

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



**VÍNCULOS PARENTALES Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES
EDUCATIVAS PÚBLICAS DEL DISTRITO DE ESPINAR – CUSCO 2019**

Tesis presentada por las Bachilleres:

RAQUEL KARINA CACERES UMASI

YOVANA BLANCA CONDORI CCAPA

Para optar el título profesional de Psicólogas

Asesor: Mg. Víctor Hugo Rosas Imán

AREQUIPA - PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mis padres, Elena y Alfredo, quienes siempre me apoyan en cada paso que doy, han sido una pieza fundamental en mi vida. A mis hermanas por sus palabras de aliento y comprensión. Cada uno de ustedes han aportado grandes cosas a mi vida.

Raquel Karina Cáceres Umasi

Primeramente, a Dios por todo lo que permite en mi vida, a mi madre por apoyarme en cada decisión, a mi padre por la confianza y en especial para Florcita, mi hermana e incondicional compañera, para ellos que se merecen todo mi esfuerzo.

A mis tíos: Leandra, Corina y Nazario, por su inmenso apoyo.

Yovana Blanca Condori Ccapa

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a nuestro asesor, Mg. Víctor Hugo Rosas Imán, por su amabilidad y disponibilidad en esta experiencia tan importante como parte de nuestra formación profesional.

Agradecemos a los profesionales psicólogos: Ps. Luis, Ps. Franklin, Ps. Magaly, Ps. Aldo y Ps. Ritchar, por enriquecernos con su experiencia, conocimientos y orientarnos durante el desarrollo de la investigación.

Agradecemos a las autoridades de la I.E. N° 56175 Sagrado Corazón de Jesús, I.E. Teniente Coronel Pedro Ruiz Gallo e I.E. Coronel Ladislao Espinar, por habernos brindado las facilidades para llevar a cabo la investigación y a sus alumnos por la participación.

A los catedráticos de nuestra Escuela Profesional de Psicología, que durante los seis años de formación académica contribuyeron de manera significativa en nuestro desarrollo profesional y personal, transmitiéndonos sus conocimientos y experiencias.

Gracias.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR.

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR.

Tenemos el agrado de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el trabajo de tesis titulado: “**VÍNCULOS PARENTALES Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DEL DISTRITO DE ESPINAR – CUSCO 2019**”, esperamos cumplir con los requerimientos del reglamento vigente y esperando que el esfuerzo realizado sea de mucha utilidad para futuras investigaciones.

Arequipa, setiembre del 2019

Las Bachilleres:

Raquel Karina Cáceres Umasi

Yovana Blanca Condori Ccapa

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la relación entre los vínculos parentales y la ansiedad en adolescentes de 5to grado de Secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar. El tipo de investigación corresponde al estudio descriptivo correlacional, con un diseño no experimental y de corte transversal. La muestra quedó conformada por 270 estudiantes de 5to grado de secundaria de ambos sexos, entre 16 a 18 años de edad, se utilizó un muestro no probabilístico de tipo intencional. Para la recolección de datos, se aplicaron dos instrumentos: Parental Bonding Instrument (PBI) de Gordon Parker, Hilary Tulping y L. B. Brown, basado en la teoría del Vínculo de John Bowlby, y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel. Los resultados encontrados muestran que los vínculos parentales establecidos por la madre se relacionan con los niveles de ansiedad, por el contrario, los vínculos parentales del padre no se relacionan significativamente con la ansiedad en los adolescentes del Distrito de Espinar, Cusco.

Palabras claves: Vínculos parentales, ansiedad, adolescencia.

ABSTRACT

The main objective of this study is to determine the relationship between parental ties and anxiety in adolescents in the 5th grade of Secondary School of Public Educational Institutions in the District of Espinar. The type of research corresponds to the descriptive correlational study, with a non-experimental and cross-sectional design. The sample was made up of 270 students of 5th grade of secondary school of both sexes, between 16 and 18 years of age, a non-probabilistic sample of an intentional type was used. For data collection, two instruments were applied: Parental Bonding Instrument (PBI) by Gordon Parker, Hilary Tulping and LB Brown, based on the John Bowlby Link theory, and the Anxiety Situation and Response Inventory (ISRA) of JJ Miguel Tobal and A.R. Cano Vindel The results found show that the parental links established by the mother are related to anxiety levels, on the contrary, the father's parental ties are not significantly related to anxiety in adolescents in the Espinar District, Cusco.

Keywords: Parental links, anxiety, adolescence.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
PRESENTACIÓN	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. Planteamiento del problema	1
2. Objetivos	4
1.1. Objetivo general	4
1.2. Objetivos específicos	4
3. Hipótesis	5
4. Justificación	5
5. Antecedentes	7
6. Limitaciones del estudio	9
7. Definición de términos	9
7.1. Adolescencia:	9
7.2. Ansiedad:	10
7.3. Vínculos parentales:	10
8. Variables e indicadores	1

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. Apego y vínculos parentales _____	12
1.1. Apego _____	12
1.2. Vínculos parentales _____	27
2. Ansiedad en adolescentes _____	34
2.1. Definición de ansiedad _____	34
2.2. Diferenciación entre la Ansiedad y otras perturbaciones psicológicas _____	34
2.3. Modelos explicativos de la ansiedad _____	36
2.4. Factores de Respuestas de la ansiedad _____	39
2.5. Factores Situacionales de la ansiedad _____	40
2.6. Niveles de la ansiedad _____	41
2.7. Desarrollo de la ansiedad en la adolescencia _____	41
2.8. Psicopatología de la ansiedad _____	42

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo, Método y Diseño de investigación _____	45
1.1. Tipo _____	45
1.2. Método _____	45
1.3. Diseño _____	45
2. Sujetos _____	46
2.1. Población _____	46
2.2. Muestra _____	47
2.3. Características de la muestra _____	47
3. Instrumentos y Técnicas _____	50
3.1. Parental Bonding Instrument (PBI) _____	50
3.2. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) _____	56
3.3. Ficha sociodemográfica _____	60
4. Procedimientos _____	60

CAPÍTULO IV**RESULTADOS**

1. Análisis e interpretación de datos _____	62
---	----

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

Discusión _____	80
CONCLUSIONES _____	85
SUGERENCIAS _____	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	88
ADDENDA _____	94
CASO CLÍNICO I _____	1
ANEXO _____	31
CASO CLÍNICO II _____	40
ANEXO _____	67

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1 Total de alumnos según sexo, nivel educativo y grado de acuerdo a las Instituciones Educativas Públicas de Educación Básica Regular del Distrito de Espinar, matrícula 2019.	<u>46</u>
Tabla 2 Datos sociodemográficos según edad, sexo, Institución Educativa y Distrito de procedencia en adolescentes del Distrito de Espinar.	<u>48</u>
Tabla 3 Ocupación de la madre y padre de los adolescentes del Distrito de Espinar.	<u>50</u>
Tabla 4 Vínculos Parentales percibidos por los adolescentes del Distrito de Espinar, según sexo.	<u>63</u>
Tabla 5 Niveles de ansiedad ante situaciones (factores) en adolescentes del Distrito de Espinar, según sexo.	<u>65</u>
Tabla 6 Niveles de ansiedad como respuestas en adolescentes del Distrito de Espinar, según sexo.	<u>68</u>
Tabla 7 Vínculos parentales de la MADRE y ansiedad ante situaciones (factores) en adolescentes del Distrito de Espinar.	<u>72</u>
Tabla 8 Vínculos parentales de la MADRE y ansiedad como respuestas en adolescentes del Distrito de Espinar.	<u>74</u>
Tabla 9 Vínculos parentales del PADRE y ansiedad ante situaciones (factores) en adolescentes del Distrito de Espinar.	<u>76</u>
Tabla 10 Vínculos parentales del PADRE y ansiedad como respuestas en adolescentes del Distrito de Espinar.	<u>78</u>

INTRODUCCIÓN

Es cierto que la familia es la base principal de una sociedad, si tendríamos que profundizar en la búsqueda de un factor que determine en mayor medida la salud mental y la vida emocional futura de un ser humano, sin duda, damos mayor realce al establecimiento del apego afectivo, en especial, durante los primeros años de vida. La manera de cómo nos relacionamos con los demás en nuestra vida adulta en gran parte se ve reflejada por las experiencias vividas en los primeros años con las figuras parentales, por ello, el apego es considerado por muchos autores como un vínculo humano por excelencia.

Bowlby antes de desarrollar su Teoría del Apego venía gestando trabajos en esta dirección, realizó artículos como “La naturaleza del vínculo de los niños con su madre” y “La naturaleza del Amor”, introduciendo los conceptos precursores del apego. El incapié para iniciar el desarrollo de su teoría surgió cuando la Organización de las Naciones Unidas solicitó a John Bowlby realizar investigaciones sobre la situación de los huérfanos y niños sin hogar, sumado al hambre y al desorden social que dejó la Segunda Guerra Mundial. La teoría del apego ha sido elaborada en el marco de la etología en el año 1969, dicha teoría intenta explicar tanto la conducta de apego como los apegos duraderos que se establecen en los niños con determinadas personas. Bowlby (1993) definió la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados” (p.60). En base a lo mencionado, el apego es definido como un

vínculo afectivo que se forma con alguien especial, busca o mantiene la proximidad con su figura de apego, perdura en el tiempo y cuyo valor es adaptativo o de supervivencia.

Años más tarde su colega Mary Ainsworth en 1978, realizó investigaciones sobre la naturaleza de los vínculos en bebés, apoyándose en las teorías etológicas de Bowlby, demostrando que existen varios estilos de apego: apego seguro, apego inseguro evitativo, y apego inseguro ambivalente y posteriormente Mary Main incluyó en la clasificación un cuarto patrón: el apego desorganizado.

Las características del cuidador y la continuidad en el tiempo son determinantes del apego que juegan un papel decisivo. Para generar un vínculo de apego sano es necesario que haya tiempo compartido y estabilidad con una figura principal; el cuidador principal debe mostrar sensibilidad suficiente, tolerar la ansiedad, posibilitar la accesibilidad y no ser excesivamente intrusiva, ello hace referencia a la capacidad de responsividad. Todas estas características favorecerían el desarrollo de apego seguro, como factor protector frente a la vulnerabilidad psíquica (Martínez, 2008).

Bowlby (1989) afirma que una infancia feliz de los padres dará como consecuencia actitudes paternales más adecuadas, porque existe mayor probabilidad que los hijos repitan las mismas acciones de sus padres cuando asuman el rol de padres.

En la aproximación considerada para esta investigación utilizamos la clasificación de Parker y Tupling, que en base a la Teoría del Apego de Bowlby, elaboraron un modelo teórico denominado “Vínculos Parentales”, haciendo referencia a los comportamientos y actitudes que los padres establecen con sus hijos contribuyendo al proceso de apego; en función a dos dimensiones: el cuidado, caracterizado por la intimidad, calidez, empatía, y afecto de los padres hacia los hijos; y la protección caracterizada por el control, rigidez, sobreprotección, intrusión y fomento de la dependencia de padres a hijos (Parker, Tupling, & Brown, 1979 citados en Nandrino, Antoine y

Dodin, 2012). Basado en las dos dimensiones se configuran cuatro estilos principales: Padres Óptimos, caracterizados por ser cuidadores afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente; y que al mismo tiempo suelen promover la independencia y autonomía de los hijos; Padres Ausentes, caracterizados por demostrar frialdad emocional, indiferencia, negligencia y a su vez promueven la autonomía de sus hijos; Padres Constricción cariñosa, caracterizados por ser cuidadores afectuosos, empáticos y cercanos con sus hijos; sin embargo, también suelen ser controladores, intrusivos, suelen infantilizar y restringir la autonomía de sus hijos; Padres con Control sin Afecto, caracterizados por tener actitudes frías emocionalmente, indiferencia y negligencia emocional, pero al mismo tiempo suelen ser controladores, infantilizan y restringen la conducta autónoma de sus hijos (Parker y Tupling, 1979).

Se realizaron investigaciones con el fin de demostrar que los distintos estilos de apego están asociados a perturbaciones psicológicas. Por ejemplo, Kawai (2017), dieron como resultado que la percepción negativa de las actitudes de crianza de los hijos está asociada con la ansiedad y el estado de ánimo depresivo.

Por eso, pretendemos darle un espacio a la investigación de los vínculos parentales y la ansiedad, pero en adolescentes de la sierra, ya que es un contexto poco estudiado en temas de la psicología. Es necesario tomarlos en cuenta por tratarse de una población que durante los últimos años migran más a las zonas urbanas, la mayor parte con planes de superación.

Es de nuestro interés probar si verdaderamente existe relación entre los vínculos parentales y la ansiedad, así mismo, intentaremos identificar y analizar la relación entre el vínculo parental específico (vínculo óptimo, ausente, control sin afecto y restricción cariñosa) con la ansiedad.

La ansiedad es definida como una reacción fundamentalmente afectiva ante una tensión constante. Dichas presiones o tensiones se centraron en función a tres niveles: fisiológico,

cognitivo y motor; ante diferentes situaciones percibidas como amenazantes y/o de peligro inminente (Tobal & Vindel, 2007).

Algunos estudios que incluyen todos los trastornos de ansiedad obtienen tasas de prevalencia en niños y adolescentes desde 15% hasta 20% las cuales tienen tendencia a incrementarse con la edad y se presentan con mayor frecuencia en mujeres (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). La ansiedad se presenta con mayor frecuencia en adolescentes; debido a que atraviesan cambios físicos y psicológicos. De acuerdo al autor, Chapi (2012) identificó situaciones más frecuentes de ansiedad en los adolescentes, como: casos de familias disfuncionales, la separación de ambos padres, violencia familiar y/o maltrato, consumo de sustancias psicoactivas, agresividad entre iguales, delincuencia juvenil y deterioro de las relaciones interpersonales, bullying, la ansiedad ante los exámenes, el bajo rendimiento académico, la baja autoestima, desmotivación escolar y el temor de hablar o de exponer en público.

Es por ello que surge el interés y la necesidad de realizar el siguiente estudio titulado “Vínculos parentales y ansiedad en adolescentes de Instituciones Públicas del distrito de Espinar – Cusco 2019” con el fin de obtener datos relevantes de la realidad de los adolescentes del distrito de Espinar y dar una intervención oportuna y adecuada, así mismo, contribuir en el conocimiento científico del ámbito de la psicología educativa y clínica.

De esta forma, la presente investigación se divide en cinco capítulos. El primer capítulo expone el planteamiento de la investigación, los objetivos generales y específicos, la hipótesis de trabajo, justificación de la investigación, antecedentes, las limitaciones encontradas, definición de términos y la operacionalización de variables. En el segundo capítulo se reúne todo el marco teórico referido a los vínculos parentales y ansiedad en adolescentes, de acuerdo a sus bases teóricas y evidencias científicas que permitan sustentar esta investigación. El tercer capítulo describe la metodología:

tipo, método, diseño, población, muestra, instrumentos utilizados y el procedimiento que se estableció para la recolección de datos. En el cuarto capítulo, se dan a conocer los resultados hallados y sus respectivos análisis. En el quinto capítulo, se desarrolló la discusión tomando en cuenta a diversos autores en comparación con nuestra investigación. Al término, damos a conocer nuestras conclusiones, sugerencias y referencias bibliográficas que sirvieron de soporte teórico durante la investigación y se incluye un apéndice de anexos de los instrumentos utilizados. Finalmente, como apartado de la presente tesis, se exponen dos casos clínicos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. Planteamiento del problema

La adolescencia es un punto en donde el ser humano sigue desarrollando su personalidad influenciado por su entorno más cercano. En esta etapa transitoria las interacciones familiares juegan un rol indispensable garantizando una mejor calidad de vida y ajuste social. Precisamente, la calidad de los vínculos afectivos durante los primeros años de vida entre padres e hijos generarán mayores probabilidades de desenvolvimiento autónomo a lo largo de su existencia, de lo contrario podrían tornarse en problemas psicológicos que afecten su Salud Mental.

Muchos de los conflictos psicológicos manifestados a lo largo de la vida, incluso en los casos psicopatológicos, pueden ser explicadas a través de la exploración de la historia afectiva de los primeros años donde se constituye la seguridad básica y la estructura de la personalidad. Uno de los aspectos importantes para el desarrollo del adolescente se encuentra en la formación del vínculo afectivo que se desplaza de una manera similar o copia del vínculo mantenido con la figura primaria de referencia al grupo de iguales; amigos, compañeros de clase o de la actividad deportiva o lúdica de la que son partícipes. La Teoría de Apego representado por John Bowlby (como se citó

en Shaffer, 1999) usó el término para describir los lazos afectivos fuertes que sentimos por las personas que tienen una significación especial en nuestras vidas. Oliva (2011), afirma: “los adolescentes con modelos seguros van a resolver mejor la tarea de conseguir autonomía emocional de sus padres, y también presentan un mejor desempeño en las relaciones amistosas y románticas, por el contrario, los adolescentes preocupados/ambivalentes y autosuficientes/evitativos no sólo muestran más dificultades relationales, sino también un mayor desajuste emocional y comportamental; muchos de los problemas que presentan estos sujetos inseguros están relacionados con sus limitaciones en la capacidad de regulación emocional que se ve muy influida por la seguridad en el vínculo de apego establecido en la infancia”. En base a la teoría de Bowlby, Parker (2009) desarrolló dos dimensiones principales: el cuidado, caracterizado por la intimidad, calidez, empatía, y afecto de los padres hacia los hijos; y la protección caracterizada por el control, rigidez, sobreprotección, intrusión y fomento de la dependencia de padres a hijos. Estas dimensiones se configuran en cuatro estilos principales: Vínculo Óptimo, control sin afecto, restricción cariñosa y ausente.

La ansiedad, sin duda, es uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los adolescentes. A nivel mundial, la ansiedad es la octava causa principal de enfermedad y discapacidad entre todos los adolescentes (OMS, 2018). En nuestro país, esta problemática conlleva a realizar diferentes estudios sobre todo en poblaciones urbanas de la Costa, en Lima Metropolitana y Callao, existe un mayor porcentaje de adolescentes de 15 a 18 años con trastorno de ansiedad generalizada, episodios depresivos y trastorno negativista desafiante, con mayor prevalencia en mujeres (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2007). Sin embargo, en la Sierra, en donde existen pocas investigaciones, el trastorno clínico más frecuente en los adolescentes es la fobia social (2,8%), seguido del Episodio depresivo moderado a severo (2,0%)

y el trastorno de ansiedad generalizada (0,4%) (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2008).

Espinar es un distrito perteneciente a la Sierra, en donde las investigaciones en el campo de la psicología son muy escasas, sin embargo, la realidad de la situación muestra índices importantes en ansiedad en adolescentes, que deben ser tomados en cuenta a nivel interinstitucional y de manera multidisciplinaria en pro del bienestar mental a través de una oportuna intervención profesional. Una de las características de la población espinarense es que las figuras paternas se dedican la mayor parte de su tiempo a actividades laborales como la agricultura, ganadería, minería y comercio, dejando de lado el cuidado de sus hijos por desconocimiento de una adecuada crianza. Dada la problemática y en base a autoinformes, la ansiedad según las Teorías Interactivas la explican como consecuencia de la interacción entre el rasgo de la persona y las características de la situación, es así que Bermúdez (como se citó en Miguel y Cano, 1979) afirma: “cualquier manifestación puntual (estado) de ansiedad es consecuencia de la interacción entre cierta predisposición (rasgo) existente en el individuo y características de la situación en que tiene lugar la conducta”. Y el enfoque Neoconductista toma importancia desde la perspectiva multidimensional basado en un triple sistema de respuesta, a nivel motor, cognitivo y fisiológico.

