



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGO CLÍNICO**

PROBLEMA:

**DESAPEGO EMOCIONAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD MENTAL DE
UNA ADOLESCENTE DE 12 AÑOS DE EDAD DEL CANTÓN URDANETA**

AUTOR:

APRAEZ ZAMBRANO NAYELLI STEFANI

TUTOR:

PSC CLI. MENDOZA SIERRA NATHALY ELIZABETH, MSC

BABAHOYO – ABRIL

2023





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



DEDICATORIA

Dedico este documento principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para cumplir con mis objetivos. A Holger y Azucena, mis queridos padres, quienes han sido incondicionales conmigo y mi pilar fundamental en cada paso dados en el transcurso de mi vida.

A Naneth y Eyder, mis hermanos y demás personas que me han animado a seguir trabajando a lo largo del camino estudiantil, las mismas personas que siempre me han brindado sus consejos y apoyo incondicional en aquellos momentos en los que sentí que podía rendirme y abandonar la meta convertirme en una profesional.

Nayelli Stefani Apraez Zambrano



AGRADECIMIENTO

Agradezco con todas mis fuerzas a las personas y a las situaciones que me han llevado a estar en el lugar donde estoy, a ser la persona que me he convertido, con errores cometidos pero, a su vez con experiencias y aprendizajes ganados, ya que, si alguna de estas experiencias no hubieran existido sería imposible seguir de pie. Al amor y apoyo incondicional y a su vez a los apoyos que no esperaba mis agradecimientos infinitos.

Nayelli Stefani Apraez Zambrano



RESUMEN

El presente documento, trata de determinar la influencia del desapego emocional en la salud mental de una niña de 12 años del Cantón Urdaneta, por tanto, se ha utilizado instrumentos y recursos fiables para la obtención de un diagnóstico presuntivo, basado en las sintomatologías que estuvieron presentes en la paciente desde el primer encuentro terapéutico con la misma, por ende, se estableció trabajar con ella durante seis sesiones, donde se recurre a una entrevista inicial para poder recolectar los datos de la misma, como reconocer cual es la problemática que la aqueja, de igual forma, se empleó la observación directa, facilitando así la captación de datos esenciales como lo es la información corporal, la tonalidad de la misma, su desplazamiento y movilidad, también se logró recolectar información de la adolescente desde su niñez hasta la edad actual, para dar por finalizado este proceso, se aplicaron reactivos psicométricos, los mismos que ayudaron a la corroboración de las hipótesis, reflejando así la siguiente codificación: en la CIE 10 F93.0 y en su equivalente DSM 5 código 309.21; correspondiente a un trastorno de separación, mismo que provoca disfunciones en el áreas cognitivo, afectivo, conductual- social y somático. Finalmente, se aplicó un esquema de tratamiento basado en la Terapia Cognitivo Conductual, a través del cual, se pudo trabajar en las emociones y la erradicación de los pensamientos automáticos que presentaba la misma.

Palabras claves: *Desapego emocional, salud mental, diagnóstico, psicoterapia.*



ABSTRACT

The present document tries to determine the influence of emotional detachment in the mental health of a 12 year old girl from Urdaneta County, therefore, reliable instruments and resources have been used to obtain a presumptive diagnosis, based on the symptomatologies that were present in the patient since the first therapeutic encounter with her, therefore, it was established to work with her during six sessions, where an initial interview was used to collect the patient's data, In the same way, direct observation was used, thus facilitating the collection of essential data such as body information, body tonality, movement and mobility, also information was collected on the adolescent from her childhood to her present age, to finalize this process, psychometric reagents were applied, which helped to corroborate the hypotheses, thus reflecting the following coding: CIE 10 F93. 0 and in its equivalent DSM 5 code 309.21; corresponding to a separation disorder, which causes dysfunctions in the cognitive, affective, behavioral-social and somatic areas. Finally, a treatment scheme based on Cognitive Behavioral Therapy was applied, through which it was possible to work on the emotions and the eradication of the automatic thoughts presented by the patient.

Key words: *Emotional detachment, mental health, diagnosis and psychotherapy.*

ÍNDICE

CARÁTULA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación.....	2
Objetivo.....	2
Sustento teórico.....	3
Apego emocional.....	3
Características de apego emocional	4
Tipos de apego emocional.....	4
Desapego emocional	5
Causas del desapego emocional	6
Consecuencia del desapego emocional	6
Salud mental.....	7
Importancia de la salud mental.....	7
Factores de riesgo para la salud mental.....	8
Afectaciones mentales que pueden presentarse en adolescentes.....	8
POSTURA PSICOLÓGICA ENTRE LAS VARIABLES	10
Técnicas aplicadas para la recolección de información	11
Resultados obtenidos.....	13
Tabla 1:.....	18
<i>Esquema terapéutico basado en el enfoque Cognitivo Conductual.....</i>	18
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA.....	1
ANEXOS.....	2

INDICE DE TABLA

Tabla 1:.....	18
<i>Esquema terapéutico basado en el enfoque Cognitivo Conductual.</i>	

INTRODUCCIÓN

Por medio del presente estudio de caso, se plantea el siguiente tema: “Desapego emocional y su repercusión en la salud mental de una adolescente de 12 años de edad, del Cantón Urdaneta”; el mismo que se va a realizar bajo la concordancia de la línea de investigación: “Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento Psicoterapéutico en el ámbito clínico”, correspondiendo a la sub- línea como es la “Psicoterapia individual y/o grupales, las mismas que son propuestas por la Carrera de Psicología Clínica.

La problemática presentada se va abordar mediante las directrices que sugiere la Terapia Cognitivo Conductual, a través del cual a determinar el desapego y la repercusión que tiene en la salud mental de la adolescente, este proceso será posible gracias a la implementación de la metodología cualitativa y descriptiva donde se podrá evidenciar los signos y síntomas presentes en la paciente, facilitando así el desglose de las dos variables correspondientes a este estudio de caso.

Por otro lado, para lograr los objetivos referentes al proceso terapéutico, se implementó diversas herramientas entre ellas tenemos: la entrevista semi- estructurada la misma que permitió la obtención de datos relevantes de la adolescente, siendo aspectos claves para el registro en la historia clínica, además, se evidenciaron diversos signos y síntomas durante las sesiones, como también se pudo contrastar, el diagnóstico de la paciente mediante las pruebas psicométricas aplicadas y la observación clínica, para ello, se desarrolla una intervención basada en la terapia mencionada anteriormente.

Es imprescindible establecer que el documento se verá implementado el siguiente esquema: justificación en donde se clarifica la razón por la que se realiza el escrito, objetivo en el que se presentará propósito del mismo, en el sustento teórico se define la variable independiente como de igual forma a la variable dependiente del tema, además, se obtiene información de los hallazgos encontrados durante la exploración mental. Para así plantear recursos que permitan afrontar dichas situaciones, para finalizar con la elaboración del documento actual se anexan las respectivas conclusiones, de igual forma las bibliografías que ha sido usada para la investigación de las variables del tema y las evidencias concernientes al desarrollo del caso.

DESARROLLO

Justificación

El presente estudio de caso se realiza con la finalidad de permitir identificar la importancia que presenta el desapego emocional y la repercusión que tiene en la salud mental de una adolescente de 12 años de edad. Por otro lado, es fundamental tener presente que en algunas ocasiones en los hogares no tienen conocimiento del vínculo emocional, el mismo que debería de ser establecido con sus hijos desde los primeros años de vida, por ende, tienen desconocimiento sobre las posibles consecuencias que puede desembocar esto en la salud mental.

El beneficiario principal será la paciente quien podrá aprender a reconocer cada una de la sintomatología y a su vez poner en práctica cada una de las tareas enviada a la casa. Los beneficiarios también será la comunidad profesional en Psicología, como otros pacientes con la misma problemática, ya que se les facilitará encontrar información apropiada para menguar el impacto del desapego emocional en la salud mental.

