen reaccionar de determinada forma y afrontar mejor las circunstancias.
TECNICA	Terapia cognitiva (reestructuración cognitiva)
MATERIALES	Hojas bond, lapiceros y cuaderno de la paciente
DESARROLLO	<p>1. Se realizó un breve repaso de lo desarrollado en la sesión 03, además se conversó sobre las tareas planteadas anteriormente.</p> <p>2. Se identificó los pensamientos que la afectan.</p> <p>(A) Se verá qué pensamientos son los que desencadenan su depresión, algún hecho en especial, experiencia, creencia, se identificarán y se seleccionarán por orden de relevancia. (B) Luego se hará una lista de pensamientos y creencias que surgen de ellos, igualmente se pondrá en lista jerárquica.</p> <p>(C) Se verá qué tipo de cambios emocionales y conductuales despiertan estas creencias- pensamientos irracionales, se analizará la secuencia que se ve (A-B-C).</p>
DURACIÓN	30 MINUTOS

SESIÓN 07	ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES
OBJETIVO	Mejorar sus relaciones interpersonales
TECNICA	Cognitivo conductual
MATERIALES	Hojas bond y lapiceros

DESARROLLO	Entrenamiento en comunicación no verbal como el inicio y mantenimiento de conversaciones, manejo de críticas recibir y aceptar halagos y entrenamiento de la conducta asertiva. Compartir tiempo con amigas , vecinas a quienes se mantenga alguna actividad en común
DURACIÓN	30 MINUTOS

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Se brindará una sesión por semana durante 2 meses, es decir la paciente tendrá que realizar ocho sesiones, la cuales tendrán una duración de 30 a 45 minutos. Tiempo que dependerá de la perseverancia de la paciente.

VII. AVANCES TERAPEUTICOS

Se ha realizado la terapia hasta la sesión 4

- La paciente ha identificado la relación existente entre pensamientos emociones y conductas
- La paciente ha identificados actividades para mantener su salud que desarrolla su autocuidado
- La paciente ha aprendido técnicas de relajación adecuadas para liberar tensiones y carga emocional

ANEXOS

K•BIT**Test Breve de Inteligencia de Kaufman**

Alan S. Kaufman y Nadeen L. Kaufman

HOJA DE ANOTACIÓN

Apellidos C. R.Nombre JulissaLugar de nacimiento Anegüipa Sexo ☒ V ☐ M

Lugar de residencia _____

Estudios 5º grado sec.

(Especificar los actuales o nivel más alto alcanzado)

Ocupación Propia

De los padres _____

Examinador Andreina Fatma Herrera Bejarano (para menores de 18 años)

	Año	Mes	Día
Fecha de examen	2017	10	27
Fecha de nacimiento	2000	02	24
Edad cronológica	17	08	3

SUBTESTS	Punt. directa	Punt. Típica ± banda de error 90% intervalo de confianza	Centil	Categoría descriptiva	Otros datos
Vocabulario expresivo	32				
Definiciones	22				
VOCABULARIO	54	85 ± 7	15	Medio Bajo	
MATRICES	39	112 ± 10	79	Medio alto	

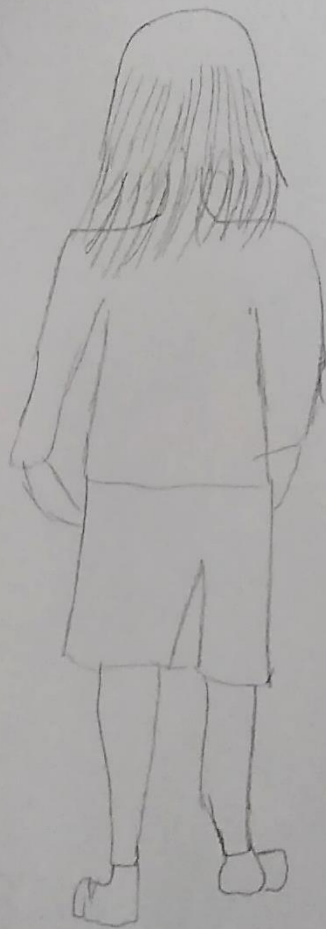
Suma de las puntuaciones típicas
de los subtests

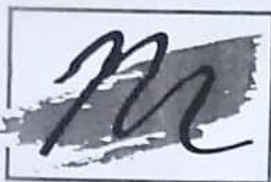
197

Trasladar la suma a la casilla del CI
compuesto del K•BIT

RESULTADO COMPUESTO	Suma de p. típicas de los subtests	Punt. Típica ± banda de error 90% intervalo de confianza	Centil	Categoría descriptiva	Otros datos
CI COMPUESTO DEL K•BIT	197	96 ± 7	39	Medio	

Comparación de las puntuaciones típicas de los subtests	Puntuación típica de Vocabulario	Puntuación típica de Matrices	Diferencia de puntuaciones típicas	Nivel de confianza (rodear)
	85	112	27	NS 5% 1%





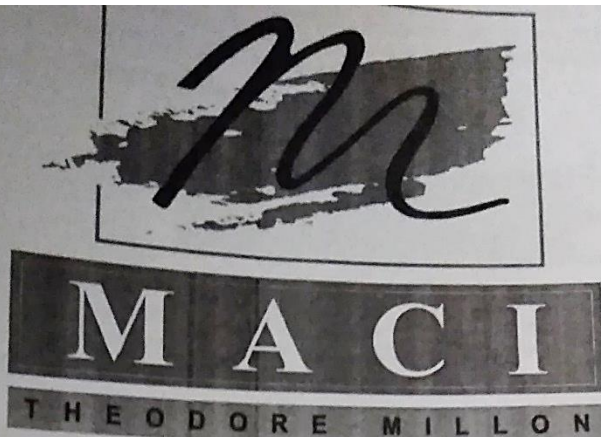
Lee las frases del Cuadernillo que te han entregado y decide si, aplicadas a ti, son verdaderas (V) o falsas (F). Marca con un aspa (X) el hueco debajo de la letra V en el caso de que la frase sea verdadera o el espacio debajo de la letra F si fuese falsa.