En relación al vínculo parental y la ansiedad, se ha constatado que el vínculo parental tiene una influencia importante en el desarrollo de la persona. Existen estudios que se han dedicado a explicar el efecto que involucra la formación, la ruptura, la disfunción y los trastornos de las relaciones o vínculos que tienen lugar en el desarrollo y el funcionamiento de la personalidad a lo largo del ciclo vital y particularmente en la infancia y en la adolescencia. Las personas con un mayor bienestar recuerdan una relación más cálida, perciben una mayor expresividad emocional

en su familia y además presentan mayor claridad, regulación y verbalización de emociones, así como un buen rendimiento (Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo, 2006).

De esta manera, por todo lo anteriormente mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre los vínculos parentales percibidos y los niveles de ansiedad en adolescentes del distrito de Espinar?

2. Objetivos

1.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los vínculos parentales y la ansiedad en adolescentes de 5to grado de Secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar.

1.2. Objetivos específicos

- a. Identificar los tipos de vínculos parentales que los adolescentes de 5to grado de Secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar perciben de ambos padres según sexo.
- b. Identificar los niveles de ansiedad ante situaciones según sexo en adolescentes de 5to grado de Secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar.
- c. Identificar los niveles de ansiedad como respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras según sexo en adolescentes de 5to grado de Secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar.
- d. Relacionar los vínculos parentales de la madre y los niveles de ansiedad ante situaciones en los adolescentes de 5to grado de Secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar.

- e. Relacionar los vínculos parentales de la madre y los niveles de ansiedad según sus respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras en los adolescentes de 5to grado de Secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar.
- f. Relacionar los vínculos parentales del padre y los niveles de ansiedad ante situaciones en los adolescentes de 5to grado de Secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar.
- g. Relacionar los vínculos parentales del padre y los niveles de ansiedad según sus respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras en los adolescentes de 5to grado de Secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar.

3. Hipótesis

H_1 : Los vínculos parentales se relacionan con los niveles de ansiedad en los adolescentes del Distrito de Espinar, Cusco.

4. Justificación

La adolescencia es un período crucial para desarrollar y mantener hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental, tales como adoptar hábitos de sueño saludables; hacer ejercicio regularmente; desarrollar habilidades para las relaciones interpersonales, resolver problemas y aprender a gestionar las emociones; los ambientes propicios en la familia, la escuela y la comunidad en general también son importantes (OMS, 2018). Urizar (2012) afirma: “la calidad y las vicisitudes de las relaciones tempranas son determinantes en el desarrollo de la personalidad y de la salud mental”.

Según el análisis situacional realizado por el plan de desarrollo concertado de la Provincia de Espinar (2016) informa que “un factor alarmante que está ocurriendo a nivel de la provincia de Espinar es la violencia dentro de la familia. La ausencia de los padres del hogar, por razones económicas y laborales, está afectando con mucha fuerza la unidad e integridad de la familia. No se da un acompañamiento de los hijos en el proceso formativo, humano y cristiano. A esto se suma la omnipresencia de la televisión, la tecnología, como los celulares, las redes sociales y demás tecnologías de la comunicación que están rompiendo el diálogo no solo del matrimonio de parejas que conviven, sino también la comunicación y el diálogo con los hijos”. Bajo el mismo análisis, en el 2018 la oficina de coordinación de tutoría y psicología de la I.E. Teniente Coronel “Pedro Ruiz Gallo” puso en conocimiento a través de su diagnóstico situacional que el 86% de sus estudiantes viven con sus padres, sin embargo, un 14% no vive con ellos, debido a que sus progenitores se encuentran en zonas rurales, cabe resaltar que del total de estudiantes que viven con sus padres, la mayor parte de ellos no dedica tiempo suficiente a sus hijos debido a que se ocupan principalmente a la agricultura y ganadería.

El estudio planteado contribuirá a explicar y entender de manera más específica sobre la relación existente entre los vínculos parentales y la ansiedad en adolescentes de la provincia de Espinar, Cusco.

Así mismo los resultados contribuirán a promover la salud mental de los adolescentes, fortaleciendo los vínculos parentales óptimos para mejorar el ambiente familiar de lo contrario, la salud mental se ve afectado por los trastornos mentales como la depresión y los trastornos de ansiedad reduciendo la calidad de vida, la capacidad funcional, la productividad, la integración social e independencia. Desarrollar un apego seguro facilita el afrontar las circunstancias de la vida de forma adecuada y competente, genera estrategias para afrontar el estrés. De esta manera este

trabajo será útil en el trabajo multidimensional con el fin de lograr el bienestar psicológico del adolescente: para el profesional psicólogo le servirá como referente para realizar planes psicoterapéuticos o programas de intervención; para el profesional de tutoría le permitirá difundir y orientar tanto a los padres como a los adolescentes sobre la importancia de generar vínculos parentales óptimos. “La labor preventiva más importante es mejorar las competencias parentales para la crianza” (Urizar, 2012, p.15). En este sentido servirá para futuras investigaciones indagar la importancia de generar vínculos afectivos adecuados en diferentes áreas del ser humano, ya sea, laboral, académico, social y otros.

El proyecto será factible debido a la accesibilidad y total disposición de las Instituciones Educativas seleccionadas, así mismo, el tiempo y los recursos necesarios no causarán dificultades durante el proceso de investigación.

Por otro lado, mediante la investigación se conocerá si existe o no relación entre los vínculos parentales y la ansiedad en adolescentes de 5to año de Secundaria a de Instituciones Educativas estatales del distrito de Espinar. Además, esta metodología fomentará al estudio en poblaciones con escasas investigaciones.

5. Antecedentes

No existen investigaciones realizadas en el Distrito de Espinar en relación al tema tratado, sin embargo, encontramos estudios a nivel nacional.

Chambilla (2018), realizó un estudio titulado “Relación de los vínculos parentales con depresión y niveles de ansiedad en estudiantes de la Academia Preuniversitaria Mendel, Arequipa 2018”, con el objetivo de establecer la relación entre los vínculos parentales con Depresión y niveles de Ansiedad en adolescentes de la academia preuniversitaria Mendel, aplicó el instrumento

del Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument), la Escala de Birleson para depresión, el Instrumento de Ansiedad de Beck (BAI) y una ficha de recolección de datos, a una muestra representativa de 200 estudiantes. En cuanto a los resultados entre los vínculos maternos y la ansiedad, existen mayores niveles de ansiedad con relación a constricción cariñosa (34%), vínculo ausente (29.17%) o control sin afecto (20.59%), y es menor cuando el vínculo es óptimo (4.35% con ansiedad severa); respecto a la relación entre vínculos paternos y la ansiedad, muestra 25% de casos con control sin afecto con ansiedad severa, 23.08% con la constricción cariñosa, y 19.61% con vínculo ausente, siendo solo de 6.45% en el vínculo óptimo. Respecto a la relación de los vínculos maternos y depresión, no encontró depresión asociado al vínculo óptimo, y llegó a 29.17% con el vínculo ausente, 16% con constricción cariñosa, y 11.76% con control sin afecto. En la relación con el padre y la depresión, encontró depresión en 1.61% de estudiantes con vínculo óptimo, 3.92% con vínculo ausente, 10.26% con constripción cariñosa y 25% con control sin afecto. Concluye que los vínculos parentales óptimos producen menores niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel.

En otro estudio, Olivo (2012) realizó un estudio titulado “Ansiedad y estilos parentales en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana”, con el objetivo de determinar la relación entre los estilos parentales percibidos y la ansiedad en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana de nivel socioeconómico bajo. Aplicó el Instrumento del Vínculo Parental (PBI) y la Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños Revisada (CMAS-R) a 221 estudiantes de 16 a 18 años de ambos sexos que cursaban el quinto grado de secundaria en tres instituciones educativas públicas en los distritos de Independencia, La Victoria y San Juan de Miraflores. Encontró mayores niveles de ansiedad en mujeres. Respecto de los estilos parentales, encontró una mayor Protección materna y paterna percibida en las mujeres y una mayor Protección paterna en los participantes de mayor

edad. En la dimensión de Cuidado materno y paterno encontró correlaciones negativas en relación a las escalas de ansiedad; y encontró correlaciones positivas entre la dimensión de Protección materna y paterna y las escalas de ansiedad. En la muestra de los varones, la dimensión de Protección paterna se relacionó positivamente con todas las escalas de ansiedad.

Zegarra (2005) realizó un estudio bajo el título de “Correlación entre estrés familiar y ansiedad entre adolescentes del 5to grado de secundaria”, dicha investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre estrés familiar y la ansiedad en 222 adolescentes de Instituciones Estatales y Particulares del distrito de Majes. Utilizó la escala de Estrés Familiar elaborada por David Fontana y el inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de Miguel Tobal y Cano Vindel, encontrando mayor grado de estrés familiar en las instituciones educativas estatales, así mismo, se hallaron mayor predominancia de ansiedad en adolescentes mujeres, en conclusión, se encontró correlaciones positivas significativas entre estrés familiar y la ansiedad en los adolescentes.

6. Limitaciones del estudio

La presente investigación solo puede ser generalizada para muestras con características similares (adolescentes de ambos sexos, entre edades de 16 a 18 años, provenientes de provincias de la sierra, pertenecientes a una Institución Educativa Pública, de familias nucleares o que vivan con ambos padres).

7. Definición de términos

7.1. Adolescencia:

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

7.2. Ansiedad:

Sentimientos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo (Miguel y Cano, 1979).

7.3. Vínculos parentales:

Son comportamientos y actitudes de los padres que contribuyen al proceso de apego; que tienen dos dimensiones: cuidado y protección. (Parker, Tupling, & Brown, 1979 citados en Nandrino, Antoine y Dodin, 2012),

8. Variables e indicadores

Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	FACTORES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES
Variable principal: Vínculos Parentales	• Sobreprotección • Cuidado	• Afecto • Rechazo • Control • Autonomía	• Vínculo óptimo • Vínculo ausente o débil • Vínculo constreñida cariñosa • Vínculo control sin afecto	Escala nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Muy en desacuerdo • 1 = En desacuerdo • 2 = De acuerdo • 3 = Muy de acuerdo
Variable secundaria: Ansiedad	Niveles de ansiedad ante diferentes situaciones	• Ansiedad ante la evaluación • Ansiedad interpersonal • Ansiedad fóbica • Ansiedad ante situaciones habituales	• Ansiedad Extrema • Ansiedad Severa • Ansiedad Moderada a Marcada • Ausencia de ansiedad o mínima	Escala ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Casi nunca • 1 = Pocas veces • 2 = Unas veces sí, otras veces no • 3 = Muchas veces • 4 = Casi siempre
	Niveles de ansiedad como respuestas	• Cognitivo • Fisiológico • Motor			

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. Apego y vínculos parentales

1.1. Apego

1.1.1. Historia de la Teoría del Apego

En el libro “Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida” edición revisada 2014, se realiza una breve descripción del surgimiento de la teoría del apego.

El artículo “La naturaleza del vínculo de los niños con su madre” (1958) fue el primer artículo en el que Bowlby introdujo los conceptos precursores de apego. El segundo fue La naturaleza del Amor, de Harry Harlow que se basa en experimentos que mostraban las crías de monos Rhesus pareciendo formar un vínculo emocional con madres adoptivas (Bowlby, J. 1958, Harlow, H, 1958). El núcleo duro de la teoría del apego consiste en entender que un ser humano desde su nacimiento necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal que con la finalidad que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. Quiere decir que el

establecimiento de este primer vínculo fundamenta la seguridad del niño, pero también signa la futura seguridad del adulto, por lo tanto, demarca la dinámica de largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. El apego no solo se desarrolla en los humanos sino también en otros mamíferos e intervienen diversas teorías que abarcan los campos de la psicología evolutiva y la etología. El saldo de huérfanos y de niños sin hogar, sumado al hambre y al desorden social que dejó la Segunda Guerra Mundial, llevaron a la Organización de las Naciones Unidas a solicitar a John Bowlby que escribiría un folleto sobre el tema, que tituló Privación materna. Este fue el puntapié inicial para el posterior desarrollo de su teoría, más allá que el autor, como lo planteamos anteriormente ya venía gestando trabajos en esta dirección. La teoría del apego es una teoría que se centra entre la interacción entre principalmente madre e hijo, o cualquier mayor colocado en el lugar del protector. No solamente es la necesidad del bebé, sino de los adultos que se ubican en ese lugar, son adultos sensibles y receptivos a las relaciones sociales que permanecen como cuidadores consistentes por algunos meses durante el periodo de aproximadamente 6 meses a dos años de edad. Cuando el bebé comienza a gatear y caminar, empieza a utilizar las figuras conocidas como una relación de confianza y seguridad. La reacción de los padres lleva al desarrollo de patrones de apego y conducen a la construcción de modelos internos que guiarán las percepciones individuales, emociones y pensamientos del niño. La ansiedad por la separación o el dolor tras la pérdida de una figura de apego se considera una respuesta normal y adaptativa de un recién nacido apagado. Estos comportamientos pueden haber evolucionado debido a que aumentan la probabilidad de la supervivencia del niño (Prior, V. y Glaser, D. 2006). Mientras que Bowlby publicaba dos artículos que remarcaban la pérdida de un referente del apego (ansiedad de separación, dolor y luto en la primera infancia, ambos en 1960), su colega Mary Ainsworth, apoyándose en las teorías etológicas de Bowlby, desarrollaba en Uganda. Sus investigaciones

sobre la naturaleza de los vínculos en bebés (Bretherton, 1992). El trabajo empírico de esta colaboradora- una estudiante y podría decirse una discípula de Bowlby, examinó el desarrollo normativo de las relaciones de apego entre las culturas, así como los patrones de prestación de cuidados maternos que predicen las diferencias individuales en la calidad de la seguridad en el apego madre- hijo Ainsworth desarrolla e investiga fácticamente sus teorías, demostrando que existen varios estilos de apego. Las investigaciones realizadas por la psicóloga en la década de 1970 introdujeron nuevos conceptos como el de base segura (Bretherton, 1992) y clasificaron la teoría en número de patrones de apego en recién nacidos: apego seguro, apego inseguro- evitativo, y apego inseguro- ambivalente y posteriormente un cuarto patrón: el apego desorganizado desarrollado por Mary Main. Con el objetivo de evaluar patrones de apego en bebés y niños pequeños en las conductas de separación y reencuentro, Ainsworth desarrolló una herramienta estandarizada, el protocolo de situación extraña como la parte de laboratorio de su estudio más amplio, que también posibilita realizar prevención al respecto (Ainsworth, M. y otros. 1978). (p. 6-7)

1.1.2. Definición

Bowlby (1989) define el apego como: “Vinculación afectiva intensa, duradera de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción reciproca y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad”.

Bowlby (1993): “La teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado, cuando son abandonados o viven una separación o perdida”. La teoría del apego mantiene el concepto de buscar proximidad y contacto con su figura de apego.

Ortiz Barón y Yarnoz Yaben (1993) afirma: “El apego es el lazo afectivo que se establece entre el niño y una figura específica, que une a ambos en el espacio, perdura en el tiempo, se expresa en la tendencia estable de mantener la proximidad y cuya vertiente subjetiva es la sensación de seguridad”.

Según Pinto (como se citó en Chambilla, 2018) el apego se puede definir como un vínculo emocional íntimo entre dos personas caracterizado por el afecto mutuo y el deseo de mantenerse próximos.

Papalia (2010) afirma: “el apego es un vínculo emocional entre el lactante y el proveedor de cuidados, en donde ambos contribuyen a la calidad de la relación y hacen que dicho vínculo sea recíproco y duradero”.

MacDonald (como se citó en Papalia, 2010) afirma: “desde un punto de vista evolutivo, el apego tiene un valor adaptativo para los bebés al garantizar que se satisfagan sus necesidades psicosociales, así como las físicas”.

1.1.3. Funciones

- Según Bowlby (1993). En su libro “El vínculo afectivo”, las funciones del apego son:
- Procurar la supervivencia: Procurar la supervivencia en la medida que el sistema de apego mantiene próximos en contacto a la cría y al progenitor. Función íntima que garantiza la supervivencia.
- Proporcionar seguridad emocional: El sujeto busca a sus figuras de apego porque con ellas se siente seguro. De hecho, las figuras de apego son conceptualizadas como una base de seguridad a partir de la cual se explora. El que un niño explore hace que evolucione cognitivamente (se abre al mundo) por ello necesita seguridad.

- Ofrece y regula la cantidad y calidad de estimulación que necesita el niño para su desarrollo.
- Posibilita la exploración y consecuentemente el aprendizaje.
- Fomenta la salud física y mental (si el apego es adecuado).
- Favorece el desarrollo social (porque crea seguridad el apego).
- Proporciona placer (en sí mismo y pueden convertirse en un juego).

1.1.4. Tipos de apego

Mary Ainsworth en 1978 (citado en Papalia, 2010) estableció tres tipos de apego: inseguro evitativo, seguro y apego inseguro resistente o ansioso ambivalente.

- Apego seguro (la categoría más común, donde se encuentran cerca de 10 a 75% de los bebés estadounidenses de bajo riesgo)

Los bebés con un apego seguro lloran o protestan cuando la madre se aleja y la saludan alegremente cuando regresa. La utilizan como base segura, alejándose de ella para irse y explorar, pero suelen regresar de manera ocasional para reasegurarse. Por lo general, son cooperativos y relativamente libres de enojo.

- Apego ansioso o inseguro evitativo (15 a 25%)

Los bebés con un apego evitante rara vez lloran cuando la madre se aleja y la evitan a su retorno. Tienden a estar enojados y no buscan un acercamiento en momentos de necesidad. Les desagrada que los carguen, pero les desagrada aún más que se les baje.

- Apego ansioso o inseguro ambivalente o resistente (10 a 15%)

Los bebés con un apego ambivalente (resistente) se ponen ansiosos aun antes de que la madre se aleje y se alteran mucho cuando sale de la habitación. Cuando ella regresa, demuestran su

ambivalencia al buscar el contacto con ella al mismo tiempo que la resisten pateando o retorciéndose. Los bebés resistentes exploran poco y es difícil consolarlos.

Main y Solomon en 1986 (citado en Papalia, 2010) agregó una nueva categoría: apego inseguro desorganizado.