La temática tratada es trascendente ya que cuenta con instrumentos, técnicas correspondientes a la terapia cognitivo conductual para abordar dicha patología y además los lectores cuando requieran de este caso, el mismo será de mucha utilidad para abordar problemáticas similares, por lo que servirá como guía para brindar un manejo adecuado a pacientes con estas características.

Es factible este aporte, ya que la adolescente es consciente de su problemática, por lo tanto, pudo mantener una actitud positiva, como toda la predisposición durante las sesiones psicoterapéuticas y además fue posible aplicar a la paciente las distintas herramientas que ayudaron a evaluar el estado de la salud mental y a su vez elegir el tratamiento basado en la terapia cognitiva conductual siendo adecuado para ella, y de tal forma así podría dar como finalizado el proceso psicoterapéutico de una manera satisfactoria.

Objetivo

Analizar la repercusión del desapego emocional en la salud mental de una adolescente de 12 años del Cantón Urdaneta.

Sustento teórico

Apego emocional

Con referencia a (Ainsworth en 1983, como se citó en Guerra Bustamante et al., (2020) quien define el apego como un “comportamiento que principalmente promueve la intimidad con una persona en particular. Entre estas acciones, vemos llorar, sonreír, mirar a otra persona, acercarse a esa persona y hacer contacto físico.” (p. 1). Las ideas expuestas por este autor hace referencia a que este tipo de relación emocional le servirá a los individuos para el establecimiento de relaciones con otros.

Para tener una relación emocional, los padres y los niños necesitan interactuar entre sí para que a través de esta interacción puedan crear relaciones de respeto, confianza y valores que sustentan el crecimiento o niñas a través de una estimulación adecuada donde se permite la exploración a través de juegos que enfatizará el conocimiento adquirido del bebé. (Suaréz, 2022).

La adolescencia es un período de la vida en el que los apegos cambian. El vínculo con los padres se debilita y se crean otros tipos de apego en igual grado. Estudiar los patrones de apego en los adolescentes nos permitirá ver cómo este se relaciona con su desarrollo emocional y social, cómo son capaces de comunicar sus emociones, cómo perciben las emociones de los demás, diferentes y empáticos.

Para (Oliva, 2021) menciona que los “patrones de apego formados durante la infancia también se relacionarán con las relaciones que un adolescente forma con sus compañeros. La evidencia empírica muestra que la relación entre la seguridad del apego y la competencia entre pares es importante” (pp. 13). De esta evidencia podemos mencionar que la conducta de los individuos va a estar enmarcada por los relaciones emocionales establecidas en la niñez de estos.

Las ideas expuestas por los autores antes mencionados hacen referencia a lo que es el apego emocional, ya que esto es aquella conexión emocional profunda y duradera que se establece entre los miembros de la familia, esto pretenderá un acercamiento entre los miembros de este entorno, también se establece en la satisfacción de demandas básicas y muestras de cariño que se presenten.

Características de apego emocional

Según lo establecido por (Moll, 2018) establece las siguientes características:

Universalidad. Ocurre en todas las culturas y es común a la raza humana.

Edad. Se estima que los primeros apegos se forman a partir del séptimo mes de vida.

Sensibilidad. La cobertura nominal está relacionada con la sensibilidad y la responsabilidad de los padres.

Competencias. Los niños que desarrollen apegos seguros podrán establecer relaciones sociales seguras y afectivas con quienes les rodean: amigos, hermanos, pareja, compañeros de clase.

La mentalización o teoría de la mente: es el corolario que te permite pensar conscientemente en ti mismo y en los demás.

Narrativa. Las personas pueden hablar sobre su pasado de manera ordenada y coherente.

Los niños tienen una idea de sí mismos de que son dignos de amor y cuidado, y también una idea de que su cuidado es digno de confianza porque siempre está listo para atender sus solicitudes de apoyo, apoyo emocional y consuelo. (Arrimada, 2022, pág. 1).

De acuerdo a las características mencionadas por Moll en el (2018), el apego debe darse de forma favorable y estable, siempre va a estar presente en todos los contextos familiares, se debe mencionar que esto no va a estar determinada por edades de los individuos, el establecimiento de este permitirá que los individuos establezcan relaciones sanas en un futuro, gracias a esto ellos podrán recordar vivencias del pasado de manera estables y sin afectaciones emocionales graves.

Tipos de apego emocional

Los resultados de la investigación de Molero et al., (2021) establece los siguientes tipos de apego emocional:

Apego de Evitación. Es un estilo de apego es la independencia física y emocional del niño y del cuidador principal. Los adolescentes a menudo no buscan intimidad, incluso

en una situación estresante. Su cuidador principal responde a algunos de sus intentos de acercamiento o contacto al redirigir o redirigir su atención hacia el exterior, emocional y físicamente. Los adolescentes con apego evitativo intentan evitar cualquier comportamiento físico o verbal que pueda conducir a una relación con la persona apegada, atendiendo mínimamente a sus demandas y manteniendo la neutralidad. A cierta edad se observan patrones de protección que van más allá de la evitación, considerando este hecho, esta estrategia es protectora.

Apego ambivalente. Esta presenta la influencia negativa. Los niños se vuelven ansiosos y hostiles cuando interactúan con los cuidadores principales, quienes responden de manera inconsistente a sus señales. Los adolescentes con apegos conflictivos exhiben resistencia activa y/o pasiva a sus principales cuidadores (muchas quejas y comportamiento agresivo inmaduro y/o timidez), a menudo hay conflicto con respecto a la intimidad y el contacto físico. Este grupo se caracteriza por una dependencia de los cuidadores primarios, incluso exagerada, a través de conductas inmaduras y de búsqueda de ayuda o seducción.

Apego desorganizado. Esto está relacionado con la respuesta al estrés ya diversas formas de maltrato infantil, tanto físico como emocional, en el sistema familiar. Estos adolescentes parecen ser menos capaces de lidiar con el estrés de la separación porque carecen de una estrategia consistente para lidiar con las emociones negativas. El comportamiento típico de las figuras de apego en este modelo es principalmente el comportamiento agresivo y el rechazo extremo que provocan en el niño, incapaz de escapar por la gran necesidad de protegerlas, disfruta más cerca de ellas, por temor a que la verdad de la falta de la sombra emocional los arrastrará detrás, temerosos de aprovecharse. En segundo lugar, la apatía extrema no está presente en la relación, lo que provoca terror en el niño cuando se enfrenta a una figura de apego que no responde a ninguna señal.

Desapego emocional

El desapego surge de experiencias infantiles de confusión conductual de los padres. Su comportamiento es impredecible, lo que hace que los bebés se sientan inseguros, temerosos, inconsistentes y desordenados. Este tipo de apego a menudo se desarrolla en niños que viven en un entorno de violencia doméstica, donde el comportamiento agresivo se entrelaza con el propio apego de los padres o el miedo y la inseguridad. (Sanchis, 2020).

Dado a lo expuesto por (Sanchis, 2020), se establece que el desapego emocional se ve enmarcado en la aquellas vivencias que se tuvieron desde los primeros años de vida, durante las cuales el vínculo de afecto no pudo ser entablado de una manera positiva entre el bebé y sus cuidadores, por ende, en su etapa de adolescencia va a presentar diversas molestias a nivel psicológico y afectivas.

El desapego emocional se desarrolla como resultado de una experiencia traumática en la infancia, por regla general, una persona permanece en un estado de daño físico visible, pero el caso es que quedan grandes huellas en el alma, en el daño mental que provoca negligencia, falta de atención, falta de atención, preocupación constante miedo. (Suaréz, 2022).

Causas del desapego emocional

De acuerdo a (Sanchis, 2020) se refiere que “el desapego emocional sucede en niños que crecen en un ambiente hostil donde hay agresión tanto física como emocional, lo que en muchos casos conduce al abuso. En algunos casos, incluso puede haber abuso sexual”. De este modo se puede mencionar que este desajuste en el hogar, puede surgir por malos tratos que se le den o por la falta de atención de las necesidades básicas del individuo.

Los padres muestran agresión hacia el niño de forma intermitente e impredecible. Las personas que nunca encuentran una conexión entre su comportamiento y el castigo, no saben cómo comportarse para evitar la violencia, siempre están en un estado de máxima alerta llamado control del miedo. (Alvarez, 2019, pág. 1).

