

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



“USO INADECUADO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LA ANSIEDAD”

(Estudio realizado con adolescentes de 1ro a 5to grado de educación secundaria en las Instituciones Educativas de gestión estatal del distrito de Yanahuara, Arequipa - 2016)

Tesis presentada por los bachilleres:

RAMÍREZ DEL CARPIO, CRISTOFER
SALAS GONZALES STEPHANIE, GRACE

Para optar el título profesional de psicólogos

AREQUIPA – PERÚ

2017

DEDICATORIAS

*A mi madre Maríaluz y mi abuela Gladys,
por su apoyo y compañía constante a lo largo
de mis años de formación profesional, por los
valores que me han inculcado, y por haberme
otorgado la oportunidad de tener una buena
educación en el transcurso de mi vida..*

Cristofer

*A mis padres, Luis y Shirley, por su apoyo
incondicional en todo momento, por su
ejemplo y educación. A mis abuelos, Alodia
y Luis por su amor y aliento constante. Mi
hermana Ana Lucia por su comprensión y
cariño y a mi hija, Isabella, por ser mi
fortaleza y motivo de superación.*

Stephanie

AGRADECIMIENTOS

A los Catedráticos de nuestra Escuela Profesional de Psicología, que en el transcurso de nuestros años de formación nos brindaron su apoyo y nos transmitieron sus conocimientos.

Cristofer y Stephanie

ÍNDICE

DEDICATORIAS.....	I
AGRADECIMIENTOS	II
LISTA DE TABLAS	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT	IX

CAPITULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

INTRODUCCIÓN	1
1. Planteamiento del problema	4
2. Objetivos.....	7
3. Hipótesis	8
4. Variables e indicadores.....	9
5. Justificación.....	10
6. Limitaciones del estudio	14
7. Definición de términos	15

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.....	17
1.1 Características de las nuevas tecnologías	18

1.2 Tipos de nuevas tecnologías	20
1.3 Uso problemático de las nuevas tecnologías	22
1.4 Uso problemático de las nuevas tecnologías: signos y síntomas	23
1.5 Prevención y tratamiento de los problemas derivados del “uso problemático de las nuevas tecnologías”	25
2. ANSIEDAD.....	26
2.1. Concepto de ansiedad	27
2.2. Causas de la ansiedad	28
2.3. Neurobiología de la ansiedad	29
2.4. Tipología de la ansiedad.....	32
2.5. Teorías de la personalidad relacionadas con la ansiedad	34
3. ANSIEDAD Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	35

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1.TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
2.DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
3.SUJETOS	37
4.INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS.....	39
A. STAIC Cuestionario de ansiedad rasgo-estado en niños	39
B. Cuestionario de detección de nuevas tecnologías (DENA)	42
5.PROCEDIMIENTO	45

CAPITULO IV

RESULTADOS.....	46
------------------------	-----------

CAPITULO V

DISCUSIÓN	76
------------------------	-----------

CONCLUSIONES.....	82
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	83
-----------------------------	-----------

REFERENCIAS	84
--------------------------	-----------

ANEXOS	88
---------------------	-----------

CASOS CLÍNICOS.....	1
----------------------------	----------

CASO N° 1	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
------------------------	--------------------------------------

CASO N° 2.....	30
-----------------------	-----------

|

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Características socio-demográficas más relevantes de estudiantes del 1° a 5° de secundaria de los colegios de Gestión Pública del distrito de Yanahuara-Arequipa-2016.</i>	47
Tabla 2. <i>Ocupación de los padres</i>	48
Tabla 3. <i>Conductas inapropiadas relacionadas al uso desmedido y su relación con las Nuevas Tecnologías más usadas.</i>	49
Tabla 4. <i>Prevalencia de uso de las Nuevas Tecnologías en los estudiantes</i>	50
Tabla 5. <i>Percepción subjetiva del uso problemático de las Nuevas Tecnologías</i>	52
Tabla 6. <i>Percepción subjetiva del uso problemático de las Nuevas</i>	53
Tabla 7. <i>Niveles de ansiedad rasgo-estado de los estudiantes</i>	55
Tabla 8. <i>Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del internet y los Niveles de Ansiedad Estado.</i>	56
Tabla 9. <i>Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático de los videojuegos y los Niveles de Ansiedad Estado.</i>	57
Tabla 10. <i>Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del ciber y los Niveles de Ansiedad Estado.</i>	58
Tabla 11. <i>Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del teléfono móvil y los Niveles de Ansiedad Estado.</i>	59
Tabla 12. <i>Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático de la Televisión y los Niveles de Ansiedad Estado.</i>	60
Tabla 13. <i>Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del internet y los Niveles de Ansiedad Rasgo.</i>	61
Tabla 14. <i>Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático de los videojuegos y los Niveles de Ansiedad Rasgo.</i>	62
Tabla 15. <i>Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del ciber y los Niveles de Ansiedad Rasgo.</i>	63
Tabla 16. <i>Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del teléfono móvil y los Niveles de Ansiedad Rasgo.</i>	64
Tabla 17. <i>Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático de la televisión y los Niveles de Ansiedad Rasgo.</i>	65

Tabla 18. <i>Relación entre año de estudios y el Uso de Internet</i>	66
Tabla 19. <i>Relación entre año de estudios y el Uso de Videojuegos</i>	67
Tabla 20. <i>Relación entre año de estudios y el Uso del Ciber</i>	68
Tabla 21. <i>Relación entre año de estudios y el Uso del Teléfono Móvil</i>	69
Tabla 22. <i>Relación entre año de estudios y el Uso de la Televisión</i>	70
Tabla 23. <i>Relación entre el Uso de Internet y el Sexo</i>	71
Tabla 24. <i>Relación entre el Uso de los Videojuegos y el Sexo</i>	72
Tabla 25. <i>Relación entre el Uso del Ciber y el Sexo</i>	73
Tabla 26. <i>Relación entre el Uso del Teléfono Móvil y el Sexo</i>	74
Tabla 27. <i>Relación entre el Uso de la Televisión y el Sexo</i>	75

PRESENTACIÓN

Señor Rector de la Universidad Nacional de San Agustín

Señor Decano de la Facultad de Psicología, RR. II. y Cs. de la Comunicación

Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología.

Señor Presidente del Jurado Dictaminador.

Señores Catedráticos Miembros del Jurado Dictaminador.

Tenemos el grato honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de Tesis titulado “Uso inadecuado de las Nuevas Tecnologías y la Ansiedad” (Estudio realizado en adolescentes de 1ro a 5to año de educación secundaria de las Instituciones Educativas de gestión estatal del distrito de Yanahuara, Arequipa - 2016), el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, nos permitirá obtener el título Profesional de Psicólogos.

Cumpliendo con los requerimientos del reglamento vigente, esperamos que vuestra justa apreciación evalúe el esfuerzo realizado y que la presente investigación sirva de aporte al conocimiento psicológico y sea un incentivo para que se realicen otras investigaciones, tomando en cuenta nuestro aporte.

Arequipa, Abril del 2017

Bachilleres

CRISTOFER RAMÍREZ DEL CARPIO

STEPHANIE GRACE SALAS GONZALES

RESUMEN

La presente investigación titulada “uso inadecuado de las Nuevas Tecnologías y la Ansiedad”, la investigación fue realizada con estudiantes del 1er a 5to grado de educación secundaria de los colegios de Gestión Pública del distrito de Yanahuara de Arequipa-2016. Para la selección de la muestra se realizó un muestreo probabilístico o intencional a un subgrupo de la población, estando conformada por 550 adolescentes. Se utilizaron los instrumentos: Cuestionario de Detección de Nuevas Tecnologías DENA (Labrador, Becoña y Villadangos, 2008), STAIC Cuestionario de Ansiedad Rasgo Estado en niños (Spielberg y colaboradores, 1989) y una ficha socioeconómica elaborado por los tesisistas. No encontrando una relación estadísticamente significativa entre los niveles altos de ansiedad (rasgo-estado) y la percepción subjetiva de problemas derivados por el uso de las Nuevas Tecnologías, así mismo, la herramienta Tecnológica que más utilizan los adolescentes es la Televisión; siendo los videojuegos la Tecnología menos utilizada por los adolescentes evaluados.

Palabras Clave: Nuevas Tecnologías, Ansiedad, Ansiedad Rasgo, Ansiedad Estado, Adolescentes, y Uso inadecuado de las Nuevas Tecnologías.

ABSTRACT

The present research entitled "Inappropriate use of new technologies and anxiety", the research was carried out with students from 1st to 5th year of secondary education of the schools of Public Administration of the Yanahuara district of Arequipa-2016. For the selection of the sample, a non-probabilistic or intentional sampling was performed to a subgroup of the population, being made up of 550 adolescents. The instruments were: DENA New Technologies Detection Questionnaire (Labrador, Becoña and Villadangos, 2008), STAIC State Anxiety Trait Questionnaire in children (Spielberg et al., 1989) and a socioeconomic record prepared by the thesis. Not finding a statistically significant relationship between high levels of anxiety (trait-state) and subjective perception of problems derived from the use of New Technologies, the same technology used by adolescents is Television; Being videogames the Technology less used by the adolescents evaluated.

Key Words: New Technologies, Anxiety, trait-state anxiety, Teenagers, and inappropriate Use of the New Technologies.

CAPITULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los avances en nuestra sociedad, han ido a la par de la evolución de las nuevas tecnologías (NT). Las nuevas tecnologías han logrado, como indica Cattells (2002), la aparición de nuevas redes sociales o modelos, y nuevas formas de interacción social en la población. Estas herramientas, nos han permitido ingresar a un extenso mundo en los que se puede obtener información y además comunicarse de una manera más efectiva y rápida, haciendo de su uso, un común en la gran mayoría de la población.

Lamentablemente vemos que no todo ha sido positivo, pues además de los beneficios, las nuevas tecnologías han ido generando, también, que su “uso desmedido o problemático” desencadene una serie de conductas inapropiadas que han ido afectando según, Tornecilla (2009), en los diferentes ámbitos de su vida, por ejemplo: en el ámbito social observamos problemas a nivel laboral, educativo, familiar, como la reducción de interacciones sociales, aislarse de los demás, y en algunas ocasiones la preferencia del contacto virtual que el contacto físico-social, en el aspecto físico encontramos: problemas oculares, molestias en la espalda derivadas de malas posturas, dolores de cabeza, etc.; en cuanto a lo psicológico observamos: cierta dependencia a las nuevas tecnologías,

ansiedad, depresión, y otros problemas emocionales. Desafortunadamente a esta problemática se suma, que la edad mayor afectada se encuentra en la pre-adolescencia y adolescencia, llegando a afectar su normal desarrollo y desempeño personal.

Echeburúa (2005), nos indica: “una conducta que puede ser considerada estándar, como el uso de las nuevas tecnologías, logrará convertirse en problemática o inadecuada cuando existe un desorden en intensidad y frecuencia con la que se usan. Además de la interrupción o dificultad que puede generar en sus relaciones interpersonales en su familia, trabajo, centro educativo, etc.”.

A pesar de que se presentan dificultades relacionadas con el uso desmedido o inadecuado de las nuevas tecnologías, el DSM-V no ha incluido criterios estandarizados para una “adicción a las nuevas tecnologías”, por lo que no es un diagnóstico clínico válido. Los únicos criterios estandarizados próximos son los de juego patológico (F63.0) tal como lo indica el DSM-V. Existe la propuesta de Block (2009) de incluir el uso desadaptativo de internet como un trastorno mental, pues Block nos indica que debe incluirse dentro de los trastornos obsesivo compulsivos. Sánchez (2000), nos indica que las nuevas tecnologías y la ansiedad se encuentran relacionados. Hace referencia a esta relación alegando que el uso de las nuevas tecnologías se vincula con algunos desequilibrios fisiológicos como el pulso acelerado, dificultades en el sueño y vigilia, etc. Peukert (2011) nos habla de investigaciones que han mostrado rasgos de algunas otras patologías como son la ansiedad, depresión, y bajo desenvolvimiento educativo.

El objetivo del presente trabajo, fue determinar la relación entre el uso de las nuevas tecnologías y los niveles de ansiedad rasgo-estado de los estudiantes 1° a 5° de secundaria de los colegios de Gestión Pública (I.E. Santa María y I.E. Antonio José de Sucre) del distrito de Yanahuara-Arequipa-2016. La muestra estuvo conformada 500 alumnos de ambos sexos con edades entre 12 y 15 años. El diseño de la investigación fue Transversal Correlacional, puesto que indagaremos la incidencia de las modalidades, niveles o categorías de una o más variables y describiremos la relación que existe entre ellas en un solo momento determinado (Sampieri, 2006).

En nuestro medio existe un vacío a nivel de investigaciones sobre el uso desmedido o problemático de las nuevas tecnologías y la relación que puede tener con algún trastorno o desajuste psicológico, como es el caso de la ansiedad. Es por eso que hemos visto la necesidad de dar a conocer la magnitud de este fenómeno en nuestro contexto local ya que se evidencia un incremento en la cantidad de personas afectadas, sobretodo en la población pre adolescente y adolescente. Además los resultados de nuestra investigación contribuirán brindando información al profesional psicólogo en el área clínica, social, educativa y a la sociedad en general, acerca de los problemas en diferentes ámbitos (social, psicológico, físico, etc.) que puede acarrear el uso desmedido de las nuevas tecnologías y la relación que puede tener con la ansiedad.

La presente tesis profesional se divide en 5 capítulos que se detallan a continuación. En el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, los objetivos tanto el general como los específicos, la hipótesis que ayuda a definir el problema de investigación y orientación acerca de los datos que se desea recoger, la justificación y las limitaciones del estudio y por último la definición de términos.

En el capítulo II, se muestra el marco teórico que abarca, el desarrollo teórico de las variables en estudio y nuestra orientación teórica al respecto. En el capítulo III, se presenta la metodología que incluye el tipo de investigación, el diseño, los sujetos y el procedimiento que se llevó a cabo para ejecutar la investigación. En el capítulo IV, se muestran los resultados de la investigación, los cuales fueron hallados mediante el análisis de paquete estadístico SPSS. Por último el capítulo V, se realiza la discusión, donde analizamos los datos de nuestra investigación, contrastando con el resultado de otras investigaciones y fundamentación teórica, también se presentan las conclusiones principales y recomendaciones para posteriores investigaciones. Finalmente se puede apreciar las referencias bibliográficas y los anexos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el transcurso de las últimas décadas las nuevas tecnologías (NT) han tenido un gran impacto en nuestra sociedad, provocando un cambio en la vida de las personas y su relación en comunidad. Es así que, según Blázquez (2001), la aparición de un amplio y variado abanico de herramientas tecnológicas han revolucionado la forma de almacenar y transmitir información, nuestras actividades diarias y la manera en cómo nos relacionamos con los demás. Probablemente son los adolescentes los que se han visto más influenciados con la aparición de estas nuevas tecnologías, cada vez es más el tiempo que estos pasan conectados a dichas herramientas, por lo que otros pasatiempos y ocupaciones empiezan a dejarse.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) elabora anualmente, desde el año 2005, un informe Técnico sobre las estadísticas de la presencia de las Tecnologías en los hogares, basado en los datos obtenidos de las encuestas trimestrales “ENAHO”; donde nos indica que en el primer trimestre de 2016 de cada 100 hogares en 92 existe por lo menos una tecnología.

Es así que a diferencia de la última medición hecha en 2015, en el primer trimestre del 2016, de cada 100 hogares en 92 existe una persona con al menos un equipo móvil; sin embargo en aquellos hogares en donde hay un menor de 16 años de edad, de cada 100 en 56 por lo menos uno de estos tiene teléfono móvil; en cuanto a un ordenador de computadora, de cada 100 hogares 38 tienen al menos una computadora; en la misma línea, son 92 hogares de cada 100 los que poseen al menos un televisor, siendo siempre Lima Metropolitana donde la estadística aumenta a 98 de 100 hogares y las áreas rurales de 55 por cada 100, manteniéndose esta estadística con la obtenida la última medición de 2015. En lo referente a la existencia de una conexión a internet en los hogares, si tomamos en cuenta el último trimestre de 2015, se observa un incremento de 5,3 puntos porcentuales al pasar de 40,7% a 46,0%. Dentro de estas estadísticas son los hombres con un 49.7% los que mayor uso hacen del internet frente a un 42.3% por parte de las mujeres y dentro de población son los adolescentes (entre 12 a 18 años) unos de los estratos que según edad usan más el internet con un 61.0% estando solo por debajo de los jóvenes de 19 a 24 años quienes acceden a la red en un 74.1% (INEI, 2016).

Es así que, la Organización Mundial de la Salud (2014), sostiene que de cada cuatro personas una sufre trastornos de conducta relacionados con el uso de nuevas tecnologías, como: incremento de las conductas agresivas, o bien, sufren ansiedad, irritabilidad o malestar físico en los momentos en los que no pueden utilizar y/o conectarse a la herramienta tecnológica.

La información con la que se dispone sobre las repercusiones que acarrea el uso problemático de las nuevas tecnologías en la conducta de los adolescentes es todavía escasa. Sin embargo, las consecuencias que tiene el descontrol en el uso de estas nuevas herramientas se ha venido investigando en distintos países y las evidencias existentes indican que el alcance no es solo como se creía. En distintas investigaciones se encuentran ciertas consecuencias positivas como: mayor cognición espacial y visual, mantenimiento de relaciones sociales derivadas del uso de la telefonía móvil, o las redes sociales en Internet, la planificación y el desarrollo de estrategias (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009).

El fenómeno del uso problemático de las nuevas tecnologías se viene presentando en grandes cifras en la sociedad. En España, donde se llevaron a cabo gran parte de las investigaciones, uno de los estudios referidos a la relación existente entre niveles de ansiedad (rasgo-estado) y el uso de las nuevas tecnologías, muestran relaciones significativas entre uso de estas herramientas y el nivel de ansiedad, tanto estado como rasgo que presentan los adolescentes. Esto parece implicar que el acceso a las nuevas realidades virtuales tiene grandes consecuencias positivas, aunque también negativas como los patrones problemáticos de algunos adolescentes y el grado de ansiedad que experimentan (Rodríguez, Martínez, García, Guillén, Valero de Vicente y Díaz, 2012).

Rodríguez, Martínez, García, Guillén, Valero de Vicente y Díaz (2012), en su investigación: “Adicción a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTICS) y ansiedad en adolescentes”, nos indican: que el creciente avance de las NTICs en la sociedad actual, se ha relacionado con patrones de adicción y otros síntomas como ansiedad en la población adolescente y en donde los resultados muestran relaciones significativas entre uso de NTICs y nivel de adicción y ansiedad, tanto estado como rasgo.

Esto parece implicar que el acceso a las nuevas realidades virtuales tiene grandes consecuencias positivas, aunque también negativas como los patrones adictivos de algunos adolescentes y el grado de ansiedad que experimentan.

En nuestra sociedad es muy común confundir el término “Adicción” con el de “uso problemático” siendo esto un punto a tomar en cuenta, que se basa en la afirmación que hasta hoy se desconoce sobre lo que es: “adicción a las nuevas tecnologías”. Para hablar de “adicción” se deben cumplir con dos factores básicos: la pérdida de control y la dependencia, entendida ésta como la necesidad subjetiva de realizar forzosamente la conducta y la supeditación de la vida cotidiana al mantenimiento del hábito (Fernández, 1996). Como en cualquier conducta adictiva, los usos problemáticos de las nuevas tecnologías son controladas inicialmente por reforzadores positivos (por ejemplo, conectarse a Internet por la utilidad o el placer que produce su uso), pero terminan siendo controladas por reforzadores negativos (conectarse a Internet para liberarse del malestar y la tensión emocional). Lo que indica que como ocurre con las adicciones a sustancias químicas, las personas dependientes a la realización de una determinada conducta (uso de Internet, juego, sexo, compras, etc.), experimentan un síndrome de abstinencia cuando no pueden realizarla, caracterizado fundamentalmente por irritabilidad, estado de ánimo histérico y malestar emocional (Echeburúa, 1999).

Vemos claramente que la información con la que contamos es muy variada, pero aun así insuficiente como para poder generalizar ciertos resultados; sin embargo, está problemática ha alcanzado grandes proporciones en el mundo, sus principales protagonistas son adolescentes en diversas condiciones socioeconómicas y situaciones de vida. En muchas ocasiones podríamos ver cómo es que el uso problemático de las nuevas tecnologías viene acompañado con un poco soporte familiar que predispone a un mayor uso de estas herramientas. Estos aspectos constituyen algunos de los elementos diferenciadores que podrían darnos mayores luces sobre esta problemática social.

Es por ello que consideramos la necesidad de estudiar este fenómeno: “uso inadecuado de las nuevas tecnologías” y específicamente a la relación con distintos problemas emocionales, debido a que actualmente constituye una problemática social con

manifestaciones que ilustran interrelaciones entre diversas variables. Así mismo es conocido que no existe un diagnóstico de: “adicción a las nuevas tecnologías”. Pero si es verdad que la mayoría de los adolescentes que tienen un uso problemático de las nuevas tecnologías presentan características psicológicas peculiares en las que es necesario profundizar para poder prevenir este fenómeno social.

Por todo ello se plantea llevar a cabo este estudio que incidirá en dos variables: nuevas tecnologías y ansiedad (rasgo-estado). Cabe aclarar que consideramos que los antecedentes de investigación que abarquen las mismas variables y que hayan sido anteriormente realizadas en nuestro medio, presentan, a nuestro entender, ciertas deficiencias, por lo que consideramos que el presente estudio es de carácter trascendental debido al vacío a nivel de investigaciones que existe sobre este tema y al aumento constante de adolescentes que presenten problemas emocionales derivados del uso problemático de estas nuevas herramientas, por lo que pretendemos enriquecer el conocimiento del profesional psicólogo, de los profesionales en el área educativa y de la sociedad en general acerca de la relación existente entre la ansiedad y el uso inadecuado de las nuevas tecnologías, poniendo esta problemática social en materia de futuras investigaciones.

La presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el uso de las nuevas tecnologías y la presencia de ansiedad rasgo – estado en adolescentes de 1ro a 5to año de educación secundaria de los colegios de gestión pública del distrito de Yanahuara en la ciudad de Arequipa?

2. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Determinar la relación entre el uso de las nuevas tecnologías y los niveles de ansiedad rasgo-estado de los estudiantes 1° a 5° de secundaria de los colegios de gestión pública del distrito de Yanahuara-Arequipa-2016.

B. Objetivos específicos

- a) Identificar las características socio-demográficas más relevantes de estudiantes de 1° a 5° de secundaria de los colegios de gestión pública del distrito de Yanahuara-Arequipa-2016.
- b) Identificar conductas que indiquen problemas derivados del uso excesivo de las nuevas tecnologías y la frecuencia de uso de las nuevas tecnologías de los estudiantes de 1° a 5° de secundaria de los colegios de gestión pública del distrito de Yanahuara-Arequipa-2016.
- c) Identificar la percepción subjetiva del uso inadecuado de las nuevas tecnologías que usan los estudiantes de 1° a 5° de secundaria según edad y sexo de los colegios de gestión pública del distrito de Yanahuara-Arequipa-2016.
- d) Identificar los niveles de ansiedad estado y rasgo de estudiantes de 1° a 5° de secundaria de los colegios de gestión pública del distrito de Yanahuara-Arequipa-2016.
- e) Correlacionar la percepción subjetiva del uso inadecuado de las nuevas tecnologías con la ansiedad estado y rasgo que presentan los estudiantes de 1° a 5° de secundaria de los colegios de gestión pública del distrito de Yanahuara-Arequipa-2016.

3. HIPÓTESIS

La percepción subjetiva del uso inadecuado de las nuevas tecnologías se relaciona con los niveles altos de ansiedad rasgo-estado que presentan los estudiantes de 1° a 5° de secundaria de los colegios de gestión pública del distrito de Yanahuara-Arequipa-2016.

4. VARIABLES E INDICADORES

Variables		Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Medición
Variable Principal	Nuevas tecnologías	Herramientas Computacionales e informáticas que procesan, almacenan, sintetizan, recuperan y presentan información representada de la forma más variada.	Comunicación	Televisión Ciber/internet Videojuegos Teléfono Móvil	Ordinal Nominal
			Información		
Variable secundaria	Ansiedad	Respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligroso, y se acompaña de un sentimiento desagradable, de síntomas somáticos o emocionales (Iruarrizaga, Gómez, Criado, Zuazo y Sastre 2013).	Ansiedad-rasgo	Propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los estudiantes evaluados, en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.	Ordinal
			Ansiedad-estado	Estado o condición emocional transitoria, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo percibido por los estudiantes evaluados.	Ordinal
Otras variables	Edad		12 a 15 años		
	Sexo		Masculino		
			Femenino		

5. JUSTIFICACIÓN

En el transcurso de los últimos años nuestro medio ha venido alcanzado un incuestionable desarrollo, como consecuencia de esta evolución es la transformación en la vida cotidiana de las personas y su relación entre sí. Sin lugar a duda, son las nuevas tecnologías (NT) uno de los factores que han impulsado este avance, cambiando la forma en la que almacenamos y transmitimos la información, nuestra forma de comunicarnos entre personas e inclusive la manera en la que realizamos nuestras actividades de ocio.

La influencia más llamativa de las nuevas tecnologías, se ha producido entre la población adolescente, cuyo uso va en incremento, siendo mayor el tiempo que estos se conectan a internet, usan el teléfono móvil, juegan a los videojuegos o miran televisión dejando de lado actividades y ocupaciones tradicionales que empiezan a quedar olvidadas. Según la Organización Mundial de la Salud (2014), una de cada cuatro personas sufre trastornos de conducta relacionados con el uso de nuevas tecnologías, es decir, cuando la afición interfiere en la vida cotidiana: cuando pierde el tiempo de estudio conectado a la herramienta y obteniendo malos resultados académicos, deterioro o menor dedicación a las relaciones interpersonales y a otras actividades de ocio, si se practica por necesidad en lugar de para pasarlo bien generando un incremento de las conductas agresivas, o bien, sufren ansiedad, irritabilidad o malestar físico en los momentos en los que no pueden utilizar y/o conectarse a la herramienta tecnológica, despertando una considerable preocupación social acerca de la influencia (negativa o positiva) que el uso de estas tecnologías puede tener sobre el desarrollo y ajuste personal.

Hoy en día, diversos autores proponen diferentes puntos de vista explicativos sobre las consecuencias del uso problemático de las nuevas tecnologías, abordando el tema desde distintas aproximaciones, por realizar una categorización del “uso problemático” de estas nuevas herramientas; sin embargo; la mayoría de ellos han optado por la utilización del término “adicción”, lo cual representa a nuestro punto de vista una deficiencia, ya que aún no se han establecido los criterios estandarizados para el diagnóstico de: “adicción a las nuevas tecnologías”, sino que el diagnóstico se limita al “juego patológico” (F63.0), incluido en el DSM-V.

No obstante, una de las propuestas más recientes para la inclusión del uso desadaptativo de las herramientas tecnológicas como “trastorno mental” corresponde al trabajo de Block (2008), que opina: “el uso desadaptativo de las herramientas tecnológicas debería incluirse conceptualmente en el espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos”. Por lo tanto, es clave para nosotros poder diferenciar: entre el uso frecuente de las nuevas tecnologías y la adicción a las mismas. Como nos indican Echeburúa y Corral (2009): “lo que define una conducta adictiva no es tanto la frecuencia con que se realiza, sino la relación de dependencia que se crea, la pérdida de control por parte del sujeto y la grave interferencia que genera en la vida cotidiana”. De esta forma, no hay que catalogar a una persona como adicta al teléfono móvil con el solo uso frecuente de este, ni disfrutar participando en las redes sociales virtuales con ser adicto a Internet.

Estas propuestas han causado una presión científica tan fuerte que actualmente hablar de “Adicción a las nuevas tecnologías” se encuentra en fase de observación o análisis ya que aún es un constructo teórico que se encuentra en revisión, y que no figura aun en el nuevo Manual del DSM-V (2013). Sin embargo, si podemos investigar cuan conflictivo es su uso desmedido y problemático de las nuevas tecnologías, sus repercusiones y sus causas.

Por una parte, hay datos que ponen de manifiesto ciertas consecuencias positivas del uso de las nuevas tecnologías en el desarrollo de los adolescentes que, en muchos casos, han nacido con esas herramientas ya presentes. Es así que Echeburúa, Labrador y Becoña (2009), vinculan el uso de videojuegos en la infancia con una mayor cognición espacial y visual, probablemente porque estimulan la percepción visual, la planificación y el desarrollo de estrategias, sosteniendo, que existe una relación positiva entre el uso de la computadora en casa y el rendimiento escolar, siendo también más elevado el porcentaje de chicos y chicas que repiten curso entre quienes no tienen computadora en casa. Incluso cabe pensar en la influencia favorable que puede esperarse del uso de Internet para buscar información. Aunque los resultados son más controvertidos, también se apuntan algunas consecuencias positivas sobre la constitución y mantenimiento de relacionales sociales derivadas del uso de la telefonía móvil, o las redes sociales en Internet.

Así mismo, Echeburúa, Labrador y Becoña (2009), nos afirman que a la par de los posibles beneficios, hay datos y estudios que alertan de los riesgos derivados de la masiva presencia de las nuevas tecnologías en la vida cotidiana de adolescentes y jóvenes. La primera preocupación proviene del tiempo total diario dedicado por adolescentes al uso de los aparatos más habituales (televisión, computadora, videoconsola y teléfono móvil) que, según los datos disponibles, podría superar las seis horas diarias, es decir, la cuarta parte del total del día. Una consecuencia evidente de una dedicación tan amplia del tiempo diario a estas nuevas tecnologías es la disminución del tiempo dedicado a la realización de otras actividades antes mucho más habituales (leer, estudiar, salir a pasear, conversar, etc.). Además de la preocupación por la gran cantidad de tiempo y atención que adolescentes dedican a las nuevas tecnologías, la alarma de madres y padres proviene de las dificultades que éstos tienen para controlar y supervisar el contenido de las páginas web o juegos de Internet a los que acceden sus hijos(as), temiendo que muchos de estos contenidos (pornográficos o violentos) sean inapropiados. Probablemente, el mayor riesgo del uso excesivo de las nuevas tecnologías es la posibilidad de generar un comportamiento inapropiado que lleve no solo a una dedicación desmedida (lo que puede apartar al adolescente de otro tipo de actividades más saludables y muy necesarias a ciertas edades), sino a una verdadera dependencia y falta de control sobre sus conductas, así como problemas emocionales tales como: depresión, irritabilidad, ansiedad, etc.

Estos estudios han sido de gran ayuda y soporte, a la hora de identificar posibles problemas o beneficios derivados del uso de estas, sin embargo es también un hecho conocido, que si nos ponemos a analizar todo lo que se escribe acerca de las consecuencias que acarrea el uso de las nuevas tecnologías, nos daremos cuenta de lo complicado que es encontrar un punto en común, en donde converjan las conclusiones de todos estos estudios.

Uno de los estudios referidos a la relación existente entre niveles de ansiedad (rasgo-estado) y el uso de las nuevas tecnologías es el llevado a cabo por Rodríguez, Martínez, García, Guillén, Valero de Vicente y Díaz (2012), titulado “Adicción a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTICS) y ansiedad en adolescentes”, en donde se centraron en analizar la relación del uso de NTICs y

la adicción, así como determinados estados y rasgos de ansiedad. Se ha utilizado un total de 82 alumnos del “IES Sabina Mora”, en Roldán (Murcia). Los resultados muestran relaciones significativas entre uso de NTICs y nivel de dependencia y ansiedad, tanto estado como rasgo. Esto parece implicar que el acceso a las nuevas realidades virtuales tiene grandes consecuencias positivas aunque también negativas como los patrones adictivos de algunos adolescentes y el grado de ansiedad que experimentan.

Peukert (2010), ha mostrado indicadores descriptivos de patologías como depresión, ansiedad, baja motivación por el cambio, así como escaso rendimiento escolar en adolescentes con problemas en el uso de las nuevas tecnologías. De esta manera, Estévez, Bayón, de la Cruz y Fernández-Liria (2009), han utilizado diversos instrumentos para evaluar el uso desmedido de Internet de adolescentes madrileños de entre 14 y 18 años. Utilizando el test de Young, estos autores encuentran que un 42,3% de los adolescentes evaluados serían usuarios de riesgo y un 3,3% se considerarían problemáticos. Con este test, la proporción de alumnos considerados en situación de riesgo es el doble que la obtenida utilizando otra medida (el test de McOrman), lo que deja claramente de manifiesto la limitación metodológica derivada de la falta de consenso sobre un criterio diagnóstico.