- Apego desorganizado-desorientado

Los bebés con el patrón desorganizado parecen carecer de una estrategia coherente para lidiar con el estrés de la situación extraña. En lugar de ello, exhiben conductas contradictorias, repetitivas o desencaminadas (donde buscan la cercanía con el desconocido en lugar de con la madre). Es posible que saluden a la madre felizmente cuando regresa, pero después se alejan de ella o se acercan sin mirarla. Parecen confundidos y temerosos. Es más probable que esto suceda en el caso de bebés cuyas madres son insensibles, invasivas o abusivas o que sufrieron pérdidas no resueltas. El temperamento del lactante no parece representar un factor (Carlson, 1998; van IJzendoorn et al., 1999). Se cree que el apego desorganizado sucede en al menos 10% de lactantes de bajo riesgo, pero en proporciones mucho más elevadas en ciertas poblaciones de alto riesgo, como niños prematuros, con autismo o síndrome de Down, y en aquellos cuyas madres abusan del alcohol o las drogas (Vondra y Barnett, 1999). Este patrón de apego parece representar un factor de riesgo para problemas conductuales posteriores, en especial conductas agresivas (van IJzendoorn et al., 1999).

1.1.5. Importancia de desarrollar una base segura

Es requisito fundamental asegurar que la relación entre padres e hijos sean sanos. Al respecto Barudy y Dantagnam (2007), consideran:

El apego como el vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores a través de un proceso relacional que para la cría es primeramente sensorial durante la vida intrauterina

(reconocimiento del olor, la voz y tacto de los progenitores), pero que apenas ocurrido el nacimiento, rápidamente se impregna según la reacción afectiva del adulto, que puede ser positiva o negativa según los contextos y las experiencias de vida (sobre todo infantiles) de la madre y secundariamente del padre. El apego es lo que produce los lazos invisibles que crea el menor con sus padres, caracterizada esta por los sentimientos de pertenencia a un sistema familiar determinado. En otras palabras, el apego une a padres e hijos en el espacio y en el tiempo, o que se manifiesta sobre todo durante la infancia por la tendencia a mantener una proximidad física, siendo su expresión subjetiva, cuando este apego es sano, la sensación de seguridad (Bowlby, J., 19973; Barudy, J., 1998). El establecimiento del apego permite no solo que el niño discrimine a partir de un momento de su desarrollo a familiares y extraños, sino también que disponga de una representación interna de sus figuras de apego, como disponibles, pero separada de sí mismo, pudiendo evocarlas en cualquier circunstancia. Por esta razón, el niño o niña reaccionará normalmente con ansiedad ante la separación o la ausencia de la figura de apego (principalmente la materna o sustitutas), calmándose y mostrando alegría en el reencuentro. La interiorización de una figura estable y disponible, pero separada de sí mismo, permite al niño o a la niña utilizar a esta como base de seguridad para explorar su entorno y a los extraños. Esta seguridad facilitará la diferenciación necesaria para ser un adulto capaz de ofrecer en su momento una vinculación de apego sano a sus propios hijos. Un apego sano evoca sentimientos de pertenecía a una relación donde el niño o la niña se sienta aceptado o en confianza. Los padres, por quienes los niños sienten un apego inseguro son interiorizados como fuente de seguridad. A partir de aquí el niño o niña podrá sentir placer por explorar su entorno, construyendo su propia red psico-socio-afectivo. Cuando esta relación de apego se ha

construido sanamente, la separación del niño de sus padres provocará signos de ansiedad acompañado de una demanda de reunirse con ello. A partir del primer año de vida del niño podemos considerar si las diferentes fases del proceso de apego han permitido o no una vinculación selectiva con las figuras parentales y han asegurado la seguridad de base, punto de partida para el desarrollo paulatino de la confianza en él mismo y es su entorno. (p. 165-166)

Papalia (2010) relaciona la importancia de una base segura con el buen desarrollo socioemocional del individuo, afirmando lo siguiente:

La seguridad del apego parece influir en la competencia emocional, social y cognoscitivo (Van IJzendoorn y Sagi, 1997). Entre más seguro sea el apego de un niño con un adulto cariñoso más probable será que desarrolle buenas relaciones con otros. Si en su infancia los niños tuvieron una infancia segura y podían contar con la sensibilidad de los padres o cuidadores, suelen contar con la confianza suficiente para tener una participación activa en su mundo (Jacobsen y Hofmann, 1997). En un estudio realizado con 70 niños de 15 meses, que tenían un apego seguro hacia sus madres, según la medición de la situación desconocida, mostraban menos estrés al adaptarse a la guardería que los niños con un apego inseguro (Ahnert, Gunnar, Lamb y Barthel, 2014). Por lo general, los niños con un apego seguro tienen un vocabulario más amplio y variado que los que carecen de él (Meins, 1998). Sus interacciones con sus compañeros son positivas y es más probable que sus acercamientos amistosos sean aceptados (Fagot, 1997). Entre los tres y cinco años de edad, por lo general los niños con apego seguro son más curiosos, competentes, empáticos, resilientes y seguros, se llevan mejor con otros niños y forman amistades más estrechas que los que en la infancia se apoyaron de manera insegura. Sus interacciones con los padres,

los maestros de preescolar y los padres son más positivas; pueden resolver mejor los conflictos y su autoimagen es más positiva. En una observación de laboratorio francocanadiense, los patrones de apego y la calidad emocional de las interacciones de niños de seis años de edad con sus madres predijo la fortaleza de las habilidades de comunicación de los niños, su participación cognitiva y motivación de dominio a los ocho años de edad (Moss y St-Laurent, 2001). El apego seguro parece preparar a los niños para la intimidad de las amistades (Carlson, Sroufe y Egeland, 2004). Durante la tercera infancia y adolescencia, los niños con apegos seguros (al menos en culturas occidentales, donde se han realizado la mayoría de los estudios) tienden a tener amistades más cercanas y estables (Schneider, Atkinson y Tardif, 2001; Sroufe, Carlson y Shulman, 1993). (p.193-194)

A partir de las interacciones del bebé con la madre, propuesta por Ainsworth y Bowlby, el niño construye un “prototipo” de lo que puede esperarse de ella. El modelo se sostiene en la medida que la madre actúe de la misma manera. Si su conducta cambia (no una o dos veces, sino de manera sistemática) el bebé puede corregir el modelo y la seguridad del apego puede cambiar. El prototipo del apego del bebé se relaciona con el concepto de confianza básica de Erikson. El apego seguro refleja confianza; el apego inseguro, desconfianza. Los bebés con un apego seguro aprenden a confiar no sólo en sus proveedores de cuidados, sino en su propia capacidad de obtener lo que necesitan. (p. 190)

Es por ello que los seres humanos en diferentes etapas de su vida son más felices y poseen mayores probabilidades de desarrollar sus capacidades mientras tengan la seguridad de contar con personas de confianza a su alrededor tanto para enfrentarse al mundo y sus demandas así como para refugiarse de los posibles peligros, lo que Bowlby denominó una base segura, es así que el

mantenimiento imperturbable de tales relaciones es experimentado como una fuente de seguridad, sin embargo, la amenaza de ruptura o pérdida de los vínculos dará lugar a la ansiedad, irá y dolor.

1.1.6. Efectos de los apegos disfuncionales en la infancia y adolescencia

Barudy y Dantagnam (2007), en base a investigaciones dieron a conocer las siguientes características de los apegos disfuncionales:

- Apego inseguro evitativo

El estilo de apego inseguro evitativo se caracteriza por ser un mecanismo de autoprotección que consiste en evitar o inhibir los elementos conductuales que buscan la proximidad con su figura de apego. Cuando las respuestas obtenidas por parte de ésta no solo no satisfacen las necesidades afectivas del niño, sino que también son generadoras de estrés, angustia y dolor, la inhibición de sus conductas de apego, como todo relacionado con su mundo emocional, le proporcionarán una vivencia de seudoseguridad.

Según las investigaciones, existen entre un 15% y un 23% de niños y adolescentes con estilos de apego inseguro evitativo dentro de estas franjas de población víctimas de malos tratos.

A medida que el niño va creciendo y entrando a la etapa adolescente, va utilizando diferentes estrategias para rehuir todos aquellos aspectos que tengan que ver con los vínculos interpersonales, los afectos y las emociones. Fácilmente pueden minimizar la importancia de estos aspectos de la vida y el contenido emocional de las relaciones presentes y pasadas. Esto se expresa en la poca emoción que manifiestan en sus conversaciones con sus pares y los demás. La evitación de la afectividad puede llegar a tal punto que los contenidos históricos cargados afectivamente muchas veces están excluidos de la conciencia y, sencillamente, el niño o joven no solo evita, sino que, además no puede acceder a ellos. Este es un mecanismo o estrategia para protegerse o adaptarse a la vida con la menor angustia posible. Estos adolescentes frecuentemente muestran respuestas

disociativas en relaciones que impliquen expresar emociones que, cuando son crónicas, pueden transformarse en trastornos disociativos.

Cabe decir también que no todos los adolescentes presentan este estilo de relación en el mismo grado; algunos de ellos pueden ser socialmente reservados, concentrados constructivamente en alguna tarea o actividad en la que son exitosas, por ser compulsivamente autodependientes, con dificultades relacionadas en su vida social. En general, a pesar de las dificultades asociadas al plano afectivo los adolescentes no presentan grandes influencias en otras áreas de funcionamiento. Por lo tanto, pueden mantenerse con buen nivel de funcionamiento fuera del ámbito de las relaciones cercanas e íntimas. Sin embargo, este estilo de apego puede llevar a que algunos adolescentes presentar importantes problemas conductuales, especialmente en situaciones de estrés, cambios en el entorno o cambios evolutivos como la entrada en la adolescencia. La incapacidad del adolescente, por ejemplo, para pedir ser reconfortado o aliviado o para compartir y reflexionar sobre sus experiencias puede fácilmente a llevarlo a tener comportamiento hostiles y antisociales. Ya en 1944, Bowlby afirmaba que estas incapacidades pueden ser precursoras de personalidades antisociales, lo que más tarde investigaciones y estudios longitudinales han afirmado. Esto dependerá de la naturaleza de la relación con sus cuidadores primarios, de sus características y recursos personales, de la calidad de las experiencias relacionales y afectivas a lo largo de su infancia, pero particularmente de la calidad de las relaciones interpersonales que se les ofrezcan en su contexto de vida en el momento de la adolescencia.

Tanto su relación con sus pares como con los adultos, estos chicos tienden a mostrarse lo más independientes posible: no demandan mucho de las relaciones y tampoco invierten tiempo en definirlas y cuestionarlas. Las relaciones sociales tienen un fin o una funcionalidad (jugar, ver una

película, fumar, conseguir algo, aprender algo, etc.), pero muchas veces pueden dar la imagen de tener una relación de amistad o intimidad, aunque en realidad no siempre lo sea.

Recordemos lo que Crittenden (1992,1995) señala al respecto: "para estos niños ser aprobados es ser queridos". La gente puede por tanto llegar a ser socialmente astuta respecto al comportamiento de los demás, lo que produce una respuesta "camaleónica" en las situaciones sociales. Es claro que la respuesta camaleónica o la expresión "donde calienta el sol" reflejan una manera protectora no confrontadora para relacionarse con los otros con buen grado de distancia emocional. Estos niños manifiestan indirectamente necesidad de reconocimiento y aprobación.

Podemos comprender también que las relaciones sociales en general pueden ser relativamente estables siempre y cuando el ambiente no se cargue cercanía afectiva y dependencia. Si fuera así, podrían volverse conflictivas o inestables por la inseguridad que la vinculación provoca. A partir de sus malas experiencias relacionales, ellos o ellas dan por sentado que, si se vinculan genuinamente, sintiendo y expresando sin temor sus afectos, acabarán siendo rechazados y/o abandonado por el otro. Por ello cuando las relaciones personales comienzan a tornarse íntimas, con cierta dependencia, los sentimientos que conllevan se manejan de forma distante, racional o fría. En algunos casos, los y las adolescentes evitan sentimientos de preocupación y angustia y desarrollan conductas y obsesiones compulsivas. Estas conductas, además son un intento de ganar algún control personal sobre los acontecimientos o situaciones que les han generado un elevado grado de ansiedad. Las barreras que intentan imponer entre él o ella y los otros también puedan expresarse mediante su descuido en la higiene personal u optar por una apariencia que, a pesar de ser llamativa, produce reacciones de desagrado y conductas de rechazo en su entorno.

En la adolescencia, estos chicos o chicas pueden acentuar sus rasgos evitativos de relacionarse o, por el contrario, si encuentran apoyo y recursos resilientes, como por ejemplo encontrar personas que puedan ofrecerles vínculos de calidad, mejorar su modo de relacionarse.

- Apego inseguro ambivalente

Se caracteriza por la vivencia de una ansiedad profunda de ser amado y de ser lo suficientemente valioso o valiosa, así como por una preocupación en interés o desinterés y en la disponibilidad emocional que muestran los otros hacia él o ella. El niño o la niña desarrollaran sentimientos de ambivalencia ante las figuras de apego debido a sus necesidades afectivas insatisfechas. Por lo tanto, la estrategia de seudoseguridad será incrementar las conductas de apego como un modo de mantener la proximidad de la figura de apego.

Alrededor de un 20% de la población de niños víctimas de malos tratos presenta este estilo de apego.

Los niños con este estilo van a continuar utilizando estrategias coercitivas que harán de las relaciones interpersonales algo doloroso de manejar. Estos adolescentes tienen mucha dificultad para saber cómo mantener una relación y disfrutar de la vida a partir de ella porque todo se centra en definirla. La relación con sus pares se torna negativa, con sentimientos de inseguridad, rabia y frustración y con un alto nivel de angustia. Las conductas agresivas y de frustración pueden llegar a ser altamente disruptivas, con mucha impulsividad y dificultad de controlarse. Los cambios de ánimo propios de la adolescencia se viven intensamente en ellos, y hacen que el contenido emocional pase de un extremo a otro: se puede percibir a un amigo como "súper", maravilloso, y después insopportable, odioso y cruel. En realidad, a estos chicos y chicas les invade el miedo de ser abandonados, un miedo presente en sus relaciones significativas.

- Apego inseguro desorganizado

Los niños con estilos de apego inseguro, tanto evitativo como ansioso ambivalente organizan su forma de comportarse con el fin de obtener una vivencia de cercanía con su figura de apego, inhibiéndose o reactivándose. Pero los niños de apego inseguro desorganizado, como la palabra lo indica, tienen experiencias relacionadas tempranas tan dolorosas y caóticas que ni siquiera pueden organizarse en responder de una forma regular y característica en su relación con sus cuidadores. Las estrategias defensivas colapsan.

Main y Solon (1990) fueron los primeros en clasificar este cuarto estilo de apego en niños con estilos inclasificables en la prueba de situación extraña y que no correspondían a ninguna de las clasificaciones de apego tradicionalmente conocidas, como las propuestas como las propuestas por M. Ainsworth (1978). El estilo de apego inseguro desorganizado se genera en ambientes familiares con padres o cuidadores que han ejercido estilos de relaciones parentales altamente incompetentes y patológicos como consecuencia de haber sufrido experiencias severamente traumáticas y/o perdidas múltiples no elaboradas en su propia infancia. Experiencias que no pudieron ser elaboradas como pues estos padres, cuando niños no recibieron protección ni ayuda.

Alrededor de 75 u 80% de la población de niños maltratados presenta estilo de apego desorganizado.

Las tareas propias de la adolescencia y los cambios que provocan en la vida de un niño son desafíos gigantescos cuando se trata de chicos que han vivido un estrés y un trauma crónico como consecuencia de malos tratos familiares e institucionales en su infancia. Los malos tratos y los abruptos y múltiples cambios de cuidadores y de contextos de vida, sobrellevados por una personalidad profundamente herida, hacen surgir el dolor de los múltiples traumas en una fase de la vida sumamente vulnerable.

Sino brindamos experiencias alternativas que modifiquen su modo de verse y verse a los otros por lo tanto, su modo de estar en el mundo-, estos adolescentes que se preparan para ser y parecer adultos reafirmarán su percepción de ser indignos, amados y apreciados. Al mismo tiempo, reforzará su imagen de ser poderosamente malos y peligrosos. Si conviven -o más bien sobreviven- como mejor los permiten sus estrategias en contexto que reaccionen represivamente y que no responden para ayudarle a calmar su dolor enmascarado por sus agresiones, desarrollarán relaciones interpersonales superficiales, cortas y conflictivas, o duraderas, pero destructivas. Sus comportamientos de apego se balancean entre el acercamiento desconfiado y la retirada impulsiva con gran intensidad.

Muchas de las características identificadas en los estilos de apego desorganizado en la niñez continúan afianzándose en la adolescencia y en la edad adulta. Por ejemplo, el estilo agresivo en los adolescentes se manifiesta porque el modo de interactuar es básicamente antisocial, agresivo y violento con el fin de controlar las relaciones.

En adolescentes politraumatizados con historias de perdidas afectivas importantes, con experiencias de malos tratos severos en su infancia no han podido comprender, elaborar ni manejar, los traumas están “contaminando” sus relaciones actuales, dejando poco espacio para “rehacer” su modo de estar en el mundo. Posteriormente, como padres, en sus prácticas parentales, activarán sus traumas no resueltos y probablemente intentarán fallidamente curar sus heridas afectivas abusando, maltratando, descuidando, abandonando a sus propios hijos.

La descripción de las carreras morales de los niños maltratados físicamente y sexualmente nos brinda mayor claridad sobre el proceso en el que se desarrollan los trastornos conductuales, afectivos y de personalidad que éstas víctimas presentan (Barudy, 1998). Muchos de estos jóvenes acaban presentando trastornos depresivos crónicos, comportamientos sociopáticos y trastorno

límites de la personalidad. En este sentido, investigadores clínicos como Fonagy (1995) nos enseñan cómo y por qué el apego desorganizado se relaciona, con los trastornos de personalidad borderline.

Los estudios longitudinales de bebés clasificados con estilos de apego desorganizado han encontrado un riesgo elevado de desarrollar comportamientos agresivos, desórdenes mentales, trastornos del comportamiento en la escuela y otras psicopatologías.

1.2. Vínculos parentales

1.2.1. Definición

Los vínculos parentales son comportamientos y actitudes de los padres que contribuyen al proceso de apego; que tienen dos dimensiones: cuidado y protección. (Parker, Tupling, & Brown, 1979 citados en Nandrino, Antoine y Dodin, 2012).

1.2.2. Tipología de vínculos parentales según Parker

Los autores del Instrumento de Vínculos Parentales (PBI), en base a la teoría del Apego de Bowlby y los tipos de apego de Ainsworth, definen cuatro tipos de vínculo basados en los puntajes de las dimensiones de Control y Sobreprotección (Parker et al., 1979), los cuales forman parte del modelo teórico del instrumento en estudio y son los siguientes:

- Vínculo óptimo: establecido por las conductas de cuidadores afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente; y que al mismo tiempo suelen promover la independencia y autonomía de los hijos.

De acuerdo a la investigación realizada por Riveros (2009) en adolescentes de la ciudad de Arequipa, halló una relación significativa entre el vínculo óptimo con la resiliencia alta y media.

- Vínculo ausente o débil: este tipo de vínculo es establecido por cuidadores que demuestran frialdad emocional, indiferencia y negligencia; a su vez que promueven la autonomía de sus hijos.

El vínculo ausente y el vínculo control sin afecto están relacionados con la resiliencia baja (Riveros, 2009).