Como sabemos ya el desapego emocional es la relación inestable que pueden establecer individuos que estas se dan desde los primeros años de vida y durante todo su desarrollo, y puede ser originada por los malos tratos o falta de satisfacción de demandas que pueden tener los individuos desde edades tempranas.

Consecuencia del desapego emocional

Para (Sanchis, 2020) establece las siguientes consecuencias:

Agresividad: Son personas que se aíslan en la sociedad o establecen relaciones tóxicas y siempre están a la defensiva para poder reaccionar de forma agresiva ante el más mínimo conflicto. Es una respuesta que refleja la expresión de la ira presente en una

experiencia traumática, al mismo tiempo que explica el comportamiento aprendido en el entorno como medio de resolución de conflictos.

Baja autoestima: adoptan un discurso basado en el discurso de sus padres (en su mayoría negativos) y sus propias conclusiones sobre la "indignidad" como una forma de justificar y racionalizar el abuso que han sufrido. Aquí puedes ver las características de las personas con baja autoestima.

Problemas de conducta: como mencionamos, tienden a exhibir ciertos comportamientos antisociales, agresivos y rebeldes debidos a haber aprendido estereotipos y reprimir la ira.

Salud mental

Por su parte Godoy et al., (2020) la salud mental es un estado de bienestar en el que las personas son conscientes de sus capacidades, capaces de hacer frente a los factores estresantes de la vida normal, capaces de trabajar productivamente y contribuir a sus comunidades. (p.169-173).

De este modo podemos explicar que la salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico, social y afecta la forma en que una persona piensa, siente, se comporta y reacciona bajo estrés. Es esencial para el bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas y sus comunidades locales.

Importancia de la salud mental

La adolescencia es un período formativo único, pero los cambios físicos, emocionales y sociales que se producen durante este período, incluido el hecho de enfrentarse a la pobreza, el abuso o la violencia, pueden poner a los adolescentes en riesgo de sufrir problemas de salud mental. Protegerlos de la adversidad, promover el aprendizaje socioemocional y la salud mental, y garantizar el acceso a la atención de la salud mental son determinantes clave de la salud y el bienestar durante estos años y hasta la edad adulta. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Para Godoy et al., (2020) “La importancia del entorno social, económico y físico, afectando la salud humana y determinando la estructura de los denominados determinantes sociales de la salud.” (p. 169-173). Por ende algunos jóvenes tienen más probabilidades de

experimentar problemas de salud mental debido a sus condiciones de vida o al estigma, la discriminación, la exclusión o la falta de acceso a servicios y apoyo de calidad.

La salud mental es un estado de bienestar general en la forma en que piensas, regulas tus emociones y te comportas. A veces las personas experimentan alteraciones significativas en este funcionamiento mental. La psicosis puede ocurrir cuando los patrones o los cambios en el pensamiento, los sentimientos o el comportamiento causan angustia o interfieren con la capacidad de funcionamiento de una persona. (Mayo Clinic, 2021).

Factores de riesgo para la salud mental

Los factores biológicos y psicológicos individuales, como las habilidades emocionales, el abuso de sustancias, la genética puede hacer que las personas sean más propensas a las enfermedades mentales. La exposición a desventajas sociales, económicas, geopolíticas y ambientales como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación ambiental también aumenta el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad. (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Por ello, cabe recalcar que los factores de riesgo referente a la salud mental son independientemente de su raza, sexo o edad, lo que si va a estar involucrado muchas veces son: factores genéticos, psicológicos, neurológicos, ambientales o sociales, cuyo tratamiento requiere, entre otros, de un equipo multidisciplinario (médico, psicológico, psiquiátrico) con el objetivo de mejorar la calidad de vida del individuo.

Afectaciones mentales que pueden presentarse en adolescentes

Las enfermedades o trastornos mentales cambian la forma de pensar, el comportamiento y el estado mental de una persona. Los más famosos son la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Algunas condiciones son temporales, mientras que una enfermedad o trastorno mental es permanente y afecta su capacidad para funcionar diariamente. La salud mental de una persona puede verse seriamente afectada, pero esto no significa necesariamente que esté sufriendo o vaya a desarrollar una enfermedad mental.

La (Organización Mundial de la Salud, 2021), establece las siguientes afecciones:

Trastornos emocionales. Estos son patrones de pensamiento y comportamientos que alteran la función mental y el equilibrio de una persona. Debemos asumir que el

trastorno no es más que un conjunto de síntomas, en este caso afectando a la salud mental. De hecho, estos síntomas provocan malestar emocional e interfieren con el desarrollo humano normal. Los trastornos emocionales más comunes son la depresión y la ansiedad. (Neuropcion Centro psicológico, 2021, pág. 1).

Depresión: Sentirse triste o sin esperanza a veces es parte de la vida de cada niño. Sin embargo, algunos niños se sienten tristes o desinteresados en las cosas que alguna vez amaron, o se sienten impotentes o sin esperanza en situaciones en las que pueden hacer algo para cambiarlos.

Ansiedad: Esto puede manifestarse como miedo o ansiedad, pero también puede irritar y enojar a los adolescentes. Los síntomas de ansiedad también pueden incluir dificultad para dormir además de síntomas físicos como fatiga, dolores de cabeza o dolor abdominal. Algunos adolescentes ansiosos no comunican sus preocupaciones, por lo que los síntomas pueden pasar desapercibidos.

Trastornos del comportamiento. El comportamiento agresivo, trastorno de conducta a menudo acompañado de problemas emocionales, problemas para socializar con compañeros y autoridades, y retrasos en el desarrollo neurológico, como TDAH o trastornos del aprendizaje. En este momento necesito explicar lo que está pasando en un adolescente con problemas de comportamiento atención a 5 factores: síntomas, exposición, factores de riesgo, fortalezas, y un modelo explicativo. (Eddy, 2020, pág. 12).

Suicidio y autolesiones. La autolesión es un comportamiento auto infligido con la intención de causar daño físico. No todos los casos de tal comportamiento involucran pensamientos o intenciones suicidas. Estas dos entidades pueden ocurrir en la misma persona al mismo tiempo o en momentos diferentes. Es imprescindible que los profesionales sepan distinguir entre las autolesiones no suicidas (NSH) y las conductas suicidas, por lo que deben recibir la formación adecuada necesaria para no evitar el diálogo y la comunicación sobre este tipo de ideas. (Asociación española de pediatría, 2022, pág. 9).

Trastornos alimenticios. Se trata de enfermedades mentales graves que implican cambios de conducta en los. Estas son condiciones graves relacionadas con conductas alimentarias que afectan negativamente su salud, emociones y capacidad para funcionar en áreas importantes de su vida. Los trastornos alimentarios más comunes son la anorexia

nerviosa, la bulimia y la sobre alimentación, hábitos alimentarios, que van desde comer sin control hasta comer de menos. (Mayo Clinic, 2018).

POSTURA PSICOLÓGICA ENTRE LAS VARIABLES

Vinculando los conceptos antes mencionados el desapego emocional es la carencia de atención a la demanda que pueden tener los niños y niñas desde el momento de su nacimiento, esta falta de cuidado podrá desarrollar un sinnúmero de dificultades tanto en la salud física como también en el desarrollo afectivo, psicológico y social del individuo. Por tanto, la causa del desapego emocional tiene un origen en el ambiente del individuo, esto puede darse por la negligencia por parte de los cuidadores, y por tal descuido, puede provocar condiciones médicas y psicológicas tales como trastorno bipolar, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, estrés postraumático, entre otros.

Estas carencias o demandas que se presentan en los individuos tienen repercusiones como por ejemplo la ansiedad, depresión, entre otras en el caso de la paciente debido a las situaciones que ha pasado, empezó a padecer una alteración psicológica, llegando a presentar los síntomas de una forma permanente. De acuerdo a todo lo expuesto y empleado en la paciente se pudo contrastar según el DSM- 5 que la misma cumple presuntivamente con todos los criterios de diagnóstico con referencia al código 309.21 y en la CIE- 10 su código es F93.0.