Tomando en consideración los antecedentes antes mencionados, la presente investigación tiene como finalidad brindar un nuevo aporte teórico en el estudio de los problemas que genera el uso inadecuado de las nuevas tecnologías de adolescentes de los colegios de gestión estatal del distrito de Yanahuara en la ciudad de Arequipa, y los posibles problemas de ansiedad relacionados al uso de las nuevas tecnologías, basándose en el paradigma de investigación cuantitativa, para así poder obtener una perspectiva del problema a estudiar; para tal propósito en primer lugar se identificara aquellas características socio-económicas de los sujetos mediante la aplicación de una ficha socio-económica, luego evaluar la percepción subjetiva que estos tienen sobre problemas derivados del uso de nuevas tecnologías mediante el cuestionario DENA, para finalmente evaluar su nivel de ansiedad rasgo-estado existente en aquellos adolescentes que presentan problemas producidos por el uso inadecuado de las Nuevas Tecnologías.

Así mismo, se pretendió dar un alcance en la práctica educativa, haciendo especial énfasis en el ámbito de la prevención, mediante la instalación de programas de prevención y tratamiento de los adolescentes que presentan problemas con el uso de las nuevas tecnologías, ya que una vez que se tenga un sustento teórico sobre aquellos factores familiares que influyen en el desarrollo de problemas derivados del uso de las nuevas tecnologías en los adolescentes en nuestro propio contexto social y educativo se harán más factibles la identificación y prevención de aquellas conductas que nos indiquen un posible problema de dependencia a las Nuevas Tecnologías.

Es por eso que consideramos que el conocimiento sobre: “ansiedad y nuevas tecnologías en adolescentes del nivel secundario de colegios de gestión estatal del Distrito de Yanahuara en la Ciudad de Arequipa-2016”, aportara al profesional psicólogo tanto clínico como educativo, en el ámbito de la prevención, valiosa información científica, sobre problemas derivados del uso de las nuevas tecnologías y los niveles de Ansiedad en adolescentes.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Nuestra investigación cuenta con una limitación en cuanto a bibliografía existente y actual, que nos den mejores luces conceptuales sobre lo que son las nuevas tecnologías, de igual manera no contamos con suficientes investigaciones desde un punto de vista psicológico, acerca del uso inadecuado de las nuevas tecnologías y los problemas emocionales que este acarrea, existiendo en su minoría estudios que aborden el tema especificando cierto tipo de herramienta tecnológica. Afectándonos así en la elaboración de nuestro marco teórico y en nuestros antecedentes locales.

Así mismo, se encuentra cierta limitación en cuanto al acceso y recogida de la muestra en los distintos centro educativos, ya que solamente existen dos instituciones de gestión estatal en el distrito de Yanahuara en la región Arequipa, siendo el número de esta población reducido lo que nos impediría generalizar nuestros resultados.

7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- A. Nuevas Tecnologías:** Las nuevas tecnologías son las herramientas computacionales e informáticas que procesan, almacenan, sintetizan, recuperan y presentan información representada de la forma más variada. Es un conjunto de herramientas, soportes y canales para el tratamiento y acceso a la información (Rojas, 2009).
- B. Ansiedad:** Respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc. , que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, y se acompaña de un sentimiento desagradable, de síntomas somáticos o emocionales (Iruarizaga, Gómez, Criado, Zuazo y Sastre 2013).
- C. Ansiedad estado:** Spielberger (1989) nos indica que la ansiedad estado es un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.
- D. Ansiedad rasgo:** propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, sus niveles de ansiedad estado Spielberger (1989).
- E. Adicción:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

A lo largo de los últimos años la introducción de las “Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación”, o lo que podríamos llamar: “sociedad de la información y del conocimiento”, en todas las esferas de la sociedad, es un hecho irremediable. Hacemos referencia a ellas, al mencionar una serie de nuevas tecnologías y medios que van desde los supertextos, los multimedias, el internet, la realidad virtual, o la televisión satelital. Una particularidad con la que podemos definir a estas nuevas herramientas es que giran de manera interactiva en torno a la comunicación y la transmisión de información. En la revisión de nuestra literatura desarrollaremos tres temas centrales en los que se basa nuestra investigación: las nuevas tecnologías, la ansiedad y la relación entre el uso problemático de las nuevas tecnologías y los niveles de ansiedad estado-rasgo. La información la hemos recopilado a través de libros, artículos de investigación y libros virtuales.

1. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

La gran gama de conceptos que encontramos sobre lo que son las nuevas tecnologías son muy variados y hasta en algunas ocasiones llegan a ser opuestos, por diferentes motivos, pero sobre todo por el hecho que en el término “nuevo” implica algo “viejo” o caduco. Sin embargo, suele haber cierta concordancia al definir las como aquellas herramientas tecnológicas que giran alrededor de la comunicación e información.

De esta manera Castells (1998) al hablar de las Nuevas tecnologías de la información y de la comunicación se refiere a: “el conjunto de herramientas desarrolladas en el campo de la microelectrónica, la informática, las telecomunicaciones, la televisión y la radio, la optoelectrónica y su conjunto de avances y utilidades”, concepto que va en la misma línea con la opinión de Cabrero (1998), quién las define como: “Las herramientas que se encuentran incluidas de manera interactiva dentro de medios como las telecomunicaciones y la informática, lo que permite conseguir nuevas realidades comunicativas”. Presentando diferentes aplicaciones de las nuevas tecnologías en la educación: realidad virtual, multimedia, televisión satelital, redes y videoconferencia.

Bartolomé (2000) señala la importancia del papel de las nuevas tecnologías dentro del ámbito de la didáctica y de otras ciencias aplicadas de la Educación, refiriéndose especialmente al diseño, desarrollo y aplicación de recursos en procesos educativos, no únicamente en los procesos instructivos, sino también en aspectos relacionados con la educación social y otros campos educativos. Estos recursos se refieren, especialmente, a los recursos de carácter informático, audiovisual, tecnológicos, del tratamiento de la información y los que facilitan la comunicación.

Un minucioso análisis del término usado: “nuevas tecnologías de la información y comunicación” nos brindan una serie de elementos particulares. Cuatro puntos, cuatro elementos que “conforman” una nueva realidad:

- Nuevas: tales como la televisión, el vídeo, y las redes informáticas (a pesar de que muchas de estas han existido antes) ya que al sumar el restante de piezas del

rompecabezas (información y comunicación) les proporciona un nuevo significado comunicativo.

- **Tecnologías:** al referirse a herramientas técnicas que deben su composición y desarrollo actual a la evolución de la informática, la microelectrónica, los multimedia y las redes comunicacionales.
- **Información:** en cuanto a la función que cumplen: producir, almacenar, recuperar y transmitir la información.
- **Comunicación;** al originar contextos comunicativos como consecuencia de la interacción e interconexión.

Luego de realizar la revisión bibliográfica de las definiciones planteadas por diferentes autores, nosotros podemos decir, que todos concuerdan al considerar que las nuevas tecnologías se presentan como: “aquellas herramientas tecnológicas que a través del manejo de la información dan como resultado nuevos y diferentes escenarios y contextos de comunicación”.

1.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Cabrero (1998) elabora un listado de las características más representativas de las NT| con sus respectivas definiciones según diferentes autores:

- a) Inmaterialidad:** Las nuevas tecnologías realizan la creación, el proceso y la comunicación de la información. Esta información no es material y puede ser llevada de forma instantánea a lugares lejanos.
- b) Interactividad:** Mediante las nuevas tecnologías se consigue un intercambio de información entre el usuario y el ordenador. Esta particularidad permite adecuar los recursos utilizados a las necesidades de los usuarios.
- c) Interconexión.** La interconexión hace referencia a la creación de nuevas posibilidades tecnológicas a partir de la conexión entre dos tecnologías.

- d) Instantaneidad:** Las redes de comunicación y su unificación con la computación, han viabilizado el uso de servicios que permiten la transmisión de la información, entre lugares alejados físicamente.
- e) Enaltecidos parámetros de calidad de imagen y sonido:** El proceso y transmisión de la información comprende todo tipo de información: textual, imagen y sonido, los avances han ido orientados a conseguir comunicaciones multimedia de gran calidad.
- f) Digitalización:** Su objetivo es que la información de distinto tipo (sonidos, texto, imágenes, animaciones, etc.) logre ser transmitida por los mismos medios al estar representada en un formato único universal.
- g) Mayor Influencia sobre los procesos que sobre los bienes:** Es posible que el uso de diferentes aplicaciones de las nuevas tecnologías presente una influencia sobre los procesos mentales que realizan los usuarios para la adquisición de conocimientos, más que sobre los propios conocimientos adquiridos. En los distintos análisis realizados, sobre la sociedad de la información, se remarca la enorme importancia de la inmensidad de información a la que permite acceder Internet. En cambio, muy diversos autores han señalado justamente el efecto negativo de la proliferación de la información, los problemas de la calidad de la misma y la evolución hacia aspectos evidentemente sociales, pero menos ricos en potencialidad educativa, económica, comercial, lúdica, etc. No obstante, como otros muchos señalan, las posibilidades que brindan las nuevas tecnologías suponen un cambio cualitativo en los procesos más que en los productos. Ya hemos señalado el notable incremento del papel activo de cada sujeto, puesto que puede y debe aprender a construir su propio conocimiento sobre una base mucho más amplia y rica. Por otro lado, un sujeto no sólo dispone, a partir de las nuevas tecnologías, de una "masa" de información para construir su conocimiento sino que, además, puede construirlo en forma colectiva, asociándose a otros sujetos o grupos. Estas dos dimensiones básicas (mayor grado de protagonismo por parte de cada individuo y facilidades para la actuación colectiva) son las que suponen una modificación cuantitativa y cualitativa de los procesos personales y educativos en la utilización de las nuevas tecnologías.

h) Penetración en todos los sectores (culturales, económicos, educativos, industriales:

El impacto de las nuevas tecnologías no se refleja únicamente en un individuo, grupo, sector o país, sino que, se extiende al conjunto de las sociedades del planeta. Los propios conceptos de "la sociedad de la información" y "la globalización", tratan de referirse a este proceso. Así, los efectos se extenderán a todos los habitantes, grupos e instituciones conllevando importantes cambios, cuya complejidad está en el debate social.

i) Innovación. Las nuevas tecnologías están produciendo una innovación y cambio constante en todos los ámbitos sociales. Sin embargo, es de reseñar que estos cambios no siempre indican un rechazo a las tecnologías o medios anteriores, sino que en algunos casos se produce una especie de simbiosis con otros medios.

j) Tendencia hacia automatización. La propia complejidad empuja a la aparición de diferentes posibilidades y herramientas que permiten un manejo automático de la información en diversas actividades personales, profesionales y sociales. La necesidad de disponer de información estructurada hace que se desarrollen gestores personales o corporativos con distintos fines y de acuerdo con unos determinados principios.

k) Diversidad. La utilidad de las tecnologías puede ser muy diversa, desde la mera comunicación entre personas, hasta el proceso de la información para crear informaciones nuevas.

1.2 TIPOS DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

A. TELÉFONO MÓVIL: Para Martínez (2007) el teléfono móvil o como muchos lo conocen celular es un dispositivo electrónico de comunicación, en su mayoría de tamaño pequeño y cuya transmisión se da por radiofrecuencia. Se caracteriza por ser inalámbrico, es decir que no necesita estar conectado por cables directamente a un lugar fijo. Incluye servicios como llamadas telefónicas, agenda, mensajes de texto, juegos, conexión a internet, etc.

B. VIDEOJUEGOS: En lo referente a los videojuegos se encontraron distintas definiciones, las cuales compartimos a continuación:

- **Frasca (2001)** Nos dice que: “un videojuego incluye cualquier forma de software de entretenimiento por computadora, usando cualquier plataforma electrónica y la participación de uno o varios jugadores en un entorno físico o de red”.
- Para **Juul (2005)** Refiriéndose a los videojuegos nos dice: “hablamos de un juego usando una computadora y un visor de video. Puede ser un computador, un teléfono móvil o una consola de juegos”.
- **Zyda (2005)** nos da otro concepto de videojuego; “una prueba mental, llevada a cabo frente a una computadora de acuerdo con ciertas reglas, cuyo fin es la diversión o esparcimiento”.
- **Aarseth (2007)** Nos menciona: “consisten en contenido artístico no efímero (palabras almacenadas, sonidos e imágenes), que colocan a los juegos mucho más cerca del objeto ideal de las Humanidades, la obra de arte se hace visible y para el observador estético”

En conclusión: podríamos decir que los videojuegos son el conjunto de programas electrónicos y virtuales que se reproducen en cualquiera de las distintas plataformas existentes (televisión, celular, computadora, etc.), que tienen como fin la diversión o esparcimiento de los usuarios.

C. TELEVISIÓN (TV): La televisión es un sistema de comunicación, por el que se transmite sonidos y movimientos a cientos de receptores por medio de un aparato llamado TV.

Para Fernández (1994) la TV es una herramienta valiosa que es utilizada por una gran cantidad de personas como un medio de comunicación, con el fin de informarse o recrearse en sus momentos de ocio. Cerezo (1994) Refiere a la televisión: “como uno de los sistemas de comunicación más usado por las personas, por eso se considera un medio

indispensable en la comunicación social”. De alguna forma tiene una gran influencia en la cultura. Es una tecnología poderosa, pues logra penetrar impactar, hipnotizar, y todo esto debido a la estructura audiovisual que posee.

D. INTERNET: Aunque no existe una definición completa o exacta sobre lo que vendría a ser esta nueva herramienta, consideramos a la siguiente como la más acorde a lo que pensamos y pretendemos investigar. Para Zamora (2014): “El Internet es una red integrada por miles de redes y computadoras interconectadas en todo el mundo mediante cables y señales de telecomunicaciones, que utilizan una tecnología común para la transferencia de datos”.

1.3 USO PROBLEMÁTICO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

El uso problemático de las nuevas tecnologías se ha convertido en un problema social alarmante, que preocupa a los diferentes profesionales, que ven este fenómeno como una preocupación real que afecta a la persona en distintos ámbitos de su vida (social, laboral, personal, etc.).

Es así que, Carbonell (2010) indica: “que las nuevas tecnologías sirven en un principio como instrumentos útiles para la vida cotidiana, puso de ejemplo a los chats que suponen para las personas una herramienta para mantener conversaciones de manera instantánea, de forma, que en sujetos con gran timidez constituye un instrumento con el que se desinhiben y se socializan para lo que cara a cara tienen dificultades.

Si bien son útiles el consumo abusivo nos genera ciertos problemas. Este tipo de consumo se caracteriza por ser desmedido, en el caso de nuestro estudio, hablaremos específicamente del uso de televisión, ciber, internet, videojuegos y teléfono móvil.

Según la Organización mundial de la salud (2014) cada una de cuatro personas sufre trastornos relacionados con el uso desmedido de las nuevas tecnologías, es decir el 25% sufre problemas relacionados con el uso excesivo de estas.

Block (2008), opina que el uso desadaptativo de la red debería incluirse como concepto en los trastornos obsesivo- compulsivo. Pues en la actualidad los criterios para poder diagnosticar el mal uso de las nuevas tecnologías no se han realizado, el diagnostico se limita como nos indica Young (1996) solo al de “juego patológico”. Las propuestas de considerarlo como diagnóstico, han generado una presión muy fuerte sobre el mal uso de las nuevas tecnologías, y en la actualidad se encuentra en fase de análisis y observación.

Pratareli (1999), nos indica que la televisión se encuentra dentro de las adicciones pasivas, pues aísla al usuario, pierde contactos sociales e interactúa menos con su entorno. Así mismo, al hablar de la computadora, utilizo el término “adicción al ordenador”, y lo define como un fenómeno o desorden que depende tanto del medio como del mensaje, sin inclinarse a favor de ninguno”. Zaragozano (2009) Nos habla del uso del teléfono móvil cuyo uso ha aumentado en los últimos años, pues se usa como un instrumento de ocio y entretenimiento, nos dice también que la prevalencia estimada es de dos por mil usuarios. El mismo autor menciona a los videojuegos como otra forma de entretenimiento y ocio, cuya población de riesgo siguen siendo los adolescentes.

1.4 USO PROBLEMÁTICO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: SIGNOS Y SÍNTOMAS

Son diferentes las manifestaciones que tienen las nuevas tecnologías en las personas que presentan un uso problemático de estos medios tecnológicos. Es así que:

Labrador (2010) Nos indica: “que las personas que muestran una “adicción” a las nuevas tecnologías muestran un comportamiento que no es normal en diferentes lugares como son el hogar familiar (no colaboran no participan y mienten) en el ámbito escolar (bajo rendimiento) y en el laboral (bajo rendimiento en el trabajo).

En cuanto a reacciones fisiológicas, Labrador (2009) nos indica que la regulación de la comida y del sueño se desequilibra, posponen estas actividades por estar conectados a alguna de estas herramientas. A nivel psicológico se observa una euforia excesiva e incapacidad para tener interacciones interpersonales con su familia y amigos. Cuando no realiza estas actividades tiene una sensación de vacío, estado depresivo o

irritado. Sin embargo, cuando está manteniendo su comportamiento tiene un sentimiento placentero parecido a cualquier adicción establecida.

Echeburúa, (1999) y Griffiths, (2000) nos hablan de cómo afecta al sistema inmunitario el uso prolongado de las nuevas tecnologías, ya que lo mantiene en una constante activación, este empieza a generar algunos efectos físicos como ojos secos, migraña y dolores de espalda.

Para Washton y Boundy(1991), existen diferentes consecuencias que pueden ser asociadas en tres grupos: Fisiológicas, psicológicas y sociales.

- **Consecuencias fisiológicas:** Encontramos condiciones como sedentarismo sueño, desnutrición, dolor de cabeza, problemas musculares, fatiga ocular, alteraciones en sistema inmune, etc.
- **Consecuencias Psicológicas:** Estas son las de mayor peso que afectan a la persona. Los efectos son comunes como depresión, inestabilidad emocional y ansiedad. Otros efectos negativos de la adicción a las nuevas tecnologías también son la agresividad, empobrecimiento afectivo, confusión entre el mundo real-imaginario, etc.
- **Consecuencias psicosociales o sociales:** Encontramos aquí a los conflictos en la interacción con su entorno como son la familia, en la escuela, en el trabajo, o incumpliendo con actividades de la vida cotidiana (como hábitos de higiene) y hasta legales (robo, conductas agresivas).

1.5 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN EL USO PROBLEMÁTICO LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Según Echeburúa y Corral (1994) cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. El uso problemático de las nuevas tecnologías puede suponer un problema concretamente psicológico, con características parecidas a otro tipo de adicciones (sustancias) como por ejemplo falta de interés en otras actividades, desgaste de control, síndrome de abstinencia.

Kraut, Young y Rodgers (1998), mencionan una posible relación entre el incremento de los niveles de depresión y la relación entre el uso excesivo de las nuevas tecnologías. Pero hasta el día de hoy se da la discusión de que si la depresión es consecuencia o causa de la “adicción” a las nuevas tecnologías.

A. GRUPOS DE RIESGO

Meerkerk y Garretsen (2006) nos indican que el uso abusivo de las nuevas tecnologías es un problema que puede afectar a todo tipo de personas, sin importar edad, economía o nivel social. Pero nos habla de algunos grupos que son más propensos a desarrollar conflictos que se derivan de este uso excesivo. Por ejemplo encontramos a personas que atraviesan alguna situación complicada en su vida, como podría ser un divorcio, abandono, perder un trabajo, dedicarse solo al hogar, etc. o algunas personas con problemas para comunicarse o con dificultades motoras.

Es así que Echeburúa (2000) nos habla de personas con algunas características negativas de personalidad, por ejemplo baja autoestima, inseguridad, timidez, etc. Para Gold (2003) Algunas personas abusan del uso de las nuevas tecnologías porque lo que buscan con estas es conocer gente y conseguir un soporte emocional, sensación de sentirse acompañados, o las que tienen algún trastorno de personalidad. Además Matute (2003) y Graner (2006) coinciden en afirmar que son los adolescentes los más vulnerables debido a las características propias de esta etapa evolutiva y finalmente tenemos a Cruzado (2001) que menciona a los estudiantes de universidades, muchos de ellos vienen de zonas lejanas, en las que necesitan tener contacto con amigos o familia, además de tener una vida ajetreada y estresante, añadiendo que en cada facultad se suele ofrecer internet libre y gratuito.

1.6 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL “USO PROBLEMÁTICO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS”.

Echeburúa (1999), Nos hace mención que las adicciones psicológicas difieren mucho una de otras, pero la característica en común es la pérdida de control sin la presencia de sustancias químicas adictivas.

El tratamiento psicológico aborda el uso de las nuevas tecnologías, es decir cuál es el tipo de nuevas tecnologías del que estamos hablando y en qué consiste, y en segundo lugar, si se usa en forma abusiva. El tratamiento irá destinado a factores de protección como mejorar las habilidades sociales, mejorar autoestima, impulsar la capacidad de resolución de problemas, y reorganizar su tiempo libre.

A. Desde una perspectiva preventiva

Una buena alternativa es la elaboración de programas de habilidades sociales en el que se pueda informar y dotar de estrategias de afrontamiento a los adolescentes, para que conozcan y afronten los riesgos que generan del uso problemático de las nuevas tecnologías, como evitarlo, y a quien pedir ayuda si llegasen a atravesar por este problema.

Lo que nos plantea Echeburúa y Corral (2006) es que: “cualquier conducta que se sienta placentera y que la veamos como normal, puede desarrollarse como una conducta que genere adicción dependiendo de la frecuencia, intensidad con la que sea usada, el grado de interferencia en las relaciones con su entorno social o familiar, y la cantidad de dinero o tiempo que se invierte en ella. Así pues el uso excesivo de las nuevas tecnologías es difícil de ser reconocido como una adicción por la propia persona.

Lo que se debe hacer frente a una “ adicción” de este tipo según Echeburúa (1999), es que el sujeto aprenda control de estímulos en un primer paso en el tratamiento, después una exposición a los estímulos, solución de problemas específicos si los hubiera, crear un nuevo estilo de vida para el sujeto, y por último, prevenir recaídas.

2. ANSIEDAD

Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo", y se refiere a un estado transitorio de tensión (sentimiento), toma de conciencia de un peligro (miedo), un intenso deseo (anhelo), una respuesta orgánica ante un estímulo estresante (estrés) y un estado patológico de sufrimiento (trastorno de ansiedad).

La ansiedad es una experiencia emocional con la que todos nos hemos visto familiarizados en algún momento, pero no por eso es fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

2.1. CONCEPTO DE ANSIEDAD

Burton (1850) empieza a darle importancia al síntoma de forma independiente, así la taquicardia correspondía a una afección del corazón, o la taquipnea de los pulmones. Freud (1899) agrupa los síntomas de irritabilidad general, ansiedad anticipatoria y síntomas somáticos (cardiovasculares, respiratorios autonómicos) cuyo origen podía ser hereditario o sexual y formula la neurosis de ansiedad (ansiedad generalizada y trastorno de pánico).

Américo (2001) Nos menciona que la ansiedad es una emoción que casi todos hemos experimentado, sin embargo nos cuesta definirla. La ansiedad es un proceso normal, que incluso nos ayuda a conocernos, que lleva al organismo a alertarse y activar operaciones defensivas, es fundamental para un proceso de aprendizaje, impulsa el desarrollo de personalidad, nos motiva a alcanzar metas, y nos mantiene con buenos niveles de trabajo. Nos indica que en niveles elevados la ansiedad puede ser nociva, compromete el desempeño y puede conducir a alguna enfermedad. Es común denominar como ansiedad a algunos estados transitorios como la tensión, el miedo, anhelo, estrés, etc.

Gutiérrez (2009) Nos indica que: “la ansiedad la experimentamos todos, en un bajo o elevado nivel. Cuando el nivel es bajo o moderado eleva el rendimiento, la motivación crece, es decir que nos ayuda a enfrentarse a situaciones cotidianas. La de niveles elevados, nos dificulta afrontar situaciones, nos paraliza. Cuando es elevada hace

que el individuo sufra lo que en psicopatología se denomina un trastorno. La ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva”.

En la presente investigación tomamos la definición hecha por Spielberger (1972), quien la define como: “un estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos.

Spielberger (1972), La ansiedad es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo. Considera que: “para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad”, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell y Scheier, 1961). La ansiedad-estado, según Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad.

2.2. CAUSAS DE LA ANSIEDAD

Rodelgo (2012), analiza las causas desde la teoría psicoanalítica, la teoría del aprendizaje y de algunos aspectos neurobiológicos.

A. Teoría psicoanalítica

Esta teoría nos dice que los conflictos internos son los causantes de la ansiedad, y que además el sujeto que la padece no se encuentra en la capacidad de gestionarla. Cuando ocurre una situación conflictiva, puedes acudir miedos infantiles. Nos pone de ejemplo la ansiedad por separación, cuando se presenta un riesgo de sufrir una pérdida, o en caso de fobias, se dice que se ha transportado sus conflictos internos (como fantasías sexuales reprimidas) hacia fuera a través de un mecanismo de defensa. El miedo exterior en realidad representa un miedo interior (Rodelgo, 2012).

B. Teoría del aprendizaje

Nos dice que la ansiedad (miedo) es un proceso de diferentes fases. Al principio el sujeto aprende el miedo en una situación neutral, si esta persona repite la situación y comprueba que el miedo es infundado, perderá su carácter amenazante, pero si le produce miedo, este se mantendrá, es decir la ausencia de miedo se deberá a la evitación. Cuando aparece un trastorno de ansiedad, es importante como se percibe los síntomas corporales, es decir las respuestas físicas (taquicardia, sudoración, temblores), va a percibir estas respuestas subjetivamente como peligrosas, y el miedo se eleva. Entonces el estrés se asocia a las manifestaciones corporales (Rodelgo, 2012).

C. Aspectos neurobiológicos

El sistema nervioso autónomo regula las funciones de los órganos internos (corazón, respiración). En los trastornos de ansiedad se muestra más inestable, se altera rápidamente ante una variedad de estímulos, es decir los síntomas de miedo se hacen presentes. Algunos neurotransmisores sufren anomalías (serotonina, noradrenalina, GABA). Se halló que las personas con trastorno de ansiedad, presentan alteraciones en el sistema límbico, que se encarga de la percepción de sentimientos en el hombre. Se habla de la probabilidad de que existirían factores genéticos que influyen, demostrando que la ansiedad es más frecuente en familiares de primer grado. La ansiedad puede aparecer también por el consumo de ciertas sustancias como alcohol, cafeína o las drogas (Rodelgo, 2012).

2.3. NEUROBIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

Americo (2002) menciona que existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia, este sistema es el responsable de preservar la vida a través de respuestas de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus.

Para una mejor comprensión sobre las bases neurobiológicas de la ansiedad describiremos las estructuras anatómicas y mecanismos químicos involucrados en la ansiedad:

A. La Amígdala

Ubicada en el lóbulo temporal para coordinar y regular las reacciones de alarma, involucradas en el miedo y la ansiedad. Envía proyecciones a estructuras cortico-subcorticales como la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo acumbens (implicado en el condicionamiento de recompensa), núcleos de la estría terminalis (vía importante del factor liberador de corticotropina asociado al condicionamiento), hipotálamo, tálamo; y además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales del vago (importante para el control regulatorio cardiovascular), los núcleos parabranciales (regulación de la respiración), el locus ceruleus, núcleos dopaminérgicos (A8, A9 y A10) localizados en el área tegmental ventral (importante para el condicionamiento de recompensa). Como se puede deducir, las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y musculoesqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo. La amígdala sería también un centro regulador, evaluando los informes exteroceptivos e interoceptivos e iniciando respuestas viscerales y conductuales de alarma (Goddard A., Charney D.). Su función estaría mediada por receptores noradrenérgicos, benzodiacepínicos y 5HT-1A (Américo 2002).

B. Locus Ceruleus

Está localizado en el puente cerca del cuarto ventrículo, es el principal núcleo conteniendo norepinefrina en el cerebro y su acción está regulada por receptores GABA-benzodiacepínicos y serotoninérgicos con efecto inhibitorio y por el péptido intestinal vasoactivo (VIP), factor liberador de corticotropina, la sustancia P y acetilcolina, con efecto activador. Recibe información de los sistemas que monitorean el ambiente interno y externo. La información interoceptiva es canalizada a través de varios núcleos del tallo cerebral, como el núcleo paragigantocelularis y el núcleo prepositus hipoglosa. La

información exteroceptiva ingresa por la corteza insular, orbital e infralímbica (proyecciones glutamatérgicas). El locus ceruleus envía eferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos implicados en el comportamiento del miedo y la ansiedad (Goddard A., Charney D.). Por todo esto se convierte en un centro importantísimo de respuesta ante cambios del medio interno y externo. Se activa por reducción de la presión sanguínea y del volumen sanguíneo, cambios de la termorregulación, hipercapnia, hipoglicemia, distensión de vejiga, estómago y colon, estímulos sensoriales nocivos y por amenaza, lo que lo convierte en un centro de alerta para la supervivencia de los individuos (Américo 2002).

C. Tálamo

Se localiza en el centro del diencefalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico (Américo 2002).

D. Hipotálamo

Es un complejo de núcleos y el segundo componente del diencefalo, localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Está involucrado en la activación simpática (hipotálamo lateral) y de la liberación neuroendocrina y neuropéptica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés (Américo 2002).

E. Sustancia gris periacueductal

Parece estar ligada a la respuesta al miedo. Un peligro inminente (el ataque de un animal) es transmitida desde la amígdala, desarrollando un comportamiento defensivo a través de la sustancia gris periacueductal lateral; mientras que un peligro menor (el animal rondando) provoca un comportamiento de "congelamiento" por la vía de la sustancia gris periacueductal ventrolateral (Américo 2002).

F. Hipocampo

El sistema hipocampal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla (Américo 2002).

G. Corteza orbito frontal

Esta estructura con la recepción de información sensorial y con sus ricas interacciones recíprocas con las estructuras límbicas juega un papel importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, seleccionando y planeando el comportamiento de respuesta ante una amenaza, así como también monitoreando la efectividad de esas respuestas. La presencia de altas concentraciones de receptores 5HT-2 en esta región plantea la posibilidad de su involucramiento en la interpretación del material emocional (Américo 2002).

2.4 TIPOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

Spielberger (1966) sostiene que para desarrollar una correcta teoría de la ansiedad se debe diferenciar de forma conceptual y objetivamente entre ansiedad rasgo y de ansiedad estado. Motivo por el cual desarrollo su “Teoría rasgo-estado”, siendo esta la de mayor difusión en el campo de la ansiedad.

A. ANSIEDAD RASGO

El rasgo es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad, (Spielberger,1972). De esta manera un sujeto que “tiene” un rasgo, tiende a comportarse de forma similar en diferentes períodos y en diversos contextos. El individuo con nivel alto de ansiedad rasgo suele reaccionar

con altos niveles de preocupación en diversos momentos y en diferentes circunstancias. En cambio, aquel con baja ansiedad rasgo, regularmente se mantiene tranquilo en casi todo período y en la mayor parte de contextos.

Para Gutierrez (2009) existirían diversos rasgos de ansiedad específicos, cada uno caracterizado por su sesgo cognitivo propio. Así, por ejemplo, las personas con ansiedad interpersonal presentarían una tendencia a percibir los escenarios sociales como amenazantes, lo cual desencadenaría su respuesta emocional ansiosa.

B. ANSIEDAD ESTADO

La ansiedad estado hace referencia a la forma en cómo se halla una persona en un período dado. Spielberger (1966), la describía como: “el estado de ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo”. Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, según Spielberger, de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar la situación.

Por tanto, según la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger podemos hablar de los estados de ansiedad como un proceso temporal que comienza con la valoración, por parte del individuo de los estímulos, bien internos, bien externos, y sobre el que influirá el rasgo de ansiedad. Por ello, un individuo con marcado rasgo de ansiedad tenderá a valorar un gran número de situaciones como amenazantes. Una vez valorados los estímulos aparecen varios caminos posibles, en función de si dichos estímulos son o no valorados como amenazantes. Si los estímulos son valorados como no amenazantes no se llegará a dar reacción de ansiedad. En cambio, si los estímulos son valorados como amenazantes se dará un incremento en el estado de ansiedad, si bien el individuo podrá poner en marcha mecanismos (respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares) para reducir y/o eliminar el estado de ansiedad.