- Constricción cariñosa: este vínculo se constituye por cuidadores afectuosos, empáticos y cercanos con sus hijos; sin embargo, también suelen ser controladores, intrusivos, suelen infantilizar y restringir la autonomía de sus hijos.
- Control sin afecto: constituido por cuidadores con actitudes frías emocionalmente, indiferencia y negligencia emocional, pero al mismo tiempo suelen ser controladores, infantilizan y restringen la conducta autónoma de sus hijos.

Según un estudio realizado por Ramírez (2006) en universitarios de la Universidad Nacional de San Agustín, concluyó que el vínculo control sin afecto explica o predice la aparición de la alexitimia.

Así mismo, el vínculo control sin afecto y el vínculo ausente poseen mayor relación con la conducta antisocial y delictiva (Del Águila y Loayza, 2007).

Se han venido desarrollando diferentes estudios buscando la explicación o relación existente de las dimensiones cuidado y sobreprotección en asociación con los problemas que afectan la Salud Mental, es así que encontramos investigaciones como la de Olivo (2012) quien explica que “un bajo nivel de calidez o afecto puede conllevar a que el hijo o hija perciba al mundo como un lugar inseguro y que al confrontar situaciones no perciba apoyo por parte de otras personas, además contribuye a que se aprenda que los resultados emocionales positivos son improbables y fuera del

control de la persona, conllevando a una baja capacidad para afrontar o soportar las emociones negativas”, por lo tanto, los altos niveles de cuidado se asocian con los bajos niveles de ansiedad.

Cuando existe puntajes altos en la dimensión de sobreprotección en el estilo de crianza la alexitimia aumenta, sin embargo, en la dimensión de cuidado ocurre una correlación inversa, a mayor cuidado la alexitimia se presenta en menor nivel (Ramírez, 2006). Por otro lado, el establecimiento de una sobreprotección alta se relaciona con un bajo desarrollo de resiliencia (Riveros, 2009).

Tomando como referencia los tipos de apego de Ainsworth y los tipos de vínculo de Parker, se puede determinar que el vínculo óptimo describiría un tipo de apego seguro, un vínculo débil, se relacionaría con el apego evitativo, y la constrección cariñosa en adición con el control sin afecto abarcarián el tipo de apego ambivalente (Gómez et al., 2010).

1.2.3. Estilos parentales según otros autores

A. Clasificación según Baumring (1991):

Esta clasificación se basa en el grado de control que ejercen los padres con sus hijos al momento de criarlos, los cuales son:

- Padres autoritarios: este modelo se caracteriza por imponer una postura rígida propiciada de los padres hacia sus hijos, en donde la obediencia es considerada una virtud e imponiendo medidas de castigo o de fuerza, restringiendo la autonomía del menor. Son padres que no dan explicaciones de sus comportamientos autoritarios porque no sienten la necesidad, restringen el diálogo, reprimen o prohíben cuando consideran que una conducta no es adecuada e imponen reglas sin cuestionamiento. Estos padres usan frecuentes los castigos físicos y psicológicos, reducen la iniciativa y espontaneidad del niño, a la vez que fomentan comportamientos hostiles en los hijos,

por lo que la distancia y la falta de comunicación se hace cada vez mayor. Para Tierno (1992) las graves consecuencias experimentadas dentro del autoritarismo despótico, durante demasiados años, generalmente se transmiten de generación en generación formando una cadena familiar. Generalmente los hijos mostrarán una “agresividad transferida”, contra personas, situaciones o cosas que no tienen relación alguna con la causa de la frustración.

- **Padres permisivos:** Son padres receptivos y no exigentes, dan mayor espacio posible a la espontaneidad natural en sus hijos. Estos padres buscan la neutralidad y no interferencia en el moldeamiento y modificación del comportamiento de sus hijos. Los padres evitan hacer uso del control, muestran una excesiva concesión en las demandas de sus hijos y son tolerantes. La idea radica en sus hijos deben de crecer en libertad, con escasos o sin límites. Otra idea radica en que sus hijos posean todos sus deseos satisfechos a diferencia de ellos que no lo tuvieron. Estos padres se muestran permisivos por miedo al enfrentamiento con sus hijos y que acaban sediendo a sus demandas. Los niños de padres permisivos tienden a ser indulgentes, inadaptados sociales, destructivos (Woolfolk, 1996), generalmente son los menos autocontrolados tienen logros escolares bajos, agresivos, inmaduros, mentirosos, desobedientes, inseguros, inadaptados, con baja autoestima y frustrados.
- **Padres democráticos:** son receptivos y exigentes, ponen límites a sus hijos de manera racional, haciéndoles entender la utilidad de un cierto control y las consecuencias de la conducta. Este grupo de padres es sensible a las necesidades de los hijos, estimulan la expresión de sus necesidades y proporcionan espacio para la responsabilidad como para la autonomía. Este estilo es el que más facilita en el desarrollo de la competencia social

(Carter, et, at, 1981; Libert y Spiegel, 2000; Neal y cols, 2001). El estilo democrático da importancia a la iniciativa personal del niño, al procurar que sea el mismo el encargado de resolver los problemas que le plantea la vida cotidiana, sin dejar de lado la orientación como padre. Las normas que imponen están adecuadas a las necesidades y posibilidades de sus hijos, con límites claros que mantienen de modo coherente, exigiendo su cumplimiento (Ceballos y Rodrigo, 1998).

Según Papalia y Wendkos Olds (1992) y Woolfolk (1996) los niños de padres democráticos tienden a ser los niños con mejores logros académicos, porque los padres les dedican tiempo en la realización de tareas escolares, les clarifican las dudas, recompensan las conductas apropiadas y se enfocan menos al castigo físico y solo recurren a él cuando consideran muy necesario y lo acompañan con una explicación, generalmente son los niños más seguros, competentes socialmente, presentan menos agresividad y hostilidad, tienden a ser independientes con una mayor autoestima y autocontrol, son más autodogmáticos, son más populares, se muestran más satisfechos y tienden a desarrollar satisfactoriamente dentro de la sociedad siendo más activos y creativos.

- Padres negligentes o rechazantes: no son exigentes ni receptivos, son indiferentes, carecen de compromiso con sus niños, es casi nula la supervisión adecuada. Los hijos de padres negligentes se perciben irresponsables en asuntos que incluyen su propia salud y bienestar físico. Son sociables, pero carecen de un adecuado comportamiento en situaciones sociales básicas (Libert y Siegel, 2000).

B. Clasificación de MacCoby y Martín (1983):

Redefinieron la clasificación de Baumrind (1971), en función a dos dimensiones: “exigencia y no exigencia” paterna “responsividad y no responsividad” para ellos las exigencias tiene que ver con el grado de control. Por otra parte, la responsividad se refiere al afecto (sensibilidad y calidez en cuanto a las demandas de los hijos).

De estas dos dimensiones obtienen cuatro estilos educativos diferentes:

- Democráticos – recíprocos
- Autoritario – represivo
- Permisivo – indulgente
- Permisivo – negligente

C. Clasificación según Van Pelt (1985):

Clasificó a los padres en posesivos, sin amor, permisivos y autoritarios.

D. Clasificación según Faw (1981): Describe 3 tipos de paternidad.

Padres autoritarios, permisivos y democráticos.

E. Clasificación según George, Kaplan y Main (1985):

Diseñaron entrevistas para estudiar el "estado mental" o "sistema representacional" de los padres con respecto al apego. De esta codificación surge una clasificación del individuo en 4 categorías que serían equivalentes a las descritas por Ainsworth.

- Padres seguros o autónomos: son padres que muestran coherencia y equilibrio en su valoración de las experiencias infantiles, tanto si son positivas como si son negativas. No idealizan a sus padres ni recuerdan el pasado con ira. Este modelo correspondería el tipo de apego seguro encontrado en niños. Estos padres suelen mostrarse sensibles y afectuosos en sus relaciones con sus hijos.

- Padres preocupados: muestran mucha emoción al recordar sus experiencias infantiles, expresando frecuentemente ira hacia sus padres. Parecen agobiados y confundidos acerca de la relación con sus padres, mostrando muchas incoherencias y siendo incapaces de ofrecer una imagen consistente y sin contradicciones. Estos padres se muestran preocupados con su competencia social. En su relación con sus hijos muestran unas interacciones confusas y caóticas, son poco responsivos e interfieren frecuentemente en la conducta exploratoria del niño. No es extraño que sus hijos suelan ser considerados como inseguros ambivalentes.
- Padres rechazados: estos padres quitan importancia a sus relaciones infantiles de apego y tienden a idealizar a sus padres, sin ser capaces de recordar experiencias concretas. Lo poco que recuerdan lo hacen de una forma muy fría e intelectual, con poca emoción. El comportamiento de estos padres con sus hijos, son generalmente consideradas como inseguros evitativos.
- Padres no resueltos: que serían el equivalente del apego Inseguro desorganizado/desorientado. Se trata de sujetos que presentan características de los tres grupos anteriores y que muestran lapsus significativos y desorientación y confusión en sus procesos de razonamiento en la hora de interpretar distintas experiencias de pérdidas y traumas (Main y Hesse, 1990).

2. Ansiedad en adolescentes

2.1. Definición de ansiedad

La ansiedad ha sido definida como una reacción fundamentalmente afectiva ante una tensión constante. Dichas presiones o tensiones se centraron en función a tres niveles: fisiológico, cognitivo y motor; ante diferentes situaciones percibidas como amenazantes y/o de peligro inminente (Miguel y Cano, 2007).

Lagos (como se citó en Pinillos, 2018) refirió que la ansiedad, ha sido un proceso histórico que se desarrolló dentro del entorno ambiental e individual, asociado a una emoción natural o ante un contexto de presión.

2.2. Diferenciación entre la Ansiedad y otras perturbaciones psicológicas

2.2.1. Ansiedad y angustia

Navlet (2012), menciona a la ansiedad como la convicción de una posible amenaza que no necesariamente era probada, a diferencia de la angustia, donde predomina la sintomatología fisiológica de acuerdo al nivel de percepción del sujeto ante un fenómeno desencadenante y respuestas atenuadas o de paralización.

En la angustia se caracteriza principalmente por presentar síntomas físicos, como reacciones de paralización, sobrecogimiento y atenuación, por el contrario, la ansiedad abarca sentimientos psíquicos, como sensación de peligro inminente y catástrofe; acompañado de reacciones de sobresalto y búsqueda de soluciones al peligro de forma más eficaz que en la angustia (Navlet, 2012).

Fernández (2003) afirma: “la angustia se refiere a la experiencia subjetiva asociada a la ansiedad, es decir, se utiliza para referirse al sentimiento que se produce en la respuesta de ansiedad, y, por tanto, es parte de la misma”.

2.2.2. Ansiedad y estrés

Selye (como se citó en Navlet, 2012) define al estrés como una reacción ante los factores estresantes: climatológicos (calor, frío...) o biológicos (enfermedades, traumatismos, intervenciones quirúrgicas), si estos factores son percibidos como un peligro para el individuo.

El estrés se activa ante demandas ambientales (laboral, social, etc.) a las que el individuo debe responder adecuadamente poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento, sin embargo, cuando la demanda del ambiente sobrepasa los recursos de afrontamiento del individuo, desencadenará una serie de reacciones adaptativas que implican activación fisiológica. A su vez, esta reacción se acompaña de una serie de emociones negativas (desagradables), entre las que destacan la ansiedad, la ira y la depresión. El estrés suele tener como manifestación la ansiedad, en cuyo caso se trata de una respuesta emocional provocada por un agente desencadenante (denominado agente estresante) interno o externo. La ansiedad, además de ser una respuesta emocional al estrés, puede ser una reacción emocional de alerta ante una amenaza que puede originarse sin agentes estresantes. De hecho, en el trastorno de la ansiedad, la sintomatología ansiosa no depende de la existencia de agentes estresantes, si bien quienes la padecen son más vulnerables a las situaciones de estrés. El estrés produce ansiedad, pero el individuo que padece ansiedad no necesariamente padece de estrés (Anónimo, 2010).

2.2.3. Ansiedad y miedo

Marks (como se citó en Navlet, 2012) menciona que el miedo, se encuentra ligado a “un peligro presente e inminente” que provoca reacciones de huida o de ocultamiento, mientras que la ansiedad, se manifiesta como “respuesta de anticipación al peligro futuro, indefinible e imprevisible.

Fernández (2003) afirma que el miedo y ansiedad “configuran una familia emocional, ya que comparten recursos y funciones, al tiempo que actúan de forma complementaria”.

2.3. Modelos explicativos de la ansiedad

2.3.1. Teorías Interactivas

Miguel y Cano (2007,), explican la ansiedad a través de la teoría Interactiva:

Tras las duras críticas por Mischel (1968) a las teorías Rasgo- Estado, negando que la conducta este determinado exclusivamente por factores internos, y los posteriores excesos del enfoque situacionista, convirtiendo a los estímulos ambientales en los principales y prácticamente únicos determinantes del comportamiento, aparecen las teorías interaccionistas. Algunos autores como Bowers (1972,1973), proponen que el método adecuado para estudiar la personalidad debe ocuparse de como las características del individuo y de la situación influyen entre sí; es decir, de cómo interactúan. Las teorías interactivas explican la ansiedad en función a las características personales, las condiciones de la situación y, sobretodo de la interacción de la persona con la situación. El supuesto básico del que se parte es el siguiente: “cualquier manifestación puntual (estado) de la ansiedad es consecuencia de la interacción entre cierta predisposición (rasgo) existente entre el individuo y características de la situación que tiene la conducta” (Bermúdez, 1983, pág.1004). Es decir, toda reacción de ansiedad dependerá de la interacción entre el rasgo de ansiedad del sujeto y las características estresantes de la situación. Endler y Magnusson (1974, 1976) señalan los elementos básicos de esta interacción persona- situación y son los siguientes:

La conducta actual es función del proceso continuo de interacción entre el individuo y la situación en que se encuentra.

El individuo es un agente activo e intencional en sus procesos de interacción.

Respecto a la persona, los factores cognitivos y motivacionales son los principales determinantes de la conducta.

Respecto a la situación, el significado psicológico que ésta tiene para el individuo es el factor determinante más importante.

La situación influye en la conducta del individuo dependiendo de la forma en que éste la perciba, es decir, dependiendo de la información que esta situación que esta proporcione y de la forma en que el individuo la interprete así, las diferencias individuales en el comportamiento se deberán a la conjunción de dos tipos de información: la procedente de la persona y la procedente de la situación. En cuanto a la controversia de que si el comportamiento está determinado en mayor grado por los aspectos personales o por los situacionales, cuando más claro y definido sea la situación, mayor fuerza tendrá en la determinación del comportamiento individual, pasando las características personales a un segundo plano; a medida que la situación se convierte en más ambigua y menos precisa, la relación expuesta se invierte, siendo las características personales las que mejor explicarían el comportamiento. (p.7)

2.3.2. Enfoque Neoconductista

Así mismo, Miguel y Cano (2007), explican la ansiedad a través de la teoría Neoconductista:

A partir de los años sesenta, con la introducción de variables cognitivas por parte del neoconductismo, se modifica el concepto de ansiedad; deja de ser considerada como un fenómeno exclusivamente periférico para cobrar una significación central, cognitiva. También se pone de relieve la importancia de estudiar la ansiedad desde una perspectiva multidimensional. La fusión de estos aspectos ha generado importantes cambios, tanto en la evaluación como en el tratamiento de la ansiedad, posibilitando una evaluación más precisa y tratamiento cada vez más individualizado. Se modifica la concepción unitaria del concepto de ansiedad, siendo cada vez más

aceptada la idea de un triple sistema de respuesta, según el cual la ansiedad se manifiesta tanto a nivel motor como cognitivo y fisiológico. Esta teoría propuesta inicialmente por Lang (1968), es conocida como Teoría Tridimensional de la ansiedad. Se basa en la escasa correlación encontrada entre los tres sistemas de respuesta (de sincronía o fraccionamiento de respuestas) y señala lo poco explicativo que resulta la utilización de un término genérico como la “ansiedad” sin especificar a qué se hace referencia. Esta concepción ha traído consigo el que se comience a estudiar en sus tres componentes (cognitivo, fisiológico y motor), ligados a situaciones específicas y definidas.

Siguiendo a Bellack y Lombardo (1984), podemos delimitar los tres sistemas o componentes de la siguiente forma:

El disstress subjetivo constituye la reacción cognitiva primaria que adopta la forma de sentimientos de terror, amenaza o catástrofe inminente, experimentados como desordenes de pánico o desordenes de ansiedad generalizados. El disstress subjetivo engloba pensamientos e imágenes altamente específicos.

Las respuestas fisiológicas producidas por la ansiedad, generalmente se asocian con un incremento de la actividad del Sistema Nervioso Somático (SNS) o del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) como resultado de la activación nerviosa central (SNC) o de la activación neuroendocrina mediada por el SNC. Este incremento de la actividad producirá cambios cardiovasculares y un incremento de la actividad electrodérmica, del tono músculoesquelético y del ritmo respiratorio.

Los cambios encontrados en las respuestas motoras son resultado de la palabra “arousal” fisiológico y de las cogniciones (miedo). Paúl y Berstein (1973) distinguen dos tipos de respuestas: directas e indirectas.

Las respuestas motoras directas incluyen (Martin y Sroufe, 1970): Inquietud, tics, temblores, gesticulación, tartamudez, reducción de la destreza motora, reducción de la habilidad para la discriminación perceptiva, del tiempo de reacción y del aprendizaje en la ejecución de tareas complejas.

Las respuestas motoras indirectas hacen referencia de las conductas de evitación y escape de la ansiedad, que no están bajo control voluntario. (p.8)

2.4. Factores de Respuestas de la ansiedad

2.4.1. Respuesta Cognitiva

En este factor se encuentran las respuestas como: temor a ser evaluado negativamente, dificultades para concentrarse, inseguridad, dificultad para tomar decisiones, etc. (Miguel y Cano, 2007).

2.4.2. Respuesta Fisiológica

Se caracteriza por respuestas como: náuseas y mareo, dificultades respiratorias, sequedad de boca, escalofríos, etc.; todas ellas relacionadas con una alta actividad autonómica (Miguel y Cano, 2007).

2.4.3. Respuesta Motora

Se caracterizan por realización de movimientos repetitivos, rascarse, moverse y hacer cosas sin una finalidad concreta, fumar o beber en exceso, etc. Todas ellas implican una alta actividad motora no dirigida a una meta concreta, o una pobre o deficiente ejecución de la conducta que pretende llevarse a cabo (Miguel y Cano, 2007).

2.5. Factores Situacionales de la ansiedad

Miguel y Cano (2007) realizan un análisis factorial, el cual refleja la existencia de cuatro tipos de situaciones generadoras de ansiedad o cuatro rasgos específicos de ansiedad, relativamente independientes.

2.5.1. Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades

(FACTOR I)

Este factor viene definido por situaciones que implican ser evaluado y situaciones en que el individuo debe tomar decisiones o responsabilidades, tales como hablar en público, hacer un examen o una prueba, tomar una decisión o resolver un problema, ser observado en el trabajo, recibir críticas o posibilidades de ser evaluado negativamente (Miguel y Cano, 2007).