Técnicas aplicadas para la recolección de información

Para poder recolectar la información necesaria en el estudio fue empleado un método cualitativo, por medio de ello, se aplicó diferentes herramientas y técnicas de carácter psicológicas, lo que favorece en la obtención de datos necesarios relacionados con el problema de la paciente, para determinar un diagnóstico de sospecha y con ello un plan psicoterapéutico. Las técnicas aplicadas son las siguientes:

Observación clínica:

Es un instrumento utilizado para la recogida de información sobre la paciente en dos aspectos que son lo físico y lo mental. Gracias a esta herramienta se va a permitir valerse de una guía, la cual va a posibilitar el análisis tanto del comportamiento, los gestos e incluso la predisposición con la que contaba la paciente, así como evaluar su interacción y también la postura corporal que adopta la adolescente durante las sesiones, esta información debe de ser registrada como tal. (Anexo 1)

Entrevista semiestructurada:

Este instrumento se lo incorporó en el estudio de caso para establecer de una manera más clara los signos y síntomas que están presentes en la paciente. Las preguntas realizadas a la misma iban enmarcadas en los ítems establecidos en la historia clínica, por ello, las preguntas serán libres y cerradas, por medio de las cuales, se pudo recopilar la información que quizás para la adolescente no sea necesario mencionarlo, pero dentro del proceso psicoterapéutico será esencial y así poder establecer de una manera más certera y confiable el diagnóstico presuntivo de la paciente referente a dicho problema. (Anexo2)

Historia clínica:

Es una técnica que brinda varios apartados, los mismos que son importantes para extraer información respecto a la paciente, algunos de estos datos fueron proporcionados por los cuidadores de la paciente y otros fueron recogidos a través de su discurso. Este documento consta de las siguientes partes: datos de identificación de la paciente, motivo de consulta, historia del cuadro psicopatológico actual, antecedentes familiares (genograma, tipo de familia, antecedentes psicopatológicos familiares), historia personal (anamnesis, uso del tiempo libre, afectividad y psicosexualidad, hábitos, alimentación y sueño, historia médica, historia legal y planificación de vida), exploración del estado mental, pruebas

utilizadas, matriz del cuadro psicopatológico (factores predisponentes, evento precipitante y tiempo de evolución), diagnóstico presuntivo, pronóstico y las recomendaciones. (Anexo 3)

Baterías psicométricas:

Las baterías psicométricas son las herramientas escritas a las que responderá el paciente en un tiempo determinado, es importante recalcar que son elementos complementarios para el proceso psicodiagnóstico, ya que en ellas se registra información que puede no haber sido mencionada durante la consulta, por lo que esto facultará la corroboración del diagnóstico presuntivo.

Escala de Hamilton para la Ansiedad

Esta prueba fue desarrollada por el psiquiatra Max R. Hamilton en el año 1959, el mismo que va a proporcionar cualidades referentes a las etapas de ansiedad que la paciente experimenta o puede experimentar en momentos específicos. Este instrumento se puede utilizar en niños, adolescentes y adultos, por ende, fue implementado en el caso. Se realiza durante un período de tiempo determinado de 30 a 40 minutos. Consta de 14 preguntas las mismas que tienen cinco opciones de respuesta, las cuales se describen desde “ninguna” a “muy grave” estas tendrán una valoración numérica, donde la puntuación corresponderá a la suma de todos los ítems. Las especificaciones de calificación para la prueba son las siguientes: sin ansiedad 0 a 5 puntos, ansiedad moderada 6 a 14 puntos, ansiedad grave 15 a más puntos. (Anexo 4)

Inventario de Ansiedad Beck:

Prueba psicométrica que fue desarrollada por Aaron T. Beck en el año de 1988, es útil para realizar evaluaciones con respecto a los síntomas de la ansiedad somática presente en la paciente, estos pueden darse en los trastornos de ansiedad o también en los síntomas de la depresión. El cuestionario consta de 21 preguntas las cuales van a ir dirigidas por una puntuación del 0 a 63. Cada punto se califica en una escala de 0- 3, donde 0 significa “nada”, 1 significa “un poco, no me molesta”, 2 significa “moderado, fue incomodo, pero pude soportarlo” y 3 es “en serio, casi no puedo soportarlo”. La calificación es la suma total de las respuestas a las interrogantes planteadas. Los umbrales sugeridos para la interpretación del resultado obtenido son los siguientes: ansiedad muy poca 0 a 21 puntos, ansiedad moderada 22- 35 puntos, ansiedad alta 36 a más puntos. (Anexo 5)

Resultados obtenidos

Descripción del caso:

La adolescente A.S.M.P, de 12 años de edad habita en el recinto San Nicolás perteneciente a la parroquia Ricaurte del cantón Urdaneta, la misma es de género femenino, estado civil soltera, su ocupación es ser estudiante ya que cursa la primaria, llega a consulta en conjunto a su tía paterna. Las sesiones realizadas con respecto a la problemática de la paciente fueron seis las mismas que se realizaron en un tiempo aproximado de 60 minutos, de las mismas que posteriormente se las describe:

Primera consulta psicológica: Fecha 03/10/2022, Hora: 09:00 am hasta 10:00 am

La adolescente se dirige al consultorio en conjunto con su tía por recomendación del médico general, seguidamente a la llegada de la paciente se procede a obtener los datos de la anamnesis de la misma, en donde la tía de la joven menciona *“mi sobrina no quiere salir de casa, cuando se queda en la casa se pone a seguirme a todos lados, no quiere que salga, se pone nerviosa cuando me enfermo porque dice que me puedo morir y que la dejare”*. En cuanto la paciente menciona por su parte *“siempre me siento triste, me enoja cualquier cosa hasta que me tía me mande a bañarme, no me gusta salir de casa ni para ir a la escuela porque me puede pasar algo malo”*, lo expuesto por la joven fue mediante una tonalidad de voz bastante baja y desanimada.

Se cuestionó desde cuando se viene dando esta situación y ellas pudieron responder que desde hace dos meses que la progenitora de la paciente migro del país. A continuación, se procedió a plantearles una explicación de lo que es la Terapia Cognitiva Conductual, esta explicación se trató de afianzar con la técnica de cómo explicar que los pensamientos crean sentimientos, seguido se estableció los horarios de las subsiguientes sesiones para finalizar se le envió como tarea para la casa que concluya con la técnica aplicada durante la sesión.

Segunda consulta psicológica: Fecha 10/10/2022, Hora: 10: 00 am hasta 11:00 am

La paciente llega a la consulta, se le brinda el recibimiento apropiado, seguido se le explica que se completará ciertos datos necesarios de recolectar y llenar la historia clínica, en el transcurso de la sesión se procede a dar una revisión de los resultados con respecto a la sesión anterior, además, se pudo revisar la tarea enviada.

En cuanto a la conducta de la paciente se muestra intranquila tiene movimientos repetitivos con su pierna izquierda, trata de tronar los dedos de sus manos en más de una ocasión, lo cual refleja rasgos ansiosos, comenta que se le es difícil tomar decisiones ya sea para algo simple como salir de casa con sus amigas o compañeros de escuela o para elegir en que colegio desea estudiar. Para realizar las técnicas basada en la reconstrucción cognitiva se da inicio con el recurso llamado diferenciando hechos, pensamiento y sentimientos, clasificando emociones y creencias, esto con el objetivo de explicar que los pensamientos automáticos pueden generar conductas dañinas para la convivencia diaria, mediante los métodos de definir palabras y analizando costo y beneficio de un pensamiento. A su vez se estableció un cronograma de actividades las cuales se basa a las preferencias como a las prioridades de la paciente y que por ende, se deben cumplir. Por lo consiguiente, se le pidió que las técnicas aplicadas durante la sesión fueran terminadas en casa y traídas a la próxima consulta.