Lee y contesta a los dos ejemplos siguientes:

		V	F
1	Soy un ser humano	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mido más de tres metros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Procura contestar con orden; comprueba la numeración de la frase en el Cuadernillo y de la respuesta en esta Hoja. Anota sólo una respuesta para cada frase e intenta no dejar frases sin contestar, aunque no estés totalmente seguro de tu respuesta. Si no eres capaz de decidirte por V o F, debes marcar el espacio de la letra F (Falso).

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



• HOJA DE RESPUESTAS •

Código de consulta _____
Fecha de nacimiento 24-02-2000 Fecha de hoy 03-11-17
Nombre Julissa C. R. Edad 17 años
SEXO: VARÓN ☐ MUJER ☒ Nivel de escolaridad 5^{to} secundaria
Centro _____
¿Qué ocupación te gustaría desarrollar en el futuro? Aun no lo tengo definido
Vives con Mi mamá y hermana

A continuación encontrarás una serie de problemas que suelen preocupar a las personas. Si crees que alguno de ellos es **TU PRINCIPAL PROBLEMA**, márcalo con un 1 y si piensas en ello, pero **NO TE PREOCUPA**, márcalo con un 2.

	1	2		1	2
Problemas familiares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo, estudios o empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soledad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conducta antisocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confianza en ti mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (escribe cuáles) _____		
Cansancio o enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ESPERA. NO VUELVAS LA HOJA HASTA QUE TE LO DIGA EL EXAMINADOR.



Copyright © 1993 by DICANDRIEN, INC. Publicado por National Computer Systems, Inc, Minneapolis, EEUU.
Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

CASO 2

DE:

**GIORIET
LISBETH
OCHOA
CHURAMPI**

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos	: V.M.G.
Edad	: 59 años
Fecha de Nacimiento	: 05/11/1957
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Técnico-superior
Estado Civil	: Casada
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Casa
Religión	: Católico
Referente	: Asistente Social
Informante	: La evaluada
Lugar de Evaluación	: DEMUNA
Fechas de evaluación	: 24-11-2016 30-11-2016
Examinadora	: Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi

II MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente se acerca a consulta manifestando que hace años viene sintiéndose sola, que ha bajado de peso, que no tiene ganas de comer y no puede dormir, siente que sus hijos la utilizaron para que cuide a sus nietos, ahora ya no la necesitan y la relación con su esposo actual ha ido empeorando.

III HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

Velmy tuvo su primer matrimonio a los 17 años con quien llego a tener tres hijos y se divorció cuando su hijo menor tenía 16 años, porque su esposo la maltrataba y era alcohólico. Después de 2 años de estar divorciada decide volver a casarse con bienes separados debido a que ambos tenían hijos de un primer compromiso, la paciente vive actualmente en un departamento que está a nombre de su segundo esposo, no tienen ningún hijo ya que menciona que solo se dedicó a ayudar a sus hijas con el cuidado de sus nietos, su relación con sus hijos fue cambiando en medida que sus nietos fueron creciendo, haciéndose cada vez más distante. La relación con su esposo actual e hijos ha cambiado, ellos ya no tienen tiempo para ella, si la ven lo hacen solo por su

cumpleaños y tampoco la llaman, la paciente siente como si no les importara lo que pasara con ella.

La examinada señala que son contadas las veces que se ve con sus hijos, ella llamo en ocasiones al celular de sus hijos, pero suelen estar ocupados, la relación con su actual esposo también ha ido cambiando, es muy celoso, lo que la llevo a alejarse de sus amistades, ella menciona que la tiene de empleada solo la quiere para que cocine y hacer los que hacer del hogar. Los problemas llegaron a una denuncia interpuesta por Velmy a su actual esposo por maltrato psicológico, pero después de dialogar llegaron a un acuerdo; y ella retiro la demanda ante el Juez y regreso con su esposo

Anteriormente fue internada porque sintió un entumecimiento general en el área de los glúteos, no pudiéndose mover y siendo necesario inyecciones para relajar los músculos de su cuerpo, asimismo tubo un intento de suicidio porque se sentía mal y tenía problemas con su pareja y sus hijos, esto sucedió hace cuatro años ingiriendo muchas pastillas por lo que tuvo que ser llevada de emergencia, practicándole un lavado gástrico, después de ese episodio estuvo visitando a una psicóloga del ESSALUD quien le orientaba cuando tiene problemas con su esposo. Velmy reacciona a su situación con mucha tristeza, preocupación y llanto, no puede conciliar el sueño teniendo que tomar medicamentos que el doctor la receto para poder dormir desde hace ya 10 años, aun así, describe tener un sueño intranquilo con pesadillas con una frecuencia de 2 veces por mes asimismo describe su alimentación un poco inapetente cuando se encuentra en la casa.

IV ANTECEDENTES PERSONALES

Periodo del desarrollo

ETAPA PRE-NATAL

Velmy fue la tercera hija de cinco hermanas, no fue una niña deseada, su madre tuvo un embarazo normal, se realizó los debidos controles, tuvo una alimentación adecuada, nace a los nueve meses.

ETAPA NATAL

La paciente nació de parto natural en la fecha que se esperaba, tuvo un color rosacio, lloro al nacer, no se presentaron problemas gineco-obstétrico.

ETAPA POST-NATAL

Se alimentó con leche materna hasta el año y medio, a los 9 meses empieza a articular sus primeras palabras, empieza a caminar después de su primer año, logra controlar sus esfínteres dentro de la edad adecuada su desarrollo post natal se dio dentro de la normalidad.

ETAPA ESCOLAR

Fue al jardín a los 5 años y a los 7 inicia su educación escolar, su rendimiento académico fue bueno, su relación con sus compañeros de clase fue adecuada, no tuvo rivalidades ni enfrentamientos, al igual que con sus hermanos su relación era buena. Culmina sus estudios secundarios de manera satisfactoria.