2.5.2. Situaciones sexuales y de interacción social (FACTOR II)

Este factor está definido por situaciones de carácter interpersonal, tales como las de tipo sexual o aquellas que implican relaciones directas con otros individuos, tales como: ir a una cita con una persona del otro sexo, estar muy cerca de la persona del otro sexo, o en una situación sexual íntima, asistir a una reunión social o conocer gente nueva, esperar a alguien en un lugar concurrido (Miguel y Cano, 2007)

2.5.3. Situaciones fóbicas (FACTOR III)

Este factor incluye situaciones en las que aparece como elemento central algún estímulo típicamente fóbico, tales como viajar en avión o en barco, los lugares altos o las aguas profundas, observar escenas violentas, los dentistas y las inyecciones, las multitudes y espacios cerrados, etc. (Miguel y Cano, 2007).

2.5.4. Situaciones habituales o de la vida cotidiana (FACTOR IV)

En el destaca situaciones que tienen que ver con el contexto y el quehacer diario y habitual del individuo. Recoge situaciones tales como: a la hora de dormir, por nada en concreto, situaciones de trabajo o estudio que son habituales para el ser humano (Miguel y Cano, 2007).

2.6. Niveles de la ansiedad

Se delimitan 4 niveles de ansiedad:

- Ausencia de ansiedad o ansiedad mínima: En este nivel no se encuentra prácticamente ningún caso clínico
- Ansiedad moderada a marcada: En esta categoría está incluida el 50% central de la población “normal”, es importante mencionar que existe un menor número de sujetos con problemas clínicos.
- Ansiedad severa: En este nivel las proporciones se invierten, superando el número de sujetos “clínicos” al de los “normales”.
- Ansiedad extrema: Incluye todos los sujetos pertenecientes al grupo clínico sin que haya una sola persona del grupo “normal”.

2.7. Desarrollo de la ansiedad en la adolescencia

Pilar (como se citó en Aranzamendi, 1999) describe las formas en que se presenta la ansiedad en la adolescencia.

Los adolescentes que han vivido experiencias conflictivas son vulnerables. Ante un sentimiento de rabia y depresión, pueden realizar experiencias de alto riesgo, involucrarse en pandillas, revelarse contra la autoridad, consumir drogas, o adoptar conductas delictivas como robar, agredir, asaltar y participar en actos vandálicos o pueden convertirse en jóvenes retraídos, recelosos de otros, suspicaces y estar a la expectativa de que les ocurra acontecimientos funestos.

2.8. Psicopatología de la ansiedad

La ansiedad como antes mencionada es tomada como una reacción emocional, sin embargo, cuando la ansiedad es exagerada y supone un obstáculo significativo para la vida cotidiana (laboral, familiar, social, etc.), se habla de trastorno de ansiedad.

Para conocer los trastornos de ansiedad es necesario acudir a los criterios diagnósticos del DSM V y CIE 10.

2.8.1. *Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)*

Ansiedad que es generalizada y persistente, pero que no se limita o incluso ni siquiera predomina en algunas circunstancias ambientales particulares (es decir, es una "ansiedad libre flotante"). Los síntomas predominantes son variables, pero las quejas más frecuentes incluyen constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico. A menudo, el paciente manifiesta temor a que él u otro allegado vaya, en breve, a padecer una enfermedad o a tener un accidente.

2.8.2. *Trastorno de pánico o ataque de angustia (TP)*

La manifestación esencial son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se limitan a ninguna situación particular o una serie de circunstancias y que son, por lo tanto, impredecibles. Como sucede con otros trastornos de ansiedad, los síntomas dominantes incluyen un inicio repentino de palpitaciones, dolor torácico, sensación de asfixia, mareo y sensaciones de irreabilidad (despersonalización o desrealización). A menudo existe un miedo secundario a morir, perder el control o volverse loco. No debe realizarse el diagnóstico de trastorno de pánico como diagnóstico principal si el paciente, en el momento de iniciarse los ataques, padece un trastorno depresivo; en estas circunstancias, los ataques de pánico son secundarios a la depresión probablemente.

2.8.3. *Trastorno de fobias específicas*

Fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la proximidad a un animal particular, a las alturas, a los truenos, a la oscuridad, a los espacios cerrados, a orinar o defecar en lavabos públicos, a comer ciertas comidas, a ir al dentista, o a la visión de sangre o heridas. Aunque la situación desencadenante sea específica y concreta, el contacto con ella puede provocar pánico, como en la agorafobia o la fobia social.

2.8.4. *Trastorno fóbico social (TFSO)*

Miedo a ser examinado por otras personas, que conduce a evitar situaciones de encuentro social. Las fobias sociales más graves suelen asociarse con una baja autoestima y miedo a las críticas. El paciente puede consultar por ruborización, temblor de manos, náuseas o urgencia miccional y, en algunas ocasiones, puede estar convencido de que el problema primordial son estas manifestaciones secundarias de ansiedad. Los síntomas pueden progresar a crisis de pánico.

2.8.5. *Trastorno de ansiedad de separación TAS*

Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego. Manifiestan malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego; preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte; preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego; resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación; miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares; resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin

estar cerca de una figura de gran apego; pesadillas repetidas sobre el tema de la separación; quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

2.8.6. Agorafobia

Conjunto de fobias claramente definidas que engloban miedos a salir de casa, a entrar en tiendas, a las multitudes y lugares públicos, o a viajar solo en autobuses, trenes o aviones. Las crisis de pánico es un hecho frecuente en episodios presentes y pasados. A menudo, también están presentes síntomas depresivos y obsesivos, y fobias sociales como rasgos subsidiarios. La evitación de la situación fóbica es prominente con frecuencia, y algunos agorafóbicos experimentan poca ansiedad porque son capaces de evitar sus situaciones fóbicas.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo, Método y Diseño de investigación

1.1. Tipo

El tipo de investigación corresponde al estudio descriptivo corelacional, porque se buscó describir profundizar, detallar y precisar cada una de las variables, con el fin de establecer una relación entre las variables: ansiedad y vínculos parentales (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

1.2. Método

La presente investigación corresponde a un método hipotético-deductivo, porque nuestra hipótesis fue un punto de partida para nuevas deducciones, así mismo, comprobar su veracidad o no y finalmente llegar a conclusiones muy importantes (Rodríguez y Pérez, 2017).

1.3. Diseño

La presente investigación corresponde a un diseño no experimental de corte transversal correlacional. Es decir, no hubo condiciones o estímulos a los que se expusieron los sujetos de

investigación, la recolección de datos se dió en un solo momento y en un tiempo único, con el propósito de establecer relaciones entre las variables: ansiedad y vínculos parentales, sin precisar su sentido de causalidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2. Sujetos

2.1. Población

Alumnos de 5to grado de educación secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar, de ambos sexos.

Tabla 1

Total de alumnos según sexo, nivel educativo y grado de acuerdo a las Instituciones Educativas Públicas de Educación Básica Regular del Distrito de Espinar, matrícula 2019.

Nº	NOMBRE DE LA I.E.	QUINTO SECUNDARIA		TOTAL
		H	M	
1	56394 Cesar Vallejo	20	29	49
2	Coronel Ladislao Espinar	95	67	162
3	José Antonio Encinas	8	5	13
4	501367 Inmaculada Concepción	12	12	24
5	Teniente Coronel Pedro Ruiz Gallo	75	91	166
6	56207 Ricardo Palma Soriano	42	53	95
7	56197 Alto Huarca	11	12	23
8	56175 Sagrado Corazón de Jesús	56	44	100
9	56435 Miraflores	18	12	30
10	57003 Almirante Miguel Grau	29	32	61
TOTAL		366	357	723

Fuente. Datos obtenidos de la oficina de Estadística UGEL ESPINAR, SIAGIE

2019.

2.2. Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el diseño de muestreo no probabilístico de tipo intencional, tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios de Inclusión

Se seleccionó a Instituciones Educativas más representativas del distrito de Espinar, cuyos colegios son los siguientes: I.E. N° 56175 Sagrado Corazón de Jesús, I.E. Teniente Coronel Pedro Ruiz Gallo e I.E. Coronel Ladislao Espinar. Estudiantes cuyas edades oscilan entre 16 a 19 años de edad, que cursen el 5to grado de educación secundaria y vivan con ambos padres.

- Criterios de Exclusión

Se excluyó a aquellos adolescentes que llenaron incompleto el cuestionario o estudiantes que no desearon participar.

2.3. Características de la muestra

A continuación, se muestran las siguientes tablas representando las características de la muestra de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 2

Datos sociodemográficos según edad, sexo, Institución Educativa y Distrito de procedencia en adolescentes del Distrito de Espinar.

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
EDAD		
16 años	240	88.9
17 años	26	9.6
18 años	4	1.5
SEXO		
Femenino	131	48.5
Masculino	139	51.5
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		
Pedro Ruiz Gallo	113	41.9
Sagrado Corazón de Jesús	63	23.3
Coronel Ladislao Espinar	94	34.8
PROCEDENCIA		
Espinar	203	75.2
Suykutambo	6	2.2
Pallpata	5	1.9
Cusco	6	2.2
Sicuani	11	4.1
Coporaque	19	7.0
Puno	2	0.7
Arequipa	6	2.2
Juliaca	1	0.4
Chumbivilcas	4	1.5
Condoroma	1	0.4
Pichigua	5	1.9
Ancash	1	0.4
Total	270	100.0

Fuente. Base de datos de la investigación.

En la presente tabla se observa que la muestra está conformada por 270 estudiantes del 5to grado de educación secundaria de tres Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar.

Presentándose la mayor cantidad de estudiantes en la I.E. Teniente Coronel Pedro Ruiz Gallo (41.9%) y la I.E. Coronel Ladislao Espinar (34.8%), porque son colegios considerados de mayor cantidad de estudiantes y están entre los más representativos del distrito de Espinar.

En la muestra en su mayoría son adolescentes de 16 años (88.9%), de los cuales el 51.5% son varones y el 48.5% son mujeres. Y el 75.2% provienen del mismo distrito de Espinar y el 24.8% provienen de otros distritos, como de la misma provincia y otros departamentos.

Tabla 3
Ocupación de la madre y padre de los adolescentes del Distrito de Espinar.

OCUPACIÓN	Nº	%
MADRE		
Independiente	125	46.3
Dependiente	33	12.2
Ama de casa	112	41.5
PADRE		
Independiente	40	14.8
Dependiente	224	83.0
Desempleado	6	2.2
Total	270	100.0

Fuente. Base de datos de la investigación.

Observamos en el presente cuadro que el 46.3% de las madres se ocupan en labores económicas de manera independiente, es decir, que aproximadamente 4 de 10 madres realizan actividades relacionadas al comercio, mientras que el 41.5% de las madres son amas de casa. En cuanto a la ocupación del padre, el 83.0% labora de manera dependiente, es decir, 8 de cada 10 trabajan para instituciones, organismos, empresas privadas o estatales, con predominio al rubro de la minería.

3. Instrumentos y Técnicas

3.1. Parental Bonding Instrument (PBI)

3.1.1. Ficha técnica:

Autores: Gordon Parker, Hilary Tulping y L. B. Brown.

Procedencia: Australia (1979)

Adaptación peruana: Nelly Ramirez (2006)

Tiempo de administración: 15 a 20 minutos

Administración: Este instrumento fue diseñado para ser auto-administrado. Se puede aplicar de manera individual o grupal. Es aplicado tanto a varones como a mujeres, se les pregunta sobre cómo recuerdan a sus padres en sus primeros 16 años de vida del sujeto evaluado.

Ámbito de aplicación: Adolescentes mayores de 16 años.

Materiales: Contiene 2 pruebas, donde se valora por separado a los padres de familia.

Significación: Pretende evaluar la percepción de la conducta y actitud sobre el vínculo parental que establecieron sus progenitores con el sujeto evaluado cuando era infante o adolescente.

3.1.2. Descripción:

En este instrumento se pregunta al adolescente por el recuerdo que tiene sobre las relaciones con su padre y madre durante la infancia y adolescencia hasta los 16 años.

El test consta de 25 ítems referidos al padre y otros 25 referidos a la madre, que se agrupan en dos dimensiones componiendo dos escalas: Cuidado (12 ítems) y Sobreprotección (13 ítems) cada ítem se puntúa a través del método Likert. De este modo cada respuesta se puntúa en un rango de 0 a 3 puntos. El sujeto debe elegir aquella alternativa que mejor describa la relación con cada uno de sus padres; por separado; es decir, se contesta uno para padre y otro para madre, basado en los recuerdos hasta los 16 años.

Escala de Sobreprotección:

ÍTEMS	3	7	8	9	10	13	15	19	20	21	22	23	25
-------	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Escala de Cuidado:

ÍTEM	1	2	4	5	6	11	12	14	16	17	18	24
------	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Sus categorías son las siguientes:

(0) Muy en desacuerdo	(1) En desacuerdo	(2) De acuerdo	(3) Muy de acuerdo
-----------------------	-------------------	----------------	--------------------

- El factor cuidado: Está definido, por un lado, como afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, y por otro, como frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, apuntando de esta manera a la presencia o ausencia de esta variable.
- El factor sobreprotección: Apunta de igual manera a la presencia o ausencia de este, y se define como: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

Cada escala puede ser utilizada de manera independiente o conjunta, obteniendo así un puntaje para Cuidado y otro para Sobreprotección. El obtener puntajes de ambas escalas permite elaborar cuatro tipos de vínculos parentales:

- Vínculo Óptimo: Son aquellos padres que obtienen puntajes en el P.B.I. altos en la escala de cuidado y bajos en sobreprotección. Se caracterizan por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y, a su vez, favorecen la independencia y la autonomía. Padres seguros o autónomos permiten desarrollo socio-emocional.
- Vínculo Ausente o Débil: Son aquellos padres que obtienen puntajes en el P.B.I. bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; al mismo tiempo son padres que favorecen la independencia y la autonomía.

- **Constricción Cariñosa:** Son aquellos padres que puntúan en el P.B.I. con alto puntaje en cuidado y alto puntaje en sobreprotección. Se caracterizan por presentar afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, por un lado, y al mismo tiempo son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos.
- **Control Sin Afecto:** Son aquellos padres que puntúan bajo cuidado y alta sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma.

Figura 1.

Tipos de vínculos obtenidos por el P.B.I.

		Alta Sobreprotección	
		Control sin afecto	Constricción cariñosa
Bajo cuidado	Bajo cuidado	Vínculo ausente	Vínculo óptimo
	Alto cuidado		
		Baja Sobreprotección	

3.1.3. Corrección:

La norma de corrección es a través de plantillas siendo muy breve.

Para la calificación, se usa los puntos de corte para el establecimiento de vínculos (Ramírez, 2006):

Factor	Madre	Padre
Sobreprotección	18	16
Cuidado	23	21

Donde:

Madre	Cortes
Sobreprotección Baja	0 – 18
Sobreprotección Alta	19 – 39
Cuidado Bajo	0 – 23
Cuidado Alto	24 – 36

Padre	Cortes
Sobreprotección Baja	0 – 16
Sobreprotección Alta	17 – 39
Cuidado Bajo	0 – 21
Cuidado Alto	22 – 36

3.1.4. Validez:

En el Perú la escala original fue analizada psicométricamente por Ramirez (2006) quien utilizó una muestra de 370 estudiantes de ambos sexos entre 15 a 21 años pertenecientes a la Universidad Nacional San Agustín de la ciudad de Arequipa. Para lo cual, la validez del constructo lo obtuvo a través de la realización de un Análisis Factorial por el método de Rotación Varimax; encontrándose una proporción de la varianza total (varianza de factores comunes) de 37.789% para el cuestionario de Madres, y de 39.585% para el cuestionario de Padres, concordando estos datos con el estudio de la adaptación en Chile, donde los resultados fueron de 37.099% y 36.841% respectivamente.

Lo anterior sugiere que estos resultados son consistentes con los estudios anteriores, haciendo que el instrumento sea comparable con el original.

3.1.5. Confiabilidad:

La confiabilidad también fue analizada psicométricamente por Ramirez (2006).

	ALFA CRONBACH	SPERMAN BROWN
Escala Global – Mamá	.62	
Parte 1	.61	.41
Parte 2	.42	.41
Sobreprotección	.71	
Parte 1	.50	.68
Parte 2	.63	.68
Cuidado	.76	
Parte 1	.70	.72
Parte 2	.54	.72
Escala Global – Padre	.66	
Parte 1	.62	.52
Parte 2	.43	.52
Sobreprotección	.73	
Parte 1	.53	.72
Parte 2	.63	.72
Cuidado	.80	
Parte 1	.72	.77
Parte 2	.65	.7

La presente prueba en términos generales tiene una buena confiabilidad expresada tanto en la medición de la escala del padre (Alfa de Cronbach = .66) y de la madre (Alfa de Cronbach = .62) así mismo, en las escalas de cuidado y sobreprotección del padre presenta un Alfa de Cronbach =.80 y =.73 respectivamente; y en la madre un Alfa de Cronbach =.76 y =.71 respectivamente.

3.2. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

3.2.1. Ficha técnica:

Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel

Procedencia: España (1986)

Adaptación peruana: Johanna Pinillos Otiniano (2017)

Tiempo de Administración: Aproximadamente 50 minutos

Administración: Individual o grupal

Ámbito de aplicación: A partir de los 16 años en adelante con un nivel de instrucciones suficiente para comprender las instrucciones y poder ejecutar la tarea que se le exige.

Significación: Evaluar por separado la frecuencia de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante diferentes situaciones: ante la evaluación, interpersonal, fóbica y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

3.2.2. Descripción:

La prueba está constituida de 23 situaciones (22 específicas y una situación abierta; la 23 sirve para que el sujeto escriba una situación significativa para él, que no esté incluida en las 22 anteriores). Cada ítem de la prueba está compuesto de una situación en el eje vertical, y una respuesta en el eje horizontal, en donde el sujeto deberá contestar en la casilla en blanco correspondiente a la intersección de ambas, con un número del cero al cuatro de acuerdo a la escala de frecuencia. Las casillas negras de la prueba no deben de ser contestadas.

Las tres escalas del ISRA, corresponden a las escalas C, F y M que evalúan la ansiedad cognitiva, fisiológica y motora ante distintas situaciones.

- Las respuestas cognitivas de la escala C. se refieren a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc., que provocan tensión, falta de concentración y de decisión, así como ideas en las que las personas de su medio observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas y torpezas.
- Las respuestas fisiológicas de la escala F, corresponden a la activación del SNA (Sistema Nervioso Autónomo) y del SNS (Sistema Nervioso Somático), relacionadas con palpitaciones, taquicardia, sequedad de la boca, dificultad para tragar, escalofríos, tiritonas, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, apnea, etc., junto

con otros síntomas, tales como molestias de estómago, náuseas, mareo, dolor de cabeza, etcétera.

- Las respuestas motoras de la escala M, se ocupan de conductas fácilmente observables de agitación motora, tales como: dificultad de expresión verbal, movimientos torpes. Respuestas de huida o evitación, fumar, comer y/o beber en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse e hiperactividad, entre otras.

También evalúa cuatro factores situacionales o rasgos específicos (Miguel, 1985).