Tercera consulta psicológica: Fecha 17/10/2022, Hora: 09:00 am hasta 10:00 am

La adolescente llega a consulta y lo primero que se hace es darle la bienvenida y se le procede a cuestionar de cuál es su sentir luego de las sesiones trabajadas, se retroalimenta con respecto a la situación planteada y los resultados reflejados mediante las técnicas aplicadas. Bajo estos indicios expuestos en las sesiones anteriores se procede a manifestarle que va a hacer aplicado dos pruebas psicométricas las cuales son: Escala de Hamilton para la Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Beck (BAI), adicional a estas pruebas se incorporó la Anxiety Assessment Scale (SAAS), que ayuda a evidenciar la escala de miedo que presenta la misma por un abandono, por su parte es importante mencionar que estas pruebas fueron aplicadas con el objetivo de corroborar la hipótesis diagnóstica respecto a la problemática planteada.

Cuarta consulta psicológica: Fecha 24/10/2022, Hora: 09:00 am hasta 10:00 am

Llega la adolescente al consultorio se realiza el saludo respectivo y se procede a realizar la entrevista de devolución con respecto a los resultados obtenidos en las baterías psicométricas aplicadas, se le brindó información referente al presunto diagnóstico. Implementó la psicoeducación la misma que tuvo el fin esclarecer le a la joven sobre sus emociones. Posterior se procede a realizar la técnica de ampliación de conciencia, la misma que le permitirá a la paciente reconocer sus propias emociones y a su vez saber manejarlas

de forma sana. A su vez fue establecido un cronograma de actividades las cuales se basa a las preferencias de la paciente y deberán de cumplirse.

Quinta consulta psicológica: Fecha 31/10/2022, Hora: 10: 00 am hasta 11:00 am

Se continuo con el proceso de reestructuración cognitiva mediante la revisión de la tarea, para que por medio de esto implementar la siguiente técnica que sería la de analizar el dominio y agrado de las actividades realizadas por medio del cronograma establecido en la sesión anterior. También se implementó el ejercicio de relajación progresiva se le explicó a la paciente como debe de realizarla y así poder establecer en el grado más bajo su nerviosismo o miedo frente a ciertas situaciones de su día a día.

Sexta consulta psicológica: Fecha 07/11/2022, Hora: 09:00 am hasta 10:00 am

Al momento de llegar la paciente a consulta su aspecto físico ya se ve mejorado, sus rasgos de tristeza, miedo y nerviosismo que estuvieron presentes en la primera y segunda sesión han disminuido favorablemente. Se le pidió que explicará cómo se siente con respecto al proceso psicoterapéutica, la misma que menciona *“todo ha ido mejorando aún me cuesta un poco tomar decisiones o expresar mis sentimientos hay ocasiones que me cuesta salir o aceptar que mi tía tiene que salir, pero trato de aplicar las cosas que hemos trabajado aquí con usted y poco a poco mejoran esas cosas”*. Para dar por finalizado el proceso actual se le reforzó mediante una nueva técnica de respiración diafragmática, y se le explica que mediante esta herramienta se podrá valer para bajar o controlar los síntomas somáticos.

Situaciones detectadas (hallazgos)

La paciente de 12 años de edad se presentó a seis sesiones en las cuales se pudo encontrar situaciones que le causaban afectaciones en su vida diaria, las mismas que fueron evidenciadas por medio de su discurso, por consiguiente, se evidencian signos y síntomas que serán expuestas a continuación:

Área cognitiva:

Se estableció la existencia de distorsiones cognitivas como lo son los pensamientos catastróficos y negativos o ideas auto derrotistas como por ejemplo *“si mi tía sale de casa me va a dejar sola y me puedo morir”*, *“no voy a poder exponer”*, *“mi madre se fue por mi culpa”*, *“quizás mi padre murió porque yo existo”*, *“nada puedo hacer bien”*, *“mi tía se va a hostigar que viva con ella”*, *“voy a sacar siempre ceros en la escuela”*, *“no se para que*

voy a clases si igual no sé nada”. También dentro de esta área, se presentan alteraciones como: hipoprosexia, insomnio, donde comenta que cuando logra conciliar el sueño tiene casi siempre la presencia de pesadillas.

Área emocional o afectiva:

La joven en esta área evidencia miedo, desesperanza, irritabilidad, nerviosismo y baja autoestima.

Área de conducta- social:

Lo que refiere al área social o conducta- social en la paciente hay presencia de acciones evitativas en cualquier contexto en el que se encuentre, es decir, en su hogar, escuela o entre otro.

Área somática:

Las reacciones somáticas más frecuentes que llega a presentar la paciente son las siguientes: vómito, cefaleas y dolor estomacal.

Derivaciones con respecto a las baterías psicométricas planteadas

Las baterías psicométricas aplicadas a la paciente frente a la problemática presentada fueron las siguientes:

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

Obteniendo un resultado correspondiente a 22 puntos, dando como referencia a una ansiedad moderada.

- **Test de ansiedad de Hamilton**

Los resultados obtenidos fueron de 10 puntos en la escala de Likert, correspondientes a una ansiedad moderada.

- **Anxiety Assessment Scale (SAAS)**

La paciente arroja como resultado durante la prueba, miedo al abandono obteniendo un puntaje de 30.

Diagnóstico

Con respecto a los signos y síntomas expuesto por la paciente de acuerdo a su problemática, en el proceso tanto psicodiagnóstico como durante la psicoterapia, los cuales son expuestos en el cuadro psicopatológico, por lo que, se enmarca en un diagnóstico presuntivo ya que la paciente cumple con cada uno de los criterios diagnósticos referente al manual del DSM 5 en el que corresponde al código (309.21) y en el manual elaborado por la OMS denominado como CIE 10 su codificación es F93.0.

Soluciones planteadas:

La Terapia Cognitivo Conductual la misma que fue desarrollada en este estudio de caso tenía la finalidad de estimular de forma favorable cada una de las áreas que han sido afligidas durante se ha desarrollado la problemática de la paciente. Permitiendo así una disminución considerable de los síntomas y signos presentes en la misma, la cual mantuvo la aceptación y tendencia favorable durante el proceso psicoterapéutico.

Por ende durante el proceso se desarrollaron tareas las cuales obedecían a la TCC, las tareas realizadas desde la primera consulta fueron enmarcadas en la explicación de cómo los pensamientos que la paciente evoca debido a una situación, son los generadores de las conductas las cuales eran poco adaptativas para su entorno, pudiendo así logran un cambio considerable en los pensamiento y a su vez en la conducta de la misma.

Tabla 1:

Esquema terapéutico basado en el enfoque Cognitivo Conductual.

HALLAZGOS	META TERAPÉUTICA	TÉCNICA	NÚMERO DE SESIONES	FECHA	RESULTADOS OBTENIDOS
COGNITIVO-AFECTIVO - Pesadillas - Hiperprosexia - Insomnio. - Pensamientos catastróficos - Miedo - Nervios	- Mejorar los niveles cognitivos de atención y concentración.	Reestructuración cognitiva: • Diferencian do hechos, pensamiento y sentimientos. • Clasificand o emociones y creencias. • Definir palabras. • Analizando costo y beneficio de un pensamiento. • Planificació n de actividades. • Dominio y agrado.	3	03/10/2022 ----- 10/10/2022 ----- 17/10/2022	La paciente muestra un progreso en su estado cognitivo reduciendo las pesadillas y eliminando los pensamientos catastróficos.
		- Aplicar técnicas de ampliación de conciencia para mejorar el estado de afectividad identificando.	• Ampliación de conciencia.	1 24/10/2022	
CONDUCTA SOCIAL - Conducta Evitativa	- Modificar los pensamientos de culpa por la separación de sus padres.	• Terapia cognitiva conductual. • Técnica de respiración	1	31/10/2022	La paciente presenta mejoría de su conducta social.
SOMÁTICA - Vomito - Cefalea - Dolor Estomacal	Poner en práctica nuevas técnicas de relajación, de comunicación y de resolución de problemas	• Relajación progresiva • Relajación pasiva	1	07/11/2022	La paciente ha logrado controlar los síntomas somáticos que le provocaba el ansiedad de la separación.