DESARROLLO Y FUNCION SEXUAL

Con el transcurrir de los años, empezó a tener cambios en su cuerpo y a los 12 años tuvo su primera menstruación, que lo recuerda muy bien, ya que su papá fue el que le compro las toallas higiénicas, sintiendo más confianza con él que con su madre porque era más alegre y la engreía mucho. A los 16 años tuvo su primer enamorado con quien también tuvo su primera relación sexual quedando embarazada a los 17 años y casándose a esa edad con su primer esposo que tenía 24 años, con una autorización del Juez. Ya casada decidió estudiar secretariado, pero no lo ejercía porque su esposo no quería que trabajara, así que se dedicaba a su casa. Al transcurrir los años las cosas empeoraron su esposo se volvió alcohólico y los maltratos continuaron, la paciente manifiesta que desde que eran enamorados su pareja le pegaba, pero ella lo callaba, razón por la cual decidió divorciarse cuando su hijo menor cumplió los 16 años. Todos en su familia pertenecen a la religión católica.

VII ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

Cuando la paciente tenía 13 años, su padre falleció tras una discusión con un familiar quien le propicio un golpe fuerte que lo llevo a la muerte, murió a los 40 años de edad.

VIII. ANTECEDENTES FAMILIARES

La paciente vivía junto a su madre Natividad, su padre Hernán y sus cuatro hermanas en casa de su padre, la relación con sus hermanas siempre fue buena al igual que con

sus padres, pero solía tener más comunicación con el padre ya que su mamá solía renegar mucho y tenía un carácter fuerte, su condición económica fue buena, su vivienda era de material noble, contaban con todos los servicios básicos y nunca les faltó nada ya que contaban con un negocio familiar que les generaba ingresos y podían mantener una economía estable.

VIII RESUMEN

Velmy es una mujer de 59 años de edad que se acerca a consulta preocupada por su situación, ya que siente que sus hijos se han olvidado de ella y que la relación con su actual esposo no está bien. Nació de parto normal, no fue una niña deseada, fue la tercera de 5 hermanas, su desarrollo fue normal no tuvo accidentes ni enfermedades graves, su padre falleció cuando tenía 13 años, lo cual le afectó mucho ya que mantenía buenas relaciones con él. A los 17 años sale embarazada y se casa con su primer esposo con quien tiene 3 hijos; a los 36 años decide separarse cansada de los maltratos y del alcoholismo del esposo, dos años después se vuelve a casar con su actual esposo con quien decide no tener hijos y solo dedicarse a ayudar a cuidar a sus nietos, con los cuales mantiene poca comunicación al igual que con sus hijos, hace cuatro años tuvo un intento de suicidio por problemas familiares, actualmente vive con su segundo esposo en un departamento que está a nombre de él.

02 de diciembre del 2016

Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi
BACHILLER EN PSICOLOGÍA

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos	: V.M.G.
Edad	: 59 años
Fecha de Nacimiento	: 05/11/1957
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Técnico-superior
Estado Civil	: Casada
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Casa
Religión	: Católico
Referente	: Asistente Social
Informante	: La evaluada
Lugar de Evaluación	: DEMUNA
Fechas de evaluación	: 24-11-2016 30-11-2016
Examinadora	: Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi

II. PORTE COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Apariencia general y actitud psicomotora:

La examinada tiene 59 años de edad, de cabello corto de color castaño y ondulado; tiene ojos de color verdoso y usaba lentes al momento de la entrevista, vestía de manera adecuada. La paciente muestra ser flexible en su conducta, se percibía preocupada y llorosa por momentos, cuando recordaba episodios del pasado.

Molestia general y manera de expresarla:

Velmy manifiesta sentirse sola, siente que fue utilizada por sus hijos que ahora se están olvidando de ella y que no tienen tiempo ni para visitarla, las cosas con su esposo también no están bien, no se siente tranquila en su hogar y no tiene ganas de realizar actividades en la casa.

Actitud hacia el examinador y hacia el examen:

Fue colaboradora, respondió a todas las interrogantes que se le hicieron y pruebas psicométricas que se realizaron. Se mantuvo dispuesta en el desarrollo de la entrevista solo al termino de las pruebas psicométricas se mostró agotada.

Comportamiento:

Dudosa por momentos y pensativa, en circunstancias rompía en llanto, al pensar en sus hijos, desviando la mirada, manifiesta tristeza.

III. ATENCION, CONCIENCIA Y ORIENTACION

Atención: Tiempo de reacción moderada y selectiva, se distrae ante los estímulos del ambiente.

Conciencia o estado de alerta: Se mantiene en estado de alerta.

Orientación: Orientado en el tiempo lugar y persona, sabe el lugar donde vive, refiere su nombre, manifiesta dificultades para recordar edades de los familiares.

IV. LENGUAJE:

Una velocidad moderada, sus ideas se expresan de una manera natural.

V. PENSAMIENTO:

Manifiesta que dejó de importarles a sus hijos y se intuye añoranza a los años en que vivía con sus padres, épocas pasadas cuando su padre aún estaba vivo.

VI. PERCEPCION:

La paciente usa lentes, no presentando otras percepciones anormales consigo misma y su ambiente, su conducta es normal.

VII. MEMORIA:

Su memoria está ligeramente alterada, recuerda los hechos de forma cronológica, aspectos de la identidad personal, teniendo dificultad para recordar edades de sus hermanas.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Velmy presenta conocimientos adecuados acerca de su país, los hechos sucedidos cronológicamente dentro de las últimas 24 horas. Al momento de realizar la prueba de inteligencia de Raven mostro dudas al momento de marcar una respuesta, denotando dificultad en el razonamiento y juicio.

IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS

Por momentos su rostro es inexpresivo, un poco de lentitud al caminar, muestra preocupaciones, pero no presentando irritabilidad ni apatía.

X. COMPRENSION Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

Consciente que necesita ayuda, le gusta estar acompañada.