- El primer factor situacional, o rasgo específico de ansiedad ante situaciones que conllevan evaluación o asunción de responsabilidades, engloba las situaciones en las que la persona desempeña alguna actividad pendiente de crítica o evaluación por parte de los del segundo factor o rasgo específico de ansiedad interpersonal, agrupa las situaciones sexuales y de interacción social, por ejemplo, ir a un encuentro concertado con alguien de otro sexo, asistir a reuniones sociales conocer a gente nueva, etcétera.
- El tercer factor, o rasgo específico ante situaciones fóbicas, agrupa las situaciones relacionadas con peligro físico para el individuo, como, por ejemplo, miedo a las alturas y/o aguas profundas, espacios abiertos y/o cenados, multitudes, etcétera.
- El cuarto factor, o rasgo específico de ansiedad en situaciones habituales o de la vida cotidiana. agrupa situaciones como: por nada en concreto, a la hora de dormir y aquellas relacionadas con el trabajo y/o estudio.

3.2.3. Corrección:

La corrección se hace por separado, área por área, y escala por subescala, la interpretación se hace en base a una tabla de baremos.

3.2.4. Validez:

Se conllevó la validez de contenido mediante el criterio de 10 jueces expertos, posteriormente utilizó el estadístico V de Aiken (validez de contenido en coherencia: para los 22 ítem de situación es de .70 a 1 mientras que para los 24 reactivos de respuestas es de .60 a .1, evidenciando en ambos casos que son estadísticamente significativos; validez de contenido en claridad: para los 22 ítem de situación es de .20 a 1 mientras que para los 24 reactivos de respuestas es de .40 a .1, evidenciando en ambos casos que son estadísticamente significativos; validez de contenido en relevancia: para los 22 ítem de situación es de .60 a 1 mientras que para los 24 reactivos de respuestas es de .40 a .1, evidenciando en ambos casos que son estadísticamente significativos), luego administró el instrumento a una muestra piloto conformada por 100 estudiantes permitiendo evaluar la idoneidad de la escala, en la que fue aplicada a la muestra probabilística estratificada de 354 alumnos.

Consecutivamente a la recolección de datos, se elaboró una base de datos en el software Excel 2013 para luego realizar el procedimiento estadístico según los objetivos propuestos en el software IBM SPSS Statistics versión 23.0.

Para la estadística descriptiva, se usó las frecuencias absolutas de tipo simples y porcentuales; además las medidas de tendencia central: la media y la moda, asimismo las medidas de dispersión como: la desviación estándar y las medidas de tendencia no central: el mínimo y el máximo.

A su vez, en la estadística inferencial, para la validez de constructo se utilizó mediante el análisis factorial exploratorio (AFE) que se empleó el Káiser Mayer y Olkin (KMO), donde el índice de adecuación maestral resultó significativo ($KMO > .90$) y la Esfericidad de Bartlett ($X^2 \geq X^2.05$), los métodos de máxima verosimilitud rotación oblicua (Oblimin) apreciándose 4

factores extraídos que explican el 51.995% de la varianza total del test y comunalidades entre .275 a .789, con cargas factoriales mayores a .30.

3.2.5. *Confiabilidad:*

A nivel nacional, se halló la confiabilidad en el distrito de Trujillo donde los índices de fiabilidad según el método de consistencia interna, en lo concerniente al coeficiente alfa de Cronbach, los índices varían de .745 a .876; en tanto, en lo que concierne al coeficiente Omega, reporta índices que varían de .819 a .886.

3.3. Ficha sociodemográfica

Para la ubicación del contexto social y cumplir con los criterios de inclusión de los adolescentes del distrito de Espinar, se recolectó los siguientes datos a través una ficha sociodemográfica: edad, sexo, Institución Educativa, distrito de procedencia, si vive con ambos padres y ocupación de ambos padres.

4. Procedimientos

Para la realización de esta investigación se recolectó los datos de los adolescentes de la siguiente manera:

Una vez definido el tema de investigación y como primer paso para contar con la participación de los adolescentes, se coordinó con los Directores de las Instituciones Educativas Estatales de la provincia de Espinar – Cusco, a fin de obtener la autorización correspondiente.

Para la aplicación de los instrumentos de investigación se procedió a obtener el consentimiento informado de los directores de las Instituciones Educativas, considerando la privacidad y el trato justo de sus alumnos en la investigación en todo momento (antes, durante y después del procedimiento).

Se elaboró un cronograma de evaluación en coordinación junto a los tutores del 5to año de secundaria.

Ambos inventarios se administraron en una sola sesión, completando sus datos y siguiendo las instrucciones que se les dió antes de iniciar con el llenado de sus respuestas, así mismo, se permitió aclarar todas las dudas o preguntas que surgieron al momento de la administración. Una vez terminada la evaluación se procedió a recoger los inventarios.

Finalmente se procedió a la codificación y tratamiento de los datos, para ello se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS v.22.0).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1. Análisis e interpretación de datos

Para el análisis de datos, después de la recolección de información se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 para armar la matriz en base a las variables, la cual fue procesada en el paquete estadístico SPSS v.22.0. Se empleó la prueba estadística U de Man-Whitney para la comparación de los grupos. Para establecer la relación significativa entre las variables, se aplicó la prueba de Chi Cuadrado.

Tabla 4

Vínculos Parentales percibidos por los adolescentes del Distrito de Espinar, según sexo.

Vínculos Parentales	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MADRE						
Óptimo	3	2.3	1	0.7	4	1.5
Ausente	66	50.4	56	40.3	122	45.2
Constricción cariñosa	6	4.6	8	5.8	14	5.2
Control sin afecto	56	42.7	74	53.2	130	48.1
P	0.225 ($P \geq 0.05$) N.S.					
PADRE						
Óptimo	5	3.8	3	2.2	8	3.0
Ausente	43	32.8	51	36.7	94	34.8
Constricción cariñosa	12	9.2	5	3.6	17	6.3
Control sin afecto	71	54.2	80	57.6	151	55.9
P	0.316 ($P \geq 0.05$) N.S.					
Total	131	100.0	139	100.0	270	100.0

Nota. Prueba U de Mann-Whitney en los vínculos parentales: madre ($p = 0.225$) y del padre ($p = 0.316$).

En la presente tabla 4, se observa que un 48.1% de adolescentes perciben que se ha establecido un “Vínculo Control sin Afecto” con la madre, es decir, de cada 10 adolescentes aproximadamente 5 han formado vínculos parentales basados en la sobreprotección. El 45.2% de los estudiantes evaluados percibe que se ha establecido un “Vínculo Ausente” con la madre, es decir que de cada 10 estudiantes 4 no han tenido los cuidados necesarios durante su desarrollo.

En cuanto a la relación con el padre, el 55.9% de los adolescentes perciben que se ha establecido un “Vínculo Control sin Afecto”, es decir que de cada 10 adolescentes, 5 consideran a su padre

frío emocionalmente, indiferente, negligente, controlador e intrusivo, dificultando el desarrollo de la conducta autónoma, y el 34.8% percibe un “Vínculo Ausente”, es decir, 3 de cada 10 adolescentes perciben a su padre frío emocionalmente, indiferente y negligente al mismo tiempo favorecen la independencia y autonomía.

De acuerdo a la prueba de U de Mann-Whitney no existe diferencia significativa en la percepción de los vínculos parentales de la madre ($p = 0.225$) y del padre ($p = 0.316$) según el sexo de sus hijos, es decir, los grupos (masculino y femenino) son iguales respecto a la variable de comparación (vínculos parentales).

Tabla 5

Niveles de ansiedad ante situaciones (factores) en adolescentes del Distrito de Espinar, según sexo.

FACTORES	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
FACTOR I						
Ausencia o mínima	54	41.2	35	25.2	89	33.0
Moderada a marcada	57	43.5	88	63.3	145	53.7
Severa	16	12.2	12	8.6	28	10.4
Extrema	4	3.1	4	2.9	8	3.0
P	0.012 (P < 0.05) S.S.					
FACTOR II						
Ausencia o mínima	35	26.7	20	14.4	55	20.4
Moderada a marcada	63	48.1	79	56.8	142	52.6
Severa	30	22.9	33	23.7	63	23.3
Extrema	3	2.3	7	5.0	10	3.7
P	0.060 (P ≥ 0.05) N.S.					
FACTOR III						
Ausencia o mínima	14	10.7	8	5.8	22	8.1
Moderada a marcada	70	53.4	89	64.0	159	58.9
Severa	46	35.1	36	25.9	82	30.4
Extrema	1	0.8	6	4.3	7	2.6
P	0.237 (P < 0.05) N.S.					
FACTOR IV						
Ausencia o mínima	21	16.0	14	10.1	35	13.0
Moderada a marcada	68	51.9	67	48.2	135	50.0
Severa	38	29.0	51	36.7	89	33.0
Extrema	4	3.1	7	5.0	11	4.1
P	0.273 (P ≥ 0.05) N.S.					
Total	131	100.0	139	100.0	270	100.0

Nota. Prueba U de Mann-Whitney en Factor I p=0.012; Factor II p=0.060; Factor III

p=0.237 y Factor IV p=0.273.

Se puede apreciar en el cuadro de niveles de ansiedad ante situaciones (factores) que en el FACTOR I, el 53.7% de los estudiantes evaluados presentan un nivel de ansiedad moderada a

marcada, es decir, que 5 de cada 10 estudiantes están dentro de una ansiedad normal cuando están frente a situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades. El 10.4% corresponde a un nivel de ansiedad severo, es decir, 1 de cada 10 estudiantes se muestra muy ansioso cuando tiene que hablar en público, rendir un examen o tomar una decisión.

De acuerdo a la prueba aplicada U de Mann-Whitney, existe diferencia significativa en el factor I según sexo ($p = 0.012$), es decir, que los grupos (masculino y femenino) son distintos respecto a la variable de comparación (factor I). Por lo tanto, en relación al sexo, se observa que hay un mayor porcentaje de 63.3% en adolescentes hombres con ansiedad moderada a marcada a diferencia en las adolescentes mujeres cuya incidencia es de 43.5% en el mismo nivel, es decir, 6 de cada 10 adolescentes varones manifiesta ansiedad dentro de los parámetros normales, mientras que en adolescentes mujeres 4 de cada 10 se encuentra en el mismo nivel. Es importante resaltar que se ha encontrado un mayor porcentaje de mujeres dentro del nivel ausencia o mínima ansiedad (41.2%) en cambio en los hombres ese porcentaje es menor (25.2%), es decir, 4 de 10 mujeres no es ansiosa, en relación a los hombres 3 de cada 10 tampoco manifiestan ansiedad.

En el FACTOR II, el 52.6% de los estudiantes evaluados presentan un nivel de ansiedad moderada a marcada, es decir, que 5 de cada 10 estudiantes están dentro de una ansiedad normal cuando están frente a situaciones sexuales o de interacción social. El 23.3% corresponde a un nivel de ansiedad severo, es decir, 2 de cada 10 adolescentes se muestra muy ansioso cuando tiene que ir a una cita con una persona del otro sexo o asistir a una reunión social.

De acuerdo a la prueba aplicada U de Man-Whitney, se aprecia que no existe diferencia significativa entre en el factor II según sexo ($p = 0.060$), es decir, que los grupos (masculino y femenino) son iguales respecto a la variable de comparación (factor II).

En el FACTOR III, el 58.9% de los estudiantes evaluados presentan un nivel de ansiedad moderada a marcada, es decir, 6 de 10 estudiantes están dentro de una ansiedad normal cuando están frente a situaciones fóbicas. El 30.4% corresponde a un nivel de ansiedad severo, es decir, 3 de cada 10 adolescentes se muestra muy ansioso cuando tiene que viajar en las aguas profundas, escenas violentas, los dentistas y las inyecciones.

De acuerdo a la prueba aplicada U de Mann-Whitney, se aprecia que no existe diferencia significativa en el factor III según sexo ($p = 0.237$), es decir, que los grupos (masculino y femenino) son iguales respecto a la variable de comparación (factor III).

En el FACTOR IV, el 50.0% de los estudiantes evaluados presentan un nivel de ansiedad moderada a marcada, es decir, 5 de 10 estudiantes están dentro de una ansiedad normal cuando están frente a situaciones habituales o de la vida cotidiana. El 33% corresponde a un nivel de ansiedad severo, es decir, 3 de cada 10 adolescentes se muestra muy ansioso a la hora de dormir o por nada en concreto.

De acuerdo a la prueba aplicada U de Mann-Whitney, se aprecia que no existe diferencia significativa en el factor IV según sexo ($p = 0.273$), es decir, que los grupos (masculino y femenino) son iguales respecto a la variable de comparación (factor IV).

Tabla 6

Niveles de ansiedad como respuestas en adolescentes del Distrito de Espinar, según sexo.

RESPUESTA	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
COGNITIVA						
Ausencia o mínima	13	9.9	15	10.8	28	10.4
Moderada a marcada	74	56.5	83	59.7	157	58.1
Severa	41	31.3	33	23.7	74	27.4
Extrema	3	2.3	8	5.8	11	4.1
P	0.313 (P ≥ 0.05) N.S.					
FISIOLÓGICA						
Ausencia o mínima	41	31.3	28	20.1	69	25.6
Moderada a marcada	56	42.7	76	54.7	132	48.9
Severa	30	22.9	29	20.9	59	21.9
Extrema	4	3.1	6	4.3	10	3.7
P	0.129 (P ≥ 0.05) N.S.					
MOTORA						
Ausencia o mínima	60	45.8	39	28.1	99	36.7
Moderada a marcada	48	36.6	84	60.4	132	48.9
Severa	21	16.0	11	7.9	32	11.9
Extrema	2	1.5	5	3.6	7	2.6
P	0.000 (P < 0.05) S.S.					
TOTAL						
Ausencia o mínima	34	26.0	16	11.5	50	18.5
Moderada a marcada	64	48.9	95	68.3	159	58.9
Severa	30	22.9	26	18.7	56	20.7
Extrema	3	2.3	2	1.4	5	1.9
P	0.075 (P ≥ 0.05) N.S.					
Total	131	100.0	139	100.0	270	100.0

Nota. Prueba U de Mann-Whitney en Ansiedad total p=0.075; Cognitivo p=0.313;

Fisiológico p=0.129 y Motor p=0.000.

En la tabla observamos la ansiedad como respuesta TOTAL, el 58.9% de los estudiantes evaluados presentan un nivel de ansiedad moderada a marcada, es decir, que 6 de cada 10 estudiantes están dentro de una ansiedad normal. El 20.7% corresponde a un nivel de ansiedad severo, es decir, 2 de cada 10 estudiantes se muestra muy ansioso.

De acuerdo a la prueba U de Mann-Whitney ($p = 0.075$) no existe una diferencia estadísticamente significativa en la ansiedad total según sexo, es decir, que tanto los varones y mujeres adolescentes son vulnerables a manifestar ansiedad.

En la sub escala COGNITIVA, el 58.1% de los estudiantes evaluados presentan un nivel de ansiedad moderada a marcada, es decir, que 6 de cada 10 estudiantes están dentro de una ansiedad normal. El 27.4% corresponde a un nivel de ansiedad severo, es decir, 3 de cada 10 estudiantes se muestra muy ansioso en cuanto a sus pensamientos y sentimientos de preocupación, miedos, inseguridad llevándolo a un estado de alerta, desasosiego o tensión, falta de concentración, dificultades en la toma de decisiones y miedo a que los demás noten sus problemas y torpezas.

De acuerdo a la prueba aplicada U de Mann-Whitney, nos permite observar que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la sub escala cognitiva según sexo ($p = 0.313$), es decir, que los grupos (masculino y femenino) son iguales respecto a la variable de comparación (respuesta cognitiva).

En la sub escala FISIOLÓGICA, el 48.9% de los estudiantes evaluados presentan un nivel de ansiedad moderada a marcada, es decir, que 5 de cada 10 estudiantes están dentro de una ansiedad normal. Es importante resaltar que se encontró un 25.6% de adolescentes dentro de la ansiedad mínima o ausente, es decir que 3 de 10 no experimentan o muy raras veces manifiestan reacciones psicosomáticas. El 21.9% corresponde a un nivel de ansiedad severo, es decir, 2 de cada 10

estudiantes viven frecuentemente palpitaciones, sequedad de boca, escalofríos, tiritones, sudoración, tensión muscular y respiración agitada.

De acuerdo a la prueba aplicada U de Mann-Whitney, nos permite observar que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la sub escala fisiológica según sexo de los sujetos evaluados ($p = 0.129$), es decir, que los grupos (masculino y femenino) son iguales respecto a la variable de comparación (respuesta cognitiva).

En la sub escala MOTORA, el 48.9% de los estudiantes evaluados presentan un nivel de ansiedad moderada a marcada, es decir, que 5 de cada 10 estudiantes están dentro de una ansiedad normal. Cabe resaltar que se encontró un 36.7% de adolescentes dentro de la ansiedad mínima o ausente, es decir, que 4 de 10 no experimentan o muy raras veces manifiestan. Es importante resaltar que se encontró un 25.6% de adolescentes dentro de la ansiedad mínima o ausente, es decir que 3 de 10 no experimentan o muy raras veces manifiestan conductas motoras. El 11.9% corresponde a un nivel de ansiedad severo, es decir, 1 de cada 10 estudiantes muchas veces han experimentado dificultades en su expresión verbal (bloqueo o tartamudez), acompañado de movimientos torpes o repetitivos, llanto, respuestas de huida o evitación.

De acuerdo a la prueba aplicada U de Mann-Whitney, existe una diferencia estadísticamente significativa en la sub escala motora según sexo ($p = 0.000$), es decir, que los grupos (masculino y femenino) son distintos respecto a la variable de comparación (respuesta cognitiva). Por lo tanto, en relación al sexo, se observa que hay un mayor porcentaje de 60.4% en adolescentes hombres con ansiedad moderada a marcada en relación con las adolescentes mujeres cuya incidencia es de 36.6% en el mismo nivel, es decir, 6 de cada 10 adolescentes varones manifiesta ansiedad dentro de los parámetros normales, mientras que en adolescentes mujeres 4 de cada 10 se encuentra en el mismo nivel. Es importante resaltar que se ha encontrado un mayor porcentaje de mujeres dentro

del nivel ausencia o mínima ansiedad (45.8%) en cambio en los hombres ese porcentaje es menor (28.1%), es decir, 5 de 10 mujeres no es ansiosa, en relación a los hombres 3 de cada 10 tampoco manifiestan ansiedad.

Tabla 7

Vínculos parentales de la MADRE y ansiedad ante situaciones (factores) en adolescentes del Distrito de Espinar.