Nota: En la tabla muestra las alteraciones presenta la paciente en distintas áreas, la respectiva meta psicoterapéutica y las técnicas usadas para hacerle frente a los mismos.

CONCLUSIONES

De acuerdo a todo lo investigado anteriormente podemos establecer que el desapego emocional es aquella desvinculación, hacia la falta de afecto que surge por diversas causas respecto a los cuidadores de un individuo, como también puede tener lugar desde la edad temprana de los mismo, por ende, en el presente estudio de caso, la repercusión que se establece en la salud mental de la adolescente de 12 años del Cantón Urdaneta, dio inicio desde la pérdida de su progenitor y posterior a eso, evento de migración del país por parte de la madre de la adolescente.

Por lo tanto, basada en la información recolectada teóricamente y a la vez con los datos arrojados por la práctica clínica y la utilización de los test psicométricos, se puede establecer un diagnóstico presuntivo respecto a la ansiedad por separación, este trastorno se encuentra en el DSM 5 con el código (309.21) y en el CIE 10 con la codificación F93.0. Además de eso, se identifica la presencia de alteraciones a nivel cognitivo- afectivo de acuerdo a esto, se ve también repercusiones en el área conductual- social, cabe recalcar que en la mayoría de situaciones de su vida diaria hace que la paciente llegue a somatizar diversos signos y síntomas.

Conforme al objetivo planteado para este estudio de caso, se llegó a un buen término, ya que se pudo conocer lo que es el desapego, y las características presentes en la paciente como lo son: el nerviosismo, la evitación permanente a establecer relaciones interpersonales e incluso el grado de dependencia que presenta con su actual cuidadora, la paciente presenta una autovaloración deficiente, debido que en algunas ocasiones se le escucho decir “*no voy a lograr nada en la vida*”, “*no puedo hacer nada*”, pues que, ella busca no fracasar y a su vez trata de no permitir que surjan eventos desabridos.

De igual manera, se ha podido reconocer que la ansiedad provoca alteraciones en el humor de la adolescente provocando enfado, decaimiento, dificultad para entablar relaciones con otros o incluso prefiere mantenerse con las conexiones que tiene, con el fin de no perderlas, por ello, la paciente se mantiene en un estado persistente de vigilancia ante el inminente desajuste o pérdida de control. Por consiguiente, se estableció un plan terapéutico para trabajar con respecto a todas las sintomatologías evidenciadas, con la finalidad de disminuir las sintomatologías y que cuando estén presentes ella pueda manejarlas.

Por otra parte, está claro que la ansiedad es sinónimo de miedo, por ende esto va a generar lazos de dependencia emocional, a causa de la poca seguridad y aceptación que presenta la paciente, debido a esto tiene la necesidad en repetidas ocasiones de una proximidad emocional con sus seres queridos y con las personas más allegadas en su entorno, también manifiesta descontento ante la carencia de confianza en sí misma, para poder entablar relaciones emocionales sanas.

Es importante mencionar que la paciente mantuvo predisposición durante todo el proceso diagnóstico y psicoterapéutico, es decir la misma sostuvo una postura enérgica y decidida, por ello fue posible lograr la utilización de las distintas herramientas que brinda la Terapia Cognitivo Conductual durante las reuniones terapéuticas, a su vez esta actitud favoreció para la implementación de las tareas enviadas a casa, las mismas que se siguieron realizando de forma autónoma por parte de la paciente y de esa manera se logró disminuir la sintomatología presentada.

Por consiguiente, la terapia empleada brinda los recursos necesarios para intervenir. En este caso para intervenir con la paciente quien presentaba características de un diagnóstico presuntivo referente al trastorno de ansiedad, referente al trastorno de ansiedad, por lo que, al emplear la misma provocó que la paciente pueda evocar pensamientos y por ende facilitando a tener actitudes más adaptativas que permitan mejorar sus destrezas sociales dándole a conocer técnicas las cuales se deben emplear para que ella misma llegue a convertirse en su propia terapeuta en un tiempo determinado, permitiendo afrontar situaciones de riesgo.

Finalmente, se recomienda que la paciente continúe con visitas periódicas a la consulta psicológica, por lo menos una vez al mes para poder continuar con su tratamiento. Mantener una supervisión periódica hacia la paciente y su entorno familiar, para evaluar la mejora de la adolescente. Crear vínculos de apoyo emocional, entre sus iguales y familiares, esto podrá ser establecido durante actividades de sano esparcimiento y recreación que ellos realicen. Tener y mantener una práctica activa de un método de relajación, puede tomar como guía las técnicas enseñadas en la terapia si es de preferencia de la paciente. Establecer la técnica de psicoeducación como una tarea constante para la paciente y todo su entorno. Seguir manteniendo un cronograma de actividades donde puede plasmar la paciente eventos que ella disfrute y si fuera posible incluir a la familia y amigos dentro de ello.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, P. G. (16 de Julio de 2019). *Patricia Garzón*. Recuperado el 3 de Febrero de 2023, de Patricia Garzón: <https://patriciagarzon.es/apago-desorganizado/>
- Arrimada, M. (14 de Marzo de 2022). Apego seguro: características y cómo fomentarlo. *Psicología y Mente*, 1.
- Asociación española de pediatría. (28 de Noviembre de 2022). Autolesiones y Conducta suicidiosa en niños adolescentes. Lo que la pandemia nos ha Desvelad. *Anales de pediatría*.
- Eddy, L. (Febrero de 2020). Trastornos del comportamiento. *Adolescencias*.
- Giménez, J. (29 de Junio de 2020). Características del apego emocional. *La Noticia* .
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (24 de Enero de 2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica clínica a las Condes*, 31.
- Guerra Bustamante, J., Guerrero Barona, E., & León del Barco, B. (2020). Relación entre Apego e Inteligencia Emocional en Adolescentes. *Revista Electrónica de Emotivación y Emoción*.
- Mayo Clinic. (13 de Junio de 2018). *Mayo Clinic*. Recuperado el 3 de Febrero de 2023, de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-disorders/symptoms-causes/syc-20353603>
- Mayo Clinic. (14 de Diciembre de 2021). *Mayoclinic*. Recuperado el 3 de Febrero de 2023, de Mayoclinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/mental-health/art-20044098>
- Molero, R., Sospedra, R., Sabater, Y., & Plá, L. (2021). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo Y RESPONSABLE EN. *Revista de psicología*, 1(1).
- Moll, S. (7 de Octubre de 2018). Apego. ¿Qué es? ¿Qué características tiene? ¿Qué tipos existen? *Justifica tu respuesta*.
- Neuropcion Centro psicológico. (28 de Agosto de 2021). ¿Qué Son Los Trastornos Emocionales? *Neuropcion Centro psicológico*.
- Oliva, A. (Julio de 2021). Aapego en la Adolescencia. *Acción psicológica*, 8(2).
- Organización Mundial de la Salud. (17 de Noviembre de 2021). *OMS*. Recuperado el 3 de Febrero de 2023, de OMS.

Organización Mundial de la Salud. (17 de Junio de 2022). *OMS*. Recuperado el 3 de Febrero de 2023, de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Sanchis, S. (13 de Marzo de 2020). Apego desorganizado: qué es, características, consecuencias y cómo tratarlo. *Psicología- Online*.

Suaréz, R. D. (2022). *Universidad Técnica de Babahoyo*. Recuperado el 3 de Febrero de 2023, de Universidad Técnica de Babahoyo: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/13678/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000693.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Anexo 1: Observación Clínica.

OBSERVACIÓN CLÍNICA
FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA
MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: A.S.M.P

Edad: 12 años.

Lugar y fecha de nacimiento: Ricaurte, 02/04/2010.

Instrucción: Primaria.

Tiempo de observación: 1 hora

Hora de inicio: 09:00 am **Hora final:** 10:00 am

Fecha: 03 de Octubre del 2022.

Tipo de observación: Observación directa

Nombre del observador (a): Nayelli Apraez Zambrano.

I. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

1. DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA

La paciente su complejión corporal es baja, biotipo endomorfo, etnia mestiza, aspecto personal formal cabello lacio corto, presentación pulcra.

2. DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

La paciente es colaborador y cordial, aunque denota ansiedad, intranquilidad, nerviosismo, presenta movimientos en sus extremidades superiores, existe coherencia entre su discurso y actitud, menciona eventos de su vida traumáticos expresando tristeza y llanto, lenguaje expresivo, fluido y comprensivo.

II. COMENTARIO:

Ninguno.

Anexo 2: Entrevista semi-estructurada.



ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

1. ¿Cuál es el motivo que las trae hasta aquí?
2. ¿Hace cuánto tiempo se ha dado esta situación?
3. ¿Hubo otra situación parecida a esta?
4. ¿Qué es lo que siente en esta situación?
5. ¿Siempre siente lo mismo?
6. ¿Qué pensamientos llega a su mente cuando pasa esto?
7. ¿Qué evidencias tiene para pensar de esa forma?
8. ¿Crees que estas evidencias son suficientes para tener esta reacción?
9. ¿Cuántas veces al día pasa esto?
10. ¿Hubo o hay alguien en la familia que experimente síntomas iguales o parecidos?
11. ¿Cómo se desarrolló el embarazo de usted?
12. ¿En la infancia se le imposibilitaba relacionarse?



HISTORIA CLÍNICA

HC. # 001

FECHA: 03/10/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: A.S.M.P

EDAD: 12

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Ricaurte, 02/04/2010

GÉNERO: Femenino **ESTADO CIVIL:** Soltera **RELIGIÓN:** católica

INSTRUCCIÓN: Primaria

OCUPACIÓN: Estudiante

DIRECCIÓN: Ricaurte, recinto San Nicolás

TELÉFONO: 094657XXXX

REMITENTE: Medico general

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es traída a consulta por su tía quien menciona: *“mi sobrina no quiere salir de casa, cuando se queda en la casa se pone a seguirme a todos lados, no quiere que salga, se pone nerviosa cuando me enfermo porque dice que me puedo morir y que la dejare”, “se queja mucho por la separación de su madre y su decisión de irse del país hace ya 2 meses, tiene pesadillas por lo que tengo que entrar al cuarto a abrazarla porque ella menciona que en las noches sueña que la abandono yo también por lo que le cuesta conciliar el sueño, la mayor parte del tiempo se pone a llorar cuando su madre llama y le pide que vuelva, cuando tengo que salir de casa ella vomita y me dice que le duele el estómago pero por más que la toco no tiene temperatura y llevarla al médico es difícil”*. En cuanto la paciente menciona por su parte *“siempre me siento triste, me enoja cualquier cosa hasta que me tía me mande a bañarme, no me gusta salir de casa ni para ir a la escuela porque me puede pasar algo malo”*, lo expuesto por la joven fue mediante una tonalidad de voz bastante baja y desanimada.

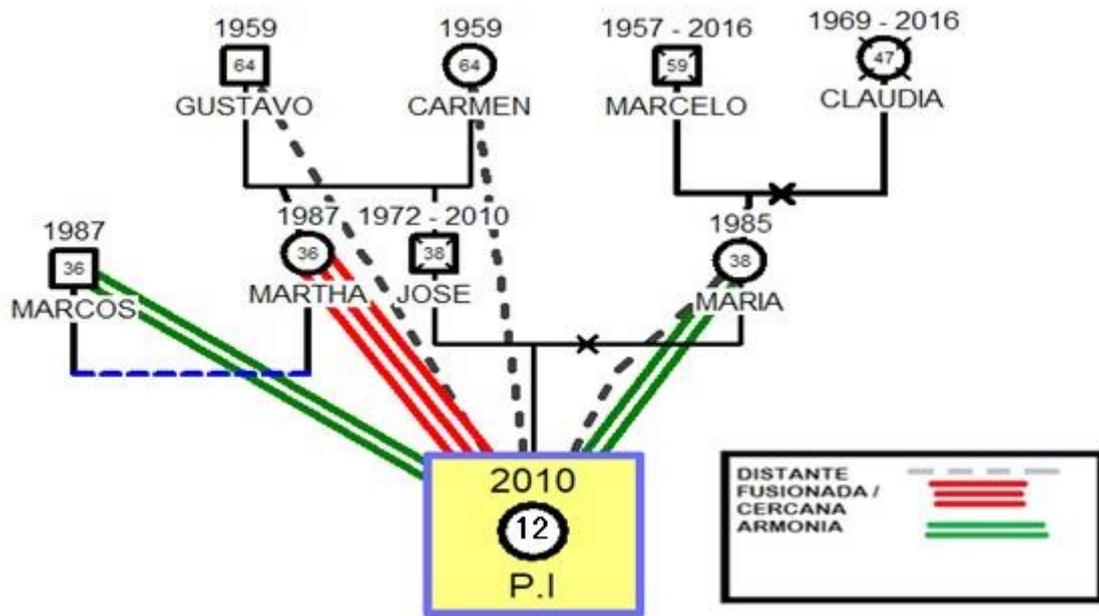
3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

La paciente presenta signos y síntomas: hipoprosexia, miedo, pesadillas, insomnio, pensamientos catastróficos.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Los abuelos maternos fallecieron en un accidente de tránsito cuando la paciente tenía 6 años, sus abuelos paternos se encuentran fuera del país, su padre falleció en un robo que se suscito en su puesto de trabajo.

4.1. GENOGRAMA (COMPOSICIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR).



4.2. TIPO DE FAMILIA

La paciente vive dentro de una familia reconstruida, integrada por su tía paterna y su tío político.

4.3. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES.

La paciente no presenta antecedentes psicopatológicos dentro de su rango familiar.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

La P.I fue un embarazo planificado, nació a las 38 semanas parto distopsico sin



complicaciones con lactancia materna exclusiva, su peso fue normal, su evolución fue normal a los 2 meses, inicio su control cefálico a los 2 meses, sus primeras palabras fueron a los 7 meses, inicia su marcha a los 18 meses y llego al control de esfínter a los 3 años.

6.2. ESCOLARIDAD

La paciente inicia su etapa escolar a los 4 años, mantiene buenas calificaciones y participación activa en programas escolares, no presenta dificultades en la primaria.

La paciente inicia el colegio a los 11 años no presenta dificultades significativas en el colegio.

6.3. HISTORIA LABORAL

La paciente no tiene historial laboral

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

La paciente mostraba desde su infancia ser muy selectiva con un número pequeño de amistades, al llegar al colegio su círculo social no mostro cambios.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE

La paciente en su tiempo libre ve series, lee libros y suele escuchar música luego de terminar sus tareas escolares.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

La paciente mostro alegría con las personas que la rodeaban, era muy cariñosa con su madre y su tía con quien es muy apegada debido que cuando se separaba de su madre, era su tía paterna quien cuidaba de ella, pese a no haber crecido con su padre porque había fallecido cuando ella nació no mostro dificultades en sus relaciones sociales, luego de que la paciente cumpla su primer año la madre tuvo que separarse de su hija por trabajo en la camaronera, luego vuelve a vivir con la madre a los 5 años hasta cumplir los 9 años debido al trabajo de su madre, volviendo una vez más a vivir con su tía hasta la actualidad, la paciente se mostraba sin perturbación hasta que su madre viaja fuera del país en busca de mejores oportunidades.

6.7. HÁBITOS (CAFÉ, ALCOHOL, DROGAS, ENTRE OTROS)

La paciente menciona tener el hábito de tomarse una taza de café en las mañanas, le gusta pasar revisando su celular con juegos en el móvil.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

La paciente al iniciar la adolescencia su alimentación se mantuvo siendo variada, dormía 6 horas por ver series, actualmente no puede dormir sin tener interrupciones en la noche con pesadillas.

6.9. HISTORIA MÉDICA



La paciente no presenta enfermedades significativas en su historial médico.