RESUMEN

La paciente físicamente aparenta su edad cronológica, se encuentra orientado en el tiempo y el espacio, denota tristeza, con disposición hacia el examinador, por ratos cae en el llanto por el tema de sus hijos. Por momentos se distrae con los estímulos del

ambiente, desvía la mirada durante el dialogo, sus pensamientos se manifiestan de manera natural. Recuerda los hechos de forma cronológica, aspectos de la identidad personal, teniendo problemas para recordar las edades de sus hermanos, dificultados en el razonamiento y juicio, muestra un poco de lentitud al caminar. Consciente que necesita ayuda.

02 de diciembre del 2016

Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi
BACHILLER EN PSICOLOGIA

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos	: V.M.G.
Edad	: 59 años
Fecha de Nacimiento	: 05/11/1957
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Técnico-superior
Estado Civil	: Casada
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Casa
Religión	: Católico
Referente	: Asistente Social
Informante	: La evaluada
Lugar de Evaluación	: Demuna
Fechas de evaluación	: 24-11-2016 30-11-2016
Examinadora	: Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi

II. OBSERVACIONES GENERALES

Durante la evaluación, Velmy se mostró, colaboradora; en ocasiones mostraba tristeza cuando hablaba sobre sus hijos, denotando melancolía y añoranza por los años en que vivía con sus padres.

La paciente respondió a todas las interrogantes y realizó las pruebas preguntando cuando tenía duda, dudosa de sus pensamientos, cuando hablaba de su situación parecía querer llorar, pero trataba de calmarse.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Inventario multifásico de la personalidad Dr. S.R. Hathaway y Dr. Mc Kinley
- Test de Análisis caracterológico de Rene le Senne
- Test de Matrices progresivas de Raven
- Escala de Autoevaluación para la depresión Zung

IV. INTERPRETACION DE LOS INSTRUMENTOS

A. INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DR S.R. HATHAWAY Y DR. MC KINLEY

Cualitativamente:

La paciente tiende a dar respuestas en relación a los valores morales, denotando confianza en sí misma, ha tenido experiencias poco usuales en su vida, puede tener problemas psiquiátricos significativos; tiene dolores musculares y entumecimientos costándole relajarse, muestra preocupación por el funcionamiento de su cuerpo, denota tristeza, melancolía sintiéndose deprimida; le gusta tener todo en orden siendo exigente con las personas; rebelde no suele conformarse con lo que tiene, muchas veces caprichosa, manteniendo problemas en sus relaciones familiares y sociales, que llegan al resentimiento, miedosa, muestra sentimientos de culpa por hechos de su pasado, teniendo pensamientos y conducta que denotan confusión.

Cuantitativamente:

Puntaje Directo Corregido.

L: 6	Hs: 25	Dp: 40	Sc: 61
F: 21	D: 35	Pa: 21	Ma: 29
K: 18	Hi: 35	Pt: 50	

B. TEST DE ANÁLISIS CARACTEROLÓGICO DE RENE LE SENNE

Cualitativamente:

Tiene una actitud constante, es muy agradecida, no olvida los favores, encuentra dificultad en sujetarse a un superior, se enoja interiormente, puede estallar en una tempestad de ira duradera, lo que lleva al rencor y deseo de venganza, en sus juicios puede llegar a la testarudez, le cuesta perdonar, tienen la capacidad de organización, es honrada y sencilla.

Cuantitativamente:

E: 80	C/C: 30	Af: 90
A: 90	C/D: 30	TT: 30
S: 80	Av: 40	

Formula: EAS

Tipo : Pasionales

C. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

Cualitativamente:

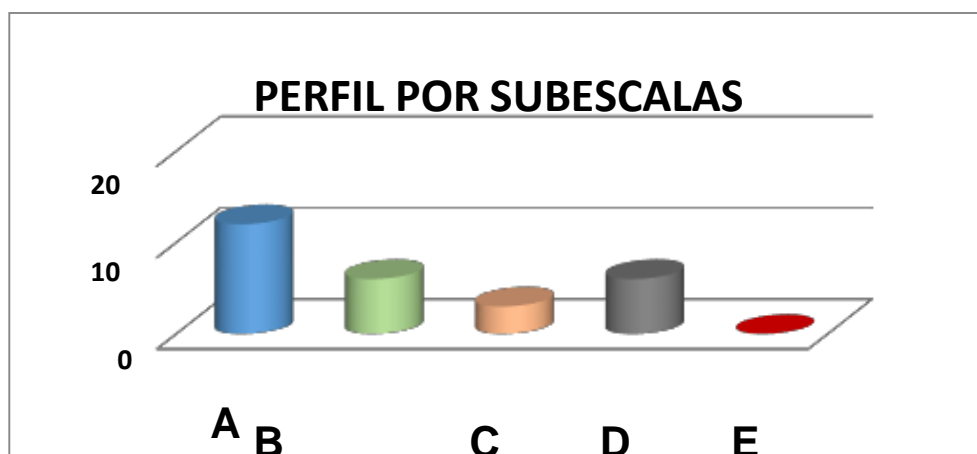
Rango IV: *“Inferior a la capacidad intelectual del término medio”.*

El puntaje 27 que la ubica en el percentil 25, lo que nos indica una categoría inferior al término medio.

Lo que indica que presenta problemas para razonar, comprender y actuar eficazmente en su medio, falta de aptitud para dar sentido a un material desorganizado o confuso, así como para manejar constructos claramente no verbales que se aprecian como una estructura compleja.

Cuantitativamente:

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	12	100	Inferior al término medio
B	6	50	
C	3	25	
D	6	50	
E	0	0	
TOTAL CI	27	25	



D. ESCALA DE AUTOEVALUACION PARA LA DEPRESION ZUNG

Cualitativamente:

No depresión < 35 (< 28 puntos) Depresión leve 36-51 (28-41 puntos) Depresión Moderada 52-67 (42-53 puntos) Depresión grave > 68 (> 53 puntos).

Se caracteriza por la falta de interés en actividades placenteras, sentimientos de desesperación, la falta de autoestima, cambio en los patrones alimenticios, dificultades para dormir, etc.