2.4 TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD RELACIONADAS CON LA ANSIEDAD

A. Teorías de Cattell, Eysenck y Gray (1960): Los investigadores más relevantes de las teorías de personalidad relacionadas con ansiedad son Eysenck y Cattell. Se realizaron (bajo la dirección de Cattell) una serie de pruebas a personas heterogéneas, que medían la ansiedad en variables que siempre se habían considerado (incapacidad de establecer contacto ocular, sensación de vacío, tensión muscular, baja concentración, etc.), Cattell evaluó también la ansiedad desde un relato del propio sujeto respondiendo un cuestionario, además, estaba interesado en el estudio de la ansiedad como un estado vacilante, que varía en el mismo sujeto en diferentes momentos. Esta cuestión también fue indagada mediante la técnica del análisis factorial; lo que había que correlacionar eran las medidas de ansiedad tomadas en las mismas personas en diferentes tiempos. Lo que encontró fue que según la distinción entre ansiedad rasgo y ansiedad estado, la intensidad de la ansiedad que experimenta un sujeto en un momento dado (estado de ansiedad) depende de la interacción entre el nivel de estrés presente en ese instante y la susceptibilidad del individuo a la ansiedad (rasgo de ansiedad). En consecuencia, el estado se ve afectado directamente por el estrés situacional, pero no ocurre lo mismo con el rasgo de ansiedad.

B. Eysenck: Eysenck (1947) nos dice que la extroversión se caracteriza por rasgos como sociabilidad, búsqueda de agitación, espontaneidad, impulsividad, etc. En el polo opuesto, la introversión se caracteriza por introspección, planificación, autocontrol, etc. Nos habla sobre el neuroticismo que se caracteriza por la labilidad emocional, trastornos somáticos propios de la ansiedad como el insomnio, dolor de espalda, dolor de cabeza, preocupaciones, etc.; y los bajos en Neuroticismo por la estabilidad emocional, despreocupación, y otras características similares. La base biológica del neuroticismo está en el cerebro visceral o sistema límbico (hipocampo, amígdala, cíngulo e hipotálamo).

a) Neuroticismo y ansiedad

El factor de Neuroticismo (N) de Eysenck, y la ansiedad comparten algunas características semejantes, pero hay otras que los diferencian. Puede haber individuos

altos en N, pero no altos en ansiedad. No obstante, probablemente son más las similitudes que las diferencias. Se ha comprobado que las personas con alto N manifiestan respuestas de orientación de mayor magnitud. Esta peculiaridad hace que sean más distraíbles y perturbables, puesto que señales de disminución de intensidad en el ambiente son suficientes para inducir su reflejo de orientación. Están más alerta ante los estímulos del entorno que las personas con bajo N.

C. Gray: Gray (1982) propuso una teoría de la personalidad semejante a la de Eysenck. En el modelo de Gray, las personas con elevada ansiedad son aquellas que en el de Eysenck puntúan con un puntaje elevado en Neuroticismo (N) y bajo en Extroversión (E), mientras que las bajas en ansiedad son bajas en N y altas en E. Las personas muy impulsivas son altas en N y en E; y las poco impulsivas son bajas en N y en E.

3. ANSIEDAD Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Los patrones de ansiedad y nuevas tecnologías se encuentran íntimamente relacionados. Para Sánchez (2002) se ha observado una asociación entre el mal uso de las nuevas tecnologías y variaciones fisiológicas como el incremento de pulso, tasa cardiaca, conciencia alterada, irritabilidad. Aporta Peukert (2010) que también se puede observar en ocasiones algunas patologías como depresión, ansiedad, baja motivación, escaso rendimiento. Durocher (2004) nos habla de la ansiedad que sienten los sujetos si el funcionamiento de las nuevas tecnologías se pone lento. Para Egger (2000) existen análisis que denotan una asociación entre uso de las nuevas tecnologías con sentimientos de tristeza y desosiego. Podemos observar que no existe mucha concordancia entre las patologías que se encuentran realmente relacionadas con las nuevas tecnologías.

Alanís (2015) nos indica que el uso desmedido de las nuevas tecnologías provoca ansiedad, adicción y desmemoria. Señaló además que la adolescencia es la más vulnerable ya que pueden influir factores como la baja autoestima y la necesidad de aceptación, el uso aproximado es de siete horas diarias por estos de las nuevas tecnologías, indicó además que tener aparatos eléctricos prendidos cuando no se están

utilizando, o dormir con alguna nuevas tecnologías cerca, puede incrementar los estados ansiosos, ya que gracias a estos artefactos el cerebro no descansa como debería.

Luque, Ávila (2008) nos hablan de que la vida del hombre está condicionada por el uso de las nuevas tecnologías, y han encontrado que el aspecto negativo sobresaliente es la intrusión masiva, que comprende una continua adaptación y aprendizaje. Este fenómeno ha ocasionado dificultades psicológicas tanto por el uso desmedido o excesivo como el rechazo a las nuevas tecnologías (tecnofobias). Con referente a las tecnofobias nos mencionan que hay un grupo de personas que sienten incomodidad y aprehensión que va de niveles bajo a altos, en relación a las nuevas tecnología. El término tecnofobia es la presencia de ansiedad, miedo irracional, comportamiento aversivo a las nuevas tecnologías (Korukonda, 2005) Nos hablan de un aumento de ansiedad debido a que las nuevas tecnologías se hayan convertido en parte de nuestra vida. Existe una discusión de si la tecnofobia se considera un trastorno adaptativo, una manifestación de trastorno de ansiedad generalizada. O tal vez una reacción fóbica social. Hablan también de un sesgo cultural, se señala dos aspectos importantes, el trastorno varía según el impacto que han tenido las nuevas tecnologías en diferentes regiones o países, siendo en algunos más alto por la privación que las nuevas tecnologías tienen (por ejemplo en África), o por diferencias en idioma (Asia). Hay que aclarar que al igual que el uso excesivo y perjudicial de las nuevas tecnologías, la tecnofobia no se incluye aun en manuales de salud mental y no existe acuerdo sobre su clasificación.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para abordar el problema planteado, la presente investigación se enmarca dentro del paradigma cuantitativo, puesto que realizaremos una recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Abordaremos el problema de investigación a través del diseño Transversal Correlacional, puesto que indagaremos la incidencia de las modalidades, niveles o categorías de una o más variables y describiremos la relación que existe entre ellas en un solo momento determinado (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

3. SUJETOS

Nuestra muestra fue seleccionada a través del tipo de muestreo probabilístico; es así que primeramente hicimos un sorteo entre los diversos distritos de la ciudad de

Arequipa, resultando seleccionado el distrito Yanahuara. Luego de ello hicimos una búsqueda en la base del Ministerio de Educación “SCALE”, la cual nos indicó que en este distrito solo existen dos colegios de gestión estatal: I.E. Antonio José de Sucre y la I.E. Santa María, los cuales fueron seleccionados para el estudio.

La población de la presente investigación estuvo conformada por los adolescentes matriculados en los dos únicos colegios de gestión pública del distrito de Yanahuara de Arequipa en el año 2016. En una primera etapa nuestra unidad de análisis fue de 550 alumnos de nivel secundario cuyas edades estaban comprendidas entre los 12 a 15 años de edad. Para mejorar la precisión de nuestro estudio dentro de los 550 alumnos previamente evaluados, se seleccionaron aquellos estudiantes que percibieron “con frecuencia” o “siempre” problemas derivados del uso de las Nuevas tecnologías, los cuales en total fueron 155 alumnos; de los cuales 105 son hombres y 50 son mujeres, distribuidos entre 1er año: 47 alumnos, 2do año: 24 alumnos, 3er año: 55 alumnos y 4to año: 29 alumnos; o según su edad, 12 años: 14 alumnos, 13 años: 50 alumnos, 14 años: 48 alumnos y 15 años: 43 alumnos.

Criterios de Inclusión

- Adolescentes que estén matriculados en los colegios de gestión pública del distrito de Yanahuara de la ciudad de Arequipa-2016.
- Adolescentes que se encuentren entre 12 a 15 años de edad exacta.

Criterios de Exclusión

- Adolescentes que se rehúsen a participar de la investigación.
- Adolescentes que no perciban “con frecuencia” o “siempre” problemas derivados del uso de las Nuevas Tecnologías.

4. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

A. STAIC CUESTIONARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO EN NIÑOS

Nombre Original	: STAI C “, State – Trait Anxiety Inventory for
Nombre de Adaptación	: “STAIC Cuestionario de Autoevaluación”
Autor	: Charles D. Spielberger y Colaboradores
Adaptación	: TEA ediciones S.A. Madrid (1989)
Administración	: Individual y Colectiva
Duración	: Aproximadamente 20 minutos
Aplicación	: Niños y adolescentes de 8 a 15 años
Finalidad	: la autoevaluación de la ansiedad en niños y adolescentes, tanto como estado transitorio o como rasgo latente

a) Descripción

El Cuestionario de Autoevaluación STAIC que mide la ansiedad del niño y del adolescente tiene como antecedente el test STAI del mismo autor. Está formado por dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos diferenciados: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. La escala A- Estado (A-E) contiene 20 elementos con las que el niño y adolescente puede expresar “cómo se siente en un momento determinado”, y la escala A- Rasgo (A-R) comprende también de 20 elementos con los que el sujeto puede indicar “cómo se siente en general”.

La medida de A-E intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos (subjetiva y conscientemente percibidos) de aprensión, tensión y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo. La medida de A-R, por otra parte, intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad. Por tanto, ante situaciones percibidas como amenazadoras, los niños con elevado A-R

serán más propensos que los niños con bajo nivel A-R a responder con elevaciones de A-E.

b) Administración, calificación e interpretación

El STAIC ha sido diseñado para la auto aplicación, pero puede administrarse colectivamente. Es necesario que los sujetos hayan comprendido perfectamente la tarea antes de comenzar la prueba, y el examinador pondrá especial cuidado en la comprensión de las instrucciones, contestar COMO se siente AHORA en la escala A/E, o COMO se siente EN GENERAL en la escala A/R. Cuando todos hayan comprendido la tarea, se les pide que comiencen a contestar a las preguntas de la prueba y que al terminar cada parte den vuelta al ejemplar y esperar instrucciones del examinador.

Una vez finalizada la prueba, y antes de que se retire el sujeto, conviene revisar el material, para comprobar que se han seguido las instrucciones dadas (Como es, marcar con una X la respuesta que corresponde a lo que siente y no dejar de responder ninguna, y una sola debe ser su respuesta). En caso contrario, tal vez sea posible que reconsidere esas deficiencias, puesto que un material mal empleado puede invalidar el esfuerzo de toda la aplicación. Las puntuaciones A-E y A-R puede variar un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. A medida que aumenta la puntuación mayor es el grado de ansiedad del sujeto en la escala correspondiente, y por el contrario cuando la puntuación disminuye el nivel de ansiedad será menor. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va de 1 a 3 puntos en cada elemento. En cada parte las categorías son las siguientes:

STAIC A/E

1 = Nada

2 = Algo

3 = Mucho

STAIC A/R

1 = Casi Nunca

2 = A veces

3= A Menudo

En la elaboración del instrumento se ha entremezclado ítems en dirección directa e inversa, para soslayar el efecto de aquiescencia en las respuestas del sujeto. En la parte A/E hay 10 elementos de escala directa y los otros 10 en escala invertida, mientras que en la parte A/R sólo se excluyen 7 en dirección invertida y los 13 restantes sólo en escala directa, y en la parte A/R todas son directas o positivos hacia la ansiedad.

Las contestaciones dadas por el sujeto pueden ser puntuadas con 1 a 3 puntos, de acuerdo con la intensidad del síntoma presentado en cada elemento, y la suma de puntos puede hacerse manualmente o mediante un proceso de mecanización. En el primer caso es necesario de plantilla de corrección para obtener el número de puntos obtenidos en cada escala. Dado que las respuestas que expresan negación de la ansiedad reciben al menos 1 punto, la puntuación máxima en cada una es de 60 puntos.

El otro procedimiento de corrección es el de puntuar separadamente los aspectos positivos y los negativos de la misma, calcular la diferencia y añadir al resultado la constante de 40 puntos. Por tanto; $A-B+40$. Se suman los puntos y el valor obtenido se traslada al recuadro superior, sean los del signo menos y los del signo más. En este momento se resuelve la operación indicada: el resultado es la puntuación directa de la escala A/E.

c) Validez y confiabilidad

En relación a la confiabilidad, en los estudios originales de 1973, se aplicó el procedimiento de test-retest en una muestra de varones obteniéndose un resultado de 0.31 para la escala de ansiedad estado y 0.65 para ansiedad rasgo; en mujeres 0.47 para ansiedad estado y 0,71 para ansiedad rasgo.

Con el procedimiento de consistencia interna a través del KR-20 de Kuder-Richardson el resultado en la escala de ansiedad estado, fue de 0.82 para varones y 0.87 para mujeres, mientras que en la de ansiedad rasgo, 0.78 para varones y 0.81 para mujeres.

En cuanto a la validez del STAIC, en los estudios originales, se realizó un estudio de validez concurrente en una muestra de 75 niños, relacionándolo con dos medidas

bastante utilizadas en los Estados Unidos de Norteamérica, el CMAS (Children's Manifest Anxiety Scale for Children de Castañeda et al. 1956) y el GASC (General Anxiety Scale for Children de Saranson), los coeficientes obtenidos con la escala Ansiedad Rasgo del STAIC fueron de 0.75 con el CMAS y de 0.63 con el GASC.

En los estudios españoles se realizaron análisis de validez de constructo en una muestra experimental de 1013 niños de 9 a 15 años, arrojando un factor general para los 20 elementos del STAIC. Se trata de una dimensión general en la que todos los factores tienen peso significativo. En la escala ansiedad estado, este factor general explica el 20.6% de la varianza total entre los varones y el 21.1% en las mujeres, mientras que en la escala de ansiedad rasgo, estos valores son respectivamente el 19.4% y el 21.6%.

B. CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS (DENA)

Nombre	: cuestionario de detección de Nuevas Tecnologías (DENA)
Autor	: Francisco J. Labrador Encinas, Becoña y Silvia M. Villadangos Gonzales
Año	: Universidad Complutense-España 2008
Ámbito de aplicación	: adolescentes entre 12 a 17 años de edad
Tiempo de aplicación	: variable, oscila entre 15 y 20 minutos
Aplicación	: individual o colectiva, tanto a varones como a mujeres.
Finalidad	: Conocer la frecuencia del uso de las Nuevas Tecnologías, y la percepción subjetiva de los problemas derivados de su uso.

a) Descripción

El cuestionario tras recoger los datos de edad y sexo, se divide en 6 apartados. Los dos primeros referidos a la frecuencia del uso de las nuevas tecnologías y a la percepción subjetiva de los problemas derivados de su uso. Los cuatro restantes se refieren de forma específica a las cuatro nuevas tecnologías evaluadas (teléfono móvil, internet, consola de videojuegos y televisión). El cuestionario es anónimo, como datos generales solo se requiere la edad y sexo del adolescente.

b) Administración, aplicación y calificación

La aplicación se puede hacer de forma colectiva, aunque cada alumno respondía de forma individual su cuestionario. En las preguntas 1 y 2 es imprescindible responder a cada uno de los apartados, en las preguntas 3, 4, 5 y 6 solo se responden si corresponde, es decir, si la tecnología a la que aluden si utiliza. (por ejemplo, si una persona no juega nunca a los videojuegos, todos los apartados de la pregunta 4 quedarían en blanco). En el apartado 1 de las preguntas 3, 4, 5 y 6, que hace referencia al lugar en el que se emplean los aparatos, hay que responder solo a una opción: el lugar donde es más frecuente su uso. (por ejemplo: si una persona ve la televisión en distintas partes de la casa, debe de señalar aquel lugar donde pasa más tiempo viéndola), en los apartados 3 de las preguntas 3, 4, 5 y 6, que hacen referencia al tiempo de uso, hay que tener en cuenta que el 1 abarca el período de tiempo entre nada y 1 y así sucesivamente; en las preguntas referentes al tiempo, hay que señalar el tiempo que suele ser habitual, sin tener en cuenta excepciones de situaciones o de días determinados.

El tiempo de uso del móvil, no solo hace referencia al tiempo en el que se está hablando, sino también al tiempo en el que se usa para mandar mensajes, o se está atento de recibir respuesta a ellos y también al tiempo que se emplea para jugar a sus juegos o conectarse a Internet, en el tiempo de uso hay que señalar el tiempo total, incluso aquel que ocurre mientras se está utilizando el aparato y haciendo otra actividad. (Por ejemplo: si mientras se cena se está viendo la televisión, el tiempo de la cena hay que incluirlo en las horas dedicadas a ver este aparato). En la pregunta 5.2 que hace referencia la persona

que se hace cargo del gasto del teléfono móvil, hay que señalar aquella que lo hace normalmente, sin tener en cuenta recargas excepcionales, y que paga una mayor cantidad de dinero.

c) Validez y confiabilidad

A partir de los trabajos de investigación realizados sobre uso de nuevas tecnologías y a los criterios propuestos por distintos investigadores, se elaboró un conjunto de 70 ítems relacionados con el uso de nuevas tecnologías y posibles conductas problemáticas asociadas. Los ítems, redactados con un lenguaje sencillo y adaptado a las características de la muestra, jóvenes y adolescentes, evitaban el uso de términos técnicos y de dobles negaciones. Esta primera redacción del cuestionario fue evaluada por 6 jueces, profesionales expertos de reconocida solvencia, con respecto a su idoneidad por medio de una escala cuantitativa de 1-4. A partir de estas opiniones se depuraron y redefinieron los ítems del cuestionario, estableciéndose el Cuestionario DENA (Labrador, Becoña y Villadangos, 2008), compuesto por 58 ítems. Con este cuestionario se realizó una prueba piloto con una muestra de 140 jóvenes/adolescentes, aproximadamente 25 de cada uno de los cuatro cursos, y de los dos de bachillerato. Analizadas las respuestas se constató que los participantes comprendían el contenido de todas las preguntas y sabían responder a ellas, por lo que se consideró adecuado mantenerlas. Sí se detectaron dudas acerca de la forma correcta de responder a ellas, y para evitarlas se elaboraron las pautas que se incluyen en la primera página del cuestionario.

El DENA es un cuestionario auto administrado, dirigido a identificar el riesgo de conductas problemáticas en el uso de Internet, videojuegos, teléfono móvil y televisión. Consta de 2 preguntas sobre frecuencia uso y problemas en el uso de las nuevas tecnologías consideradas, seguidas de 9 ítems para identificar posibles conductas problemáticas en el uso de internet, videojuegos y televisión y 8 para teléfono móvil. Todas las preguntas son cerradas, proporcionando el cuestionario las opciones de respuesta. Además, incluye preguntas para evaluar la frecuencia de uso, presencia de problemas, y características de su utilización, como lugar y horas dedicadas a su uso por tecnología evaluada.

5. PROCEDIMIENTO

La investigación se inició con la delimitación del tema propuesto, y se procedió a buscar toda la información necesaria a través de diversas fuentes. Posteriormente se procedió a la elaboración del proyecto de investigación, el cual fue presentado ante las autoridades correspondientes en la Universidad Nacional de San Agustín, para obtener la autorización de llevar a cabo la investigación con el tema planteado. Seguidamente se elaboró las respectivas cartas de presentación, según el número de Centros Educativos seleccionados para la muestra, para de esta manera ingresar a las aulas y poder recoger los datos pertinentes.

Una vez obtenida la autorización correspondiente. Procedimos a ingresar a los distintos salones de nivel secundario para la de recogida de información. El proceso de evaluación se realizó en una sola etapa donde las pruebas fueron aplicadas en número en una sesión por salón. Se procedieron a aplicar las siguientes pruebas: se administró la ficha socio-económica junto al cuestionario DENA, seguida de la prueba STAIC.

Una vez terminada la aplicación de las pruebas, se procedió a seleccionar a los adolescentes que presenten problemas con el uso de las nuevas Tecnologías para de esta manera calificar el test de STAIC y así encontrar la relación existente entre “ansiedad y el uso de las nuevas tecnologías”

La investigación tuvo una duración de 4 meses, desde Julio a Octubre del 2016. Una vez culminada la recolección de datos, se hizo el vaciado de los mismos, para luego realizar el análisis estadístico y determinar los niveles prevalencia a través de cuadros de frecuencias y porcentajes de cada una de las variables de investigación propios de la fase cuantitativa, para finalmente elaborar el respectivo informe de investigación con los resultados encontrados y a las conclusiones a las que se llegaron.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En la presente tesis cuantitativa, el análisis de datos se realizó de forma descriptiva correlacional, entre el uso de las nuevas tecnologías y la ansiedad (rasgo o estado, variables que fueron evaluadas a partir de las pruebas psicológicas tomadas a la muestra de adolescentes del 1ro a 5to año de educación secundaria en los colegios de gestión estatal del distrito de Yanahuara, el paquete estadístico utilizado fue el SPSS versión 22.0

Tabla 1. Características socio-demográficas más relevantes de estudiantes de 1° a 5° de secundaria de los colegios de Gestión Pública del distrito de Yanahuara-Arequipa-2016.

Ingreso familiar	Frecuencia	Porcentaje
750 a menos	24	15,5
751 a 1000	34	21,9
1001 a 1500	46	29,7
1501 a 2500	26	16,8
2501 a 3500	17	11,0
3501 a más	8	5,2
Total	155	100,0
Tipo de Familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	80	51.60
Monoparental	25	16.10
Extensa	50	32.3
Total	155	100,0

La presente tabla nos permite observar que, respecto al ingreso familiar, este mayormente se encuentra en el rango entre 1001 a 1500 soles (29.7%) o de 751 a 1000 soles (21.9%), indicando que los adolescentes evaluados no se encuentran en una pobreza extrema, como que tampoco poseen una vida ostentosa. En cuanto a la composición familiar observamos que la mayoría de evaluados proviene de familias nucleares (53.3%) o extensas (33.3%), y que solo el 13.3% proviene de familias monoparentales, lo cual nos indica que la mayor parte de la muestra cuenta con la compañía de padre y madre.

Tabla 2. Ocupación de los padres

Padre	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	79	52.0
Dependiente	69	45.4
Ama de casa	-	-
Desocupado	-	-
Cesado/jubilado	4	2.6
Total	152	100
Madre	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	59	39.3
Dependiente	54	35.1
Ama de casa	40	26.0
Desocupado	1	0.6
Cesado/jubilado	-	-
Total	154	100

Podemos observar que la mayoría de los padres de los evaluados son trabajadores independientes (52%) y (39.3%), o dependientes (45.4%) y (35.1%) y en su minoría se encuentran desocupados y/o cesados y jubilados (0.6%) y (2.6%).

Tabla 3. Conductas inapropiadas relacionadas al uso desmedido y su relación con las Nuevas Tecnologías más usadas.

	Internet		Videojuegos		Celular		Televisión	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Cuántas horas dedicas al día	2,78	1,617	1,60	1,277	2,66	1,971	2,37	1,495
Mayor dedicación del tiempo necesario	2,10	,779	1,48	,776	1,56	1,234	1,35	,611
Malestar si no puede utilizarse	1,80	,801	1,30	,636	1,55	,807	1,43	,693
Anticipar la actividad	1,94	,880	1,45	,775	1,57	,918	1,14	,428
Conflictos en las relaciones Interpersonales	1,27	,638	1,12	,514	1,24	,615	1,19	,485
Engaños y mentiras a los miembros de la familia	1,32	,591	1,17	,532	1,27	,724	1,32	,555
Pérdida de interés por actividades previamente gratificantes	1,43	,722	1,28	,681	1,56	1,254	1,39	,733
Fracasos en los esfuerzos de control	1,59	,787	1,40	,770	2,15	1,115	2,17	,961
Relajación con el uso	2,37	,831	1,91	1,059	1,37	,722	1,25	,565
Malestar si pasa mucho tiempo sin usarlo	1,55	,807	1,28	,679	2,15	1,201	2,59	1,288

En la presente tabla observamos que la conducta problemática que más prevalece (en todas las tecnologías evaluadas) es: “cuántas horas dedicas al día”, seguido por: “mayor dedicación del tiempo necesario” y “relajación con el uso”, éstas dos últimas presentan diferencias en las tecnologías: celular y televisión; existe otro conjunto de conductas como: “anticipar la actividad” y “malestar si no puede utilizarse” que nos indican cierta problemática en el uso de las nuevas tecnologías. Así mismo, las conductas problemáticas con menos puntuación son: “engaños y mentiras a los miembros de la familia” y “conflictos en las relaciones interpersonales”.

Tabla 4. Frecuencia de uso de las Nuevas Tecnologías en los estudiantes

Uso de Internet	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	2,6
Alguna vez al mes	13	8,4
Alguna vez a la semana	57	36,8
Todos los días	81	52,2
Total	155	100,0
Uso de Videojuegos	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	37	23,9
Alguna vez al mes	34	21,9
Alguna vez a la semana	57	36,8
Todos los días	27	17,4
Total	155	100,0
Uso del Ciber	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	51	32,9
Alguna vez al mes	41	26,4
Alguna vez a la semana	45	29
Todos los días	18	11,7
Total	155	100,0
Uso de Teléfono móvil	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	19	12,2
Alguna vez al mes	21	13,6
Alguna vez a la semana	28	18,1
Todos los días	87	56,1
Total	155	100,0
Uso de Televisión	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	5	3,2
Alguna vez al mes	12	7,7
Alguna vez a la semana	35	22,6
Todos los días	103	66,5
Total	155	100,0

La presente tabla nos muestra la frecuencia con la que los adolescentes utilizan las distintas herramientas tecnológicas. Observamos que la Tecnología más utilizada, por los estudiantes, es la Televisión con una frecuencia de “todos los días” (66,5%), seguido por el teléfono móvil, el cual también es usado “todos los días” (56,1%). Indicándonos, que estas herramientas tecnológicas están muy presentes en el día a día de los adolescentes, quizás se deba a lo común de estas tecnologías en los hogares hoy en día, datos que son concordantes con los obtenidos por el INEI en sus encuestas “ENAHU” que realiza trimestralmente.

Cabe mencionar que otra herramienta, que también es usada con cierta regularidad, es el internet con una frecuencia de “todos los días” (52,2%) o de “alguna vez a la semana” (36,8%). Finalmente, la herramienta que menos es usada por los estudiantes es “el ciber” (cabina de internet) con una frecuencia de “nunca” (32,9%), resultado consistente con los de uso de internet (en casa), debido a que cada vez es más común contar con este servicio, por las distintas tarifas y formas y planes, en el hogar.

Tabla 5. *Percepción subjetiva del uso problemático de las Nuevas Tecnologías*

	Nunca		A veces		Con frecuencia		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Internet	18	11,6%	70	45.2%	41	26.4%	26	16.8%
Videojuegos	64	41.3%	56	36.1%	24	15.5%	11	7,1%
Ciber	63	40,6%	65	41,9%	20	13%	7	4.5%
Celular	26	16,8 %	43	27,7%	59	38,1%	27	17.4%
Televisión	31	20%	36	23,2%	40	25,8%	48	31%

En la presente tabla se observa que la televisión es la herramienta tecnológica que, según los adolescentes, mayor preocupación les genera, encontrándose en la categoría de “siempre” (31%), indicándonos que los adolescentes perciben ciertos problemas socio-emocionales al no estar conectados a esta herramienta, seguida por la preocupación por el uso del teléfono móvil en la categoría de: “con frecuencia” (38.1%), es decir que los adolescentes perciben ciertos problemas en su comunicación con los demás y la correcta realización de sus actividades diarias, y siendo los videojuegos en la categoría “nunca” (41.3%) la tecnología que menor preocupación les genera.

Tabla 6. Percepción subjetiva del uso problemático de las nuevas tecnologías

Uso de Internet	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	18	11,6
Alguna vez al mes	70	45.2
Con frecuencia	41	26.4
Siempre	26	16.8
Total	155	100,0
Uso de Videojuegos	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	64	41.3
Alguna vez al mes	56	36.1
Con frecuencia	24	15.5
Siempre	11	7.5
Total	155	100,0
Uso del Ciber	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	63	40.6
Alguna vez al mes	65	41.9
Con frecuencia	20	12.9
Siempre	7	4.6
Total	155	100,0
Uso de Teléfono móvil	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	26	16.8
Alguna vez al mes	43	27.7
Con frecuencia	59	38,1
Siempre	27	17.4
Total	155	100,0
TOTAL	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	31	20
Alguna vez al mes	36	23.2
Con frecuencia	40	25.8
Siempre	48	31
Total	155	100,0

La preocupación por el uso de la televisión se ha presentado “siempre” (31%) o “con frecuencia” (25,8%) en la mayoría de evaluados, siendo la tecnología que mayor problema les genera, pues esta parece interferir en sus actividades diarias en diferentes ámbitos de su vida diaria (trabajo, estudios, relaciones interpersonales, actividades de ocio o recreación, etc.). El teléfono móvil, es la segunda tecnología que mayor preocupación les genera a los adolescentes, ubicándose en la categoría de: “con frecuencia” con un 38,1%, esto debido a que el teléfono móvil es cada vez más común entre la población adolescente, podemos explicar este fenómeno como consecuencia de la necesidad de los padres de mantenerse comunicados con sus hijos, lo cual puede verse alterado en función al uso que los adolescentes le den al equipo móvil, ya sea solo para comunicación o también otro tipo de actividades (tomar fotos, internet, redes sociales, juegos, etc.).

Así mismo las tecnologías que menor preocupación generan en los adolescentes son: los videojuegos y el ciber (cabina de internet) ubicándose en la categoría de “nunca” (41,3 y 40,6 respectivamente). En los adolescentes evaluados, los videojuegos, no es una herramienta de uso común, o por lo menos, no muestran interés en usar esta tecnología, a diferencia del ciber, que por la mayor presencia del servicio de internet en la mayoría de los hogares, pasa desapercibida entre los adolescentes.

Tabla 7. Niveles de ansiedad rasgo-estado de los estudiantes

Ansiedad Estado	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	35	22,6
Medio	80	51,6
Alto	40	25,8
Total	155	100,0

Ansiedad Rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	51	32,9
Medio	70	45,2
Alto	34	21,9
Total	155	100,0

La presente tabla nos permite observar que los adolescentes evaluados presentan un nivel medio de ansiedad estado (51,6%), es decir que experimentan un estado emocional identificable de forma temporal en relación al contacto con determinadas herramientas tecnológicas, indicando que los adolescentes perciben algunas situaciones como tensas o amenazantes, experimentando en cierta medida miedo, manifestándose este, como una conducta ansiosa el entrar en contacto con determinada tecnología. Así mismo, los estudiantes muestran un nivel medio de ansiedad-rasgo (45.2%), es decir que suelen responder de una forma ansiosa relativamente estable a diferentes situaciones, sean amenazantes o no, indicándonos que los adolescentes perciben todas (o casi todas) las situaciones como tensas o amenazantes, experimentando miedo, tensión muscular, etc. estén o no en contacto con una herramienta tecnológica, manifestándose esto en conductas evitativas, introversión, ante diferentes contextos.

Tabla 8. Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del internet y los niveles de ansiedad estado.

		Ansiedad estado				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Utilización de internet	Nunca	Recuento	3	10	5	18
		%	16,7%	55,5%	27,8%	100,0%
	A veces	Recuento	17	37	16	70
		%	24,3%	52,9%	22,9%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	11	20	10	41
		%	26,8%	48,8%	24,4%	100,0%
	Siempre	Recuento	4	13	9	26
		%	15,4%	50,0%	34,6%	100,0%
	Total	Recuento	35	80	40	155
		%	22,6%	51,6%	25,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,416	6	,878
N de casos válidos	155		

La presente tabla nos permite apreciar el nivel de ansiedad-estado con sus indicadores (bajo, medio y alto), vinculada la utilización del internet. No encontramos una relación estadísticamente significativa entre la utilización del internet y la ansiedad estado ($X^2=2.416$; $p>0.05$). Es decir, que los adolescentes, en el momento en que usan el internet, no presentan sintomatología ansiosa (palpitaciones, sudoración, tembladera, etc.).

Tabla 9. Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático de los videojuegos y los niveles de la ansiedad estado.