FACTORES	Vínculos Parentales – Madre								Total	
	Óptimo		Ausente		Constricción cariñosa		Control sin afecto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
F – I										
Ausencia o mínima	3	75.0	45	36.9	5	35.7	36	27.7	89 33.0	
Moderada a marcada	1	25.0	61	50.0	8	57.1	75	57.7	145 53.7	
Severa	0	0.0	14	11.5	1	7.1	13	10.0	28 10.4	
Extrema	0	0.0	2	1.6	0	0.0	6	4.6	8 3.0	
P	Chi = 8.352; gl= 9 p = .499 (p > 0.05)									
F – II										
Ausencia o mínima	1	25.0	30	24.6	3	21.4	21	16.2	55 20.4	
Moderada a marcada	3	75.0	61	50.0	6	42.9	72	55.4	142 52.6	
Severa	0	0.0	29	23.8	4	28.6	30	23.1	63 23.3	
Extrema	0	0.0	2	1.6	1	7.1	7	5.4	10 3.7	
P	Chi = 7.336; gl= 9 p = .602 (p > 0.05)									
F – III										
Ausencia o mínima	2	50.0	12	9.8	1	7.1	7	5.4	22 8.1	
Moderada a marcada	1	25.0	71	58.2	10	71.4	77	59.2	159 58.9	
Severa	1	25.0	39	32.0	2	14.3	40	30.8	82 30.4	
Extrema	0	0.0	0	0.0	1	7.1	6	4.6	7 2.6	
P	Chi = 19.204; gl= 9 p = .024 (p < 0.05)									
F - IV										
Ausencia o mínima	2	50.0	18	14.8	1	7.1	14	10.8	35 13.0	
Moderada a marcada	2	50.0	58	47.5	8	57.1	67	51.5	135 50.0	
Severa	0	0.0	42	34.4	4	28.6	43	33.1	89 33.0	
Extrema	0	0.0	4	3.3	1	7.1	6	4.6	11 4.1	
P	Chi = 7.985; gl= 9 p = .536 (p > 0.05)									
Total	4	100.0	122	100.0	14	100.0	130	100.0	270 100.0	

Nota. Prueba Chi Cuadrado para hallar asociación entre los vínculos parentales de la madre

y ansiedad ante situaciones.

En la tabla 7 se aprecia las relaciones existentes entre los niveles de ansiedad ante situaciones (factores) y los vínculos parentales de la madre.

La relación entre el FACTOR I y los vínculos parentales madre-hijo a través de la prueba Chi Cuadrado nos muestra un valor estadísticamente no significativo ($p = .499$), lo que implica que no existe relación entre los vínculos maternales y la ansiedad ante situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades.

La relación entre el FACTOR II y los vínculos parentales madre-hijo a través de la prueba Chi Cuadrado nos muestra un valor estadísticamente no significativo ($p = .602$), lo que implica que no existe relación entre los vínculos maternales y la ansiedad ante situaciones sexuales y de interacción social.

La relación entre el FACTOR III y los vínculos parentales madre-hijo son significativos, lo que se demuestra a través de la prueba Chi Cuadrado ($p = .024$), es decir, cuando el vínculo parental entre la madre con el hijo se presenta, la ansiedad ante situaciones fóbicas se presentará. Es así que el 50.0% de las madres que establecen un vínculo óptimo, se relacionan con ansiedad mínima o ausencia de ansiedad ante situaciones fóbicas en sus hijos. Mientras que el 58.2% de madres con “vínculo ausente”, se relaciona con un nivel de ansiedad moderada a marcada en sus hijos. A diferencia, el 71.4% de madres que establecen “vínculo constricción cariñosa”, se relaciona con un nivel de ansiedad moderada a marcada en sus hijos. El 59.2% de madres que establecen “vínculo control sin afecto”, se relaciona con un nivel de ansiedad moderada a marcada en sus hijos, y éste mismo vínculo con 30.8% se relaciona con un nivel ansiedad severa.

La relación entre el FACTOR IV y los vínculos parentales madre-hijo a través de la prueba Chi Cuadrado nos muestra un valor estadísticamente no significativo ($p > 0.05$), lo que implica que no existe relación entre la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana y los vínculos establecidos madre-hijo.

Tabla 8

Vínculos parentales de la MADRE y ansiedad como respuestas en adolescentes del Distrito de Espinar.

RESPUESTA	Vínculos Parentales – Madre								Total	
	Óptimo		Ausente		Constricción cariñosa		Control sin afecto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
COGNITIVA										
Ausencia o mínima	1	25.0	17	13.9	0	0.0	10	7.7	28	10.4
Moderada a marcada	3	75.0	67	54.9	11	78.6	76	58.5	157	58.1
Severa	0	0.0	32	26.2	1	7.1	41	31.5	74	27.4
Extrema	0	0.0	6	4.9	2	14.3	3	2.3	11	4.1
P	Chi = 13.546; gl= 9 p = .139 (p > 0.05)									
FISIOLÓGICA										
Ausencia o mínima	2	50.0	38	31.1	5	35.7	24	18.5	69	25.6
Moderada a marcada	2	50.0	52	42.6	7	50.0	71	54.6	132	48.9
Severa	0	0.0	26	21.3	2	14.3	31	23.8	59	21.9
Extrema	0	0.0	6	4.9	0	0.0	4	3.1	10	3.7
P	Chi = 6.297; gl= 9 p = .710 (p > 0.05)									
MOTORA										
Ausencia o mínima	4	100.0	49	40.2	8	57.1	38	29.2	99	36.7
Moderada a marcada	0	0.0	56	45.9	4	28.6	72	55.4	132	48.9
Severa	0	0.0	16	13.1	1	7.1	15	11.5	32	11.9
Extrema	0	0.0	1	0.8	1	7.1	5	3.8	7	2.6
P	Chi = 17.226; gl= 9 p = .045 (p < 0.05)									
TOTAL										
Ausencia o mínima	2	50.0	28	23.0	4	28.6	16	12.3	50	18.5
Moderada a marcada	2	50.0	66	54.1	6	42.9	85	65.4	159	58.9
Severa	0	0.0	25	20.5	4	28.6	27	20.8	56	20.7
Extrema	0	0.0	3	2.5	0	0.0	2	1.5	5	1.9
P	Chi = 11.027; gl= 9 p = .274 (p > 0.05)									
Total	4	100.0	122	100.0	14	100.0	130	100.0	270	100.0

Nota. Prueba Chi Cuadrado para hallar asociación entre los vínculos parentales de la madre

y ansiedad como respuestas.

En la presente tabla se observa que en el total no existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad como respuesta y los vínculos parentales de la madre percibidos por sus hijos. Según la prueba Chi Cuadrado con un $p = .274$

La relación entre la sub prueba COGNITIVA y los vínculos parentales madre-hijo a través de la prueba Chi Cuadrado nos muestra un valor estadísticamente no significativo ($p = .139$), lo que implica que no existe relación entre los vínculos maternales y la ansiedad en su manifestación cognitiva.

En la sub prueba ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA con relación a los vínculos parentales de la madre no se encontró relación significativa según la prueba Chi Cuadrado ($p = .710$).

En la sub prueba ACTIVACIÓN MOTORA con relación a los vínculos parentales de la madre, se encontró relación significativa ($p = .045$) de acuerdo a la prueba Chi Cuadrado, es decir, cuando el vínculo parental entre la madre con el hijo se presenta, la ansiedad motora se presentará. Es así que el 100% de adolescentes que percibe a su madre con “vínculo óptimo” manifiesta un nivel ansiedad mínima o ausencia de ansiedad. Mientras que el 45.9% de los adolescentes manifiesta en base a sus recuerdos un “vínculo ausente” establecido por su madre hacia ellos, al mismo tiempo indica un nivel de ansiedad moderada a marcada. El 57.1% de los alumnos identifican a su madre con un “vínculo restricción cariñosa” y presentan un nivel ansiedad mínima o ausencia de ansiedad. Sin embargo, el 55.4% de los adolescentes que perciben a su madre con un “Vínculo control sin afecto” manifiestan ansiedad moderada a marcada.

Tabla 9

Vínculos parentales del PADRE y ansiedad ante situaciones (factores) en adolescentes del Distrito de Espinar.

FACTORES	Vínculos Parentales – Padre								Total	
	Óptimo		Ausente		Constricción cariñosa		Control sin afecto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
F - I										
Ausencia o mínima	3	37.5	30	31.9	5	29.4	51	33.8	89 33.0	
Moderada a marcada	4	50.0	50	53.2	11	64.7	80	53.0	145 53.7	
Severa	0	0.0	13	13.8	0	0.0	15	9.9	28 10.4	
Extrema	1	12.5	1	1.1	1	5.9	5	3.3	8 3.0	
P	Chi = 8.455; gl= 9 p = .489 (p > 0.05)									
F - II										
Ausencia o mínima	0	0.0	20	21.3	1	5.9	34	22.5	55 20.4	
Moderada a marcada	5	62.5	48	51.1	11	64.7	78	51.7	142 52.6	
Severa	2	25.0	25	26.6	3	17.6	33	21.9	63 23.3	
Extrema	1	12.5	1	1.1	2	11.8	6	4.0	10 3.7	
P	Chi = 11.719; gl= 9 p = .230 (p > 0.05)									
F - III										
Ausencia o mínima	0	0.0	9	9.6	0	0.0	13	8.6	22 8.1	
Moderada a marcada	4	50.0	54	57.4	11	64.7	90	59.6	159 58.9	
Severa	4	50.0	29	30.9	6	35.3	43	28.5	82 30.4	
Extrema	0	0.0	2	2.1	0	0.0	5	3.3	7 2.6	
P	Chi = 4.926; gl= 9 p = .841 (p > 0.05)									
F - IV										
Ausencia o mínima	0	0.0	10	10.6	4	23.5	21	13.9	35 13.0	
Moderada a marcada	4	50.0	50	53.2	8	47.1	73	48.3	135 50.0	
Severa	4	50.0	29	30.9	4	23.5	52	34.4	89 33.0	
Extrema	0	0.0	5	5.3	1	5.9	5	3.3	11 4.1	
P	Chi = 5.727; gl= 9 p = .767 (p > 0.05)									
Total	8	100.0	94	100.0	17	100.0	151	100.0	270 100.0	

Nota. Prueba Chi Cuadrado para hallar asociación entre los vínculos parentales del padre

y ansiedad ante situaciones.

Tomando en cuenta los niveles de ansiedad ante situaciones: los factores que se aprecian en la tabla 9 como: situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades (factor I),

situaciones sexuales y de interacción social (factor II), situaciones fóbicas (factor III) y situaciones habituales o de la vida cotidiana (factor IV).

Esta tabla nos permite observar que no existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad ante situaciones (factores) y los vínculos parentales del padre, lo que implica que no hay relación entre ambas variables según la prueba de Chi Cuadrado (FI, $p = .489$; FII, $p = 0.230$; FIII, $p = 0.841$ y FIV, $p = 0.767$). Es decir, el vínculo que establezca el padre no se relaciona con la aparición de la ansiedad ante las diferentes situaciones a diferencia del vínculo de la madre con su hijo.

Tabla 10
Vínculos parentales del PADRE y ansiedad como respuestas en adolescentes del Distrito de Espinar.

RESPUESTA	Vínculos Parentales – Padre								Total	
	Óptimo		Ausente		Constricción cariñosa		Control sin afecto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
COGNITIVA										
Ausencia o mínima	1	12.5	10	10.6	0	0.0	17	11.3	28	10.4
Moderada a marcada	5	62.5	54	57.4	10	58.8	88	58.3	157	58.1
Severa	2	25.0	23	24.5	6	35.3	43	28.5	74	27.4
Extrema	0	0.0	7	7.4	1	5.9	3	2.0	11	4.1
P	Chi = 9.268; gl= 9 p = .413 (p > 0.05)									
FISIOLÓGICA										
Ausencia o mínima	3	37.5	26	27.7	2	11.8	38	25.2	69	25.6
Moderada a marcada	1	12.5	43	45.7	11	64.7	77	51.0	132	48.9
Severa	4	50.0	19	20.2	3	17.6	33	21.9	59	21.9
Extrema	0	0.0	6	6.4	1	5.9	3	2.0	10	3.7
P	Chi = 13.845; gl= 9 p = .128 (p > 0.05)									
MOTORA										
Ausencia o mínima	4	50.0	39	41.5	7	41.2	49	32.5	99	36.7
Moderada a marcada	2	25.0	41	43.6	7	41.2	82	54.3	132	48.9
Severa	2	25.0	12	12.8	2	11.8	16	10.6	32	11.9
Extrema	0	0.0	2	2.1	1	5.9	4	2.6	7	2.6
P	Chi = 6.823; gl= 9 p = .656 (p > 0.05)									
TOTAL										
Ausencia o mínima	3	37.5	15	16.0	4	23.5	28	18.5	50	18.5
Moderada a marcada	2	25.0	55	58.5	8	47.1	94	62.3	159	58.9
Severa	3	37.5	23	24.5	4	23.5	26	17.2	56	20.7
Extrema	0	0.0	1	1.1	1	5.9	3	2.0	5	1.9
P	Chi = 8.902; gl= 9 p = .446 (p > 0.05)									
Total	8	100.0	94	100.0	17	100.0	151	100.0	270	100.0

Nota. Prueba Chi Cuadrado para hallar asociación entre los vínculos parentales del padre

y ansiedad como respuesta.

Se observa en la tabla 11, que en los estudiantes evaluados, no existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y los vínculos parentales que se forman con el padre. Según la prueba Chi Cuadrado ($p = .446$).

En cuanto a las respuestas se aprecia que la sub prueba Cognitiva tiene un $p=.413$, la sub prueba Fisiológica, con un $p = .128$; la sub prueba Motora muestra un $p = 0.656$, lo que evidencia que el vínculo que se establezca con el padre, no tiene relación con la ansiedad.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el desarrollo socioemocional del individuo intervienen muchas variables, como: el temperamento, la familia, la educación, el proceso de socialización, el ambiente, la cultura, los acontecimientos vitales y otras. A nuestro pensar, creemos que existe una variable que sobresale y nos referimos al establecimiento de las primeras relaciones entre el cuidador principal y su hijo durante la infancia.

Por esta razón, el presente estudio fue realizado con el objetivo principal de determinar la relación entre los vínculos parentales y la ansiedad en adolescentes de 5to grado de Secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Espinar.

En nuestra investigación hemos encontrado que en su mayoría ambos padres son percibidos con vínculo control sin afecto y vínculo ausente o débil, destacando la frialdad emotiva en sus relaciones parentales hacia sus hijos.

En el padre existe mayor predominio del vínculo control sin afecto (55.9%) seguido del vínculo ausente (34.8%). De igual manera se observa que en la madre predomina el vínculo control sin afecto (48.1%) seguido del vínculo ausente (45.2%). No existen diferencias significativas en el establecimiento de los vínculos parentales según el sexo de sus hijos.

En comparación con el estudio de Riveros (2009) realizada en estudiantes de 5to año de secundaria de Instituciones Educativas Estatales en Arequipa, se concluyó que existe una mayor frecuencia en relación al vínculo óptimo de la madre seguido por el vínculo control sin afecto y en cuanto al padre, lo que prevalece es el vínculo control sin afecto, seguido del vínculo ausente. Como se puede apreciar los resultados son diferentes a los nuestros en cuanto a los vínculos de las

madres espinarenses y arequipeñas, porque a la primera se le identifica con un vínculo control sin afecto y a la segunda con un vínculo óptimo, sin embargo, los padres espinarenses y arequipeños son percibidos con un vínculo deficiente como es el control sin afecto. Una de las características de la población espinarense es que ambos progenitores se dedican mayor parte de su tiempo a actividades laborales como la agricultura, ganadería, minería y comercio, que conllevan inevitablemente una reducción del tiempo de interacción afectiva de padres a hijos. Así mismo, tras su investigación, Ramirez (2006) concluyó que el padre es la figura con mayores problemas en el involucramiento emocional debido a las características de nuestra cultura peruana donde reina la masculinidad.

También en nuestra investigación hemos detectado diferencias significativas en función del sexo para el grupo de varones en ansiedad ante situaciones de evaluación. Se ha encontrado un mayor porcentaje de mujeres dentro del nivel ausencia o mínima ansiedad (41.2%) en cambio en los hombres ese porcentaje es menor (25.2%), es decir, los adolescentes hombres del Distrito de Espinar son más vulnerables de sufrir ansiedad frente a situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades que las mujeres.

En otras investigaciones encontramos un estudio comparativo de ansiedad en muestras de estudiantes dominicanos y españoles de 18 años edad realizado por García, Cano y Herrera (2014), donde hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo para el grupo de mujeres en ansiedad ante situaciones de evaluación y situaciones cotidianas. No se hallaron diferencias significativas por nacionalidad entre ambos grupos. Tal es el caso del estudio realizado por Zubeidat, Fernández, Sierra y Salinas (2008) en donde concluyen que las mujeres muestran una probabilidad significativamente mayor que los hombres de sufrir ansiedad. Nuestros resultados son lo contrario con las investigaciones mencionadas porque los varones son más propensos a

manifestar ansiedad ante situaciones que implican evaluación y responsabilidad, porque dentro de la cultura andina al hombre se le exige y se espera más de él para que cumpla un rol importante dentro de la sociedad.

En nuestro estudio encontramos diferencia significativa en la subescala motora según sexo. Las adolescentes mujeres representan un mayor porcentaje de ausencia o mínima ansiedad (45.8%), a diferencia de adolescentes varones cuya incidencia es de 28.1% en el mismo nivel con mayor porcentaje en ausencia o mínima ansiedad. En conclusión, los bloqueos, tartamudez, movimientos torpes o repetitivos, respuestas de huida o evitación, en su mayoría las mujeres no los experimentan o es mínima la manifestación.

En esta línea otras investigaciones señalaron que existen diferencias significativas en el sistema de respuesta cognitivo, fisiológico y general según la variable sexo, siendo el grupo de mujeres el que mostró niveles de ansiedad más altos que el grupo de hombres (García, Cano y Herrera, 2014). De igual manera difieren con nuestros resultados, dado que en nuestra muestra se observa mayor ansiedad en los varones como respuesta motora. Probablemente los hombres tienen mayor libertad para expresar o manifestar sus malestares.

Así mismo, al analizar la relación entre los vínculos parentales y ansiedad ante situaciones fóbicas encontramos relación significativa. Sobre todo, el vínculo de restricción cariñosa tiene mayor relación.

En el presente trabajo de estudio confirmamos parcialmente nuestra hipótesis, porque sólo los vínculos parentales establecidos por la madre se relacionan con la ansiedad, por el contrario, los vínculos parentales del padre no se relacionan significativamente con la ansiedad en los adolescentes.

Sin embargo, otras investigaciones, como la de Chambilla (2018), quien realizó un estudio en estudiantes de una academia preuniversitaria en Arequipa, concluye que los vínculos parentales óptimos producen menores niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel. Olivo (2012) realizó un estudio en adolescentes de Lima, con el objetivo de determinar la relación entre los estilos parentales percibidos y la ansiedad en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana de nivel socioeconómico bajo. En la dimensión de Cuidado materno y paterno encontró correlaciones negativas en relación a las escalas de ansiedad; y encontró correlaciones positivas entre la dimensión de Protección materna y paterna y las escalas de ansiedad. Zegarra (2005) realizó un estudio en adolescentes de Arequipa, encontrando correlaciones positivas significativas entre estrés familiar y la ansiedad en los adolescentes. Comparando con nuestros resultados, nos damos cuenta tanto en la población arequipeña y espinarense, las relaciones que emplean las figuras maternas tienen relación negativa con el surgimiento de la ansiedad, sin embargo, al analizar la relación entre los vínculos establecidos por el padre arequipeño y espinarense con la ansiedad, solo en nuestra población no se evidencia dicha relación significativa. La explicación lo encontramos en un análisis situacional de la provincia de Espinar que señala por razones económicas y laborales existe una ausencia de los padres en el hogar afectando directamente la unidad e integridad de la familia; no se da un acompañamiento de los hijos en el proceso formativo y humano (MPE, 2016). Es tan común la ausencia del padre en los hogares por razones socioeconómicas o desconocimiento de su rol de padre en el desarrollo socioemocional que han dejado entrever a la madre como única figura con responsabilidades de encargarse de la crianza de sus hijos. Continúa alimentándose la idea ancestral del machismo donde las mujeres deben dedicarse únicamente a la crianza del hogar y los hombres al trabajo.