Cuantitativamente:

1. 3	9. 1	17. 4
2. 3	10. 2	18. 4
3. 3	11. 2	19. 4
4. 2	12. 3	20. 4
5. 4	13. 4	
6. 4	14. 4	
7. 4	15. 3	
8. 1 16. 2		

PUNTAJE TOTAL: 56 Depresión

Leve Moderado

V. RESUMEN

Velmy es una señora de 59 años , colaboradora ; constante, sus sentimientos y pasiones son fuertes, es muy agradecida, no olvida los favores, encuentra dificultad en sujetarse a un superior, se enoja interiormente y puede estallar en una tempestad de ira duradera, lo que la lleva al rencor y deseo de venganza, puede ser testaruda, le cuesta perdonar, es honrada, sencilla; presenta dolores musculares y entumecimientos costándole relajarse, muestra preocupación por el funcionamiento de su cuerpo, denota tristeza, melancolía sintiéndose deprimida; le gusta tener todo en orden siendo exigente, rebelde no suele conformarse con lo que tiene, muchas veces caprichosa, manteniendo problemas en sus relaciones familiares y sociales, que llegan al resentimiento, miedosa, muestra sentimientos de culpa por hechos de su pasado, teniendo pensamientos y conducta que denotan confusión. Presenta problemas para razonar, comprender y actuar eficazmente en su medio, así como para manejar estructuras complejas.

Arequipa, 09 de diciembre del 2016

Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi
BACHILLER EN PSICOLOGÍA

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos	: V.M.G.
Edad	: 59 años
Fecha de Nacimiento	: 05/11/1957
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Técnico-superior
Estado Civil	: Casada
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Casa
Religión	: Católico
Referente	: Asistente Social
Informante	: La evaluada
Lugar de Evaluación	: DEMUNA
Fechas de evaluación	: 24-11-2016 30-11-2016
Examinadora	: Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente se acerca a consulta manifestando que hace años viene sintiéndose sola, que ha bajado de peso, que no tiene ganas de comer y no puede dormir, siente que sus hijos la utilizaron para que cuide a sus nietos, ahora ya no la necesitan y la relación con su esposo actual ha ido empeorando.

III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observación

Entrevista

Pruebas psicométricas:

- Inventario multifásico de la personalidad Dr. S.R. Hathaway y Dr. Mc Kinley
- Test de Análisis caracterológico de Rene le Senne
- Test de Matrices progresivas de Raven
- Escala de Autoevaluación para la depresión Zung

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Nació de parto normal, no fue una niña deseada, fue la tercera de 5 hermanas, su desarrollo fue normal no tuvo accidentes ni enfermedades graves, su padre falleció cuando tenía 13 años, lo cual le afectó mucho ya que mantenía buenas relaciones con él. A los 17 años sale embarazada y se casa con su primer esposo con quien tiene 3 hijos; a los 36 años decide separarse cansada de los maltratos y del alcoholismo del esposo, dos años después se vuelve a casar con quien decide no tener hijos y solo dedicarse a ayudar a cuidar a sus nietos, con los cuales mantiene poca comunicación al igual que con sus hijos, hace cuatro años tuvo un intento de suicidio por problemas familiares, actualmente vive con su segundo esposo en un departamento que está a nombre de él.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

La paciente físicamente aparenta su edad cronológica, se encuentra orientado en el tiempo y el espacio, denota tristeza, con disposición hacia el examinador, por ratos cae en el llanto por el tema de sus hijos. Por momentos se distrae con los estímulos del ambiente, desvía la mirada durante el diálogo, sus pensamientos se manifiestan de manera natural. Recuerda los hechos de forma cronológica, aspectos de la identidad personal, teniendo problemas para recordar las edades de sus hermanos, dificultados en el razonamiento y juicio, muestra un poco de lentitud al caminar. Consciente que necesita ayuda.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Velmy es una señora de 59 años, colaboradora; constante, sus sentimientos y pasiones son fuertes, es muy agradecida, no olvida los favores, encuentra dificultad en sujetarse a un superior, se enoja interiormente y puede estallar en una tempestad de ira duradera, lo que la lleva al rencor y deseo de venganza, puede ser testaruda, le cuesta perdonar, es honrada, sencilla; presentando posible depresión moderada en los resultados obtenidos en la escala de autoevaluación de depresión presentando dolores musculares y entumecimientos costándole relajarse, muestra preocupación por el funcionamiento de su cuerpo, denota tristeza, melancolía sintiéndose deprimida; le gusta tener todo en orden siendo exigente, rebelde no suele conformarse con lo que tiene, muchas veces caprichosa, manteniendo problemas en sus relaciones familiares y sociales, que llegan al resentimiento, miedosa, muestra ideas y sentimientos de culpa por hechos de su pasado, teniendo pensamientos y conducta que denotan confusión. Presenta problemas para razonar, comprender y actuar eficazmente en su medio, así como para manejar estructuras complejas.

VII. DIAGNÓSTICO

La paciente se caracteriza por mostrar depresión crónica del estado de ánimo, dolores musculares, ideas de culpa, actos suicidas, la pérdida de apetito, trastornos del sueño; teniendo dificultades en su desarrollo social y doméstica desde hace ya cuatro años

Por todas esas características se presume que la paciente presenta:

CIE-10 (F34.1) trastorno Distímico

VIII. PRONÓSTICO

Reservado, actualmente Velmy no está recibiendo el apoyo familiar, pero si tiene voluntad de mejorarse así mismo es consciente que necesita ayuda.