Ansiedad estado						
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Jugar videojuegos	Nunca	Recuento	16	33	15	64
		%	25%	51,6%	23,4%	100,0%
	A veces	Recuento	14	28	14	56
		%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	4	14	6	24
		%	16,7%	58,3%	25,0%	100,0%
	Siempre	Recuento	2	5	4	11
		%	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%
Total	Recuento	36	80	39	155	
	%	23,2%	51,6%	25,2%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,558	6	,956
N de casos válidos	155		

En la presente tabla podemos observar el nivel de ansiedad-estado con sus indicadores (bajo, medio y alto), vinculada la utilización de los videojuegos. Encontramos que no existe una relación estadísticamente significativa entre la utilización de los videojuegos y la ansiedad estado ($X^2=1.558$; $p>0.05$). Es decir, que los adolescentes evaluados, en el momento en el que hacen uso de los videojuegos, no presentan sintomatología ansiosa (palpitaciones, sudoración, tembladera, etc.) que nos lleve a pensar que presentan una Ansiedad-estado.

Tabla 10. Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del ciber y los niveles de ansiedad estado.

		Ansiedad estado				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Jugar videojuegos	Nunca	Recuento	20	32	11	63
		%	31,7%	50,8%	17,5%	100,0%
	A veces	Recuento	14	31	20	65
		%	21,5%	47,7%	30,8%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	3	12	5	20
		%	15,0%	60,0%	25,0%	100,0%
	Siempre	Recuento	1	3	3	7
		%	14,3%	42,9%	42,9%	100,0%
	Total	Recuento	38	78	39	155
		%	24,5%	50,3%	25,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,920	6	,554
N de casos válidos	155		

En la presente tabla se aprecia el nivel de ansiedad-estado con sus indicadores (bajo, medio y alto), vinculada la utilización o asistencia al ciber (cabina de internet). Podemos decir que no encontramos una relación estadísticamente significativa entre la asistencia a una cabina de internet y la ansiedad estado ($X^2=4.920$; $p>0.05$). Es decir, que nuestra población evaluada, no presentan sintomatología ansiosa (palpitaciones, sudoración, tembladera, etc.) en el momento en el que acuden a estas cabinas.

Tabla 11. Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del teléfono móvil y los niveles de ansiedad estado.

		Ansiedad estado				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Teléfono móvil	Nunca	Recuento	7	12	7	26
		%	27%	46%	27%	100,0%
	A veces	Recuento	8	23	12	43
		%	18,6%	53,5%	27,9%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	13	32	14	59
		%	22,0%	54,2%	23,7%	100,0%
	Siempre	Recuento	10	11	6	27
		%	37,0%	40,7%	22,2%	100,0%
	Total	Recuento	38	78	39	155
		%	24,5%	50,3%	25,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,238	6	,645
N de casos válidos	155		

La presente tabla aprecia el nivel de ansiedad-estado con sus indicadores (bajo, medio y alto), vinculada a la utilización de un teléfono móvil. No encontramos una relación estadísticamente significativa entre la utilización de un teléfono móvil y la ansiedad estado ($X^2=4.238$; $p>0.05$). Es decir, que los adolescentes evaluados, no presentan sintomatología ansiosa (palpitaciones, sudoración, tembladera, etc.) en el momento en el que se encuentran conectados a un teléfono móvil.

Tabla 12. Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático de la televisión y los Niveles de ansiedad estado.

		Ansiedad estado				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Televisión	Nunca	Recuento	5	19	7	31
		%	16.1%	61,3%	22,6%	100,0%
	A veces	Recuento	10	16	10	36
		%	27,8%	44,4%	27,8%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	9	23	8	40
		%	22,5%	57,5%	20,0%	100,0%
	Siempre	Recuento	12	22	14	48
		%	25,0%	45,8%	29,2%	100,0%
	Total	Recuento	36	80	39	155
		%	23,2%	51,6%	25,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,261	6	,641
N de casos válidos	155		

En la presente tabla podemos apreciar el nivel de ansiedad-estado con sus indicadores (bajo, medio y alto), vinculada a la utilización de la televisión. Podemos decir, que no encontramos una relación estadísticamente significativa entre la utilización de la televisión y la ansiedad estado ($X^2=4.261$; $p>0.05$). Es decir, que los adolescentes evaluados, en el momento en que miran televisión, no presentan sintomatología ansiosa (palpitaciones, sudoración, tembladera, etc.).

Tabla 13. Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del internet y los niveles de ansiedad rasgo.

		Ansiedad rasgo				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Utilización de internet	Nunca	Recuento	10	5	3	18
		%	55,5%	27,8%	16,7%	100,0%
	A veces	Recuento	24	27	19	70
		%	34,3%	38,6%	27,1%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	9	26	6	41
		%	22,0%	63,4%	14,6%	100,0%
	Siempre	Recuento	9	11	6	26
		%	34,6%	42,3%	23,1%	100,0%
Total	Recuento	52	69	34	155	
	%	33,5%	44,5%	22%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,324	6	,112
N de casos válidos	155		

Vemos que no existe una relación estadísticamente significativa entre la utilización de internet con el nivel de ansiedad-rasgo ($X^2=10.324$; $p>0.05$), indicando: que los adolescentes no suelen reaccionar con una sintomatología ansiosa (palpitaciones, sudoración, etc.) a las diferentes demandas del medio incluyendo la utilización del servicio de internet.

Tabla 14. Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático de los videojuegos y los niveles de ansiedad rasgo.

Ansiedad rasgo						
			Bajo	Medio	Alto	Total
Jugar videojuegos	Nunca	Recuento	18	29	17	64
		%	28,1%	45,3%	26,6%	100,0%
	A veces	Recuento	22	24	10	56
		%	39,3%	42,9%	17,9%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	9	11	4	24
		%	37,5%	45,8%	16,7%	100,0%
	Siempre	Recuento	2	6	3	11
		%	18,2%	54,5%	27,3%	100,0%
	Total	Recuento	51	70	34	155
		%	32,9%	45,2%	21,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,144	6	,657
N de casos válidos	155		

La presente tabla aprecia el índice de expresión de la ansiedad-rasgo con sus indicadores (bajo, medio y alto), relacionado a la utilización de los videojuegos. Podemos decir, que no existe una relación estadísticamente significativa entre la utilización de los videojuegos con el nivel de ansiedad-rasgo ($X^2=4.144$; $p>0.05$). Es decir, que los adolescentes no suelen reaccionar con una sintomatología ansiosa (palpitaciones, sudoración, etc.) ante diferentes exigencias de su entorno.

Tabla 15. Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del ciber y los niveles de ansiedad rasgo.

		Ansiedad rasgo				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Ir al ciber	Nunca	Recuento	24	26	13	63
		%	38%	41,5%	20,5%	100,0%
	A veces	Recuento	23	30	12	65
		%	35,4%	46,2%	18,5%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	3	10	7	20
		%	15,0%	50,0%	35,0%	100,0%
	Siempre	Recuento	3	2	2	7
		%	42,9%	28,6%	28,6%	100,0%
	Total	Recuento	53	68	34	155
		%	34,2%	43,9%	21,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,954	6	,550
N de casos válidos	155		

Podemos decir, que no existe una relación estadísticamente significativa entre la utilización de los videojuegos con el nivel de ansiedad-rasgo ($X^2=4.954$; $p>0.05$), indicando esto, que los adolescentes no suelen reaccionar con una sintomatología ansiosa (palpitaciones, sudoración, etc.), ante diferentes exigencias que le demanda su entorno.

Tabla 16. Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático del teléfono móvil y los niveles de ansiedad rasgo.

		Ansiedad rasgo				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
Teléfono móvil	Nunca	Recuento	8	13	5	26
		%	30,8%	50%	19,2%	100,0%
	A veces	Recuento	12	20	11	43
		%	27,9%	46,5%	25,6%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	22	23	14	59
		%	37,3%	39,0%	23,7%	100,0%
	Siempre	Recuento	10	14	3	27
		%	37,0%	51,9%	11,1%	100,0%
	Total	Recuento	52	70	33	155
		%	33,5%	45,2%	21,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,888	6	,558
N de casos válidos	155		

Según la presente tabla, podemos decir, que no existe una relación estadísticamente significativa entre la utilización del teléfono móvil y la ansiedad rasgo ($X^2=4.888$; $p>0.05$), es decir, que los adolescentes evaluados, no suelen responder a las diferentes situaciones, y en especial en la utilización del teléfono móvil, con sudoración, palpitaciones, etc.

Tabla 17. Correlación de la percepción subjetiva del uso problemático de la televisión y los niveles de ansiedad rasgo.

Ansiedad rasgo						
			Bajo	Medio	Alto	Total
Televisión	Nunca	Recuento	11	15	5	31
		%	35,5%	48,4%	16,1%	100,0%
	A veces	Recuento	14	16	6	36
		%	38,9%	44,4%	16,7%	100,0%
	Con frecuencia	Recuento	10	16	14	40
		%	25,0%	40,0%	35,0%	100,0%
	Siempre	Recuento	16	23	9	48
		%	33,3%	47,9%	18,8%	100,0%
Total	Recuento	51	70	34	155	
	%	32,9%	45,2%	21,9%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,774	6	,449
N de casos válidos	155		

No encontramos una relación estadísticamente significativa entre el uso de la televisión y la ansiedad rasgo ($X^2=5.774$; $p>0.05$), es decir, que los estudiantes no responden con una sintomatología ansiosa (sudoración, palpitación, etc.) frente al uso de la televisión y otro abanico de situaciones.

Tabla 18. Relación entre año de estudios y el uso de internet

		Utilización de internet				
		Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total
Año de estudios	1	Recuento	6	21	16	47
		%	12,8%	44,7%	34,0%	100,0%
	2	Recuento	3	8	5	24
		%	12,5%	33,3%	20,9%	100,0%
	3	Recuento	7	25	11	55
		%	12,7%	45,5%	20,0%	100,0%
	4	Recuento	2	16	9	29
		%	6,9%	55,2%	31%	100,0%
	Total	Recuento	18	70	41	155
		%	11,6%	45,2%	26,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,019	9	,122
N de casos válidos	155		

En la presente tabla podemos apreciar que no hay una relación estadísticamente significativa entre el uso del internet y el grado de estudios ($X^2=14.019$; $p>0.05$), lo cual nos indica: que el internet no genera problemas en función del grado de estudios de los evaluados.

Tabla 19. Relación entre año de estudios y el uso de videojuegos

		Jugar videojuegos					
		Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total	
Año de estudios	1	Recuento	17	21	8	1	47
		%	36,2%	44,7%	17,0%	2,1%	100,0%
	2	Recuento	3	10	7	4	24
		%	12,4%	41,7%	29,2%	16,7%	100,0%
	3	Recuento	29	16	6	4	55
		%	52,7%	29,1%	10,9%	7,3%	100,0%
	4	Recuento	15	9	3	2	29
		%	51,7%	31,1%	10,3%	6,9%	100,0%
Total	Recuento	64	56	24	11	155	
	%	41,3%	36,1%	15,5%	7,1%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,200	9	,033
N de casos válidos	155		

En la presente tabla podemos apreciar que existe una relación estadísticamente significativa entre jugar videojuegos y el grado de estudios ($X^2=18.200$; $p<0.05$). Siendo los alumnos de segundo año quienes muestran una mayor preocupación ligada a esta herramienta, con frecuencia (29,2%) y siempre (16,7%), es decir, que los adolescentes de 2do grado de secundaria perciben que el utilizar los videojuegos les genera problemas.

Tabla 20. Relación entre año de estudios y el uso del ciber

Ir al ciber							
		Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total	
Año de estudios	1	Recuento	19	20	7	1	47
		%	40,4%	42,6%	14,9%	2,1%	100,0%
	2	Recuento	8	13	3	0	24
		%	33,3%	54,2%	12,5%	,0%	100,0%
	3	Recuento	24	21	5	5	55
		%	43,6%	38,2%	9,1%	9,1%	100,0%
	4	Recuento	12	11	5	1	29
		%	41,4%	37,9%	17,2%	3,4%	100,0%
Total	Recuento	63	65	20	7	155	
	%	40,6%	42%	12,9%	4,5%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,270	9	,609
N de casos válidos	155		

En la presente tabla observamos que no hay una relación estadísticamente significativa entre ir al ciber (cabina de internet) y el grado de estudios ($X^2=7.270$; $p>0.05$), es decir que ir a una cabina de internet no es percibido, por los adolescentes, como un generador de problemas.

Tabla 21. Relación entre año de estudios y el uso del teléfono móvil

		Teléfono móvil					
		Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total	
Año de estudios	1	Recuento	9	19	11	8	47
		%	19,1%	40,4%	23,4%	17,1%	100,0%
	2	Recuento	6	5	11	2	24
		%	25,0%	20,8%	45,8%	8,3%	100,0%
	3	Recuento	9	12	19	15	55
		%	16,3%	21,8%	34,6%	27,3%	100,0%
	4	Recuento	2	7	18	2	29
		%	6,9%	24,1%	62,1%	6,9%	100,0%
Total	Recuento	26	43	59	27	155	
	%	16,8%	27,7%	38,1%	17,4%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,392	9	,016
N de casos válidos	155		

La presente tabla nos muestra que existe una relación estadísticamente significativa entre el uso del teléfono móvil y el grado de estudios ($X^2=20.392$; $p<0.05$). Siendo los alumnos de cuarto año, “con frecuencia” (62,1%), y los de tercer año, con frecuencia (34,6%) y siempre (27.3%), quienes muestran una mayor preocupación ligada a esta herramienta, esto puede ser debido a las características propia de esta etapa en donde la comunicación entre adolescentes es más frecuente a través de medios virtuales.

Tabla 22. Relación entre año de estudios y el uso de la televisión

Televisión							
			Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total
Año de estudios	1	Recuento	4	9	13	21	47
		%	8,5%	19,1%	27,7%	44,7%	100,0%
	2	Recuento	4	6	5	9	24
		%	16,7%	25,0%	20,8%	37,5%	100,0%
	3	Recuento	11	14	17	13	55
		%	20%	25,5%	30,9%	23,6%	100,0%
	4	Recuento	12	7	5	5	29
		%	41,4%	24,1%	17,2%	17,2%	100,0%
Total	Recuento	31	36	40	48	155	
	%	20%	23,2%	25,8%	31%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,225	9	,033
N de casos válidos	155		

En la presente tabla podemos apreciar que hay una relación estadísticamente significativa entre la utilización de la televisión y el grado de estudios ($X^2=18.225$; $p<0.05$). Siendo los alumnos de primer año, siempre (44.7%), y los de segundo año, “siempre” (37.5%), quienes muestran una mayor preocupación ligada a esta herramienta, es decir, son los adolescentes del 1er año de secundaria a los que mayor problema les genera el uso de la televisión.

Tabla 23. Relación entre el uso de internet y el sexo

			Utilización de internet			
			Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
Sexo	Masculino	Recuento	12	42	32	19
		%	11,4%	40%	30,5%	18,1%
	Femenino	Recuento	6	28	9	7
		%	12,0%	56,0%	18,0%	14,0%
	Total	Recuento	18	70	41	26
		%	11,5%	45,2%	26,5%	16,8%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,306	3	,230
N de casos válidos	155		

En la presente tabla no hallamos una relación significativa entre el sexo de los evaluados y el uso del internet ($X^2=4.306$; $p>0.05$). Es decir, que el sexo no determina el que los adolescentes presenten problemas por el uso del servicio de internet.

Tabla 24. Relación entre el uso de los videojuegos y el sexo

			Jugar videojuegos				
			Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total
Sexo	Masculino	Recuento	28	47	20	10	105
		%	26,7%	44,8%	19%	9,5%	100,0%
	Femenino	Recuento	36	9	4	1	50
		%	72,0%	18,0%	8,0%	2,0%	100,0%
Total	Recuento	64	56	24	11	155	
	%	41,3%	36,1%	15,5%	7,1%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,835	3	,000
N de casos válidos	155		

En la presente tabla, hallamos una relación significativa entre el sexo de los evaluados y jugar videojuegos ($X^2=29.835$; $p<0.05$). Son los varones, quienes presentan mayores problemas con esta tecnología con una frecuencia de a veces (44,8%) o con frecuencia (19%); por otro lado, las mujeres, mayormente, “nunca” tienen problemas con los videojuegos (72%), indicándonos que la variable sexo es un factor determinante en la aparición de problemas derivados del uso de los videojuegos.

Tabla 25. Relación entre el uso del ciber y el sexo

			Ir al ciber			
			Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
Sexo	Masculino	Recuento	44	44	13	4
		%	41,9%	41,9	12,4%	3,8%
	Femenino	Recuento	19	21	7	3
		%	38%	42%	14%	6%
	Total	Recuento	63	65	20	7
		%	40,6%	41,9%	12,9%	4,6%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,829	3	,843
N de casos válidos	155		

En la presente tabla no hallamos una relación significativa entre el sexo de los adolescentes e ir al ciber (cabina de internet) ($X^2=0.829$; $p>0.05$), es decir el factor “sexo” no es un determinante en la aparición de problemas derivados del uso de las cabinas de internet.

Tabla 26. Relación entre el uso del teléfono móvil y el sexo

			Teléfono móvil				
			Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total
Sexo	Masculino	Recuento	20	28	43	14	105
		%	19%	26,7%	41%	13,3%	100,0%
	Femenino	Recuento	6	15	16	13	50
		%	12%	30%	32%	26%	100,0%
	Total	Recuento	26	43	59	27	155
		%	16,8%	27,7%	38,1%	17,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,135	3	,162
N de casos válidos	155		

Podemos observar que no existe una relación significativa entre el sexo de los evaluados y el uso del teléfono móvil ($X^2=5.135$; $p>0.05$), es decir que el sexo del adolescente no es un factor que determina que los adolescentes presenten problemas derivados del uso del teléfono móvil.

Tabla 27. Relación entre el uso de la televisión y el sexo

Televisión							
			Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre	Total
Sexo	Masculino	Recuento	22	26	30	27	105
		%	21%	24,8%	28,5%	25,7%	100,0%
	Femenino	Recuento	9	10	10	21	50
		%	18,0%	20,0%	20,0%	42,0%	100,0%
Total		Recuento	31	36	40	48	155
		%	20%	23,2%	25,8%	31%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,248	3	,236
N de casos válidos	155		

En la presente tabla, podemos apreciar que no existe una relación significativa entre el sexo de los adolescentes evaluados y el uso del televisor ($X^2=4.248$; $p>0.05$), es decir que el sexo del adolescente no es un factor determinante en la problemática que estos puedan presentar en el uso de la televisión.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

A través de la presente investigación hemos manifestado nuestro especial interés por determinar si existe o no relación entre la ansiedad y el uso problemático de las nuevas tecnologías en un grupo de estudiantes de educación secundaria. Sí bien la presente investigación le da un énfasis a la variable ansiedad, no por ello dejamos de tomar en consideración otras variables intervinientes inherentes a los adolescentes como el sexo y el grado de estudio desde un análisis estadístico; mientras que controlamos indirectamente el nivel socioeconómico al evaluar a una muestra que proviene solo de colegios estatales dentro de un mismo distrito y que vive en situaciones similares entre sí. Esto se debe a que consideramos que el uso problemático de las nuevas tecnologías, como todo fenómeno psicológico es una realidad compleja que abarca diferentes niveles de organización y para comprenderla esta requiere ser estudiada desde sus diferentes dimensiones.

Cabe resaltar que “el uso problemático de las nuevas tecnologías” ha sido poco estudiado, entre otras cosas por los problemas que conlleva su definición, lo que hace a su vez que no existan suficientes materiales que nos den más y mejores luces sobre este fenómeno (Echeburúa, 2004). Así mismo, hay una confusión terminológica con el constructo “Adicción a las nuevas tecnologías” que ha dado lugar a resultados contradictorios. Por un lado, mientras la mayoría de las investigaciones concluyen que

las nuevas tecnologías tienen consecuencias positivas como: mayor cognición espacial, mantenimiento de comunicaciones a distancia (Boyle y Vivian, 1996); otros estudios han encontrado que existen ciertas consecuencias negativas producidas por el uso excesivo y problemático de estas herramientas (Pérez y Gonzales, 2005).

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos, observamos que la tecnología más utilizada incluso diariamente y la que mayor percepción de problemas genera, es la televisión. Similares resultados presentan Labrador y Villadangos (2010), que encuentran que el 26% de personas refieren que la televisión es la tecnología que mayores problemas les genera, además la que más se usa (1,96 horas diarias). Es así que el tiempo de uso de la televisión, reduce el espacio diario de los adolescentes para otro tipo de actividades de ocio como: practicar algún deporte, salir con los amigos, entre otros; así como actividades académicas que también pueden verse afectadas. Sin embargo, cabe tomar en cuenta, que esta herramienta tiene un uso generalizado, o popular por los diferentes estratos de edad, por lo que es la que menor alarma social despierta. Parece ser común o más aceptado que los adolescentes pasen cerca de dos horas diarias conectados a la TV. Por el contrario Labrador y Villadangos (2010) refieren que los videojuegos son las tecnologías que producen mayor alarma social debido a su enorme capacidad adictiva; aunque por el contrario según los adolescentes como la tecnología que menos problemas les genera.

Otro punto a resaltar es que nuestros resultados señalan una correlación positiva entre el tiempo de uso y la percepción de problemas. Es decir, que los adolescentes señalan, que cuanto más usan estas nuevas herramientas, es más probable que les genere problemas. Es así, que destaca la relativamente elevada percepción que estos tienen de los problemas que les generan estas nuevas herramientas tecnológicas, quizás todo esto facilitado, por la elevada consideración de las personas adultas sobre el excesivo tiempo que los adolescentes llevan conectados a estos dispositivos y la necesidad de otras actividades alternativas. En similar medida Labrador y Villadangos (2010) en su investigación encontraron que existe una correlación positiva entre el tiempo de uso y la percepción de problema, y también, que la edad se correlacionaba positivamente con esta percepción; estos autores refieren que el hecho de que los adolescentes mayores tienen más oportunidades de acceso a las nuevas tecnologías, posiblemente un mayor conocimiento de las mismas, e incluso pueden adquirir estas herramientas por sí solos.

Otro dato importante hallado en esta investigación es que los estudiantes menores tienen un acceso a las nuevas tecnologías más restringido por parte de profesores, padres y tutores, además estos alumnos presentan una menor percepción de problemas con las nuevas tecnologías en comparación con los de mayor edad. Nuestros resultados indican que solo un tercio de los estudiantes evaluados consideran que los videojuegos y el ciber (cabina de internet) les causan problemas, menos de la mitad en el caso la Televisión y mucho menos en el caso del teléfono móvil e internet.

Dentro del conjunto de conductas que nos pueden indicar ciertos problemas en relación al uso de las nuevas tecnologías, encontramos que la conducta problemática que más prevalece en todas las tecnologías, es la de: “Cuántas horas dedicadas al día”, inmediatamente seguida por las conductas: “mayor dedicación del tiempo necesario” y “relajación con el uso”, las cuales presentan diferencias en las tecnologías: celular y televisión. Estas conductas que según los estándares del DSM-V (APA, 2013) recuerdan la poca capacidad, del adolescente, para interrumpir o controlar la conducta de “uso” como un síntoma central del problema. Así mismo, dichas conductas son suficientes para sospechar de un posible uso problemático de las nuevas tecnologías. Hallazgos, que en cierta medida, son similares a los obtenidos por Labrador y Villadangos (2010), quienes señalan a: “Relajación que genera el uso”, seguido por “Malestar si no puede utilizarse” como las conductas más frecuentes entre los adolescentes, los cuales se sienten mal (inquietos, nervioso, irritados, etc.) cuando no pueden entrar en contacto con estas herramientas. Estos autores refieren que es posible que esta inducción de relajación sea similar al efecto que el consumo de sustancias produce en las personas o, simplemente, que se usen las nuevas tecnologías como conductas de ocio.

De igual manera, se constató la presencia de otras conductas problemáticas con puntuaciones altas: “anticipar la actividad” y “malestar si no puede utilizarse”. Esto quiere decir que los adolescentes piensan durante mucho tiempo en hacer determinada actividad relacionada al uso de una tecnología, sin llegar aun a hacerla. Además que los adolescentes al estar conectados a estas herramientas, se sienten relajados o por el contrario sienten malestar si es que no las pueden utilizar; lo que apoya nuestra noción de que existe un “uso problemático de las nuevas tecnologías”. Así mismo, las conductas

que menos puntuación presentan, en todas las tecnologías evaluadas, son las de: “engaños y mentiras a los miembros de la familia” y “conflictos en las relaciones interpersonales”. En contraste a estos resultados obtenidos, Labrador y Villadangos (2010), encuentran a otras conductas con puntuaciones elevadas como: “Mayor dedicación de tiempo necesario” o “Fracasos en los esfuerzos de control” y alternativamente: “Conflictos en las relaciones interpersonales” y “Pérdida de interés por actividades previamente gratificantes” son los ítems que obtienen puntuaciones más bajas en todas las nuevas tecnologías. Todos estos, son aspectos que con frecuencia señalados como los más problemáticos en el uso de las nuevas tecnologías.

Además, encontramos que tanto los niveles de ansiedad–estado como los de ansiedad–rasgo se encuentran en un nivel medio. Si analizamos nuestros datos teniendo en cuenta el sexo de los evaluados, hallamos que no hay mucha diferencia entre hombres y mujeres. Por otro lado, si tomamos en cuenta la edad, encontramos que los adolescentes de 15 años son los que presentan niveles altos de ansiedad–estado al estar conectados a las nuevas tecnologías. Así mismo, son los adolescentes de 14 años los que presentan un nivel bajo de ansiedad–estado. Al analizar a profundidad nuestros datos, observamos que el internet es la tecnología que supone mayores niveles de ansiedad, sin ser la herramienta tecnológica que más usan los adolescentes. Esto se debe a que actualmente es el avance tecnológico que cuenta con más aplicaciones tanto académicas como de ocio y entretenimiento. Mientras que los videojuegos y la televisión los que menor ansiedad generan a los adolescentes. Resultados similares a los obtenidos por Rodríguez, Martínez, García, Valero y Díaz (2012) en su investigación titulada que encontraron que el internet es la tecnología que mayores problemas les genera a los adolescentes, observando también, que la utilización de un determinado tipo de tecnología conlleva al uso de otras herramientas similares, generalizándose así el uso a otros dispositivos. Puede que las nuevas tecnologías generen en los adolescentes sentimientos de exploración y búsqueda de nuevas sensaciones, aspecto, sin duda, que puede ser tomado en cuenta en futuras investigaciones.

No encontramos una relación estadísticamente significativa entre los niveles altos de ansiedad (rasgo–estado), es decir que los adolescentes no experimentan una

sinomatología ansiosa como: sudoración, palpitaciones, nerviosismo, etc. al estar conectados a algunas de las herramientas evaluadas (internet, videojuegos, ciber, teléfono móvil y televisión). En cuanto a la ansiedad-rasgo, tampoco encontramos una relación estadísticamente significativa entre la forma de percibir y responder a las distintas demandas del entorno. Resultados que no concuerdan con los hallados por Rodríguez, Martínez, García, Guillén, Valero y Díaz (2012), quienes encontraron una relación positiva entre el uso de las nuevas tecnologías y niveles elevados de ansiedad. En base a ello, se evidencia que el avance en el desarrollo de nuevas oportunidades virtuales, a través de las cuales los adolescentes pueden relacionarse con su grupo de iguales, incluso con personas de otros países, tiene consecuencias adversas (Torrecilla, 2008).

Finalmente, al analizar los resultados obtenidos entre el año de estudios y el uso de las nuevas tecnologías, hallamos una relación estadísticamente significativa entre el año de estudios y el uso de videojuegos, es así que, los adolescentes de 2do año de secundaria perciben tener problemas con esta tecnología. De igual manera, pasa con los adolescentes de 3er y 4to año de secundaria con el uso del teléfono móvil, que perciben que esta tecnología les genera preocupaciones; lo cual podemos explicar, quizá, por el aumento de las relaciones amicales entre chicos de ambos sexos, o el empezar de los enamoramientos. Para el caso de la televisión, son los adolescentes del 1er año quienes presentan los mayores problemas tienen con esta tecnología.

En conclusión, validamos parcialmente nuestra hipótesis ya que la percepción subjetiva del uso inadecuado de las nuevas tecnologías por parte de los adolescentes, no está relacionado con un nivel alto de ansiedad (rasgo-estado). Sin embargo, si analizamos los resultados, por separado, hallamos una correlación positiva entre los niveles de ansiedad (rasgo-estado) según la edad y el año de estudios de los adolescentes con el uso de determinadas herramientas tecnológicas (videojuegos, internet, televisión). Cabe enfatizar la dificultad que tuvimos, para encontrar estudios, que traten las mismas variables que nosotros, con los que poder comparar resultados. Por lo cual se sugiere ampliar la investigación tomando en cuenta una mayor muestra con otras características

socioeconómicas, más variables como: uso específico de cada tecnología (redes sociales, académico, ocio, etc.), que ayuden más a precisar este nuevo fenómeno que viene afectando a los adolescentes en general.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Los adolescentes evaluados son en su mayoría, varones con edades entre 13 a 14 años; mientras que las mujeres cuentan con una edad promedio de 14 o 15 años. Los cuales provienen prioritariamente de familias nucleares (53.3%), con un ingreso promedio que oscila entre 751 a 1500 soles (31.5%).
- SEGUNDA:** la conducta problemática que más prevalece es: “cuantas horas dedicas al día” ($x=2.78$ horas en internet $x=1,60$ horas en videojuegos, $x=2,66$ horas en celular y $x=2.37$ horas en TV). La herramienta tecnológica que más utilizan los adolescentes es la televisión; siendo los videojuegos la tecnología menos utilizada por estos.
- TERCERA:** La nueva tecnología que mayor preocupación les genera a los adolescentes es “la televisión” (siempre: 31%), así mismo, son los “videojuegos” la herramienta tecnológica la que menor preocupación les genera (nunca: 41.3%).
- CUARTA:** En los adolescentes evaluados, existe un nivel medio de ansiedad-estado (51.6%) al estar en contacto con cualquiera de las herramientas tecnológicas evaluadas (internet, teléfono móvil, videojuegos y televisión), así mismo, los adolescentes enfrentan las diferentes demandas del mundo con un nivel medio de ansiedad rasgo (45.2%).
- QUINTA:** No existe una relación significativa entre la percepción subjetiva del uso inadecuado de las nuevas tecnologías y los niveles altos de ansiedad (rasgo-estado) de los adolescentes (estado: 0,878, rasgo: 0,956).

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se sugiere que la investigación pueda realizarse posteriormente con una mayor población de adolescentes, de esta forma obtener datos que representen a un total de la población peruana.
- SEGUNDA:** Es de suma importancia el poder replicar este estudio en la población adolescente de otros centros educativos, tanto a nivel Arequipa como de otros departamentos, a fin de poder confirmar los resultados obtenidos.
- TERCERA:** Elaborar programas de promoción y prevención, en donde se muestre ciertas características negativas del uso desmedido y problemático de estas nuevas herramientas tecnológicas, evitando de esta forma, que se incrementen los niveles de prevalencia de adolescentes que presenten problemas con el uso de las nuevas tecnologías.
- CUARTA:** Elaborar y llevar a cabo investigaciones que ahonden más en las causas y consecuencias que acarrea el uso problemático de las Nuevas Tecnologías, tanto en la población adolescente como el otro estrato de edad donde estas herramientas están también presente, que permita darnos más y mejores luces sobre esta problemática relativamente nueva.
- QUINTA:** Realizar estudios que determinen los factores que intervienen en la creación de problemas por el uso de las tecnologías, considerando todas las dimensiones que influyen en la formación del ser humano.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). DSM – IV: Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson).
- Américo (2002), “Trastornos de ansiedad, guía práctica para diagnóstico y tratamiento”.
- Universidad Nacional autónoma de Honduras. México.
- Belloch (2014). “Las Nuevas tecnologías de la información y comunicación “Universidad de Valencia”.
- Basterretche, J. (2007). “Dispositivos Móviles”. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina
- Barrett, L. (1999). Episodios emocionales prototípicos y otras cosas llamadas emoción. Revista de Personalidad y Psicología Social, p. 805-819.
- Bartolomé (1989). Nuevas tecnologías y enseñanza. GRAO. Barcelona.
- Basterretche, J. (2007). “Dispositivos Móviles”. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina.
- Belloch, C. (2014). “Las Nuevas tecnologías de la información y comunicación” Universidad de Valencia.
- Cabrero (1998). “Impacto de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en las organizaciones educativas”.
- Castells (1998). “La era de la información. Economía, sociedad y cultura”. Vol. 1 México.