6.10. HISTORIA LEGAL

La paciente no tiene historial legal

6.11. PROYECTO DE VIDA

La paciente menciona que su proyecto de vida en un futuro es tener un trabajo después de haberse graduado de abogada y mantener a su madre y a su tía.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA

La paciente acude a consulta es de contextura mesomorfa, etnia montubia, tez canela, se presenta vestida con ropa informal jean, blusa corta y tennis, su cabello algo recogido con una coleta de moño, se sienta con una postura recta, no mantiene contacto visual, mira constantemente el celular, responde con respuestas cerradas, mantiene un tono de voz baja.

7.2. ORIENTACIÓN

La paciente mantiene orientación alopsíquica y autopsíquica normal.

7.3. ATENCIÓN

La paciente presenta hipoprosexia

7.4. MEMORIA

Estado de memoria sin alteraciones

7.5. INTELIGENCIA

La paciente un nivel de C.I normal

7.6. PENSAMIENTO

La paciente mantiene pensamiento catastrofizadores y negativos.

7.7. LENGUAJE

La paciente presenta un lenguaje acorde a su edad.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

La paciente no presenta dificultades

7.9. SENSOPERCEPCION

La paciente no presenta sensopercepción alterada.

7.10. AFECTIVIDAD

La paciente presenta miedo, nervios

7.11. JUICIO DE REALIDAD

La paciente mantiene un juicio sobre la realidad normal



7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

La paciente es consciente de su estado mental alterado

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

La paciente no presenta hechos e ideas.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

Resultados obtenidos de 22 dando una ansiedad moderada.

- **Test de ansiedad de Hamilton**

Resultados obtenidos de 10 puntos en la escala de likert

- **Anxiety Assessment Scale (SAAS)**

El paciente arroja como resultado durante la prueba, miedo al abandono obteniendo un puntaje de 30

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

FUNCIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SÍNDROME
COGNITIVO	<ul style="list-style-type: none">○ Pesadillas○ Hiperprosexia○ Insomnio○ Pensamientos catastróficos○ Auto derrotista	TRASTORNO DE ANSIEDAD
AFECTIVO	<ul style="list-style-type: none">○ Miedo○ Nervios○ Baja autoestima○ Irritabilidad○ Desesperanza	
CONDUCTA SOCIAL – ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none">○ Evitativa	TRASTORNO DE ANSIEDAD
SOMÁTICA	<ul style="list-style-type: none">○ Vomito○ Cefalea○ Dolor Estomacal	

9.1. FACTORES PREDISONENTES: Viaje de su madre fuera del país

9.2. EVENTO PRECIPITANTE: Muerte de sus familiares

9.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN: 2 meses

10. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0)

11. PRONÓSTICO

Favorable

12. RECOMENDACIONES

1. Reducir la frecuencia, intensidad y duración general de la ansiedad, para que no entorpezca el funcionamiento diario.
2. Estabilizar el nivel de ansiedad y aumentar la capacidad de funcionar con normalidad en el día a día.
3. Resolver el conflicto central que es la fuente de la ansiedad.
4. Mejorar la capacidad de hacer frente de forma efectiva a toda la variedad de preocupaciones de la vida.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Anexo 4: Batería psicométrica: Escala de Hamilton para la Ansiedad.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borboríngos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)			2		
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

ANSIEDAD PSÍQUICA	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
PUNTUACIÓN TOTAL	22

Ansiedad Moderada



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7 P

15 P

p. total 22



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Anexo 5: Batería psicométrica: Inventario de Ansiedad de Beck.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



Anexo 6: Batería psicométrica: Escala de evaluación de Ansiedad por separación.

Nombre y apellidos: _____ Niño _____ Niña

Colegio: _____ Edad: 12 Fecha: _____

Instrucciones: Lee con atención cada pregunta de abajo y elige la respuesta que mejor te describa: *nunca, a veces, muchas veces o siempre*. En cada pregunta marca una X en la línea delante de la(s) palabra(s) que te describa mejor. No hay respuestas correctas o incorrectas. Recuerda, debes elegir la respuesta que describa mejor como te sientes normalmente.

¿Con qué frecuencia...

- | | | | | |
|--|---|---|--|---|
| 1. necesitas que tu mamá o tu papá se quede contigo en tu habitación para ayudarte a dormir por la noche? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 2. acudes a un profesor en el colegio porque te sientes mareado/a? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 3. te preocupa que te recojan tarde del colegio, de una fiesta o de otra actividad? | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 4. tienes miedo de que te dejen en casa con una niñera? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 5. alguno de tus padres, familiares o amigos ha tenido un accidente importante? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces
(una vez) | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(dos veces) | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 6. necesitas que tu mamá o tu papá te prometa que te recogerá puntual para que puedas ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar, por ejemplo al gimnasio o a clases particulares? | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 7. tienes miedo de estar solo/a en la salita o en el salón de tu casa? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre |
| 8. tienes miedo de ir al colegio por si te sientes mareado/a? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 9. te preocupa que haya un atentado terrorista? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



¿Con qué frecuencia...

10. necesitas que tu mamá o tu papá te prometa que te espera en casa para que puedas ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar, por ejemplo al gimnasio o a clases particulares? Nunca A veces Muchas veces Siempre
11. alguno de tus padres, familiares o amigos ha tenido una enfermedad grave o ha muerto? Nunca A veces (una vez) Muchas veces (dos veces) Siempre (tres o más)
12. tienes miedo de ir a jugar a casa de un nuevo/a amigo/a? Nunca A veces Muchas veces Siempre
13. tienes miedo de dormir solo/a por la noche en tu habitación? Nunca A veces Muchas veces Siempre
14. te preocupa que ocurra un desastre natural como una inundación o un terremoto? Nunca A veces Muchas veces Siempre
15. necesitas que tu mamá o tu papá esté contigo para que puedas ir a jugar, a un cumpleaños o a una actividad extraescolar? Nunca A veces Muchas veces Siempre
16. ha habido robos en tu barrio? Nunca A veces (una vez) Muchas veces (dos veces) Siempre (tres o más)
17. tienes miedo de ir a jugar con un amigo/a por si te sientes mareado/a? Nunca A veces Muchas veces Siempre
18. necesitas llamar por teléfono a tu mamá o a tu papá si estás en casa con una niñera? Nunca A veces Muchas veces Siempre
19. sigues a tu mamá o tu papá por toda la casa? Nunca A veces Muchas veces Siempre
20. tienes miedo de coger el autobús para ir al colegio o para ir de excursión? Nunca A veces Muchas veces Siempre
21. te preocupa que te pase algo malo? Nunca A veces Muchas veces Siempre
22. necesitas llamar por teléfono a tu mamá o a tu papá cuando duermes fuera de casa? Nunca A veces Muchas veces Siempre
23. has escuchado o has visto que le ha pasado algo malo a otras personas? Nunca A veces (una vez) Muchas veces (dos veces) Siempre (tres o más)
24. tienes miedo de estar solo/a en el baño para cepillarte los dientes, bañarte o ducharte? Nunca A veces Muchas veces Siempre
25. tienes miedo de que te dejen en casa con una niñera mientras tu mamá o tu papá se
-



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



¿Con qué frecuencia...

- | | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|---|---|
| 26. te preocupa que le pase algo malo a tus padres? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 27. tienes miedo de quedarte a comer en el colegio por si vomitas o te atragantas? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre |
| 28. necesitas una lamparita, la radio o la tele para dormir por la noche? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre |
| 29. alguno de tus padres, familiares, amigos o profesores ha resultado herido en un desastre natural como una inundación o un terremoto? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces
(una vez) (dos veces) | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre
(tres o más) |
| 30. tienes miedo de estar solo/a en tu habitación por el día? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 31. tienes miedo de desayunar en casa por si vomitas o te atragantas? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre |
| 32. necesitas ayuda de un profesor para ir o para quedarte en el colegio? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre |
| 33. tienes miedo de que te dejen en casa de tu mejor amigo/a para jugar? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 34. necesitas un peluche o un juguete especial para sentirte seguro cuando te vas de casa? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre |

Por favor, repasa y comprueba que has contestado todas las preguntas.

Muchas gracias

Puntaje: 30 p.

Anexo 7: atención psicológica.



Anexo 8: Reunión con la tutora.