IX. RECOMENDACIONES

Terapia individual

Terapia familiar

Asistir a actividades recreativas

Asistir a reuniones con familiares

Mantener un círculo Social Activo

Goriet Lisbeth Ochoa Churampi
BACHILLER EN PSICOLOGÍA

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: V.M.G.
Edad	: 59 años
Fecha de Nacimiento	: 05/11/1957
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Técnico-superior
Estado Civil	: Casada
Procedencia	: Arequipa
Ocupación	: Casa
Religión	: Católico
Referente	: Asistente Social
Informante	: La evaluada
Lugar de Evaluación	: DEMUNA
Fechas de evaluación	: 24-11-2016 30-11-2016
Examinadora	: Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi

II. DIAGNÓSTICO

Por todas esas características se presume que la paciente presenta:

CIE-10 (F34.1) trastorno Distímico

III. OBJETIVOS GENERALES

Utilizar los recursos cognitivos, sociales y personales, que permitirán favorecer el logro de objetivos, para el cambio positivo de pensamientos e ideas erróneas y el afrontamiento de dificultades que le plantee su entorno.

IV. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Terapia Cognitiva-Conductual

Porque de acuerdo con el caso presentado, nos podrá ayudar a que la persona se sienta bien consigo mismo y que maneje las situaciones para vivir en un ambiente agradable, además de que sepa resolver los problemas que le preocupan, llevando un control de ellas, así como también, ayudará a tomar vías acertadas y positivas para poder expresar intenciones y deseos; y para modificar pensamientos equivocados acerca de uno mismo, ver las cosas con más optimismo, logrando objetivos .que le impulsen y motiven en su vida diaria

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES TERAPEUTICAS

PRIMERA Y SEGUNDA SESIÓN

- Explicar el fundamento teórico al paciente.
Este paso indica el socializar el modelo cognitivo de la depresión al paciente y cómo nuestros pensamientos pueden tener influencia sobre nuestras emociones, conducta y reacciones corporales.
- Definición de Cognición para el paciente.
¿Qué entiende el paciente por este término? ¿O qué entiende por pensamientos?
- Influencia de las cogniciones sobre los afectos y la conducta.
- Cognición y experiencias recientes.
Se utilizan ejemplos recientes sobre situaciones que hayan provocado algún tipo de emoción al paciente, lo que son las primeras cuatro columnas de la tabla de pensamientos disfuncionales.
- Detección de los pensamientos automáticos.
- Examinar y someter a una prueba de realidad los pensamientos automáticos.
Cuando existen distorsiones cognitivas, como en el ejemplo del muchacho con temor al rechazo y que no se atreve a pedirle a la amiga que lo acompañe al cine porque tiene pensamientos del tipo “¡Me dirá que no, me sentiré muy mal! ¡Se molestará conmigo!” Se le dice que llame a uno de sus hijos y analizamos lo que paso en la situación.
- Técnicas de retribución.
En el ejemplo anterior, luego de que Velmy llamara a sus hijos para verlos un viernes, se reanalizan y reformulan los pensamientos automáticos, o en el caso de que no aceptara salir con el paciente, se analiza de que no pasó lo peor, no se molestó ella, etc.
- Búsqueda de soluciones alternas.
Pensamientos más apegados a la realidad, una mejor manera de ver la situación.
- Registro de pensamientos inadecuados.
Observar a lo largo del tiempo de la terapia en conjunto con el paciente, cuáles son las distorsiones cognitivas más frecuentes que él tiene, como personalización o inferencia arbitraria.
- Identificación de creencias nucleares.
Preguntando el significado de los pensamientos automáticos (técnica de descenso vertical)
Ejemplo: Un paciente deprimido nos presenta dos situaciones que le causaron tristeza.

En la primera situación nota que no desempeña su trabajo con la misma energía que antes, su pensamiento automático es ¡No saldré de esta! ¡Estoy mal!, cuando se le pregunta que le dolería más si esos pensamientos fueran una verdad responde: No puedo hacer nada (Desamparo).

En la segunda situación el paciente sale a una reunión social, donde no se siente cómodo, sus pensamientos son: ¡Realmente no me puedo integrar!, ¡Estoy mal! El significado de estos pensamientos es No soy capaz de mejorar (Desamparo).

- **Modificación de creencias nucleares.**

Puede ser realizada de la siguiente manera; primer paso es buscar pruebas en contra de la misma, por ejemplo, si mi creencia es el abandono, buscar pruebas en la realidad de que no ha sido así. También se intenta buscar mejores maneras de ver la situación (El hecho de estar solo en determinados momentos de mi vida, no quiere decir que sea un abandonado). Se realiza un ejercicio en el cual se le pide al paciente que recuerde la edad más temprana de su vida en la que esta creencia empezó a tenerla, luego de ello se hace un juego de roles donde el paciente en su parte adulta o presente, le explica a su parte joven (pasado) lo inadecuado de tener esa creencia y las pruebas en contra de ella y cómo se puede ver la vida de una mejor manera. Esto se hace debido a que las creencias nucleares se modifican de mejor manera a través de experiencias que movilicen afecto, como son nuestras estructuras del pasado.

TERCERA Y CUARTA SESIÓN

Aplicación de técnicas cognitivas en Terapia Cognitiva (Beck):

1- detección de pensamientos automáticos: Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-Play, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

2- Clasificación de las distorsiones cognitivas: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

3- Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos: Puede hacerse de diferentes maneras:

(1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.

(2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.

(3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.

(4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente.

Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

4- Concretizar las hipótesis: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

5- Retribución: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

6- Descentramiento: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

7- Descatastrofización: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas, así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8- Uso de imágenes: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo, pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

9- Manejo de supuestos personales:

1. Uso de preguntas:

- Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.

- Preguntar por la evidencia para mantenerla.

2. Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.

3. Diseñar un experimento para comprobar la validez de la sunción.

1. COMPRENSIÓN DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

. "¿Qué quiere decir con...?"

. "¿Por qué razón piensa o cree eso?"

. "¿Por qué es tan importante eso que piensa para Ud.?"

2. CUESTIONAMIENTO DE EVIDENCIAS:

- . "¿Qué pruebas tiene para creer eso?"

3. REATRIBUCIÓN:

- . "¿Puede haber otras causas que expliquen ese suceso?"
- . "¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera...?"

4. EXAMEN DE OPCIONES ALTERNATIVAS DE INTERPRETACIÓN:

- . "¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?"

5. COMPROBAR LOS EFECTOS:

- . "Si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible?"
- . "¿Se podría hacer algo si ocurriese?"