- Damasio A. (1996).El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano. Editorial Crítica, Barcelona.
- Echeburúa (1999), “Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto”. Revista Adicciones. España.
- Eguia, J y Contreras, R. (2013) “Videojuegos: conceptos, historia y su potencial como herramientas para la educación”. Revista Ciencias. España.
- Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, Argentina. ISSN: 1852-8759. p. 69-79.
- Gisper C. “Psicología para todos/ Aprendizaje, conducta y emociones”). Editorial OCEANO. P.768-805.
- Gerencia Regional de Educación (2014) “Padrón de Instituciones Educativas Arequipa”.
- Goleman D. (2000) La Inteligencia Emocional. Buenos Aires: Javier Vergara, p. 25-47.
- Huerta, A. (2012). “Psicología Clínica”. P.279-285.
- Labrador, S y Villadangos, S. (2010) “Menores y nuevas tecnologías posibles problemas de adicción” CODEN. Madrid.
- Luque, L., Ávila, R. (2014) “Estudio descriptivo del trastorno de ansiedad asociado a las tecnologías digitales”. Universidad de Jaén-Argentina.
- Malo, S. (2006) “Impacto del teléfono móvil en adolescentes de 12 a 16 años” Universidad de Girona. España.

- Martínez (2007). “Dispositivos móviles”. Universidad Nacional de Nordeste. Argentina.
- Oblitas, A (2010) “Psicología de la Salud y calidad de vida” México. Cengage. p. 165-210.
- Rodríguez, R; Martínez, I; García, M; Paredes, V; Valero, M (2012) “Adicción a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTICS) y ansiedad en adolescentes”. INFAD. Madrid.
- Roca, G. (Coord.) (2015) Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu.
- Sadock B; Sadock V (2011) “Manual de Bolsillo psiquiatría clínica”. USA.
- pp. 177-191.
- Rodelgo (2012). Trastornos de Ansiedad. Redacción Omeda. Madrid.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy M. y Graner, C. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. p. 196- 204.
- Spielberger, C.D. (1988). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC). Madrid: TEA.
- Secades R. (2012). “Revista: Psicología de las Adicciones” Universidad de Oviedo. España p.2-6.
- Sánchez, X; Beranuy M; Castellana M; Chamarro A; Oberst U (2008). “La adicción al internet y al móvil, ¿Moda o Trastorno?”. Universidad Ramón llull. Barcelona.

- Toro, R.; Yepez L.; Palacio, C. (2013) “Psiquiatría”. Colombia- Medellín. Legis S.A. p. 223-233.
- Tornecilla (2008). Estudio de Uso Problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego entre los adolescentes y jóvenes. Madrid.
- Villadangos, S y Labrador, F. (2009). “Menores y nuevas tecnologías (NT): ¿Uso o abuso? Universidad Complutense de Madrid. APCS.
- Weiner, B. (1986). Una teoría atribucional de motivación y emoción. New York: Springer-Verlag.
- Zamora, M (2014). “Internet”. Universidad autónoma del estado de Hidalgo. Preparatoria N°3.
- Iruarizaga, Gómez-Segura, Criado, Zuazo y Sastre (2013). R.E.M.E “Revista Electrónica de Motivación y Emoción”. Volumen 2.

ANEXOS

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES:

EDAD:

SEXO:

AÑO DE ESTUDIOS:

1.- VIVE CON: Papá () Mamá () hermano/s () abuelos () otros ()

2.- INGRESO MENSUAL FAMILAR:

750- A MENOS ()

751-1000()

1001-1500()

1501-2500()

2501-3500()

3501- A MAS ()

3.- OCUPACION PRINCIPAL:

PADRE TRABAJADOR INDEPENDIENTE () TRABAJADOR DEPENDIENTE ()

DESOCUPADO () CESADO/JUBILADO ()

MADRE TRABAJADOR INDEPENDIENTE () TRABAJADOR DEPENDIENTE ()

DESOCUPADO () CESADO/JUBILADO () AMA DE CASA ()

Sexo: V..... M:..... Edad:

1. Indica la frecuencia con la que realizas las siguientes actividades:

	Nunca	Alguna vez al mes	Alguna vez a la semana	Todos los días
Utilización de Internet...				
Jugar con videojuegos...				
Ir al ciber...				
Teléfono móvil...				
Televisión...				

2. Indica si alguna de de las siguientes actividades te causa problemas porque le dedicas exceso de tiempo, tienes discusiones debido a ellas con tus padres, gastas demasiado dinero en ella o te encuentras en parte enganchado a ella:

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
Utilización de Internet...				
Jugar con videojuegos...				
Ir al ciber...				
Teléfono móvil...				
Televisión...				

3. USO DE INTERNET

3.1. ¿Dónde utilizas Internet? Casa..... Ciber..... Otros.....

3.2. ¿Cuántas horas dedicas a Internet a la semana? Entre 1-2... Entre 2-5... Entre 5-10... Mas de 10...

3.3. ¿Cuántas horas dedicas a Internet al día? 1..... 2..... 3.....4..... 5..... 6.....

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
3.4. ¿Dedicas más tiempo del que crees necesario a Internet?				
3.5. ¿Te encuentras mal cuando por algún motivo no puedes utilizar Internet queriendo hacerlo?				
3.6. ¿Estás pensando desde horas antes de conectarte a Internet en ello?				
3.7. ¿Tienes discusiones con tus amigos por la utilización de Internet?				
3.8. ¿Mientes a tu familia o amigos sobre las horas que dedicas a utilizar Internet?				
3.9. ¿Has dejado de hacer alguna actividad (ir al cine, salir con amigos...) por estar conectado a Internet?				
3.10. ¿Alguna vez has intentado desconectarte de Internet y no lo has conseguido?				
3.11. ¿Te relaja navegar por Internet?				
3.12. ¿Te sientes nervioso si pasa mucho tiempo desde la última vez que estuviste conectado a Internet?				

4. USO DE VIDEOJUEGOS

- 4.1 ¿Dónde juegas con videojuegos? Casa..... Ciber..... Otros.....
 4.2 ¿Cuántas horas dedicas a los videojuegos a la semana? 1-2... Entre 2-5... Entre 5-10... Mas de 10...
 4.3. ¿Cuántas horas dedicas a los videojuegos al día? 1..... 2.....3..... 4.....5..... 6.....

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
4.4. ¿Dedicas más tiempo del que crees necesario a los videojuegos?				
4.5. ¿Te encuentras mal cuando por algún motivo no puedes jugar a los videojuegos?				
4.6. ¿Estás pensando desde horas antes de jugar con los videojuegos?				
4.7. ¿Tienes discusiones con tus amigos por el tiempo que dedicas a los videojuegos?				
4.8. ¿Mientes a tu familia o amigos sobre las horas que dedicas a jugar a los videojuegos?				
4.9. ¿Has dejado de hacer alguna actividad (ir al cine, salir con amigos...) por estar jugando a los videojuegos?				
4.10 ¿Alguna vez has intentado dejar de jugar y no lo has conseguido?				
4.11. ¿Te relaja jugar a los videojuegos?				
4.12. ¿Te sientes nervioso si pasa mucho tiempo desde la última vez que jugaste?				

5. USO DE TELÉFONO MÓVIL

- 5.1. ¿Dónde? En mi habitación..... En el colegio..... En el salón de casa.....
 5.2. ¿Quién lo paga? Mis padres..... Yo, con mi dinero..... Otros.....
 5.3. ¿Cuántas horas dedicas al móvil a la semana? Entre 1-2...Entre 2-5... Entre 5-10... Mas de 10...
 5.4. ¿Cuántas horas dedicas al móvil al día? 1..... 2.....3..... 4.....5..... 6.....

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
5.5. ¿Te encuentras mal cuando por algún motivo no puedes usar el teléfono móvil?				
5.6. ¿Estás pensando desde horas antes de usar el móvil?				
5.7. ¿Tienes discusiones con tus amigos por el tiempo que dedicas a los móviles?				
5.8. ¿Mientes a tu familia o amigos sobre las horas que dedicas al móvil?				
5.9. ¿Alguna vez has intentado dejar de usar el móvil y no lo has conseguido?				
5.10. ¿Te relaja usar el móvil?				
5.11. ¿Te sientes nervioso si pasa mucho tiempo desde la última vez que usaste el móvil?				
5.12. ¿Consultas el móvil por si te ha llamado o escrito alguien?				

6. USO DE TELEVISIÓN

- 6.1. ¿Dónde sueles ver la televisión? En mi habitación..... En el salón de casa..... Otros.....
- 6.2. ¿Cuántas horas dedicas a la televisión a la semana? 1-2...Entre 2-5...Entre 5 -10... Mas de 10...
- 6.3. ¿Cuántas horas dedicas a la televisión al día? 1..... 2.....3..... 4..... 5..... 6.....

	Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
6.4. ¿Te encuentras mal cuando por algún motivo no puedes ver la televisión?				
6.5. ¿Estás pensando desde horas antes de ver la televisión?				
6.6. ¿Tienes discusiones con tus amigos por el tiempo que dedicas a la televisión?				
6.7. ¿Mientes a tu familia o amigos sobre las horas que dedicas a ver la televisión?				
6.8. ¿Has dejado de hacer alguna actividad (ir al cine, salir con amigos...) por estar viendo la tele?				
6.9. ¿Alguna vez has intentado dejar de ver la televisión y no lo has conseguido?				
6.10. ¿Te relaja ver la televisión?				
6.11. ¿Te sientes nervioso si pasa mucho tiempo desde la última vez que viste la televisión?				
6.12. ¿Solo ves en la televisión aquellos programas que te resultan interesantes?				

PRIMERA PARTE

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3
9. Me siento feliz	1	2	3
10. Me siento seguro	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

VUELVE LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

SEGUNDA PARTE

	Casi nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

N°	Sexo	Edad	Ansiedad Estado			Ansiedad Rasgo		
			Puntaje Directo	Centil	Categoria	Puntaje Directo	Centil	Categoria
1	2	13	33	58	2	37	50	2
2	1	14	31	50	2	29	33	1
3	1	12	32	55	2	33	45	2
4	1	15	34	63	2	32	42	2
5	1	15	30	48	2	41	67	3
6	1	12	29	40	2	28	29	1
7	2	14	29	40	2	29	24	1
8	2	15	26	29	1	35	9	1
9	2	14	36	67	3	58	97	3
10	2	14	29	40	2	42	63	2
11	1	14	35	67	3	39	60	2
12	1	14	29	40	2	27	24	1
13	1	15	36	71	3	39	60	2
14	1	15	37	75	3	36	52	2
15	1	15	33	58	2	37	55	2
16	1	15	25	24	1	34	48	2
17	1	13	32	55	2	39	60	2
18	1	13	40	83	3	38	58	2
19	1	15	27	33	1	28	29	1
20	1	15	29	40	2	27	24	1
21	1	15	41	83	3	41	67	3
22	1	15	37	76	3	41	67	3
23	1	15	28	37	2	38	58	2
24	1	13	34	63	2	31	40	2
25	1	13	33	58	2	38	58	2
26	1	13	33	58	2	28	29	1
27	1	13	32	55	2	30	37	2
28	1	13	27	33	1	26	24	1
29	1	13	29	40	2	36	52	2
30	1	13	33	58	2	28	29	1
31	1	13	41	63	3	29	33	1
32	1	13	30	48	2	44	83	3
33	1	13	20	3	1	27	24	1
34	1	13	36	71	3	29	33	1
35	1	15	33	58	2	36	52	2
36	1	15	35	67	3	39	60	2
37	1	13	37	76	3	36	52	2
38	1	14	33	58	2	25	17	1
39	1	13	27	33	1	28	29	1
40	1	13	29	50	2	53	97	3
41	1	13	23	17	1	27	24	1
42	1	14	34	63	2	26	24	1
43	2	15	33	58	2	24	15	1
44	1	15	25	24	1	24	3	1
45	1	13	37	76	3	38	58	2
46	1	14	30	48	2	33	45	2
47	1	13	28	37	2	43	76	3
48	1	15	23	17	1	29	33	1
49	1	14	22	15	1	28	29	1
50	1	13	37	76	3	40	63	2
51	1	13	29	40	2	40	63	2
52	1	13	39	76	3	45	83	3
53	2	15	41	76	3	37	50	2
54	1	13	22	15	1	25	17	1
55	1	13	28	37	2	45	83	3
56	1	13	36	71	3	32	42	2
57	2	13	33	58	2	25	9	1
58	2	12	38	71	3	39	55	2
59	1	13	21	9	1	34	48	2
60	1	13	28	37	2	28	24	1
61	1	14	32	55	2	42	71	3
62	2	14	41	76	3	39	55	2
63	1	14	30	48	2	41	67	3
64	1	14	31	50	2	37	55	2
65	1	14	36	71	3	39	60	2
66	2	14	34	60	2	25	9	1
67	2	15	32	55	2	37	50	2
68	1	13	38	76	3	42	71	3

69	1	13	34	63	2	40	63	2
70	1	13	26	29	1	41	67	3
71	1	15	34	63	2	34	48	2
72	2	14	29	40	2	39	55	2
73	1	15	26	29	1	31	40	2
74	1	15	28	37	2	33	45	2
75	1	15	29	40	2	36	52	2
76	1	13	30	48	2	32	42	2
77	1	14	33	58	2	34	48	2
78	1	14	39	76	3	44	83	3
79	2	14	28	37	2	37	50	2
80	1	14	36	71	3	39	60	2
81	1	14	34	60	2	25	9	1
82	1	15	32	55	2	37	50	2
83	1	15	38	76	3	42	71	3
84	1	15	34	63	2	40	63	2
85	1	15	26	29	1	41	67	3
86	1	13	34	63	2	34	48	2
87	1	13	29	40	2	39	55	2
88	1	15	26	29	1	31	40	2
89	1	15	28	37	2	33	45	2
90	1	2	35	67	3	39	60	2
91	1	15	37	76	3	36	52	2
92	1	15	33	58	2	25	17	1
93	1	15	27	33	1	28	29	1
94	1	13	29	50	2	53	97	3
95	1	14	23	17	1	27	24	1
96	1	14	34	63	2	26	24	1
97	1	13	33	58	2	24	15	1
98	1	13	25	24	1	24	3	1
99	1	13	37	76	3	38	58	2
100	1	15	26	29	1	31	40	2
101	1	15	28	37	2	33	45	2
102	1	13	29	40	2	36	52	2
103	1	14	30	48	2	32	42	2
104	1	13	33	58	2	34	48	2
105	1	13	39	76	3	44	83	3
106	1	13	28	37	2	37	50	2
107	1	14	36	71	3	39	60	2
108	1	13	34	60	2	25	9	1
109	1	13	32	55	2	37	50	2
110	1	13	21	9	1	34	48	2
111	1	13	28	37	2	28	24	1
112	1	13	32	55	2	42	71	3
113	1	13	41	76	3	39	55	2
114	1	13	30	48	2	41	67	3
115	1	13	31	50	2	37	55	2
116	1	13	36	71	3	39	60	2
117	1	15	34	60	2	25	9	1
118	1	13	32	55	2	37	50	2
119	1	14	38	76	3	42	71	3
120	1	13	32	55	2	33	45	2
121	2	13	34	63	2	32	42	2
122	2	15	30	48	2	41	67	3
123	2	14	29	40	2	28	29	1
124	2	13	29	40	2	29	24	1
125	2	14	26	29	1	35	9	1
126	2	15	36	67	3	58	97	3
127	2	14	29	40	2	42	63	2
128	2	14	35	67	3	39	60	2
129	2	13	29	40	2	27	24	1
130	2	13	29	40	2	36	52	2
131	2	15	30	48	2	32	42	2
132	2	14	33	58	2	34	48	2
133	2	14	39	76	3	44	83	3
134	2	13	28	37	2	37	50	2
135	2	14	36	71	3	39	60	2
136	2	14	34	60	2	25	9	1
137	2	14	32	55	2	37	50	2
138	2	15	38	76	3	42	71	3

139	2	14	34	63	2	40	63	2
120	2	14	29	40	2	36	52	2
141	2	14	30	48	2	32	42	2
142	2	15	33	58	2	34	48	2
143	2	14	39	76	3	44	83	3
144	2	14	28	37	2	37	50	2
145	2	13	36	71	3	39	60	2
146	2	15	28	37	2	28	24	1
147	2	14	32	55	2	42	71	3
148	2	14	41	76	3	39	55	2
149	2	14	30	48	2	41	67	3
150	2	13	31	50	2	37	55	2
151	2	14	36	71	3	39	60	2
153	2	15	34	60	2	25	9	1
153	2	14	32	55	2	37	50	2
154	2	15	38	76	3	42	71	3
155	2	13	34	63	2	40	63	2

Leyenda

Sexo:

1 Masculino
2 Fémenino

Categoria

Bajo: 1
Medio: 2
Alto: 3

N°	Edad	Sexo	Año de estudios	Vive con	Ingreso familiar	Ocupación Padre	Ocupación Madre
1	13	2	1	8	2	2	1
2	14	1	3	9	2	1	1
3	12	1	1	4	3	2	1
4	15	1	4	1	4	2	2
5	15	1	4	7	3	2	2
6	13	1	2	7	3	1	5
7	14	2	3	7	2	1	1
8	15	2	3	13	2	1	1
9	14	2	3	7	2	1	2
10	14	2	3	7	1	2	1
11	14	1	3	7	3	2	1
12	14	1	3	13	3	1	2
13	15	1	3	16	6	1	2
14	15	1	4	7	1	1	1
15	15	1	4	19	2	2	2
16	15	1	3	18	2	2	2
17	13	1	1	8	2	1	2
18	13	1	1	22	2	1	5
19	15	1	4	6	5	2	5
20	15	1	4	7	5	2	5
21	15	1	4	7	4	2	1
22	15	1	4	4	3	2	2
23	15	1	4	7	3	1	5
24	13	1	1	7	2	1	1
25	13	1	1	24	4	2	2
26	13	1	1	14	1	1	1
27	13	1	1	20	3	1	1
28	13	1	1	9	2	1	1
29	13	1	1	5	2	1	1
30	13	1	1	2	2	4	1
31	13	1	1	7	1	2	5
32	13	1	1	7	3	4	2
33	13	1	1	7	2	2	2
34	13	1	1	9	2	2	1
35	15	1	4	9	4	2	5
36	15	1	4	7	3	1	5
37	13	1	1	7	3	1	1
38	14	1	2	7	4	1	5
39	13	1	2	21	6	2	1
40	13	1	2	2	1	2	1
41	13	1	2	9	6	1	1
42	14	1	2	8	3	1	5
43	15	2	4	1	3	1	1
44	15	1	4	6	5	2	5
45	13	1	2	23	4	1	1
46	14	1	2	8	6	1	2
47	13	1	2	7	5	2	1
48	15	1	3	13	3	1	1
49	14	1	3	6	4	1	5
50	13	1	3	7	1	1	2
51	13	1	1	13	2	1	2
52	13	1	1	7	1	1	1
53	15	2	1	5	5	2	2
54	13	1	1	7	4	2	5
55	13	1	1	7	2	1	2
56	13	1	1	7	2	2	1
57	13	2	1	7	5	2	5
58	12	2	1	7	3	2	2
59	13	1	1	6	5	2	1
60	13	1	1	13	1	2	2
61	14	1	3	13	2	1	1
62	14	2	3	7	1	2	5
63	14	1	3	13	4	2	2
64	14	1	3	7	3	2	2
65	14	1	3	13	2	2	5
66	14	2	3	7	1	2	2
67	15	2	3	2	5	2	5
68	13	1	1	3	2	4	5
69	13	1	1	13	3	2	2
70	13	1	1	13	3	1	1
71	15	1	4	7	3	1	1
72	14	2	3	10	4	2	1
73	15	2	3	2	2	1	5
74	15	1	3	8	4	2	5
75	15	1	3	2	1	1	1
76	13	1	1	6	3	1	2
77	14	1	3	7	2	1	1

78	14	1	3	8	5	1	5
79	14	2	3	3	1	1	1
80	1	14	1	8	2	2	1
81	1	14	3	9	2	1	1
82	1	15	1	4	3	2	1
83	1	15	4	1	4	2	2
85	1	15	2	7	3	1	5
86	1	13	3	7	2	1	1
87	1	13	3	13	2	1	1
88	1	15	3	7	2	1	2
89	1	15	3	7	1	2	1
90	1	2	3	7	3	2	1
91	1	15	3	13	3	1	2
92	1	15	3	16	6	1	2
93	1	15	4	7	1	1	1
94	1	13	4	19	2	2	2
95	1	14	3	18	2	2	2
96	1	14	1	8	2	1	2
97	1	13	1	22	2	1	5
98	1	13	4	6	5	2	5
99	1	13	4	7	5	2	5
100	1	15	4	7	4	2	1
101	1	15	4	4	3	2	2
102	1	13	4	7	3	1	5
103	1	14	1	7	2	1	1
104	1	13	1	24	4	2	2
105	1	13	1	14	1	1	1
106	1	13	1	20	3	1	1
107	1	14	1	9	2	1	1
108	1	13	1	5	2	1	1
109	1	13	1	2	2	4	1
110	1	13	1	7	1	2	5
111	1	13	1	7	3	4	2
112	1	13	1	7	2	2	2
113	1	13	1	9	2	2	1
114	1	13	4	9	4	2	5
115	1	13	4	7	3	1	5
116	1	13	1	7	3	1	1
117	1	15	2	7	4	1	5
118	1	13	2	21	6	2	1
119	1	14	2	2	1	2	1
120	1	13	2	9	6	1	1
121	2	13	2	8	3	1	5
122	2	15	4	1	3	1	1
123	2	14	4	6	5	2	5
124	2	13	2	23	4	1	1
125	2	14	2	8	6	1	2
126	2	15	2	7	5	2	1
127	2	14	3	13	3	1	1
128	2	14	3	6	4	1	5
129	2	13	3	7	1	1	2
130	2	13	1	13	2	1	2
131	2	15	1	7	1	1	1
132	2	14	1	5	5	2	2
133	2	14	1	7	4	2	5
134	2	13	1	7	2	1	2
135	2	14	1	7	2	2	1
136	2	14	1	7	5	2	5
137	2	14	1	7	3	2	2
138	2	15	1	6	5	2	1
139	2	14	1	13	1	2	2
120	2	14	3	13	2	1	1
141	2	14	3	7	1	2	5
142	2	15	3	13	4	2	2
143	2	14	3	7	3	2	2
144	2	14	3	13	2	2	5
145	2	13	3	7	1	2	2
146	2	15	3	2	5	2	5
147	2	14	1	3	2	4	5
148	2	14	1	13	3	2	2
149	2	14	1	13	3	1	1
150	2	13	4	7	3	1	1
151	2	14	3	10	4	2	1
153	2	15	3	2	2	1	5
153	2	14	3	8	4	2	5
154	2	15	3	2	1	1	1
155	2	13	1	6	3	1	2

LEYENDA

Sexo:	Vive con:	Ingreso:	Ocupación:	Madre:
1 Masculino	1=Papá	1= 750 a –	Padre: 1= Independiente	1=Independiente
2 Femenino	2=Mamá	2= 751-1000	2= Dependiente	2=Dependiente
	3= Hermanos	3= 1001-1500	3= Desocupado	3=Desocupada
	4=Abuelos	4= 1501-2500	4= Cesado/Jubilado	4=Cesada/Jubilada
	5=Otros	5= 2501-3500		5=Ama de casa
	6=1-2	6= 3501- +		
	7=1-2-3			
	8=1-2-3-4			
	9=Todos			
	10=1-3			
	11=1-4			
	12=1-5			
	12=2-3			
	14=2-4			
	15=2-5			
	16=3-4			
	17=3-5			
	18=4-5			
	19=2-3-4			
	20=2-3-4-5			
	21=2-4-5			
	22=1-3-4			
	23=1-3-4-5			
	24=1-4-5			
	25=3-4-5			

CASOS CLÍNICOS

CASO N° 1

Presentado por: Stephanie Grace Salas Gonzales

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : Emmanuel
- Edad : 28 años
- Sexo : Masculino
- Fecha de Nacimiento : 08-10-1987
- Lugar de Nacimiento : Arequipa
- Grado de Instrucción : Superior completa
- Estado civil : Soltero
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Bachiller en ingeniería Informática
- Religión : Católica
- Informante : Paciente y su madre
- Lugar de evaluación : Hospital Goyeneche
- Fecha de consulta : 01/09/2015
05/09/2015
08-09-2015
- Examinado por : Stephanie Grace Salas Gonzales
Bachiller en Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente llega a consulta alegando sentirse triste y desanimado, hace poco termino una relación amorosa que consideraba significativa en su vida, además de presentarse algunos conflictos en su hogar.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

El paciente es una persona de 28 años, que en la actualidad acaba de culminar su carrera profesional, ingeniería informática, es soltero y vive en casa de sus padres.

Hace tres años que inició una relación amorosa después de que en años anteriores haya atravesado por otras de carácter conflictivo, pues cuenta que en dos anteriores relaciones

sentía una gran profundidad en los sentimientos que él ofrecía pero que no era correspondido, estaba en un constante reclamo de atención y tiempo. A pesar de que sus ex parejas decían amarlo, para él no era suficiente, pues ellas dedicaban tiempo en salir con amigos a diferentes eventos sociales, y que en ese tiempo no compartían con él. Culmina esta relación porque sentía que su pareja no le prestaba la suficiente atención y él se lo reclamaba siempre, hasta que ella terminó con él, en medio de como el define una gran depresión, incluso alguna vez se le atravesó la idea de ser homosexual porque las mujeres para él no eran buenas, idea que se le fue a medida que la razonó y superó la ruptura amorosa. Después de este suceso, conoce a su última pareja, con la que siente que supera la reciente ruptura.

Su última relación fue desde el principio correspondida, por ambas partes, era buena, que existía mucho amor y detalles. Ambos participaban en todas las reuniones familiares, lograron tener un gran círculo social, salían y compartían muchos momentos. Incluso comenta que ella fue una gran influencia en su religión, al considerarse este agnóstico antes, y católico practicante luego.

Al cabo de dos años y medio de relación él piensa pedirle la mano en seis meses, planea como comprar el anillo y el momento de la pedida de mano. Es precisamente en ese tiempo empezaron los problemas. Pues su ex pareja acepta una oferta laboral muy beneficiosa para su carrera profesional, este nuevo trabajo incluía viajes y desvelos constantes. Al principio él la comprendía, pero poco a poco empezó a sentir su ausencia y que ya no compartían los mismos momentos, pues ella siempre estaba ocupada y estresada. Empezaron los reclamos, demanda de atención y tiempo. No quería compartirla con sus nuevos amigos, quería que las cosas sean como antes, tenerla solo para él y su familia. Ella sentía que él no la entendía, le comento sentir que no la apoyaba, que solo la estresaba más.

No había día que no peleen, y se sentían mal constantemente, probaron darse un tiempo, luego volvieron pero siempre terminaba siendo igual. Hasta que él decide terminar con ella, al principio ella le pide que no sea así, pero termina accediendo.

Al paso de los días, él se arrepiente de haber terminado y la busca, ella pues se niega a volver, alegando sentirse tranquila en el trabajo y con poco estrés, que lo extrañaba pero sentía que no es la persona que debería estar a su lado. El paciente se siente muy mal y se

propone recuperarla, no con las mejores decisiones, la busca en cada momento, incluso logró conseguir un trabajo temporal en un congreso al que ella asistió, solo para verla. Busca hablar con diferentes familiares de ella por redes sociales, preguntando, buscando acercarse con cualquier excusa. Llevo un grupo de mariachis por su cumpleaños, llevaba regalos a cada miembro de su familia. Pero lejos de conquistarla ella le dijo que no quería que se acerque más, le dijo obsesivo y que la deje tranquila.

El paciente llega a consulta muy afligido, triste y desmotivado. Todavía con deseos de recuperarla y pidiendo consejos para conseguirlo. Que a este problema se le suma algunas dificultades en su hogar específicamente con sus padres, que los considera como poco afectivos y nada comprensivos.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

A. PERIODO DE DESARROLLO

ETAPA PRE-NATAL: El paciente proviene de un embarazo gemelar, que duró 37 semanas. No hubo ninguna complicación, salvo impresiones fuertes, por algunos problemas familiares. En los últimos meses tuvo una amenaza de aborto, y esto la tuvo con una preocupación constante.

ETAPA POSTNATAL: Nació a las 37 semanas de gestación, fue un parto por cesárea, pesó dos kilos, nació con sufrimiento fetal, le informaron a la madre que su estado era delicado.

DESARROLLO PSICOMOTOR: Se sentó sin apoyo a los seis meses, empezó a gatear a los 10 meses. Empieza a caminar al año, no hubo ninguna complicación en este aspecto. La madre considera que era demasiado inquieto para su edad.

SOCIALIZACIÓN: En la escuela era un poco retraído, no tenía muchos amigos, prefería jugar solo.

SINTOMAS NEUROPÁTICOS: El paciente no presentó sonambulismo, ni pesadillas durante la noche. No presentó onicofagia, no presentó rabietas o pataletas fuera de lo común para una niño de su edad.

ESCOLARIDAD: El paciente asiste al colegio por primera vez a los tres años,

demostrando agrado, y quedándose sin dificultad. A lo largo del periodo escolar, sus relaciones interpersonales con sus compañeros eran limitadas, pues él era algo introvertido y poco expresivo con los demás. En su periodo Universitario era poco sociable al principio, hablaba con pocas personas, los últimos años mejoró sus relaciones interpersonales, se volvió más alegre y tenía más amigos.

DESARROLLO PSICOSEXUAL: El trato que recibió de parte de su familia correspondía su sexo masculino, identificándose desde niña, de adolescente se relacionó con personas de ambos sexos. Informa que en su familia se le habló poco de sexo, que lo que aprendió fue más en el colegio, por amigos y en la práctica misma. Tuvo dos parejas sexuales, la primera a los 14 años, y la segunda con su última pareja.

HISTORIA DE LA RECREACIÓN: Los primeros recuerdos de su infancia, son vagos, pues a la edad de cinco años tuvo una caída con un fuerte golpe en la cabeza con pérdida de conocimiento.

Lo primero que se le viene a la mente después de esa caída es la de él y su hermano gemelo jugando en un corral. Vivían ambos con sus padres. Él refiere haber sentido siempre una preferencia de sus padres por su hermano. Sentirse criticado, y muchas veces aminorado por ellos.

Ha vivido siempre con sus padres, ha estudiado en el mismo colegio de su hermano, sintiendo la misma preferencia por él ahí. Luego estudio en la Universidad San Pablo de Arequipa, demoró más del tiempo debido en culminar su carrera profesional, lo que ocasionaba la presión y más críticas por parte de sus padres, hace poco logró egresar. Su tesis para optar el título profesional está en proceso.

ACTIVIDAD LABORAL: Su padre es ingeniero civil, y su primer trabajo fue con él, como asistente de obra en la construcción de un parque a los 14 años. Trabajo un tiempo en la municipalidad de Selva Alegre, donde menciona empezó a sentir interés por la robótica. Estudió ingeniería informática en la Universidad San Pablo, y participó activamente en un grupo de interés por robótica, participando en congresos internacionales y congresos en esa especialidad. Actualmente trabaja como profesor de robótica en un colegio particular en Socabaya y a la vez elabora su tesis para optar el título profesional.

RELIGIÓN: El paciente es de religión católica debido, según indica, a la influencia que ex pareja tuvo en él.

B. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES:

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES: Emmanuel tuvo una caída fuerte con pérdida de conocimiento a la edad de cinco años. Padebió de hepatitis y septicemia generalizada.

PERSONALIDAD PRE-MÓRBIDA: El paciente desde niño era muy inquieto, y siempre estaba unido a su hermano gemelo, juntos realizaban muchas actividades, jugaban y hacían algunas travesuras. Conforme fueron creciendo, se empezaron a marcar diferencias en cuanto a carácter, personalidad y se distanciaron, por ejemplo, su hermano era más risueño, y él empezó a ser introvertido, siempre vestía de negro y tenía pocos amigos, no participaba mucho en reuniones familiares, prefería estar solo, viajar solo, etc. Su hermano era más cercano a su entorno familiar, fue cuando empezó la preferencia de sus padres hacia su hermano.

En el colegio era introvertido, y poco expresivo con los demás, lo que hacía que se dificulte su interacción social. En su adolescencia fue rebelde e inconformista, todo lo que venía de un superior, lo cuestionaba. Se alejó de la práctica de su religión católica y empezó a frecuentar grupos con ideologías parecidas a la suya y vestía siempre de negro.

Con sus parejas fue muy cariñoso, pero a la vez muy demandante de afecto es por ello que fracasó en sus relaciones más importantes y duraderas. Pues cuando él sentía que no le prestaban atención o no eran lo suficientemente afectuosas, les reclamaba con insistencia, propiciaba peleas, y ellas terminaban con él al cabo de un tiempo.

En su familia, se presentan problemas con la relación con sus padres, a los que considera autoritarios y siempre se están entrometiendo en sus decisiones, alegando que él no es capaz, lo controlan y lo siguen tratando como niño, no son afectuosos. La relación con su hermano gemelo es distante y en ocasiones tensa.

En su trabajo y con su círculo social en general, es acomedido, está siempre pendiente de las necesidades de los demás, es muy servicial, le gusta dar una buena apariencia, caer bien, y de igual forma le gusta sentirse querido y atendido.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

COMPOSICIÓN FAMILIAR: El paciente proviene de una familia nuclear de condición económica media alta. Actualmente vive en casa de sus padres, con su hermano. Su padre es ingeniero civil y tiene cincuenta años, su madre es bióloga y tiene cuarenta y seis años, su hermano gemelo estudió administración. Los padres mantienen económicamente el hogar, él y su hermano trabajan para costear gastos personales.

DINÁMICA FAMILIAR: Existe cierta tensión en la relación con sus padres. Siente que lo controlan mucho y que quieren siempre decidir por él, pues consideran que no está en la capacidad de tomar decisiones sólo, y eso a él lo tiene en un estrés constante.

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA: El paciente proviene de una situación económica media alta. Vive en casa propia de sus padres, poseen dos automóviles, cuentan con todos los servicios.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: No presenta

VI. RESUMEN

El paciente proviene de un embarazo gemelar, existió una amenaza de aborto, lo que mantuvo a la madre en una preocupación constante. Nació las 37 semanas de gestación, fue un parto por cesárea y pesó dos kilos, nació con sufrimiento fetal, le informaron a la madre que su estado era delicado. En cuanto al desarrollo muscular, se sentó sin apoyo a los seis meses, la madre considera que era demasiado inquieto para su edad. Su desarrollo en general se presentó dentro de los límites generales esperados para su edad.

A lo largo del periodo escolar, sus relaciones interpersonales eran limitadas, pues él era algo introvertido y poco expresivo con los demás. De adolescente se relacionó con personas de ambos sexos. Los primeros recuerdos de su infancia, son vagos, pues a la edad de cinco años tuvo una caída con un fuerte golpe en la cabeza con pérdida de conocimiento. Lo primero que se le viene a la mente después de esa caída es la de él y su hermano gemelo jugando en un corral. Vivían ambos con sus padres. Sintió siempre una preferencia de sus padres por su hermano, a él lo criticaban más, y muchas veces lo aminoraban. Luego estudió en la Universidad San Pablo de Arequipa, demoró más del tiempo esperado en culminar su carrera profesional, lo que ocasionaba presión y más

críticas por parte de sus padres, hace poco logró egresar. Su tesis para optar el título profesional está en proceso.

Su padre es ingeniero civil, y su primer trabajo fue con él, como asistente de obra en la construcción de un parque a los 14 años. Trabajo un tiempo en la municipalidad de Selva alegre, donde menciona empezó a sentir interés por la robótica. Estudió ingeniería informática en la Universidad San Pablo, y participó activamente en un grupo de interés por robótica, participando en congresos internacionales y congresos en esa especialidad. Actualmente trabaja como profesor de robótica en un colegio particular en Socabaya y a la vez elabora su tesis para optar el título profesional. El paciente es de religión católica debido, según indica, a la influencia que ex pareja tuvo en él.

09, Setiembre del 2015

Stephanie Grace Salas Gonzales
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : Emmanuel
- Edad : 28 años
- Sexo : Masculino
- Fecha de Nacimiento : 08-10-1987
- Lugar de Nacimiento : Arequipa
- Grado de Instrucción : Superior completa
- Estado civil : Soltero
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Bachiller en Ingeniería Informática
- Religión : Católica
- Informante : El paciente y su madre
- Lugar de evaluación : Hospital Goyeneche
- Fecha de consulta : 08/09/2015
09/09/2015
12/09/2015
- Examinado por : Stephanie Grace Salas Gonzales
Bachiller en Psicología

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO:

APARIENCIA GENERAL Y ACTITUD PSICOMOTORA: Emmanuel es un varón de 28 años, que aparenta la edad que tiene. Con una altura aproximada de 1.80 metros y un peso adecuado, se preocupa mucho por su aspecto físico, va al gimnasio, corre en las mañanas y juega fútbol. De tez blanca, pelo ondulado y ojos color café oscuro. Se expresa de manera adecuada, fluida. Posee una expresión facial de desánimo.

MOLESTIA GENERAL Y MANERA DE EXPRESARLA: Emmanuel llega a consulta muy afligido, no podía contener el llanto. Alegando no poder superar una ruptura amorosa, que quiere recuperarla y no sabe qué hacer, que necesita ayuda, porque el sentimiento de angustia no lo deja tranquilo, no come y no duerme.

ACTITUD HACÍA EL EXAMINADOR Y HACÍA EL EXAMEN: Se entabló un buen clima de confianza, fue colaborador, y ejecuto las instrucciones que se le daban sin dificultad. El paciente se mostró colaborador y accesible a la aplicación de pruebas psicológicas, con cierta ansiedad. Realizo las pruebas con rapidez y apresurada, al terminó de cada una, preguntaba que más tenía que hacer.

COMPORTAMIENTO: Ha sido constante en asistir a cada sesión, se le notó interesado y preocupado en cumplir todo lo que se le pedía. Su conversación era normal y fluida, sin embargo se notaba cierta tristeza y decaimiento en su forma de hablar, estableció contacto ocular con el evaluador en todo momento y respondía de manera apropiada a las preguntas, se extendía bastante en sus respuestas, se notaba su desesperación por recibir un consejo para recuperar a su ex pareja, lo hacía con voz quebradiza.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN:

CONCIENCIA O ESTADO DE ALERTA: El paciente presenta un nivel óptimo de atención en el momento de la entrevista, se encuentra en un estado de vigilia y con un nivel conciencia lucida

ATENCIÓN: No presenta alteraciones de atención

ORIENTACIÓN: Emmanuel se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.

IV. LENGUAJE:

Establece una adecuada relación en el curso del habla, expresa sus ideas de forma clara, comprensible y fluida, sin embargo su tono de voz es decaído y desanimado.

V. PENSAMIENTO

La construcción de sus pensamientos es elaborado, pudiendo ordenar y dar sentido a sus ideas, también responde en el tiempo esperado a cada pregunta de manera coherente. Suele ser egocéntrico y dominante, en ocasiones posesivo.

VI. PERCEPCIÓN:

El estado de las funciones sensitivas y perceptivas como las táctiles, gustativas, olfativas, visuales y auditivas se encuentran conservadas.

El paciente no presenta déficit orgánico aparente y no presenta ningún tipo de ilusiones o alucinaciones, ya que no tiene dificultades para percibir un objeto, ni percibe alguno que no exista.

VII. MEMORIA:

Su memoria esta conservada, tanto la memoria mediata o de fijación como la memoria inmediata o de evocación, ya que es capaz de remontarse a hechos pasados de su biografía.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL:

El desenvolvimiento del paciente durante la entrevista, la observación y las evaluaciones, sugieren un nivel intelectual dentro del promedio, es decir que la capacidad de resolución de problemas es buena, de la misma forma su capacidad de abstracción y análisis. En las tareas de razonamiento lógico, inferencias, relacionar el significado con el significante de un concepto de igual forma, se encuentra conservado.

CONOCIMIENTOS GENERALES: Se le preguntó, ¿Quién era nuestro presidente, alcalde, gobernador regional?, ¿Cuáles eran las capitales de Chile, Brasil, Argentina y México?, ¿Quién libertó al Perú?. Respondió a todas las preguntas.

MEMORIA: Se le dijo tres palabras, se le pidió que las recuerde. Luego de hablar y preguntarle algunas cosas, se le pidió que repita las palabras que se le dijeron con anterioridad, logró hacerlo. También se le preguntó fechas de cumpleaños de familiares cercanos, la edad de sus padres, y otros aspectos de su vida. Logró hacerlo

PENSAMIENTO, RAZONAMIENTO Y JUICIOS: Se le presentaron algunos refranes y se le pidió que explique el significado.

IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS:

El paciente se mostró triste y agobiado al hablar acerca de su problema actual, y recordar los problemas con su familia y como se ha sentido a lo largo de su vida. Expresó mucha tristeza, llegando al llanto en algunas oportunidades. Actualmente atraviesa por episodios depresivos.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

Llega a consulta con una conciencia de enfermedad un poco distorsionada, alegando que no es capaz de encontrar la forma de recuperar a su ex pareja, que siente que posee baja autoestima, y que no es capaz de convencerla, eso lo hace sentir muy triste con mucha culpa, y los sentimientos de angustia no lo dejan comer ni dormir. Sin embargo se muestra receptivo a recibir ayuda.

XI. RESUMEN:

Emmanuel es un varón de 28 años, que aparenta la edad que tiene. Con una altura aproximada de 1.80 metros y un peso adecuado, se preocupa mucho por su aspecto físico, va al gimnasio, corre en las mañanas y juega fútbol. De tez blanca, pelo ondulado y ojos color café oscuro. Se expresa de manera adecuada, fluida. Posee una expresión facial de desánimo. Llega a consulta muy afligido, no podía contener el llanto. Alegando no poder superar una ruptura amorosa, que quiere recuperarla y no sabe qué hacer, que necesita ayuda, porque el sentimiento de angustia no lo deja tranquilo, no come y no duerme. Se entabló un buen clima de confianza, fue colaborador, y ejecuto las instrucciones que se le daban sin dificultad. El paciente se mostró colaborador y accesible a la aplicación de pruebas psicológicas, con cierta ansiedad. Realizo las pruebas con rapidez y apresurada, al terminó de cada una, preguntaba que más tenía que hacer. Su conversación era normal y fluida, sin embargo se notaba cierta tristeza y decaimiento en su forma de hablar, estableció contacto ocular con el evaluador en todo momento y respondía de manera apropiada a las preguntas, se extendía bastante en sus respuestas, se notaba su desesperación por recibir un consejo para recuperar a su ex pareja, lo hacía con voz quebradiza. El paciente presenta un nivel óptimo de atención y conciencia lucida. La construcción de sus pensamientos es elaborada, pudiendo ordenar y dar sentido a sus ideas. El paciente se mostró triste y agobiado al hablar acerca de su problema actual, y recordar los problemas con su familia y como se ha sentido a lo largo de su vida. Expresó mucha tristeza, llegando al llanto en algunas oportunidades.

12, Setiembre del 2015

Stephanie Grace Salas Gonzales
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : Emmanuel
- Edad : 28 años
- Sexo : Masculino
- Fecha de Nacimiento : 08-10-1987
- Lugar de Nacimiento : Arequipa
- Grado de Instrucción : Superior completa
- Estado civil : Soltero
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Bachiller en ingeniería Informática
- Religión : Católica
- Informante : Paciente y su madre
- Lugar de evaluación : Hospital Goyeneche
- Fecha de consulta : 08/09/2015
09/09/2015
10/09/2015
- Examinado por : Stephanie Grace Salas Gonzales
Bachiller en Psicología

II. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

El paciente se mostró colaborador y accesible a la aplicación de pruebas psicológicas, con cierta ansiedad. Realizo las pruebas con rapidez y apresurada, al terminó de cada una, preguntaba que más tenía que hacer. Su conversación era normal y fluida, sin embargo se notaba cierta tristeza y decaimiento en su forma de hablar, estableció contacto ocular con el evaluador en todo momento y respondía de manera apropiada a las preguntas, se extendía bastante en sus respuestas, se notaba su desesperación por recibir un consejo para recuperar a su ex pareja, lo hacía con voz quebradiza.

El paciente se mostró triste y agobiado al hablar acerca de su problema actual, y recordar

los problemas con su familia y como se ha sentido a lo largo de su vida. Expresó mucha tristeza, llegando al llanto en algunas oportunidades. Actualmente atraviesa por episodios depresivos.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Pruebas Psicométricas:
 - Test de Inteligencia No-Verbal Toni-2, Forma A Análisis Cuantitativo
 - Escala Autoaplicada de Depresión de Zung
 - Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota – MMPI

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. Test de Inteligencia No-Verbal Toni-2, Forma A Análisis Cuantitativo:

PUNTAJE DIRECTO	COCIENTE INTELECTUAL	CATEGORIA
50	100	NORMAL-PROMEDIO

Análisis Cualitativo: Emmanuel posee un nivel intelectual superior, lo que indica que posee la capacidad de resolver situaciones complicadas, además de aprender de las experiencias y poder resolver sus problemas, presenta habilidad para adaptarse a nuevas situaciones.

B. Escala Autoaplicada de Depresión de Zung

PUNTAJE DIRECTO	INDICE EDAD	INTERPRETACION
45	56	Depresión leve moderada

El paciente obtuvo una puntuación de 45, con un índice de edad de 56, lo que indica que está atravesando por un estado de depresión leve moderada lo que indica que el estado de ánimo es depresivo la mayor parte del día, posee una disminución acusada del interés, presenta insomnio y pérdida de energía. Con dificultad para continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica, como síntoma principal de una depresión leve moderada.

C. Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota – MMPI

- **Análisis Cuantitativo**

	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
P. directo	1	2	8	7	13	16	11		7	8	6
P. equivalente	4	6	18	16	38	35	28		18	24	18
Añadir K											
P.D. Corregido	4	6	18	20		35	31		26	32	20
Puntaje T	50	58	61	72	101	83	79	57	56	69	58

Las tres escalas en las que obtuvo el mayor puntaje fue en la escala D (Depresión) , en la escala HI(Histeria) y DP (desviación psicopática).

- **Análisis Cualitativo**

El paciente trata de ofrecer respuestas socialmente aceptables, estas estrategias adaptativas a su medio ambiente reflejan el temor y la desconfianza a los demás. Se encuentra severamente deprimido, con mucha preocupación y con una actitud pesimista e indecisa, esto probablemente por su problema sentimental actual. Además tiende a expresar sus conflictos emocionales y psicológicos por medio de manifestaciones somáticas, con tendencia a desarrollar molestias como cefaleas, dolor de espalda, dolor en el pecho o en algunas ocasiones fatiga funcional o debilidad y una preocupación prominente por las funciones corporales. En cuanto al concepto que tiene de si mismo, se muestra egocéntrico, y suele ser indeciso, posee una tendencia a ser sugestionable. En

ocasiones es rebelde e inconformista con las demás. Evita establecer lazos muy íntimos con las personas, es algo reservado, y no confía en todos, sin embargo respeta las opiniones de los demás. Sus intereses son abstractos es decir filosóficos, científicos o de religión. El paciente es de intereses varios, tiene energía para participar en diferentes actividades.

V. RESUMEN

Emmanuel posee una inteligencia Normal- promedio lo que indica que posee la capacidad de resolver situaciones complicadas, además de aprender de las experiencias y poder resolver sus problemas, presenta habilidad para adaptarse a nuevas situaciones.

El paciente trata de ofrecer respuestas socialmente aceptables, estas estrategias adaptativas a su medio ambiente reflejan el temor y la desconfianza a los demás. Se encuentra moderadamente deprimido, con mucha preocupación y con una actitud pesimista e indecisa, esto probablemente por su problema sentimental actual. Además tiende a expresar sus conflictos emocionales y psicológicos por medio de manifestaciones somáticas, con tendencia a desarrollar molestias como cefaleas, dolor de espalda, dolor en el pecho o en algunas ocasiones fatiga funcional o debilidad y una preocupación prominente por las funciones corporales. En cuanto al concepto que tiene de sí mismo, se muestra egocéntrico, y suele ser indeciso, posee una tendencia a ser sugestionable. En ocasiones es rebelde e inconformista con las demás. Evita establecer lazos muy íntimos con las personas, es algo reservado, y no confía en todos, sin embargo respeta las opiniones de los demás. Sus intereses son abstractos es decir filosóficos, científicos o de religión. Es de intereses varios, tiene energía para participar en diferentes actividades. Actualmente atraviesa por una depresión moderada.

10, Setiembre del 2015

Stephanie Grace Salas Gonzales
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : Enmanuel
- Edad : 28 años
- Sexo : Masculino
- Fecha de Nacimiento : 08/10/1987
- Lugar de Nacimiento : Arequipa
- Grado de Instrucción : Superior Completa
- Estado civil : Soltero
- Ocupación : Estudiante
- Religión : Católica
- Informante : Paciente
- Lugar de evaluación : Hospital Goyeneche
- Fecha de consulta : Del 01-09-2015 al 11-10-2015
- Examinado por : Stephanie Grace Salas Gonzales
Bachiller en Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente llega a consulta alegando sentirse triste y desanimado, hace poco termino una relación amorosa que consideraba significativa en su vida, además de presentarse algunos conflictos en su hogar.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Técnicas Psicológicas:

1. Observación
2. Entrevista

Pruebas Psicométricas:

- Test de Inteligencia No-Verbal Toni-2, Forma A Análisis Cuantitativo
- Escala Autoaplicada de Depresión de Zung
- Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota – MMPI

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente proviene de un embarazo gemelar, existió una amenaza de aborto, lo que mantuvo a la madre en una preocupación constante. Nació las 37 semanas de gestación, fue un parto por cesárea y pesó dos kilos, nació con sufrimiento fetal, le informaron a la madre que su estado era delicado. En cuanto al desarrollo muscular, se sentó sin apoyo a los seis meses, la madre considera que era demasiado inquieto para su edad. Su desarrollo en general se presentó dentro de los límites generales esperados para su edad.

A lo largo del periodo escolar, sus relaciones interpersonales eran limitadas, pues él era algo introvertido y poco expresivo con los demás. De adolescente se relacionó con personas de ambos sexos. Los primeros recuerdos de su infancia, son vagos, pues a la edad de cinco años tuvo una caída con un fuerte golpe en la cabeza con pérdida de conocimiento. Lo primero que se le viene a la mente después de esa caída es la de él y su hermano gemelo jugando en un corral. Vivían ambos con sus padres. Sintió siempre una preferencia de sus padres por su hermano, a él lo criticaban más, y muchas veces lo aminoraban. Luego estudió en la Universidad San Pablo de Arequipa, demoró más del tiempo esperado en culminar su carrera profesional, lo que ocasionaba presión y más críticas por parte de sus padres, hace poco logró egresar. Su tesis para optar el título profesional está en proceso.

Su padre es ingeniero civil, y su primer trabajo fue con él, como asistente de obra en la construcción de un parque a los 14 años. Trabajo un tiempo en la municipalidad de Selva Alegre, donde menciona empezó a sentir interés por la robótica. Estudió ingeniería informática en la Universidad San Pablo, y participó activamente en un grupo de interés por robótica, participando en congresos internacionales y congresos en esa especialidad. Actualmente trabaja como profesor de robótica en un colegio particular en Socabaya y a la vez elabora su tesis para optar el título profesional. El paciente es de religión católica debido, según indica, a la influencia que su ex pareja tuvo en él.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente de 28 años de edad, aparenta la edad referida, es de tez blanca, ojos oscuros y cabello rizado. Es de contextura normal, luce aseado, y se preocupa por su apariencia y presentación. El paciente se mostró colaborador y accesible a la aplicación de pruebas psicológicas, con cierta ansiedad. Realizo las pruebas con rapidez y apresurada, al terminó de cada una, preguntaba que más tenía que hacer. Su conversación era normal y fluida, sin embargo se notaba cierta tristeza y decaimiento en su forma de hablar, estableció contacto ocular con el evaluador en todo momento y respondía de manera apropiada a las preguntas, se extendía bastante en sus respuestas, se notaba su desesperación por recibir un consejo para recuperar a su ex pareja, lo hacía con voz quebradiza.

El paciente se mostró triste y agobiado al hablar acerca de su problema actual, y recordar los problemas con su familia y como se ha sentido a lo largo de su vida. Expresó mucha tristeza, llegando al llanto en algunas oportunidades. Actualmente atraviesa por episodios depresivos.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Emmanuel posee una inteligencia normal- promedio lo que indica que posee la capacidad de resolver situaciones complicadas, además de aprender de las experiencias y poder resolver sus problemas, esta capacidad no le ha servido para su vida personal, ya que no ha tomado buenas decisiones.

De pequeño era muy inquieto, y que siempre estaba unido a su hermano gemelo, juntos realizaban muchas cosas, jugaban y hacían algunas travesuras. Conforme fueron crecieron, se empezaron a marcar diferencias en cuanto a carácter, personalidad y se distanciaron, fue cuando empezó la preferencia de sus padres hacia su hermano, y él a percibir esa diferencia, sintiendo un rechazo que lo fue volviendo inseguro y demandante. En el colegio era introvertido, y poco expresivo con los demás, lo que hacía que se dificulte su interacción social.

El paciente trata de ofrecer respuestas socialmente aceptables, estas estrategias adaptativas a su medio ambiente reflejan el temor y la desconfianza a los demás. Se encuentra severamente deprimido, con mucha preocupación y con una actitud pesimista e indecisa, esto probablemente por su problema sentimental actual. Además tiende a

expresar sus conflictos emocionales y psicológicos por medio de manifestaciones somáticas, con tendencia a desarrollar molestias como cefaleas, dolor de espalda, dolor en el pecho o en algunas ocasiones fatiga funcional o debilidad y una preocupación prominente por las funciones corporales. En cuanto al concepto que tiene de sí mismo, se muestra egocéntrico, y suele ser indeciso, posee una tendencia a ser sugestionable. En ocasiones es rebelde e inconformista con los demás. Evita establecer lazos muy íntimos con las personas, es algo reservado, y no confía en todos, sin embargo respeta las opiniones de los demás. Sus intereses son abstractos es decir filosóficos, científicos o de religión. Es de intereses varios, tiene energía para participar en diferentes actividades. Actualmente atraviesa por una depresión moderada luego de haber finalizado una relación amorosa.

Con sus parejas fue muy cariñoso, pero a la vez muy demandante de afecto es por ello que fracasó en sus relaciones más importantes y duraderas. Pues cuando él sentía que no le prestaban atención o no eran lo suficientemente afectuosas, les reclamaba con insistencia, propiciaba peleas, y ellas terminaban con él al cabo de un tiempo.

En su familia, se presentan problemas con la relación con sus padres, a los que considera autoritarios y siempre se están entrometiendo en sus decisiones, alegando que él no es capaz, lo controlan y lo siguen tratando como niño, no son afectuosos. La relación con su hermano gemelo es distante y en ocasiones tensa.

En su trabajo y con su círculo social en general, es acomedido, está siempre pendiente de las necesidades de los demás, es muy servicial, le gusta dar una buena apariencia, caer bien, y de igual forma le gusta sentirse querido y atendido.

VII. DIAGNÓSTICO

El paciente posee una inteligencia normal. Se encuentra en una constante demanda de afecto y atención, esto se vio reflejado en la relación con sus padres a lo largo de su vida y con el tiempo fortalecida en sus relaciones amorosas, lo que le ha ocasionado constantes dificultades, cuando culminaba una relación empezaba otra para sentirse mejor. Es inmaduro emocionalmente, en ocasiones egocéntrico y demandante de afecto y atención, decidían por él, se siente inseguro de tomar decisiones por sí mismo ya que desde que él es pequeño sus padres las consideraban como no adecuadas. Ahora siente que no puede

continuar sus actividades por sentirse sólo, que necesita que su pareja vuelva con él.

Actualmente su estado de ánimo se caracteriza por la tristeza, desánimo, se siente débil, cansado y desmotivado, manifiesta llanto frecuente, y dificultad en conciliar el sueño con pérdida de interés y del disfrute de las cosas y actividades lo que afectan su desenvolvimiento en diferentes ámbitos de su vida. Presentando un estado de ánimo ansioso- depresivo (f41.2) (CIE-10).

VIII. PRONÓSTICO

El pronóstico es favorable, puesto que pidió ayuda profesional por iniciativa propia, además está siguiendo con el tratamiento, ha tomado conciencia de su estado, está dispuesto a hacer cosas que lo ayuden a mejorar y cuenta con un apoyo familiar.

IX. RECOMENDACIONES

- Continuar con terapia individual.
- Iniciar una terapia familiar.

29, Octubre del 2015

Stephanie Grace Salas Gonzales
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : Enmanuel
 - Edad : 28 años
 - Sexo : Masculino
 - Fecha de Nacimiento : 08/10/1987
 - Lugar de Nacimiento : Arequipa
 - Grado de Instrucción : Superior Completa
 - Estado civil : Soltero
 - Ocupación : Estudiante
 - Religión : Católica
 - Informante : Paciente
 - Lugar de evaluación : Hospital Goyeneche
 - Fecha de consulta : Del 10-09-2015 al 20-10-2015
 - Examinado por : Stephanie Grace Salas Gonzales
- Bachiller en Psicología

II. DIAGNOSTICO

El paciente posee una inteligencia normal. Se encuentra en una constante demanda de afecto y atención, esto se vio reflejado en la relación con sus padres a lo largo de su vida y con el tiempo fortalecida en sus relaciones amorosas, lo que le ha ocasionado constantes dificultades, cuando culminaba una relación empezaba otra para sentirse mejor. Es inmaduro emocionalmente, en ocasiones egocéntrico y demandante de afecto y atención, decidían por él, se siente inseguro de tomar decisiones por sí mismo ya que desde que él es pequeño sus padres las consideraban como no adecuadas. Ahora siente que no puede continuar sus actividades por sentirse sólo, que necesita que su pareja vuelva con él.

Actualmente su estado de ánimo se caracteriza por la tristeza, desanimo, se siente débil, cansado y desmotivado, manifiesta llanto frecuente, y dificultad en conciliar el sueño con

pérdida de interés y del disfrute de las cosas y actividades lo que afectan su desenvolvimiento en diferentes ámbitos de su vida. Presentando un estado de ánimo ansioso- depresivo (f41.2) según la clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

III. OBJETIVO GENERAL

Alcanzar la remisión de la sintomatología en la depresión, para restablecer la funcionalidad optima del paciente, mediante la identificación de las cogniciones distorsionadas sobre la demanda de afecto y a los comportamientos inapropiados que esta demanda lo lleva, para que comience a reconocerlos y cambiarlos por aquellos más apropiados a la realidad.

Técnica: Reestructuración cognitiva de Beck

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

OBJETIVO 1

OBJETIVO: Establecer clima de confianza, explorar sus sentimientos y estimular la participación activa.

DESCRIPCIÓN:

- Al iniciar el tratamiento, nos enfocaremos en el desarrollo de una relación cálida, segura y de aceptación. Desde la perspectiva cognitiva la empatía promueve la exploración y la creación de significados y facilita el reprocesamiento emocional. Se promoverá la empatía mostrando interés por su relato.
- Analizar sentimientos hacia el terapeuta y relacionarlo con lo que piensa y siente respecto a otras personas (ex pareja, padres, hermano).
- Mantener los límites de terapeuta- paciente, dejando clara que la relación será sólo profesional para evitar apegos excesivos.
- Evitar decirle lo que “debe hacer” para que no aumente su dependencia. Se debe utilizar el descubrimiento guiado. Animándolo a participar en su terapia, proponer tareas para casa, ayudando a elaborar tareas para las siguientes sesiones.

- Constatar si el paciente percibe y comprende lo que se le está comunicando, por medio de resúmenes y preguntas.

DURACIÓN: Este objetivo se ejecuta en un tiempo de 3 sesiones cada una de 40 minutos.

MATERIALES:

- Hojas Bond
- Lapiceros

OBJETIVO N° 2

OBJETIVO: Entrenamiento en relajación, que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular. Este se lograra con Relajación Muscular Profunda (RMP) combinada con Respiración Profunda (RP).

DESARROLLO:

Es un método eficaz para controlar la tensión excesiva, como en la ansiedad, depresión entre otras. Una enorme proporción de nuestro organismo es músculo, si conseguimos crear relajación en la musculatura, además combinándola con una buena respiración profunda, el resto del cuerpo, incluido el SNA, se inundará de relajación.

- Se pide al paciente que se siente, con la cabeza, los brazos y las piernas apoyados, en posición semi sentada en una habitación tranquila, con luz indirecta y, sobre todo, realizando el entrenamiento sin prisas ni interrupciones. Se le irá enseñando progresivamente en diferentes sesiones a relajar 16 grupos de músculos (manos y antebrazos, bíceps, tríceps, hombros-trapecio, cuello I, cuello II, frente, ojos, labios y mejillas, pecho-espalda, abdominales I, abdominales II, muslos, gemelos, pies).
- Provocar voluntariamente tensión contrayendo cada grupo, con intensidad lo suficientemente alta como para notarla claramente pero no llegar a sentir dolor y, a continuación, eliminar la tensión soltando los músculos contraídos para pasar a un estado de relajación. Este procedimiento, el ciclo de tensar y soltar es un instrumento para aprender a identificar y posteriormente provocar las sensaciones de relajación en nuestro cuerpo por medio del contraste. Con la práctica cada vez se necesitará menos tiempo para eliminar la tensión. Ya que se irán uniendo

diferentes grupos musculares y se llegará finalmente a la relajación mental, donde directamente produciremos relajación en los músculos que detectemos con tensión. Después de conseguir relajarse en situaciones cotidianas se pasará a practicarla en situaciones que provoquen emociones negativas.

- Simultáneamente se practicará el método de respiración profunda de la siguiente manera, La postura para el aprendizaje será cómodamente sentado. Se inspirará suave y lentamente por la nariz (3-4 s), se notará cómo se llenan los pulmones y cómo estómago y abdominales salen hacia fuera. Se mantiene el aire dentro (2-3 s) y expira muy lentamente por la boca (4-5 s) hasta eliminar completamente el aire de los pulmones. Se repite el ciclo 5 veces, descansando unos minutos, y realizando después 5 ciclos de inspiración-expiración más. Se le deja practicar el ejercicio en casa, especialmente en momentos de tensión.

TIEMPO: Este objetivo se desarrolla en un periodo de 2 sesiones con una duración de 40 minutos cada una. Practicándola resumidamente al inicio de las posteriores sesiones, y como tarea para casa.

MATERIALES: Una silla cómoda, un ambiente tranquilo.

OBJETIVO N° 3

OBJETIVO Sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más coherentes y empíricos.

DESARROLLO

- Se debe identificar todas aquellas ideas, pensamientos y creencias, luego analizarlas desde una perspectiva empírica, y mediante un razonamiento lógico.
- El paciente hace responsable a los demás, de sentir falta de afecto y atención, ayudarlo a analizar si realmente es así, si en realidad las personas han sido indiferentes y distantes, o se trata de una distorsión en su percepción subjetiva. Analizar esta situación con las personas cercanas a su entorno (padres, ex parejas, hermano). Se le deja para la casa una tarea simple, ver un video titulado

“desapego” (Delgadillo) y que haga anotaciones sobre lo leído, para una discusión posterior.

TIEMPO: Este objetivo se desarrolla en un periodo de 4 sesiones con una duración de 40 minutos cada una.

MATERIALES:

- Hoja bond.
- Lapiceros.

OBJETIVO N° 3

OBJETIVO Ayudar a resolver situaciones vitales estresantes de manera más adecuada.

DESARROLLO

Iniciamos ayudando a delimitar los problemas, facilitando un método para priorizar los objetivos y concretar los pasos de actuación para conseguir reducir la intensidad de la preocupación y aumentar el sentido del control ante circunstancias negativas, el control de impulsos y fomentar la iniciativa para generar una forma más efectiva de enfrentarse a futuros problemas.

Aquí cabe resaltar que debemos motivar al paciente a realizar una lista de preguntas y que él mismo proponga soluciones a tales como parte de su acción participativa.

TIEMPO: Duración de 3 sesiones con una duración de 40 minutos cada una.