6. EXAMEN DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS:

- . "¿Qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?"

QUINTA SESIÓN

Aplicación de las técnicas conductuales.

La modificación cognitiva a través de la modificación comportamental. La idea de utilizar las técnicas conductuales no está basada en el modelo del conductismo típico, en el cual nuestra conducta es el resultado de un determinado estímulo; se basa en el modelo cognitivo, en el cual los pensamientos juegan un papel primordial en el establecimiento de conductas, emociones y respuesta corporal. A través de la modificación de la conducta, podemos realizar modificación en nuestros pensamientos.

Programación de actividades.

A los pacientes deprimidos les cuesta realizar las tareas que anteriormente les costaban poco. Por la misma anhedonia, falta de motivación, fatiga e inhibición psicomotriz, es conveniente comenzar con un trabajo de actividades antes de realizar la corrección de distorsiones en forma temprana en el tratamiento.

Antes de aplicar un programa de actividades diarias conviene sugerir:

- No preocuparse si no consigue realizar todo lo propuesto.
- Determine el tipo de actividad que va a emprender, no la proporción de tarea que va a conseguir realizar.
- Aunque no tenga éxito recuerde que lo más importante es intentar llevar a cabo el programa.
- Reserve algunos momentos al final de la tarde para hacer el programa del día siguiente; anote la actividad propuesta para cada hora en el programa.

Técnica de dominio y agrado.

Esta se basa en la idea de que el paciente realizaba, antes de estar deprimido actividades con cierto grado de precisión y control (DOMINIO) y también con gusto y placer (AGRADO).

Ejemplo: A una paciente, ama de casa de 38 años quién cursaba por una depresión moderada, se le pidió a manera de experimento que graduara qué tanto controlaba y le

agradaba el hacer un pastel (Actividad que antes de la depresión le gustaba y hacía bien).

ACTIVIDAD: *Hacer un pastel.*

Dominio (0 a 10): 5.

Agrado (0 a 10): 3

Esto nos puede servir como un punto de partida para corregir posibles distorsiones cognitivas; por ejemplo, la paciente calificó de 5 su grado de dominio en la actividad de hacer el pastel, T: ¿Por qué 5? P: “*No lo hice tan bien como antes*”, T: ¿Se le quemó? ¿Mezcló mal los ingredientes?, P: “*No, de hecho, mis hijos dijeron que había quedado muy rico*”, T: ¿No estará calificándose de un modo en el cual lo ve con el filtro de la tríada cognitiva de la depresión?

Asignación de tareas graduadas.

De una forma gradual, lenta, se asigna cada vez actividades de mayor grado de complejidad; por ejemplo: Primero a un paciente deprimido que pasa mucho tiempo en cama se le puede decir que pruebe dar una caminata de 10 minutos alrededor de su casa una vez a la semana, luego dos veces por semana, luego todos los días y después a distancias y tiempo más largo, dependiendo de su estado y capacidad.

“La acción precede a la motivación” es una frase importante en la realización de estas actividades.

Podemos resumir los pasos de la manera siguiente:

1. Definir problema.
2. Formular un proyecto.
3. Observación inmediata y directa para conseguir determinado objetivo (por paciente).
4. Eliminar dudas del paciente.
5. Estimular para una evaluación realista.
6. Enfatizar a que se alcanza el éxito, gracias a esfuerzo propio.
7. Asignar tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente.

SEXTA SESIÓN

Práctica cognitiva.

Se refiere al hecho de modificar a través de las actividades conductuales, las distorsiones cognitivas.

Entrenamiento en asertividad y juego de roles.

Se le enseña al paciente a expresar sus emociones de una manera segura y sin dañar los derechos de los demás. También durante la sesión se puede realizar el juego de roles, en el cual el terapeuta juega diversos papeles para ayudar a modelar determinada conducta en el paciente. Por ejemplo: Un paciente deprimido que tiene mucho temor al rechazo y no puede pedirle a una amiga que le acompañe al cine, se puede realizar en el juego de roles las probables estrategias a tomar por el paciente, analizar sus pensamientos automáticos y los diferentes desenlaces de la situación.

V. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Ayudamos a modificar los pensamientos automáticos
Contribuir a una buena autopercepción
Mejorar las relaciones con hijos y esposo
Ayudar en el manejo de situaciones cotidianas conociendo más sobre la tolerancia.

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

La aplicación de las técnicas y procedimientos terapéuticos tendrán una duración aproximada de 2 meses, distribuido en un programa de 6 sesiones a razón de una por semana donde se aplicará en forma graduada las técnicas psicoterapéuticas

VII. AVANCES TERAPÉUTICOS

Se aplicó 2 sesiones del plan psicoterapéutico.

Gioriet Lisbeth Ochoa Churampi
BACHILLER EN PSICOLOGIA

ANEXOS

PERFIL DE INTELIGENCIA GENERAL

Nombre VELMY M. G. Edad 59
 Sexo FEMENINO Grado 0 Sección 0
 Fecha 07/12/2016

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	12	100	Inferior al término medio
B	6	50	
C	3	25	
D	6	50	
E	0	0	
TOTAL CI	27	25	