MATERIALES

- Hojas bond
- Lapiceros

OBJETIVO N° 4

OBJETIVO: Desarrollar sentido de autoeficacia

DESCRIPCIÓN:

- Establecer metas claras y específicas. Lograr que tome decisiones por sí mismo y que no dependan de su familia. Mientras se vayan alcanzando ir refutando la idea “que no es capaz”. Dentro de las metas debe estar realizar actividades solo. Por haber tomado

más de los años que corresponde en su carrera profesional, siente que no es muy eficiente, se le hará evaluar si realmente fue así, o si no utilizó las herramientas adecuadas. Con la ex pareja, ha hecho mucho intentos por recuperarla, fracasando en cada uno de ellos, sintiendo que no es capaz de hacer las cosas bien, se le debe persuadir en que la idea de retomar la relación no sólo depende de él, que no se trata de ser capaz o no.

- Realizar una jerarquía de toma de decisiones, desde las más simples (preparar algo de comer) a otras más difíciles. Añadiremos una lista de ventajas e inconvenientes a cada opción. Cada decisión reforzará la creencia que puede hacer cosas sin depender de nadie. Al sentir que no puede tomar decisiones por él mismo sin que sus padres tengan que intervenir o criticarlo. Darle la confianza de poder decidir por sí mismo sin temor, empezando por tareas simples como comprar ropa, elegir cursos, etc.

TIEMPO: Se ejecuta en un tiempo de 3 sesiones cada una de 40 minutos.

MATERIALES:

- Hoja bond.
- Lapiceros.

OBJETIVO N° 5

OBJETIVO: Desarrollar autocontrol

DESCRIPCIÓN:

Empezaremos con una autoobservación, registrando conductas específicas que se deben modificar, anotando frecuencia, intensidad, duración, antecedentes y consecuencias. Su impulsividad y el dejarse llevar por emociones lo han llevado a cometer errores, en conjunto razonaremos la idea de pensar mucho antes de actuar, considerar consecuencias negativas y positivas y sopesar.

Realizar una autoevaluación, comparando su ejecución con las normas deseables. Orientándolo a que esas normas sean sanas, realistas y elegidas por él, sin que sean demasiado exigentes. Por ejemplo, meterse a trabajar a un congreso sólo para estar cerca, el que lleve mariachis, o mantenga contacto con la familia de su ex pareja solo con el fin

de que lo acerquen a ella, podría ser en algún punto considerado como un acoso, podrían llegar a denunciarlo, etc.

Orientar a que se auto esfuerce con actividades agradables, auto elogios o algo material, cada vez que logre auto controlar estas conductas.

TIEMPO: Se desarrolla en un periodo de 3 sesiones con una duración de 40 minutos cada una.

MATERIALES:

- Hoja bond.
- Lapiceros.

SESIÓN N° 6

OBJETIVO: Finalizar terapia y ayudar a controlar conductas inapropiadas y de desosiego que pueden presentarse después de la terapia.

DESARROLLO

- Persuadir que esta separación no debe ser amenazadora, que los procesos pueden continuar sin terapia.
- Recordarle que puede existir sesión de refuerzo.
- Se practicará con el paciente, la técnica de botón rojo, que consiste en que cada vez que él sienta deseos de llorar, recuerde algún episodio pasado o en algún evento futuro tenga que comunicar que se siente poco querido o atendido, no lo haga a manera de reclamo, con ira o tristeza, sino de manera asertiva; en ese momento en el que sienta que va a reaccionar con ira o tristeza, él debe presionar imaginariamente un botón rojo y automáticamente él recordará un momento muy agradable para él (del que se hablará al inicio de la sesión). Así evitará reaccionar como lo hacía antes y podrá hacerlo más calmado, pues logrará controlar sus impulsos y emociones negativas.

TIEMPO: Se desarrolla en 2 sesiones de 40 minutos aproximadamente.

MATERIALES:

- Materiales de consultorio.

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

La ejecución del plan psicoterapéutico se realizó en sesiones de 40 minutos aproximadamente, el total de 20 sesiones. Las cuales se realizaron en el consultorio del Hospital Goyeneche.

VI. CAMBIO DE ACTITUDES Y/O COMPORTAMIENTOS

- Se le otorgó herramientas para controlar estados de depresión y ansiedad, las cuales ha ido practicando y logrando que le sean útiles.
- Se logró que el paciente controle mejor sus emociones, estabilizando parcialmente su estado anímico.
- Se reincorporó con mayor energía a sus actividades diarias.
- Su comunicación ha logrado ser más asertiva.
- Se logró identificar pensamientos erróneos y sustituirlos por unos más ajustados a su realidad.

22, diciembre del 2015

Stephanie Grace Salas Gonzales
Bachiller en Psicología

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINI-MULT HOJA DE RESPUESTA

APELLIDOS	PATERNO	MATERNO	NOMBRES
<i>Quadrado</i>	<i>Quadrado</i>	<i>Quadrado</i>	<i>Emil Quadrado</i>

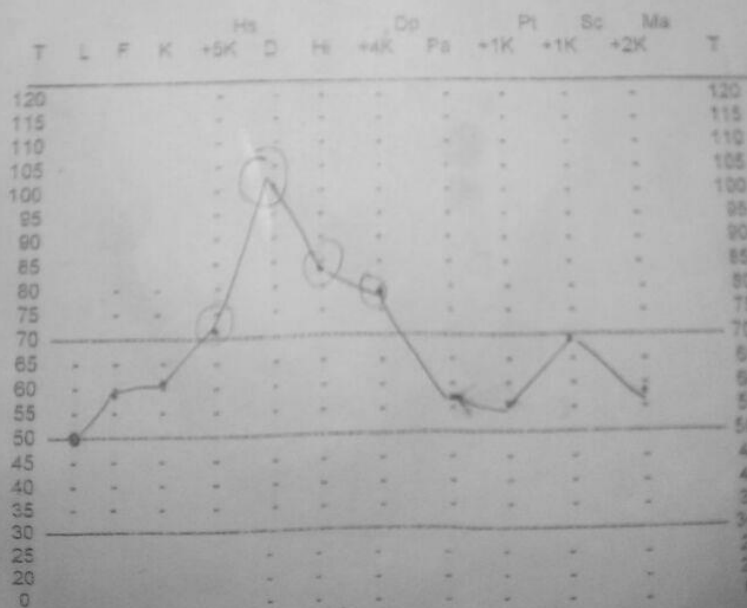
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE APLICACIÓN
M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	AÑO <i>1983</i> MES <i>10</i> DÍA <i>08</i>	<i>3</i> / <i>10</i> / <i>83</i>

Marque con un aspa (X) la Letra V (verdadero) o F (falso), según sea su respuesta.

01	V	F	11	V	F	21	V	F	31	V	F	41	V	F	51	V	F	61	V	F
02	V	F	12	V	F	22	V	F	32	V	F	42	V	F	52	V	F	62	V	F
03	V	F	13	V	F	23	V	F	33	V	F	43	V	F	53	V	F	63	V	F
04	V	F	14	V	F	24	V	F	34	V	F	44	V	F	54	V	F	64	V	F
05	V	F	15	V	F	25	V	F	35	V	F	45	V	F	55	V	F	65	V	F
06	V	F	16	V	F	26	V	F	36	V	F	46	V	F	56	V	F	66	V	F
07	V	F	17	V	F	27	V	F	37	V	F	47	V	F	57	V	F	67	V	F
08	V	F	18	V	F	28	V	F	38	V	F	48	V	F	58	V	F	68	V	F
09	V	F	19	V	F	29	V	F	39	V	F	49	V	F	59	V	F	69	V	F
10	V	F	20	V	F	30	V	F	40	V	F	50	V	F	60	V	F	70	V	F
																		71	V	F

	L	F	K	HS 1-5K	D	H	Dp 4-4K	Pa	Pt	Sc 7-10K	Ma 8-10K
Puntuación directa	1	2	8	7	13	16	11	3	7	3	6
Puntuación MM	4	6	18	16	38	56	28	10	13	29	18
Añadir K				20			31		20	32	20
Puntuación T	50	58	61	72	101	83	79	57	56	69	58

DIAGNÓSTICO: *Personalidad depresiva, depresión, historia, hipochondría*



Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

5-7 yrs. >	1.	1	2	3	4	5	6	X	29.	1	2	3	4	5	6
	2.	1	2	3	4	5	6	X	30.	1	2	3	4	5	6
	3.	1	2	3	4	5	6	/	31.	1	2	3	4	5	6
	4.	1	2	3	4	5	6	/	32.	1	2	3	4	5	6
8-9 yrs. >	5.	1	2	3	4	5	6	/	33.	1	2	3	4	5	6
	6.	1	2	3	4	5	6	/	34.	1	2	3	4	5	6
	7.	1	2	3	4	5	6	/	35.	1	2	3	4	5	6
	8.	1	2	3	4	5	6	X	36.	1	2	3	4	5	6
	9.	1	2	3	4	5	6		37.	1	2	3	4	5	6
10-12 yrs. >	10.	1	2	3	4	5	6	X	38.	1	2	3	4	5	6
	11.	1	2	3	4	5	6	/	39.	1	2	3	4	5	6
	12.	1	2	3	4	5	6	/	40.	1	2	3	4		
	13.	1	2	3	4	5	6	X	41.	1	2	3	4		
	14.	1	2	3	4	5	6		42.	1	2	3	4	5	6
13-17 yrs. >	15.	1	2	3	4				43.	1	2	3	4	5	6
	16.	1	2	3	4	5	6		44.	1	2	3	4	5	6
	17.	1	2	3	4	5	6		45.	1	2	3	4		
	18.	1	2	3	4	5	6		46.	1	2	3	4	5	6
	19.	1	2	3	4				47.	1	2	3	4		
18-20 yrs. >	20.	1	2	3	4	5	6		48.	1	2	3	4	5	6
	21.	1	2	3	4	5	6	X	49.	1	2	3	4	5	6
	22.	1	2	3	4	5	6	/	50.	1	2	3	4	5	6
	23.	1	2	3	4	5	6	/	51.	1	2	3	4	5	6
	24.	1	2	3	4	5	6	/	52.	1	2	3	4	5	6
21+ yrs. >	25.	1	2	3	4	5	6	X	53.	1	2	3	4	5	6
	26.	1	2	3	4			/	54.	1	2	3	4	5	6
	27.	1	2	3	4	5	6	/	55.	1	2	3	4	5	6
	28.	1	2	3	4										

32 - 100 - 50
Normal

ESCALA DE

Nombre: Enil Emmanuel Coardos Regarra

Marque con un circulo el número que se ajuste a su respuesta

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído	1	(2)	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	3	(2)	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	(2)	3	4
4. Me cuesta mucho dormir por las noches	1	2	(3)	4
5. Como igual que antes	4	3	2	(1)
6. Aún tengo deseos sexuales	(4)	3	2	1
7. Noto que estoy adelgazando	(1)	2	3	4
8. Estoy estreñado	(1)	2	3	4
9. El corazón me late mas rápido que antes	1	(2)	3	4
10. Me canso sin motivo	1	(2)	3	4
11. Mi mente esta tan despejada como antes	(4)	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	(3)	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	(3)	4
14. Tengo confianza en el futuro	4	3	(2)	1
15. Estoy más irritable que antes	1	(2)	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	4	(3)	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	1	2	(3)	4
18. Encuentro agradable vivir	4	3	(2)	1
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto	(1)	2	3	4
20. Me gusta las mismas cosas que antes	4	3	(2)	1

PUNTAJE TOTAL:

45

CASO N° 2

Presentado por: Cristofer Ramirez del Carpio

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : P. R. M. G.
- Edad : 23 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 30-12-1989
- Lugar de Nacimiento : Arequipa
- Grado de Instrucción : Superior en curso
- Estado civil : Soltera
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante
- Religión : Católica
- Informante : La paciente
- Lugar de evaluación : Consultorio psicológico de la escuela Profesional de Psicología
- Fecha de consulta : 08/09/2014
15/09/2014
22/09/2014
03/10/2014
10/10/2014
- Examinado por : Cristofer Ramirez del Carpio
Bachiller en Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Pamela acude al consultorio Psicológico refiriendo que siente que sus compañeros de la universidad y de su trabajo la observan demasiado y que se burlan de ella, afirmando que: “esto me genera mucha rabia” y “me da ganas de matarlos y desaparecerlos”, provocándole, esto, inconvenientes en su desempeño en sus estudios y trabajo.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL:

El inicio de la problemática data desde que la paciente tenía 16 años, cuando en su colegio sus compañeras se burlaban de ella por su peso y contextura, poniéndole sobrenombres

tales como: vaca, chancha, gorda, entre otros; en varias ocasiones la paciente decidió hacer dietas, y al no ver resultados inmediatos, se deprimía y optaba por comer desorganizadamente y a echarse la culpa por que las dietas no le funcionaban, es por esto, que a la edad de 17 años decide intentar contra su vida ingiriendo una fuerte cantidad de pastillas, siendo encontrada por su hermano mayor, quien la lleva de emergencia y queda hospitalizada por 5 días, para una observación y evaluación psicológica.

Pamela desde que termino el colegio (18 años) ha tenido un enamorado, con el cual ha terminado y retomado la relación en distintas ocasiones (aproximadamente unas 4 veces durante el último año), además comenta que su última ruptura se debió, a que ella entro en contacto con un chico vía internet, con el cual entabló una relación virtual; esta terminó el mismo día en el que se conocieron en persona, porque a él no le gustó el aspecto físico de Pamela. Después de este suceso Pamela decide regresar con su enamorado, el cual, aun sabiendo de la situación decide retomar la relación, sin embargo, después de un corto tiempo él decide poner fin definitivamente a la relación, situación que genera en la paciente un descontrol emocional, que la llevó, por segunda vez, a intentar quitarse la vida.

Actualmente, Pamela, cursa el 1er año de Psicología en la UNSA, y trabaja en atención al cliente vendiendo zapatos en el stand de su hermano, es aquí, donde siente que los vecinos de otros stands la observan, murmuran y se mofan de ella por su contextura, por su apariencia y porque no tiene amigos, hecho que la lleva a: “estallar y gritarles por como murmuran a sus espaldas” sintiéndose posteriormente deprimida porque les da motivos, a estos, de llamarla “la loca”.

En distintas ocasiones, indica, haber grabado a los vecinos de los stands contiguos para demostrar que estos si se burlan de ella, y al ver los videos, ella confirma sus sospechas descargando con los clientes de su hermano, incidente que lleva a su hermano a aconsejarle que vaya al psicólogo a hacerse ver lo que le pasa y a que le ayude a desestresarse. De esta manera, Pamela, acude al centro de salud de su localidad donde la Psicológica la deriva al servicio de Psiquiatría del hospital general, en donde es diagnosticada con: “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite” (F60.31).

IV. ANTECEDENTES PERSONALES:

A. PERIODO DEL DESARROLLO

ETAPA PRE-NATAL: Pamela fue concebida por sus padres, cuando la madre tenía 18 años y el padre tenía 19, no fue un embarazo deseado ni planificado; durante la gestación no se presentó ningún accidente o traumatismo, amenazas de aborto, ni ningún tipo de enfermedad en la madre.

ETAPA NATAL: Pamela nació con peso de 3,200 kg y con una estatura promedio, el nacimiento tuvo lugar al octavo mes de gestación de la madre, fue un parto eutócico y no tuvo mayores complicaciones, llorando inmediatamente y sin presentar alguna particularidad en su coloración.

ETAPA POST-NATAL: durante sus primeros años de vida su relación con la madre fue más cercana que con el padre, debido a que, este, trabajaba durante la mayor parte del día y apenas la veía unas horas al final del día; Pamela controló su esfínter vesical a los dos años y medio y el esfínter anal a los tres años, esto se logró de forma progresiva gracias al acompañamiento de su madre.

DESARROLLO PSICOMOTOR: La paciente irguió la cabeza a los tres meses, se sentó a los 5 meses, gateo con normalidad, se paró a los 11 meses aproximadamente y dio sus primeros pasos al año, manifestó haber sido “una niña muy tranquila cuando era muy pequeña”, en cuanto al desarrollo de su lenguaje, balbuceó a los 7 meses y pronunció sus primeras palabras al año y seis meses.

SOCIALIZACIÓN: Según refiere la paciente, en el colegio en el cual estudió la primaria “no tenía muchas amiguitas”, por lo que sólo “tenía una amiga”, “no jugaba con las niñas de mi barrio” “me daba miedo salir a la calle y además era muy tímida”.

SINTOMAS NEUROPÁTICOS: la paciente no presentó sonambulismo, pero si pesadillas durante la noche, a lo cual su madre la atendía calmándola. No presentó onicofagia, no presentó rabietas o pataletas fuera de lo común para una niña de su edad.

ETAPA PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR: Pamela empieza el jardín a los 3 años, siendo tímida, y con miedo a separarse de sus padres, le gustaba la escuela aunque tenía pocos amigos, aun así, se llegó a adaptar adecuadamente; a los 6 años, ingresa al nivel primario en el colegio de señoritas “Arequipa”. Durante ese año, presenciaba las constantes

discusiones entre sus padres, motivo por el cual repitió de grado; de manera general llega a ser una alumna regular, agradándole más los cursos de arte, comunicación a diferencia de matemática y ciencias; hecho que le llevo a recibir clases particulares por parte de su tío paterno.

DESARROLLO Y FUNCIÓN SEXUAL: a partir de los 4 años empezó a percibir la diferencia de sexo, recibiendo la primera información por parte de su madre, aprendiendo más a profundidad, sobre el tema en el colegio; se relacionaba únicamente con niñas y adolescentes de su mismo sexo. Presentó su menarquía a la edad de 11 años, siendo su periodo “regular” ella lo tomó con naturalidad por encontrarse ya informada. Hasta el momento ha mantenido una relación seria por un período de 6 años, constantemente interrumpida por ella, debido a su labilidad emocional, refiere no haber empezado aún su vida sexual activa porque no le llama la atención.

HISTORIA DE LA RECREACIÓN: desde su infancia ha sido un poco tímida, por lo que tenía pocos amigos, desde el incidente con sus compañeras del colegio, incrementa su rabia, aislamiento, poco interés por las relaciones sociales, imagen distorsionada de sí misma. En cuanto a sus intereses y hobbies actuales son las de escuchar música, tocar varios instrumentos musicales y dibujar, actividades que practica en su habitación.

ACTIVIDAD LABORAL: Actualmente trabaja en atención al público en el stand de su hermano mayor, siendo está su única experiencia laboral, y el lugar en donde se presentan las mayores complicaciones.

RELIGIÓN: Pamela y su familia son de religión católica.

HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS: De niña consumía 4 comidas al día, es durante mediados de su etapa escolar (15 años) que sus hábitos alimenticios se ven alterados: deja de consumir desayuno y en algunas ocasiones almuerza tarde, y comienza a alimentarse de comida chatarra. Sus hábitos de sueño se dieron de forma normal, es, en la etapa escolar secundaria en donde sus horarios de dormir cambian pues se acuesta más tarde (12am). En cuanto a sus hábitos de aseo, tiene por costumbre ducharse todos los días temprano por la mañana. Refiere que alguna vez probó marihuana, inducida por una pareja ocasional.

B. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES:

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES: Pamela padeció algunas enfermedades comunes como gripe, varicela, etc.; fue hospitalizada 1 vez, por aparente intento de suicidio, refiriendo, la paciente, que solo eran nervios que le hacían perder el control, no tuvo ningún accidente y no refiere haberse golpeado la cabeza.

PERSONALIDAD PRE-MORBIDA: Pamela, muestra los siguientes rasgos de personalidad: tímida desde la infancia, tranquila, introvertida y con poco contacto hacia otras personas. Es una chica responsable, ordenada, tranquila, obediente y algo insegura, se muestra agresiva en situaciones que le generan malestar, y constantemente presenta episodios de descontrol emocional, llegando a discutir con sus vecinos de trabajo y clientes.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES:

COMPOSICIÓN FAMILIAR: Tiene su padre Juan de 38 años y su madre Juana de 37 años. Tiene 1 hermano mayor de madre y padre de 25 años de edad, con quienes no vive actualmente, ya que estos (padres) viven en otra ciudad y su hermano tiene su familia ya establecida y vive en otro distrito.

DINÁMICA FAMILIAR: la paciente mantiene una buena relación con su padre, a pesar, de que no hay mucha confianza debido a la distancia en que se encuentra, ya que él vive en Cusco y tiene un carácter fuerte. Su madre, es con quien más se comunica y al mismo tiempo tiene más confianza y la tranquiliza en momentos de desesperación, su hermano es el más comprensivo con ella y es con quien tiene mejor relación.

CONDICIÓN SOCIO-ECONÓMICA: La familia es de un nivel socioeconómico medio, ella vive, sola, en Alto Selva Alegre, en un cuarto alquilado de material noble, y con todos los servicios básicos, son sus padres los que le solventan y sostienen el hogar, enviándole dinero mensualmente, perciben un ingreso mensual superior a los S/ 700 nuevos soles, que lo sirven para los gastos de la casa.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS: No presenta ningún antecedente patológico familiar.

VI. RESUMEN:

Paciente de 23 años, de sexo femenino, sin mayores complicaciones durante su gestación, no fue deseada ni planificada por sus padres, durante sus primeros años de vida su relación más cercana fue con la madre, debido a que su papá, trabajaba durante la mayor parte del día y apenas la veía unas horas al final del día; Pamela controló su esfínter vesical a los dos años y medio y el esfínter anal a los tres años, irguió la cabeza a los tres meses, se sentó a los 5 meses, gateo con normalidad, se paró a los 11 meses aproximadamente y dio sus primeros pasos al año, manifestó haber sido “una niña muy tranquila cuando era muy pequeña”, en cuanto al desarrollo de su lenguaje, balbuceó a los 7 meses y pronunció sus primeras palabras al año y seis meses. Así mismo, no presentó sonambulismo, pero si pesadillas durante la noche. No presentó onicofagia, no presentó rabietas o pataletas fuera de lo común para una niña de su edad, en su infancia no se relacionaba ni jugaba con otros niños de su barrio, porque según refiere es muy tímida. En cuanto a sus hábitos alimenticios: se vieron alterados durante su etapa escolar y generalmente por los horarios de la universidad, presente hábitos de sueño y aseo normales, en cuanto al ámbito familiar, ella proviene de una familia funcional conformado por su padre, madre y hermano; en dónde mantiene una mejor relación con su hermano mayor.

Los problemas de la paciente empezaron a la edad de 16 años, edad en la cual sus compañeras se burlaban de ella poniéndole sobre nombres como: “vaca, chancha, gorda, etc.”, llevándola a optar por distintas dietas, al no darle resultados inmediatos opta por una ingesta descontrolada de alimentos y experimenta sentimientos de culpa, por no funcionarle estas dietas, hechos que la deprimen y la llevan a un intento de suicidio mediante el consumo desmedido de pastillas, siendo encontrada por su hermano mayor, quien la lleva de emergencia al hospital general, quedando internada por 5 días para su atención y evaluación psicológica.

Tuvo un desarrollo psicosexual aparentemente normal, se relacionaba únicamente con niñas y adolescentes mujeres. Actualmente tiene una relación amorosa de 6 años, la cual es interrumpida constantemente por la paciente, debido a que ella encuentra parejas virtuales con las cuales inicia, secretamente, relaciones a través del internet, y las cuales son cortadas por la otra parte al conocerse debido (según Pamela) al aspecto físico de la paciente, indica que en una ocasión su pareja actual intento concluir la relación, lo que

causo un descontrol emocional en la paciente llevándola a un segundo intento de suicidio, tirándose por las escaleras.

Actualmente, cursa el 1er año de Psicología y trabaja en la tienda de su hermano vendiendo zapatos, es aquí, donde experimenta la sensación de ser observada por los otros vendedores, quienes, según ella, se burlan y murmuran de ella por su contextura y falta de amigos. Es así que, en diferentes situaciones, Pamela, entra en discusión con ellos gritándoles palabras subidas de tono, o graba, discretamente, lo que los otros vendedores hacen para confirmar sus sospechas de que ellos se burlan de ella, al ver los videos siente rabia y descarga con los clientes de su hermano, lo que le lleva a él (su hermano), a aconsejarle que vaya al psicólogo a recibir ayuda. Al asistir al centro de salud de su localidad, la psicóloga la deriva al servicio de Psiquiatría del hospital general para una mejor evaluación, donde es diagnosticada con: “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite”

|

10, Octubre del 2014

Cristofer Ramirez del Carpio
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : P. R. M. G.
- Edad : 23 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 30-12-1989
- Lugar de Nacimiento : Arequipa
- Grado de Instrucción : Superior en curso
- Estado civil : Soltera
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante
- Religión : Católica
- Informante : La paciente
- Lugar de evaluación : Consultorio psicológico de la escuela Profesional de Psicología
- Fecha de consulta : 15/09/2014
22/09/2014
03/10/2014
10/10/2014
- Examinado por : Cristofer Ramirez del Carpio
Bachiller en Psicología

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO:

APARIENCIA GENERAL Y ACTITUD PSICOMOTORA: Pamela, es una estudiante de 23 años edad, que cursa el primer año de psicología en la UNSA, se le aprecia limpia y aseada, de contextura gruesa, 1.55 metros de altura aproximadamente, cabello y ojos oscuros, con tono de piel trigueño y con un ligero sobrepeso. Su conversación era de forma normal, sin embargo su tono era decaído y desanimado con postura erguida y actividad general organizada.

MOLESTIA GENERAL Y MANERA DE EXPRESARLA: A la pregunta “¿Qué lo motivó a venir a consulta?” se extendía bastante en contar algunos relatos y pedía con frecuencia consejos que le lleven a solucionar las sensaciones que experimenta en su trabajo con los vecinos de stands contiguos, en muchas ocasiones al comentar estos detalles terminaba en un llanto intenso, angustia y una explosión de cólera.

ACTITUD HACÍA EL EXÁMINADOR Y HACÍA EL EXAMEN: Durante la entrevista y ejecución de las pruebas se mostró interesada, colaboradora y con una actitud amigable, mantiene contacto visual con el examinador, comprende adecuadamente las instrucciones; se estableció un buen rapport con la paciente

COMPORTAMIENTO: Su hábito de trabajo y tiempo de reacción es regular y con el transcurso de las evaluaciones se le nota un poco más calmada, estableció contacto ocular con el evaluador en todo momento y respondía de manera apropiada a las preguntas, mostraba confianza en el evaluador y compromiso con evaluación.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN:

CONCIENCIA O ESTADO DE ALERTA: La paciente se muestra atenta a las distintas indicaciones del evaluador, no presentando fluctuaciones ni distraibilidad, tampoco presenta alteraciones en su estado de alerta.

ATENCIÓN: Durante el conjunto de entrevistas, atiende y realiza con facilidad tareas simples y de moderada complejidad, no presenta alteraciones de atención

ORIENTACIÓN: Pamela se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona., , se encuentra en un estado de vigilia y con un nivel de conciencia lúcida ya que es capaz de mantener una conversación y responder a las preguntas formuladas. Discrimina adecuadamente el lugar donde se encuentra, y a los miembros de su familia, no presenta alteraciones de orientación.

IV. LENGUAJE

Establece una adecuada relación en el curso del habla, expresa sus ideas de forma clara, comprensible y fluida, comprende apropiadamente lo que se le decía y solicitaba; realizaba preguntas que despejaban sus dudas de forma continua y relacionaba las

respuestas frecuentemente a sus problemas; con alteraciones en el timbre de voz, este es muy bajo y su discurso lento. Existe relación y orden en su lenguaje.

V. PENSAMIENTO

El curso del pensamiento tiene sentido en cuanto a tiempo y espacio, más el contenido del pensamiento se ve algo alterado por la presencia de ideas paranoicas que generan preocupaciones que no tienen relación a hechos reales, como por ejemplo: que se burlan de ella por su contextura física, o que la miran demasiado.

Refiere que en ocasiones le invaden las ganas de querer herir, e incluso matar a sus vecinos del trabajo, e inclusive tuvo dos intentos de suicidio.

VI. PERCEPCIÓN

La paciente no presenta déficit orgánico aparente en su capacidad visual, auditiva, olfativa ni táctil. Así mismo no tiene dificultades para discriminar la distancia, tamaño y forma; sus funciones sensitivas se encuentran conservadas.

VII. MEMORIA

Su memoria remota, reciente, fotográfico y conceptual no presentan ningún tipo de alteración, ya que es capaz de remontarse a hechos pasados de su biografía con detalles y precisiones cronológicas, como, recordar estímulos visuales que el examinar le presentó durante la evaluación, así mismo recuerda y comprende historias que el evaluador le presenta.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Durante las evaluaciones se ha podido apreciar que Pamela presenta un nivel intelectual superior. Indicando que su capacidad de ejecución y resolución de problemas es buena, en base a la realización de operaciones aritméticas simples y su capacidad de pensamiento abstracto

CONOCIMIENTOS GENERALES: Se le presentaron las siguientes preguntas: ¿cuáles son las capitales de los Países Sudamericanos? ¿Cuáles son los colores de la bandera del Perú? ¿Qué ciudad es más grande: Arequipa o Lima? ¿Cuáles fueron los 3 últimos

presidentes del Perú? y ¿Cuál es el actual presidente de los EE.UU?; a las que respondió de manera correcta.

MEMORIA: Se le presentaron las siguientes indicaciones: cuenta hacia atrás restando de 7 en 7, que nos cuente sus actividades durante el día y semana, que nos cuente su fecha de nacimiento y la de sus familiares cercanos (padre, madre y hermano), se le dio ejercicios de sumas, restas, multiplicaciones y divisiones; las cuáles resolvió de manera óptima.

PENSAMIENTO: RAZONAMIENTO Y JUICIOS: se le proporciono herramientas como: figuras geométricas de diferentes colores y tamaños, así como, un libro de: “las fábulas de Esopo” y se le dieron las siguientes indicaciones: califica los figuras de las siguientes maneras: color, tamaño, similitud de forma y número de lados, que lea 2 fábulas son su respectiva moraleja y que nos dé su punto de vista con sus propias palabras; a las cuáles respondió de manera correcta.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Es bastante expresiva tanto en sus emociones como en su afecto hacia los demás, presenta ciertos problemas en la exteriorización y control de sus emociones, sobretodo la ira, hecho que se da, especialmente, con los vecinos de su trabajo.

Durante la entrevista, mientras narraba los hechos que ocurrían en su trabajo, se le escapaban lágrimas, y le abundaban ideas de querer herir, e inclusive, matar a sus compañeros.

Presenta tristeza al hablar de su aspecto físico, y cierta apatía al ser consultada por la relación con sus compañeros de estudios.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

Presenta parcial conciencia de la enfermedad, puesto que a pesar de su inestabilidad emocional continua con las constantes explosiones de ira y cólera con sus compañeros de trabajo, así mismo, experimenta ideas homicidas con sus vecinos del trabajo al sentir que estos se burlan de ella.

Muestra compromiso con el trabajo terapéutico y disposición de aceptar consejos e indicaciones.

Se hace necesario recalcar, que desde el inicio de su problemática, sus relaciones sociales se ven afectadas, aislándola y alejando a aquellas personas que intenten acercarse a ella. Situación que agudiza su problema y genera mayores niveles de: ira y depresión.