INTERPRETACION

años de

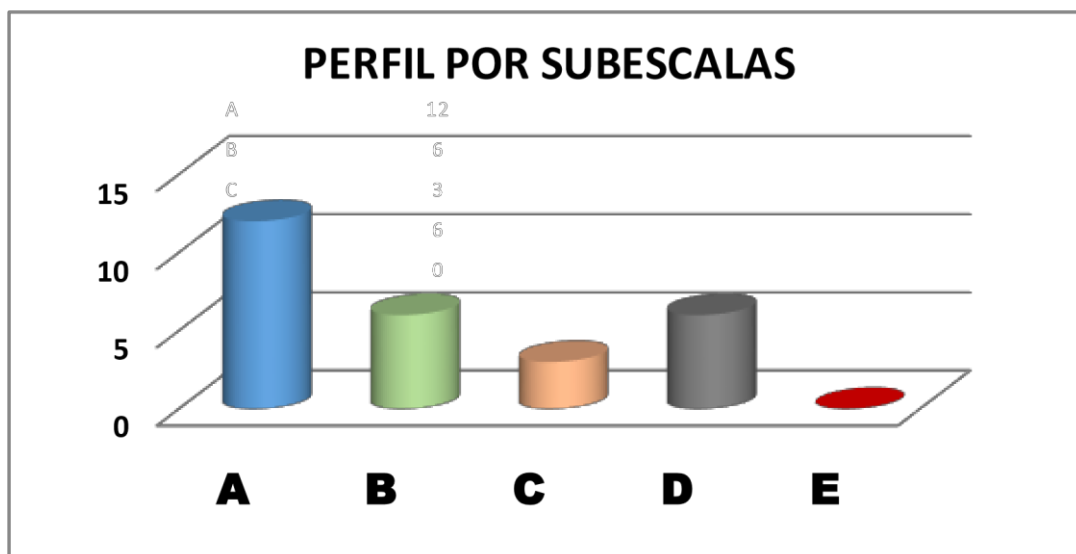
VELMY M. G. de 59 edad

que lo ubica en el

Tiene un Puntaje de **27** Percentil **25**

Nos indica que se ubica en la categoría de:

Inferior al término medio



GIORIET LISBETH OCHOA CHURAMPI

Velmy M. G. 59 años Femenino

Claves de Medición para la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) Coteje estas claves con las respuestas del paciente. Suma los números para obtener un valor total.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
	1	2	3	4
1. Me siento decaído y triste.			3	
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	1	2	3	4
5. Como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4
10. Me canso sin razón alguna.	1	4	3	4
11. Mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	4	3	2	1
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	4	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. Mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	4	3	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1

PUNTAJE TOTA: 56
DEPRESIÓN MODERADA

D=10

N=0

C=5

ANALISIS CARACTEROLOGICO

(Hoja de Respuesta)

NOMBRES Y APELLIDOS Velmy M. G EDAD 59
 SEXO Femenino GRADO DE INSTRUCCION Tecnico - Superior
 LUGAR Oficina del DEMUNA

ENCIERRE CON UN CIRCULO SU RESPUESTA ELEGIDA

1. DNC	2. DN	3. DN	4. DN	5. DN	6. DN	7. DN	8. DN
11. DN	12. ND	13. ND	14. ND	15. DN	16. DN	17. DN	18. DN
21. DCN	22. DN	23. NCD	24. ND	25. DN	26. DN	27. DNC	28. DN
31. DN	32. ND	33. ND	34. ND	35. ND	36. DN	37. DN	38. NCD
41. DCN	42. ND	43. DN	44. ND	45. DN	46. DN	47. DN	48. DN
51. DN	52. DN	53. DN	54. ND	55. DN	56. DN	57. DNC	58. DN
61. DN	62. DN	63. ND	64. ND	65. ND	66. ND	67. DN	68. DN
71. DNC	72. ND	73. DN	74. ND	75. DN	76. DN	77. DN	78. ND
81. DN	82. DN	83. DN	84. ND	85. DN	86. DN	87. DN	88. DN
91. DN	92. DN	93. DN	94. ND	95. DN	96. DN	97. DN	98. ND

Sólo para ser llenado por el EXAMINADOR

	E	A	S	C/C	C/D	Av	Af	TT
1	5	2	10	3	0	4	0	5
11	10	12	0	13	10	14	0	15
21	5	22	10	23	10	24	10	25
31	10	32	10	33	10	34	0	35
41	5	42	10	43	10	44	0	45
51	10	52	10	53	10	54	10	55
61	10	62	10	63	10	64	10	65
71	5	72	10	73	0	74	0	75
81	10	82	10	83	10	84	0	85
91	10	92	10	93	10	94	0	95

80 90 80 30 30 40 90 30

GRAFICA INTERIOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E

A

S

C/C

C/D

Av

Af

TT

DIAGNOSTICO

EAS

Fórmula :

Tipo : Pasionales

Fórmula :

Sub-tipo: -

ASPECTOS TENDENCIALES POSITIVOS Encuentra su rigor logico en el pen
samiento, es muy agradecido, se impone por su justicia y nobleza,

ASPECTOS TENDENCIALES NEGATIVOS Dificultad en sujetarse en un superior
fiende al rencor y a la venganza, testadura, lo que lo lleva a ser exigente

NORMAS AUTOEDUCATIVAS

PROFESIONES RECOMENDADAS

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)

MINI MULT

(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: Velmy M. G

Edad: 59

Estado Civil: Casada

Grado de Instrucción: Técnico - Superior

Ocupación: Ama de Casa

Fecha de Examen:

1. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	13. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	25. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	37. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	49. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	61. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F
2. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	14. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	26. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	38. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	50. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	62. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F
3. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	15. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	27. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	39. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	51. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	63. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F
4. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	16. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	28. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	40. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	52. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	64. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F
5. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	17. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	29. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	41. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	53. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	65. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F
6. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	18. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	30. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	44. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	54. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	66. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F
7. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	19. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	31. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	43. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	55. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	67. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F
8. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	20. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	32. <input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	44. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	56. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	68. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F
9. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	21. <input type="radio"/> V <input type="radio"/> F	33. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	45. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	57. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	69. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F
10. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	22. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	34. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	46. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	58. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	70. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F
11. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	23. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	35. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	47. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	59. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	71. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F
12. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	24. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	36. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	48. <input type="radio"/> V <input checked="" type="radio"/> F	60. <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	2	8	8	7	12	16	14	9	13	15	10
Puntaje Equivalente	6	21	18	16	35	35	33	21	32	43	25
Añadir K				9			7		18	18	4
Puntaje Directo Corregido	6	21	18	25	35	35	40	21	50	61	29
Puntaje T	58	66	61	79	80	79	100	88	91	109	81

DIAGNÓSTICO: Considerar evaluación psiquiátrica.