XI. RESUMEN

Paciente que aparenta la edad que tiene, de contextura gruesa, su vestimenta es ordenada, con adecuado arreglo y aseo personal; de postura ligeramente encorvada con marcha lenta, mantiene una conversación tranquila, pasiva, aunque en ocasiones se quiebra en un llanto, denota preocupación por su situación actual, con una actitud muy sumisa por momentos, colaboradora ante la evaluación psicológica, muestra un adecuado nivel de atención voluntaria, para enfocar y concentrarse, lúcida y en estado de alerta. Su orientación, a nivel de espacio, tiempo y persona son adecuadas. Su lenguaje es fluido y entendible pero presenta un tono de voz muy bajo y su discurso lento. Curso y contenido del pensamiento alterado, con presencia de ideas paranoides, ideas suicidas y homicidas; es bastante expresiva tanto en sus emociones como en su afecto hacia los demás, presenta ciertos problemas en la exteriorización y control de sus emociones, sobretodo la ira, hecho que se da, especialmente, con los vecinos de su trabajo. Demuestra preocupación en relación a su situación actual. La memoria remota, reciente, fotográfica y conceptual de Pamela es adecuada, refleja un nivel intelectual superior. Con parcial conciencia de la enfermedad, puesto que a pesar de su identificable labilidad emocional, continua con las conductas explosivas de rabia y cólera con sus compañeros de trabajo

10, Octubre del 2014

Cristofer Ramirez del Carpio
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : P. R. M. G.
- Edad : 23 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 30-12-1989
- Lugar de Nacimiento : Arequipa
- Grado de Instrucción : Superior en curso
- Estado civil : Soltera
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante
- Religión : Católica
- Informante : La paciente
- Lugar de evaluación : Consultorio psicológico de la escuela Profesional de Psicología
- Fecha de consulta : 03/10/2014
10/10/2014
15/10/2014
21/10/2015
- Examinado por : Cristofer Ramirez del Carpio
Bachiller en Psicología

II. OBSERVACIONES GENERALES:

Ante las distintas evaluaciones; Pamela mostró una actitud favorable y colaboradora; tanto al examinador como a la realización de las tareas y pruebas psicológicas; comprende las instrucciones y las sigue correctamente; algunos reactivos le generan distintas dudas; dándose a conocer de forma inmediata.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Test Psicológicos

1. Test de Inteligencia No-Verbal Toni-2, Forma A
2. Escala de Zung Depresión
3. Escala de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE
4. Inventario de Personalidad para Adolescentes de Millon (MAPI)

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

A. Test de Inteligencia No-Verbal Toni-2, Forma A Análisis Cuantitativo:

PUNTAJE DIRECTO	COCIENTE INTELLECTUAL	CATEGORIA
40	130	SUPERIOR

Análisis Cualitativo:

Pamela posee un nivel intelectual Superior, lo cual es un indicador de que es capaz de percibir muy bien sus relaciones recíprocas, interpretar distintos sistemas de relaciones y solucionar problemas; haciendo frente a situaciones diversas con el uso de su razonamiento.

B. Escala de Zung Depresión

Análisis Cuantitativo:

PUNTAJE DIRECTO	INDICE EADM	INTERPRETACION
44	55	Depresión leve

Análisis Cualitativo:

Pamela obtiene un puntaje total de 44, por lo que su índice EADM es de 55, ubicándose en una categoría de depresión leve, lo que indica que el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de esta depresión.

C. Escala de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE:

Análisis Cuantitativo:

TIPO DE ANSIEDAD	PUNTAJE	NIVEL
ANSIEDAD-ESTADO	40	MEDIO
ANSIEDAD-RASGO	40	MEDIO

Análisis Cualitativo:

En cuanto a la evaluación de la ansiedad; tanto en la ansiedad –rasgo como en la ansiedad-estado, se encuentra en un nivel medio, es decir que actualmente no hay un nivel significativo de rasgos de ansiedad.

D. Inventario de Personalidad para Adolescentes de Millon (MAPI) Análisis Cuantitativo:

	ESCALAS	PD	PT	SIGNIFICADO
-	Incoherencia	8	65	Cuestionable
1	Introvertido	12	52	Presencia leve del factor evaluado
2	Inhibido	26	68	Presencia significativa del factor evaluado
3	Cooperativo	21	52	Frecuencia leve del factor evaluado
4	Sociable	5	30	No es significativo
5	Seguro	15	40	Presencia leve del factor evaluado

6	Violento	11	42	Presencia leve del factor evaluado
7	Respetuoso	21	56	Presencia leve del factor evaluado
8	Sensible	19	49	Presencia leve del factor evaluado
A	Deterioro del auto concepto	19	55	Presencia leve del factor evaluado
B	Deterioro de la autoestima	23	67	Presencia significativa del factor evaluado
C	Malestar corporal	19	69	Presencia significativa del factor evaluado
D	Inaceptación sexual	26	79	Presencia significativa del factor evaluado
E	Sentimiento de ser diferente	19	75	Presencia significativa del factor evaluado
F	Intolerancia social	10	33	No es significativo
G	Clima familiar inadecuado	2	39	No es significativo
H	Desconfianza escolar	5	41	Presencia leve del factor evaluado
SS	Inadecuado control de impulsos	11	45	Presencia leve del factor evaluado
TT	Disconformidad social	7	39	No es significativo
UU	Inadecuado rendimiento	8	41	Presencia leve del factor evaluado
WW	Desinterés por la escuela	20	62	Presencia moderada del factor evaluado
-	Fiabilidad	1	-	Fiabilidad cuestionable

-	Validez	0	-	Fiabilidad aceptable
---	---------	---	---	----------------------

Análisis Cualitativo:

Ante el análisis de las distintas escalas de veracidad; la prueba psicológica aplicada a la paciente muestra validez.

La paciente muestra puntajes significativos en los siguientes Patrones básicos de personalidad: inhibido; Se muestra aislada, más bien silenciosa y poco emotiva. Suele ser imparcial y no fácilmente excitable. Así mismo, tiende a ser reservada y a aislarse de la gente ya que ha aprendido que ello es lo mejor para mantener una distancia y evitar las críticas de otros. Sin embargo, a menudo se siente sola eludiendo el contacto interpersonal por miedo a ser rechazada y tendiendo a evitar el contacto con las personas debido a los extraños sentimientos que estos producen en ella. Muestran una falta de relación con las personas y desconfianza hacia los demás, tendiendo a ser recelosa y vigilante por miedo a que convertirse en blanco humillaciones y rechazos.

La paciente también muestra puntajes significativos en las siguientes Sentimientos y actitudes: deterioro de la autoestima, malestar corporal, inaceptación sexual, y sentimiento de ser diferente; indicando que su estima personal se encuentra deteriorado, además refleja un malestar y descontento de aceptación motivado por la reacción de los demás el cual ha alterado su propio proceso de percepción, juicio e integración de su apariencia física, de los cambios físicos y corporales que está experimentando en su normal desarrollo y que le están afectando psicológicamente, lo que hace que Pamela tenga sentimientos de inseguridad a la hora de compararse con sus iguales.

Respecto a otras Escalas comportamentales: obtiene puntajes con presencia moderada en la escala: desinterés por la escuela.

V. RESUMEN:

Pamela posee una inteligencia superior, lo que indica que posee la capacidad de percibir muy bien sus relaciones recíprocas, interpretar distintos sistemas de relaciones y solucionar problemas; haciendo frente a situaciones diversas con el uso de su razonamiento concreto y abstracto. En cuanto a su nivel de depresión, se ubica en una

categoría de depresión leve, lo que nos indica que presenta ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, así como, el aumento de la fatigabilidad, síntomas que suelen considerarse como los más típicos de la depresión.

A la par de la sintomatología depresiva, Pamela, se ubica en un nivel medio de ansiedad rasgo y estado, por lo que podemos inferir, la paciente responde de una manera tranquila, relajada, etc., a las distintas demandas del medio e inclusive ante determinadas situaciones en específico. Sin embargo, esta variable necesita una evaluación a profundidad mediante otra herramienta.

La paciente obtiene puntajes elevados en los siguientes patrones básicos de personalidad: inhibida; mostrándose aislada, silenciosa y poco emotiva. Suele ser imparcial y no fácilmente excitable. De igual manera, presenta tendencias a ser reservada frente a la gente ya que ha aprendido que ello es lo mejor para críticas de otros y convertirse en blanco humillaciones y rechazos, aunque, a menudo se siente sola.

Pamela, obtiene también, puntajes significativos en los siguientes Sentimientos y actitudes: deterioro de la autoestima, malestar corporal, inaceptación sexual, y sentimiento de ser diferente; demostrando que su estima personal se encuentra deteriorada, además de reflejar un malestar y descontento personal de aceptación, el cual ha alterado su propio proceso de percepción, juicio e integración de su apariencia física general, hechos que le afectan psicológicamente, originando tenga sentimientos de inseguridad a la hora de compararse con sus iguales.

Respecto a otras Escalas comportamentales: obtiene puntajes con presencia moderada en la escala: desinterés por la escuela.

.

21, Octubre del 2014

**Cristofer Ramirez del Carpio
Bachiller en Psicología**

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : P. R. M. G.
- Edad : 23 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 30-12-1989
- Lugar de Nacimiento : Arequipa
- Grado de Instrucción : Superior en curso
- Estado civil : Soltera
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante
- Religión : Católica
- Informante : La paciente
- Lugar de evaluación : Consultorio psicológico de la escuela Profesional de Psicología
- Fecha de consulta : Del 08/09/2014
Al 21/10/2014
- Examinado por : Cristofer Ramirez del Carpio
Bachiller en Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Pamela acude al consultorio Psicológico refiriendo que siente que sus compañeros de la universidad y de su trabajo la observan demasiado y que se burlan de ella, afirmando que: “esto me genera mucha rabia” y “me da ganas de matarlos y desaparecerlos”, provocándole, esto, inconvenientes en su desempeño en sus estudios y trabajo.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

Técnicas Psicológicas:

1. Observación
2. Entrevista

Test Psicológicos:

1. Test de Inteligencia No-Verbal Toni-2, Forma A
2. Escala de Zung Depresión
3. Escala de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE
4. Inventario de Personalidad para Adolescentes de Millon (MAPI)

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

Paciente de 23 años, de sexo femenino, sin mayores complicaciones durante su gestación, no fue deseada ni planificada por sus padres, durante sus primeros años de vida su relación más cercana fue con la madre, debido a que su papá, trabajaba durante la mayor parte del día y apenas la veía unas horas al final del día; Pamela controló su esfínter vesical a los dos años y medio y el esfínter anal a los tres años, irguió la cabeza a los tres meses, se sentó a los 5 meses, gateo con normalidad, se paró a los 11 meses aproximadamente y dio sus primeros pasos al año, manifestó haber sido “una niña muy tranquila cuando era muy pequeña”, en cuanto al desarrollo de su lenguaje, balbuceó a los 7 meses y pronunció sus primeras palabras al año y seis meses. Así mismo, no presentó sonambulismo, pero si pesadillas durante la noche. No presentó onicofagia, no presentó rabietas o pataletas fuera de lo común para una niña de su edad, en su infancia no se relacionaba ni jugaba con otros niños de su barrio, porque según refiere es muy tímida. En cuanto a sus hábitos alimenticios: se vieron alterados durante su etapa escolar y generalmente por los horarios de la universidad, presente hábitos de sueño y aseo normales, en cuanto al ámbito familiar, ella proviene de una familia funcional conformado por su padre, madre y hermano; en dónde mantiene una mejor relación con su hermano mayor.

Los problemas de la paciente empezaron a la edad de 16 años, edad en la cual sus compañeras se burlaban de ella poniéndole sobre nombres como: “vaca, chancha, gorda, etc.”, llevándola a optar por distintas dietas, al no darle resultados inmediatos opta por una ingesta descontrolada de alimentos y experimenta sentimientos de culpa, por no funcionarle estas dietas, hechos que la deprimen y la llevan a un intento de suicidio mediante el consumo desmedido de pastillas, siendo encontrada por su hermano mayor,

quien la lleva de emergencia al hospital general, quedando internada por 5 días para su atención y evaluación psicológica.

Tuvo un desarrollo psicosexual aparentemente normal, se relacionaba únicamente con niñas y adolescentes mujeres. Actualmente tiene una relación amorosa de 6 años, la cual es interrumpida constantemente por la paciente, debido a que ella encuentra parejas virtuales con las cuales inicia, secretamente, relaciones a través del internet, y las cuales son cortadas por la otra parte al conocerse debido (según Pamela) al aspecto físico de la paciente, indica que en una ocasión su pareja actual intento concluir la relación, lo que causo un descontrol emocional en la paciente llevándola a un segundo intento de suicidio, tirándose por las escaleras.

Actualmente, cursa el 1er año de Psicología y trabaja en la tienda de su hermano vendiendo zapatos, es aquí, donde experimenta la sensación de ser observada por los otros vendedores, quienes, según ella, se burlan y murmuran de ella por su contextura y falta de amigos. Es así que, en diferentes situaciones, Pamela, entra en discusión con ellos gritándoles palabras subidas de tono, o graba, discretamente, lo que los otros vendedores hacen para confirmar sus sospechas de que ellos se burlan de ella, al ver los videos siente rabia y descarga con los clientes de su hermano, lo que le lleva a él (su hermano), a aconsejarle que vaya al psicólogo a recibir ayuda. Al asistir al centro de salud de su localidad, la psicóloga la deriva al servicio de Psiquiatría del hospital general para una mejor evaluación, donde es diagnosticada con: “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo limite”

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES:

Paciente que aparenta la edad que tiene, de contextura gruesa, su vestimenta es ordenada, con adecuado arreglo y aseo personal; de postura ligeramente encorvada con marcha lenta, mantiene una conversación tranquila, pasiva, aunque en ocasiones se quiebra en un llanto, denota preocupación por su situación actual, con una actitud muy sumisa por momentos, colaboradora ante la evaluación psicológica, muestra un adecuado nivel de atención voluntaria, para enfocar y concentrarse, lúcida y en estado de alerta. Su orientación, a nivel de espacio, tiempo y persona son adecuadas. Su lenguaje es fluido y entendible pero presenta un tono de voz muy bajo y su discurso lento. Curso y contenido

del pensamiento alterado, con presencia de ideas paranoides, ideas suicidas y homicidas; es bastante expresiva tanto en sus emociones como en su afecto hacia los demás, presenta ciertos problemas en la exteriorización y control de sus emociones, sobretodo la ira, hecho que se da, especialmente, con los vecinos de su trabajo. Demuestra preocupación en relación a su situación actual. La memoria remota, reciente, fotográfica y conceptual de Pamela es adecuada, refleja un nivel intelectual superior. Con parcial conciencia de la enfermedad, puesto que a pesar de su identificable labilidad emocional, continua con las conductas explosivas de rabia y cólera con sus compañeros de trabajo

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Pamela presenta un funcionamiento intelectual Superior, con un Coeficiente Intelectual de 130; lo que nos indica que es capaz de percibir muy bien sus relaciones reciprocas, interpretar distintos sistemas de relaciones y solucionar problemas; haciendo frente a situaciones diversas con el uso de su razonamiento, reflejado en su buen desarrollo educativo, en su capacidad para resolver tareas de cálculo; además de la comprensión, razonamientos y juicios que realiza sobre distintos temas aunque ajenos a su situación; pero no hace uso de esas capacidades cuando afronta sus problemas personales.

La paciente desde tempranas edades, vivió en un entorno familiar nuclear compuesto por: padre, madre y hermano, sin embargo, en la actualidad ella vive sola debido a sus estudios, así mismo, presenta ciertas deficiencias de recursos necesarios para interrelacionarse con los demás, es por ello, que tenemos que considerar el medio o hábitat psicológico donde se empezó a formar la paciente.

Por otro lado cabe mencionar, que Pamela de niña y parte de la adolescencia no tenía demasiado interés por su aspecto físico, se alimentaba bien y a nivel relacional debido a la carencia de los recursos para interactuar con las demás personas Pamela solo tenía una amiga, es debido a que en el último año de educación secundaria (16 años) que sus compañeras le ponen sobrenombres referidos a su contextura corporal, empezando, Pamela, a sentirse despreciada y con sobrepeso.

Son aspectos mencionados anteriormente, la carencia de los recursos para interrelacionarse y la falta de seguridad emocional, lo que fue deteriorando la estima personal de la paciente y provocando que Pamela tenga sentimientos de cólera y rabia

hacia las demás personas, así también, ha alterado su propio proceso de percepción, y de juicio llegando a enfrascarse en constantes discusiones con las personas porque ella cree que se burlan de ella.

A partir de las experiencia, que fue viviendo Rosa es que va desarrollando estos patrones de inestabilidad emocional de la personalidad, intentando aislarse del medio en el que se encuentre, al no sentirse aceptada, tendiendo a ser reservada y a aislarse de la gente ya que ha aprendido que ello es lo mejor para mantener una distancia y evitar las burlas y críticas de otros Sin embargo, a menudo se siente sola, eludiendo el contacto interpersonal, por miedo a ser rechazada y tendiendo a evitar el contacto con las personas.

Actualmente manifiesta una falta de desarrollo personal en su vida diaria, careciendo de amigos, tendiendo a permanecer separada y aislada ya que se encuentra tímida, nerviosa y en constante estado de alerta en situaciones sociales, deseando fuertemente querer matar o desaparecer a aquellas personas que se mofen de ella. Frecuentemente siente miedo de ser rechazada y por ello tiende a ponerse en guardia ante cualquier reunión social y en otras situaciones interpersonales que son experimentadas con aversión.

Otro factor importante a tomar en consideración son los 2 intentos de suicidio cometidos por la paciente, debidos a episodios depresivos, que la llevaron a ser hospitalizada una vez. Así también debemos tener en cuenta las constantes rupturas con su pareja sentimental, por parte de ella, por iniciar una relación virtual con una persona desconocida, la cual, al conocer a Pamela, da por terminada la relación agudizando los problemas emocionales que la paciente conlleva.

VII. DIAGNOSTICO O CONCLUSIÓN:

Pamela posee una capacidad intelectual Superior al promedio; emocionalmente inmadura e inestable, caracterizado por un patrón general de inhibición e inseguridad, deterioro de la autoestima, desvalorización, falta de confianza en sus capacidades, insatisfacción consigo misma, malestar corporal, sentimiento de soledad y tristeza, acompañados de un pobre control emocional, con tendencia al descontrol de impulsos, con frecuentes explosiones de ira que va a la par de la violencia frente a sus vecinos de trabajo, introvertida, que se encuentra insatisfecha con su vida y relaciones interpersonales, muestra hostilidad e impulsividad, con presencia de ideas paranoides, ideas suicida y

homicidas. Cabe enfatizar los 2 intentos de suicidio cometidos a los 16 años y 23 años (respectivamente),

Su familia es desligada, ya que desde hace 2 años vive sola, y cuenta con una pareja sentimental, con la cual, tiene constantes rompimientos de la relación. Así mismo debemos tener como punto de partida la búsqueda de aceptación personal ya que en ella es regulada por la aceptación.

Por lo mencionado se diagnostica: “Trastorno de la personalidad límite” (301.83) según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V.

VIII. PRONOSTICO:

Reservado, por su poca capacidad de insight, el pobre control de impulsos, además de no contar con un soporte familiar adecuado.

IX. RECOMENDACIONES:

- Seguimiento de la psicoterapia individual.
- Terapia familiar
- Continuar con los controles médicos, (psiquiatría) y el tratamiento farmacológico indicado por el centro, sin interrupciones ni cambios, y con visitas periódicas al área de psiquiatría hasta que logre cierto control sobre sus emociones.

21, Octubre del 2014

Cristofer Ramirez del Carpio
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos : P. R. M. G.
- Edad : 23 años
- Sexo : Femenino
- Fecha de Nacimiento : 30-12-1989
- Lugar de Nacimiento : Arequipa
- Grado de Instrucción : Superior en curso
- Estado civil : Soltera
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante
- Religión : Católica
- Informante : La paciente
- Lugar de evaluación : Consultorio psicológico de la escuela Profesional de Psicología
- Fecha de consulta : Del 29/10/2014
Al 28/11/2014
- Examinado por : Cristofer Ramirez del Carpio
Bachiller en Psicología

II. CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA

Pamela posee una capacidad intelectual Superior al promedio; emocionalmente inmadura e inestable, caracterizado por un patrón general de inhibición e inseguridad, deterioro de la autoestima, desvalorización, falta de confianza en sus capacidades, insatisfacción consigo misma, malestar corporal, sentimiento de soledad y tristeza, acompañados de un pobre control emocional, con tendencia al descontrol de impulsos, con frecuentes explosiones de ira que va a la par de la violencia frente a sus vecinos de trabajo, introvertida, que se encuentra insatisfecha con su vida y relaciones interpersonales, muestra hostilidad e impulsividad, con presencia de ideas paranoides, ideas suicida y

homicidas. Cabe enfatizar los 2 intentos de suicidio cometidos a los 16 años y 23 años (respectivamente),

Su familia es desligada, ya que desde hace 2 años vive sola, y cuenta con una pareja sentimental, con la cual, tiene constantes rompimientos de la relación. Así mismo debemos tener como punto de partida la búsqueda de aceptación personal ya que en ella es regulada por la aceptación.

Por lo mencionado se diagnostica: “Trastorno de la personalidad límite” (301.83) según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V.

III. OBJETIVO GENERAL:

Identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales, creencias y actitudes que pueden desencadenar en continuas explosiones y descontrol emocional, mejorar la salud emocional de la paciente.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Lograr que la paciente se inmiscuya en su propio problema, y que sea consciente de su propia enfermedad.(actividad individual)
- Entrenamiento de la paciente en reconocer las ideas irracionales instaladas en sus pensamientos, para cuestionar su veracidad y hacer que surjan en ella nuevas creencias racionales y adaptativos que surgen de la terapia.(actividad individual)
- Control de impulsos o emociones (actividad individual)
- Mejora de la autoestima (actividad individual)
- Mejora de las habilidades sociales de la paciente (actividad grupal)

V. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO:

A) OBJETIVO N° 1

Técnica a utilizar: Psicoterapia individual/cognitivo-conductual

Objetivos de la sesión:

El objetivo de esta primera sesión es enfocar a la paciente en su propio problema, y hacerla sentir inmiscuida en su propia terapia a través de la realización de un compromiso pactado.

- Detectar los pensamientos automáticos de la paciente.

Descripción:

Como se mencionó la idea es inmiscuir lo más posible a la paciente en la resolución de su propio problema, entonces para esto se partirá dejándole un compromiso es decir diciéndole que lo primero que necesita antes para empezar el tratamiento psicológico es saber cómo es ella, cómo es su carácter, su personalidad, como son sus relaciones con la familia, con la gente en general.

Para esto debe escribir su biografía, se agrega que no tiene que preocuparse, que eso no es para saber si sabe escribir, si tiene o no buena ortografía, sino para conocer su vida, se le pondrá un plazo de dos días y se le señalará que no quiero una novela, por lo larga y detallada, ni un resumen tan breve que no sirva para nada.

Cuando traiga la biografía se pasará por alto cualquier observación negativa, al contrario después de leerla o echarle una ojeada, se la halagará y elogiará verbalmente el cumplimiento, el esfuerzo por superar las dificultades que tuvo para escribirla, lo que muestra su interés en su tratamiento.

Asimismo también se le pedirá que la paciente elabore un auto-registro de los pensamientos-afectos y conductas automáticas que la hacen sentir mal, los que debe elaborar en los momentos de la perturbación emocional.

Tiempo aproximado de la sesión:

Se ejecutará en 3 sesiones con una duración de 40 minutos cada una.

Materiales a utilizar:

Materiales de consultorio

B) OBJETIVO N° 2:

Técnica a utilizar: Reestructuración Cognitiva

Objetivo de la sesión:

El objetivo de esta segunda sesión es poner en claro las ideas irracionales instaladas en sus pensamientos, y hacer que nuevas creencias racionales y adaptativas que surgen de la terapia, permitan codificar los nuevos sentimientos y conductas en su diario actuar.

Descripción:

Luego de haber identificado los pensamientos inadecuados, se realizara la evaluación y el análisis de estos pensamientos, para finalmente realizar la búsqueda de pensamientos alternativos.

Entonces se empezara por hacer razonar a la paciente, haciéndole ver que su forma de comportarse ante ciertas situaciones se debe a que está mezclando sentimientos, y no está manejando bien sus emociones, cosa que no debe de hacer, además de que es muy susceptible a los comentarios de los demás frente a su imagen corporal, debido a que no tiene un propio y bien elaborado auto concepto, lo que genera que tenga una percepción errónea de su propia imagen y de su autoestima, pues es ella sola quien se crea esos sentimientos de inseguridad, sufrimiento y de dolor para ella y para su familia, ya que sabe muy bien que su familia se siente muy preocupada por su estado actual, y si es que puede cambiar esto, podrá tener mejores relaciones sociales, y que podrá empezar a vivir una mejor calidad de vida como estudiante.

Tiempo aproximado de la sesión:

Se ejecutará en 4 sesiones de 40 minutos cada una

Materiales a utilizar:

Lápiz

Papel

C. OBJETIVO N° 3:

Técnica a utilizar: Reestructuración Cognitiva

Objetivo de la sesión:

- Modificar ciertas cogniciones desadaptativas con respecto a su situación actual.
- Reforzar todo lo aprendido en la sesión anterior.

Descripción:

Se reforzará todo lo realizado en la anterior sesión para ver si la paciente ha logrado en alguna medida modificar esos pensamientos inadecuados.

Ella misma tendrá que decir con sus propias palabras lo incorrecto de su comportamiento, de su pensamiento, de su forma de ver las cosas y las situaciones y como es que debe actuar con respecto a ello.

Se realizará un programa de las actividades diarias que debe llevar a cabo para reducir la inactividad de la paciente por si persisten pensamientos tristes o la situación tensa del ambiente persiste.

El hecho de llenar el tiempo con un horario interrumpe esa tendencia de la paciente a mantenerse pensando continuamente en sus problemas, por lo que se programarán situaciones satisfactorias, actividades que le agraden, que busque experiencias placenteras y gratificantes.

Tiempo aproximado de la sesión:

Se realizará en 3 sesiones 30 minutos cada una.

Materiales a utilizar:

- Lápiz
- Papel

D. OBJETIVO N° 4:**Técnica a utilizar:**

Control de impulsos y emociones

Técnica del Stop

Aprender de los errores anteriores

Objetivo de la sesión:

Controlar los impulsos que se presentan en situaciones diversas.

Descripción:

Referente a la técnica del Stop, se le dirá a la paciente que cuando ella sienta esa fuerza interior de querer desatar esos pensamientos automáticos ya vencidos, se diga mentalmente la palabra “Stop” justo cuando este por pensar en esas ideas erróneas “Stop” y rápidamente se cambiará el tipo de pensamiento abordando solo pensamientos positivos.

En cuanto a la técnica de “Aprender de los errores anteriores” se le dirá a la paciente que revise las formas que ha tenido hasta ahora de reaccionar frente a situaciones problemáticas y las consecuencias que le han traído.

Que evite los patrones de comportamiento que sabe que le han perjudicado más que ayudado a solucionar diversas situaciones.

El autocontrol requiere de la capacidad de analizar y comprender sus impulsos, para así lograr contener la ansiedad.

Se busca que la paciente reconozca aquellos comportamientos que ha tenido y que le han causado problemas a la hora de no poder contener sus impulsos y pensamientos para que de esta forma se dé cuenta de lo incorrecto y no lo vuelva a cometer.

Tiempo aproximado de la sesión:

Se ejecutará en 3 sesiones de 40 minutos cada una.

Materiales a utilizar:

Materiales de consultorio

E. OBJETIVO N° 5:**Técnica a utilizar:**

TRE (Terapia racional emotiva)/psicología positiva

Objetivo de la sesión:

El objetivo es finalmente que la paciente pueda eliminar y abandonar totalmente las ideas irracionales con las que se ha indocinado así mismo.

Descripción:

En esta sexta sesión como se dijo en el objetivo lo que se pretende es eliminar por completo aquellas ideas racionales que ella ha credo para sí mismo, a partir de lo trabajado anteriormente, entonces se procedió a coger el punto fuerte, es decir se hizo un trabajo para incrementar su autoestima, trabajando con una hoja en blanca muy adornada, y bien cuidada, y otra hoja algo más deteriorada, sucia y arrugada, en la hoja más arreglada deberá poner con mucha paciencia todas sus cualidades y habilidades, y por el contrario en la otra hoja sucia y arrugada deberá escribir muy rápidamente sus debilidades, luego de esto se reflexionará cada una de sus habilidades, esa hoja la guardará con mucho cuidado porque esa hoja es ella, todo lo que tiene y vale, mientras que con la otra hoja no tendrá mayor cuidado más que quedar en la consigna de que cada vez pueda tener menos debilidades y más habilidades, lo que seguramente aumentara su nivel de seguridad en sí misma y la haga ser menos dependiente de los comentarios de sus amigos.

Así mismo se le pedirá que a partir de hoy siempre anote en un cuadernito todo lo positivo del día

Tiempo aproximado de la sesión:

Se ejecutará en 4 sesiones de 40 minutos cada una.

Materiales a utilizar:

- Materiales de consultorio
- Hoja en blanco Decorada
- Hoja en blanco sucia y arrugada
- Lápices de colores
- 1 cuaderno

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Las actividades del plan propuesto, se realizaron en sesiones de 30 a 45 minutos, de 2 a 3 veces por semana, durante un aproximado de 7 a 9 semanas. Todas las sesiones se realizaron dentro del consultorio, además se sugiere que cuando la paciente logre la estabilidad deseada continúe el plan propuesto.

VII. AVANCES PSICOTERAPÉUTICOS:

- A partir de la psicoterapia realizada se pudo observar en la paciente una mayor conciencia de la enfermedad.
- Se logró que la paciente perciba su problema como únicamente un mal principalmente para ella y para su familia, obteniendo como resultados muchas ganas de salir adelante.
- Se logró que la paciente conociera como sus pensamientos influenciaban su conducta
- Se logró hacer comprender a la paciente que algunas de sus formas de razonar son equivocadas, modificando sus pensamientos erróneos con respecto a la situación que atraviesa, propiciando pensamientos adecuados con respecto a la percepción de su imagen corporal.
- Se logró que la paciente aprenda a controlar los impulsos y emociones que surgen en determinadas ocasiones.
- Se logró mejorar la autoestima de la paciente.
- Se logró cierto manejo significativo de las emociones de la paciente.

28, Noviembre del 2014

Cristofer Ramirez del Carpio
Bachiller en Psicología

INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MIPI)

HOJA DE RESPUESTA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Rosa		

SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
MASCULINO	FEMENINO	AÑO	AÑO	DÍA	
	X				

Marque con un aspa (X) la letra V (Verdadero) o F (Falso), según sea su respuesta:

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

Rosa

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A														
5-7 yrs. >	1.	1	2	3	4	5	6	29.	1	2	3	4	5	6
	2.	1	2	3	4	5	6	30.	1	2	3	4	5	6
	3.	1	2	3	4	5	6	31.	1	2	3	4	5	6
	4.	1	2	3	4	5	6	32.	1	2	3	4	5	6
8-9 yrs. >	5.	1	2	3	4	5	6	33.	1	2	3	4	5	6
	6.	1	2	3	4	5	6	34.	1	2	3	4	5	6
	7.	1	2	3	4	5	6	35.	1	2	3	4	5	6
	8.	1	2	3	4	5	6	36.	1	2	3	4	5	6
	9.	1	2	3	4	5	6	37.	1	2	3	4	5	6
10-12 yrs. >	10.	1	2	3	4	5	6	38.	1	2	3	4	5	6
	11.	1	2	3	4	5	6	39.	1	2	3	4	5	6
	12.	1	2	3	4	5	6	40.	1	2	3	4	5	6
	13.	1	2	3	4	5	6	41.	1	2	3	4	5	6
	14.	1	2	3	4	5	6	42.	1	2	3	4	5	6
13-17 yrs. >	15.	1	2	3	4	5	6	43.	1	2	3	4	5	6
	16.	1	2	3	4	5	6	44.	1	2	3	4	5	6
	17.	1	2	3	4	5	6	45.	1	2	3	4	5	6
	18.	1	2	3	4	5	6	46.	1	2	3	4	5	6
	19.	1	2	3	4	5	6	47.	1	2	3	4	5	6
18-20 yrs. >	20.	1	2	3	4	5	6	48.	1	2	3	4	5	6
	21.	1	2	3	4	5	6	49.	1	2	3	4	5	6
	22.	1	2	3	4	5	6	50.	1	2	3	4	5	6
	23.	1	2	3	4	5	6	51.	1	2	3	4	5	6
	24.	1	2	3	4	5	6	52.	1	2	3	4	5	6
21+ yrs. >	25.	1	2	3	4	5	6	53.	1	2	3	4	5	6
	26.	1	2	3	4	5	6	54.	1	2	3	4	5	6
	27.	1	2	3	4	5	6	55.	1	2	3	4	5	6
	28.	1	2	3	4	5	6							

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero

SXE

Nombre: Rosa Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Me siento seguro	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Estoy tenso	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Estoy contrariado	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Estoy a gusto	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Me siento alterado	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Me siento descansado	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Me siento ansioso	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Me siento cómodo	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Me siento con confianza en mí mismo	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Me siento nervioso	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Me siento agitado	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Me siento "a punto de explotar"	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Me siento reposado	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Me siento satisfecho	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Estoy preocupado	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Me siento muy excitado y aturdido	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Me siento alegre	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Me siento bien	(1)	(2)	(3)	(4)

C-450253972

IDARE Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente **generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente **generalmente**.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
32. Me falta confianza en mi mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>