Dado a los resultados siempre será útil resaltar las palabras de Bowlby sobre el impacto que produce las relaciones familiares en la formación de una base segura. Es por ello que los seres humanos en diferentes etapas de su vida son más felices y poseen mayores probabilidades de desarrollar sus capacidades mientras tengan la seguridad de contar con personas de confianza a su alrededor tanto para enfrentarse al mundo y sus demandas, así como para refugiarse de los posibles peligros, sin embargo, la amenaza de ruptura o pérdida de los vínculos dará lugar a la ansiedad, irá y dolor. Bajo la misma línea, Urizar (2012) afirma: “la calidad y las vicisitudes de las relaciones tempranas son determinantes en el desarrollo de la personalidad y de la salud mental”.

CONCLUSIONES

PRIMERO: En el padre existe mayor predominio del vínculo control sin afecto, seguido del vínculo ausente. De igual manera se observa que en la madre predomina el vínculo control sin afecto, seguido del vínculo ausente. No existen diferencias significativas en el establecimiento de los vínculos parentales según el sexo de sus hijos.

SEGUNDO: Existe diferencia significativa en el factor I según sexo. Se ha encontrado un mayor porcentaje de mujeres dentro del nivel ausencia o mínima ansiedad, en cambio en los hombres ese porcentaje es menor, es decir, los adolescentes hombres del Distrito de Espinar son más vulnerables de sufrir ansiedad frente a situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades que las mujeres.

TERCERO: Existe diferencia significativa en la subescala MOTORA según sexo. Las adolescentes mujeres representan un mayor porcentaje de ausencia o mínima ansiedad, a diferencia de adolescentes varones cuya incidencia es en el mismo nivel. En conclusión, los bloqueos, tartamudez, movimientos torpes o repetitivos, respuestas de huida o evitación, en su mayoría las mujeres no los experimentan o es mínima la manifestación.

CUARTO: Solo se encontró relación significativa entre ansiedad ante situaciones fóbicas (FACTOR III) y los vínculos parentales madre-hijo. Sobre todo, el vínculo de constricción cariñosa tiene mayor relación con la ansiedad moderada a marcada ante situaciones fóbicas.

QUINTO: Solo se encontró relación significativa entre ansiedad como respuesta motora y los vínculos parentales madre-hijo. Cuando el vínculo de la madre es óptimo las manifestaciones de las conductas motoras ansiosas es ausente o mínima.

SEXTO: No se encontró relación significativa entre ansiedad ante diferentes situaciones y los vínculos parentales padre-hijo.

SÉPTIMO: No se encontró relación significativa entre ansiedad según sus respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras y los vínculos parentales padre-hijo.

OCTAVO: Confirmamos parcialmente nuestra hipótesis, porque sólo los vínculos parentales establecidos por la madre se relacionan con los niveles de ansiedad, por el contrario, los vínculos parentales del padre no se relacionan significativamente con la ansiedad en los adolescentes del Distrito de Espinar, Cusco.

SUGERENCIAS

- Recomendamos ampliar la investigación en las zonas rurales del Perú e incluir a otras muestras, además de abordar otras variables.
- A las Instituciones Educativas, desarrollar actividades que involucren la participación de los padres. Con esto estaríamos logrando establecer un espacio y tiempo para fortalecer los vínculos parentales entre padres e hijos de forma directa.
- A los profesionales de la psicología, desarrollar talleres de concientización y sensibilización para los padres, respecto a la importancia del papel de los vínculos parentales en el desarrollo del ser humano y su relación con diferentes desordenes psicológicos, tomando en cuenta los resultados obtenidos de la investigación, de cómo sus hijos identifican a sus progenitores con los vínculos de control sin afecto y ausente, y las consecuencias que conlleva, fomentar a mejorar y reforzar las relaciones familiares. Así mismo, debido a la importancia de la salud mental en los adolescentes, es necesario implementar programas de prevención y promoción, que permitan el reconocimiento de los factores de riesgo entre los adolescentes, enseñarles técnicas de afronte ante la ansiedad.
- A los padres de familia, involucrarse y comprometerse activamente con el desarrollo académico y personal de sus hijos, implica asistir a las Escuela de Padres o acudir al área psicopedagógica para recibir orientación y consejería.
- A los estudiantes, participar en los programas de intervención psicológica o talleres, en donde desarrolleen resiliencia, inteligencia emocional y sobre todo a no repetir el mismo patrón de conducta de sus padres y rescatar los aspectos positivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anónimo (2010). *Ansiedad y estrés.* Recuperado de:
<https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barudy, J. y Dantagnam, M. (2007). Capítulo 8. Los trastornos del apego: elementos diagnósticos y terapéuticos. En M. Dantagnam (Ed.), *Los Buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia* (pp. 165-211). Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Becerril, E. y Álvarez, L. (2012). *La Teoría del Apego en diferentes etapas de la vida* (Trabajo de fin de grado). Universidad de Cantabria, Cantabria, España. Recuperado de
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/865/BecerrilRodriguezE.pdf>
- Beesdo, K., Knappe, S. & Pine, D. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32 (3), 483-524. doi:10.1016/j.psc.2009.06.002.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Barcelona: Paidos.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidos.
- Carter, D. y Welch, D. (1981). Parenting Styles and Childrens Behavior. *Family Relations*, 30, 191-195.

- Ceballos, E. y Rodrigo, M. J. (1998). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Ed), *Familia y desarrollo humano* (pp. 225-243). Madrid: Alianza.
- Chambilla, D. (2018). *Relación de los vínculos parentales con depresión y niveles de ansiedad en estudiantes de la academia Preuniversitaria Mendel* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Chapi, J. (2012). *Satisfacción familiar, ansiedad y cólera – hostilidad en adolescentes de dos instituciones educativas estatales de Lima* (Tesis Pre-Grado). Universidad Mayor de San Marcos, Lima. Perú.
- Del Águila, J. P. y Loayza, A. P. (2007). *Vínculos parentales y conductas antisociales delictivas* (tesis de Pre-grado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Fernández, E.G. (2003). La ansiedad. En E.G. Fernández, M.P. Jiménez y M.D. Martin (Eds.), *Emoción y motivación: La adaptación humana* (pp. 277-310). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- García, Z. E., Cano, A. y Herrera, S. X. (2014). Estudio comparativo de ansiedad entre muestras de estudiantes dominicanos y españoles. *Escritos de Psicología*, 7 (3), 25-32. doi: 10.5231/psy.writ.2014.1310
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *An adult attachment interview*.
- Gómez, M., Vallejo, Z., Villada, Z. y Zambrano, C. (2010). Propiedades psicométricas del Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI), en la población de Medellín, Colombia. *Pensando Psicología*, 6(11), 65-73. Recuperado de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/367>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación (6ta Ed.). México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2012). *Estudio epidemiológico de Salud Mental de niños y adolescentes 2007* (XXVIII). Recuperado de http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html?fbclid=IwAR3-qIAczhR4ZNePq08SNBygapehBCZEDB86LAHqnru53BAp837FacbmC_Q
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2009). *Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008* (XXV). Recuperado de http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html?fbclid=IwAR3-qIAczhR4ZNePq08SNBygapehBCZEDB86LAHqnru53BAp837FacbmC_Q
- Kawai, T. y cols. (2017). *Adverse parenting is associated with blunted salivary cortisol awakening response and altered expression of glucocorticoid receptor β and $\beta 2$ -adrenergic receptor mRNAs in leukocytes in Japanese medical students*. PubMed. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28285561>
- Libert, R. Y Spiegel, L. (2000). *Personalidad: Estrategias y temas*. México: Thompson Editores.
- MacCoby, E. y Martín, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-Child interaction. In E. M. Hetherington (Ed), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development*. (vol. 4, pp 1-102). New York: Willey.
- Main, M. y Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant desorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism.

- Martínez, C. (2008). Desarrollo del vínculo afectivo. Introducción. En: AEPap (Ed.), *Curso de Actualización Pediatría 2008*. Madrid: Exlibris Ediciones.
- Mejía, L. (2014). Teoría del apego. En M. Rodriguez (Ed.), *Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida de John Bowlby* (pp. 6-8). Madrid, España: Ediciones Morata.
- Miguel, J. J. y Cano, A. (2007) *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. (6ta Ed.). TEA Ediciones, (150), 1-42.
- Nandrino, J., Antoine, P., & Dodin, V. (2012). Emotional Differentiation and Parental Bonding in Inpatients Suffering From Eating Disorders. *Magazine the British Psychological Society*, 52(2), 215-229.
- Navlet, M. (2012). *Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes* (Tesis Post-grado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Neal, J. y Frick-Horbury, D. (2001). The effects of Parenting styles and childhood attachment patterns on intimate Relationships. *Journal of instructional Psychology*, 28, 178-184.
- Nohlen, D. (2004). Sistemas electorales y partidos políticos. México, Fondo de Cultura Económica.
- Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8(2), 55-56.
- Olivo, D. (2012). *Ansiedad y estilos parentales en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico CIE 10*. Madrid: Meditor.

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud Mental del Adolescente*. Recuperado de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Ortiz, M. J. y Yarnoz, S. (1993). *Teoría del apego y relaciones afectivas*. Bilbao: Servicio editorial de la Universidad del País Vasco.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieto, E. y Casullo, M. (2006). Apego Seguro, Vínculos Parentales, clima Familiar e Inteligencia Emocional: sociabilización, regulación y bienestar. *SciELO*, 12(2-3), 329-341.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1992). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. (5ta. ed.). México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. (11ma. Ed.). México: Mc Graw Hill.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pinillos, J. (2017). *Propiedades psicométricas del Inventory de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) en estudiantes del nivel secundario del distrito de Trujillo* (Tesis de Pre-grado). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Ramirez, N. (2006). *Estilos Parentales y alexitimia* (Tesis de post-grado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Riveros, F. E. y Zubia, S. A. (2009). *Vínculos parentales y Resiliencia* (tesis de Pre-grado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

- Rodríguez, A. y Pérez, A. O. (2017). Metodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista EAN*, 82, 1-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/206/20652069006.pdf>
- Shaffer, D. (1999). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Georgia, EEUU: Thomson.
- Sierra, J. C., Ortega, V. Y Zubeidat, I. (2003, marzo). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Mal-Estar e Subjetividade. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- Tierno, B. (1992). *Ser buenos padres. Escuela de Padres*. Madrid, España: Ediciones Paulinas.
- Unidad de Estadística Educativa. (2018). *Magnitudes de la Educación*. Recuperado de http://escale.minedu.gob.pe/magnitudes;jsessionid=9b52364ff5e04ec8055eea605786?fbclid=IwAR3ixR7Mylg7V4XSqtMtGlVu5X4DurgVZXHNSnp7NQ7zN_OeU-d7K-lVMJM
- Woolfolk, A. (1996). Psicología Educativa. (6ta. ed.). México: Mc Graw Hill.
- Zegarra, E. Y. (2005). *Correlación entre estrés familiar y ansiedad en adolescentes del 5to grado de Secundaria* (Tesis de post-grado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Peru.

ADDENDA

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

EDAD:	
SEXO:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	
DISTRITO DE PROCEDENCIA:	
VIVE CON:	<input type="checkbox"/> Solo con mamá <input type="checkbox"/> Solo con papá <input type="checkbox"/> Con ambos <input type="checkbox"/> Otros, especifique:
OCUPACIÓN:	Mamá _____ Papá _____

ISRA

INSTRUCCIONES:

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan situaciones en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a respuestas que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la frecuencia con la que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:



- | |
|---------------------------------|
| 0 Casi nunca |
| 1 Pocas veces |
| 2 Unas veces sí, otras veces no |
| 3 Muchas veces |
| 4 Casi siempre |

Vea los siguientes ejemplos:

SITUACIONES		RESPUESTAS					OBSERVACIONES	
1	Si un problema me preocupa mucho.		1. Me desconcierto; no sé qué hacer.	2. Tengo la impresión de que soy inútil.	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	4. Tengo dificultades para dormir.	5. Pierdo el apetito.	
2	Cuando pierdo un objeto que apreciaba mucho.							

Deberá leer la situación 1 y las respuestas que están sobre las columnas en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

C

- 0 Casi nunca
1 Pocas veces
2 Unas veces sí, otras veces no
3 Muchas veces
4 Casi siempre

RESPUESTAS

1. Me preocupo fácilmente.	
2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como - inferior- a los demás, torpe, etc.	
3. Me siento inseguro de mí mismo.	
4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	
5. Siento miedo.	
6. Me cuesta concentrarme.	
7. Piensas que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.	

SITUACIONES

							OBSERVACIONES	ΣS
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.							
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.							
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.							
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.							
5	En mi trabajo o cuando estudio.							
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.							
7	Si una persona del otro sexo esta muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.							
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.							
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.							
10	Si tengo que hablar en público.							
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.							
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco (bus o auto).							
13	Después de haber cometido algún error.							
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.							
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.							
16	Cuando pienso en mi futuro o dificultades y problemas futuros.							
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.							
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.							
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.							
20	Al observar escenas violentas.							
21	Por nada en concreto.							
22	A la hora de dormir.							
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		ΣR						

F

- 0 Casi nunca
 1 Pocas veces
 2 Unas veces sí, otras veces no
 3 Muchas veces
 4 Casi siempre

RESPUESTAS

1. Siento molestias en el estómago.
2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.
3. Me tiemblan las manos o las piernas.
4. Me duele la cabeza.
5. Mi cuerpo está en tensión.
6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.
7. Me falta el aire y mi respiración es agitada.
8. Siento náuseas o mareo.
9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
10. Tengo escalofríos y frío aunque no haga mucho frío.

SITUACIONES

												OBSERVACIONES	ΣS
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5	En mi trabajo o cuando estudio.												
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7	Si una persona del otro sexo esta muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10	Si tengo que hablar en público.												
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco (bus o auto).												
13	Después de haber cometido algún error.												
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16	Cuando pienso en mi futuro o dificultades y problemas futuros.												
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20	Al observar escenas violentas.												
21	Por nada en concreto.												
22	A la hora de dormir.												

ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO
 TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

ΣR

PB]

VÍNCULOS PARENTALES

INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario es estrictamente **CONFIDENCIAL Y ANÓNIMO**, el objetivo es conocer **¿Cómo RECUERDA USTED A SUS PADRES EN LOS PRIMEROS 16 AÑOS DE SU VIDA?**

No existen respuestas correctas o incorrectas, por favor sea usted lo más honesto posible. Conteste todas las preguntas sin excepción, el dejar en blanco algún reactivo/ítem invalida el cuestionario.

Encontrará dos hojas idénticas, con las mismas preguntas, la primera es para que coloque usted sus respuestas referidas hacia su **MAMÁ**. El segundo cuestionario es para que marque las respuestas hacia cómo era su **PAPÁ**, con usted. POR FAVOR no confundirse.

A continuación, presentamos una escala o alternativa de respuesta para cada pregunta que van de 0 a 3. Marque con una “X” la alternativa que más se ajusta a usted. Por favor conteste con Sinceridad.

REFERIDO A LA MADRE

(0) Muy en desacuerdo	(1) En desacuerdo	(2) De acuerdo	(3) Muy de acuerdo
--------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------

ÍTEM	0	1	2	3
1. Me hablaba con voz amistosa y calida				
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba				
3. Evitaba que yo saliera solo				
4. Parecía emocionalmente frió hacia mi				
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones				
6. Era afectuoso conmigo				
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones				
8. No quería que yo creciera				
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacia				
10. Invadía mi privacidad				
11. Se entretenía conversando cosas conmigo				
12. Me sonreía frecuentemente				
13. Me mimaba /consentía				
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba				
15. Me dejaba tomar mis propias decisiones				
16. Me hacia sentir que no me quería				
17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto(a) perturbado (a)				
18. No conversaba mucho conmigo				
19. Trataba de que yo dependiera de el o ella				
20. Sentía que no podía cuidar de mis mismo(a), a menos que el estuviera cerca				
21. Me daba toda la libertad que yo quería				
22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería				
23. Era sobre protector (a) conmigo				
24. No me elogiaba				
25. Me permitía vestirme como se me antojara.				

REFERIDO AL PADRE

(0) Muy en desacuerdo	(1) En desacuerdo	(2) De acuerdo	(3) Muy de acuerdo
--------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------

ÍTEM	0	1	2	3
1. Me hablaba con voz amistosa y calida				
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba				
3. Evitaba que yo saliera solo				
4. Parecía emocionalmente frió hacia mi				
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones				
6. Era afectuoso conmigo				
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones				
8. No quería que yo creciera				
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacia				
10. Invadía mi privacidad				
11. Se entretenía conversando cosas conmigo				
12. Me sonreía frecuentemente				
13. Me mimaba /consentía				
14. No parecía entender lo que yo quería o necesitaba				
15. Me dejaba tomar mis propias decisiones				
16. Me hacia sentir que no me quería				
17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto(a) perturbado (a)				
18. No conversaba mucho conmigo				
19. Trataba de que yo dependiera de el o ella				
20. Sentía que no podía cuidar de mis mismo(a), a menos que el estuviera cerca				
21. Me daba toda la libertad que yo quería				
22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería				
23. Era sobre protector (a) conmigo				
24. No me elogiaba				
25. Me permitía vestirme como se me antojara.				

CASO CLÍNICO I

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : S. C. M. I
Edad: : 18 Años
Fecha de nacimiento : 21 de noviembre de 1999
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : Universitario
Procedencia : Arequipa
Religión : Católico
Informante : Madre y adolescente
Lugar de evaluación : Centro de Salud Maritza Campos Diaz
Fecha de entrevista : 14 al 29 de noviembre del 2018
Nombre del entrevistador (a) : Raquel Karina Caceres Umasi

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente asiste al servicio de psicología, acompañado de su madre. Adolescente refiere: "tengo vitíligo en la cadera, mis manos están muy callosas, me pongo muy nervioso y estoy preocupado por mi enfermedad", así mismo refiere, "mi padre nos abandonó hace 14 años y cuando viene a casa me grita con insultos y eso me altera mucho".

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

Adolescente refiere que presenta problemas emocionales, que se muestra afectado por la enfermedad que tiene (vitílico), está preocupado y que se frota constantemente las manos lo que ha generado callosidades.

La madre refiere que a los 8 años, comenzó a mostrar cierta tristeza y frustración cuando su padre no le mostraba afecto, a veces estaba triste y cuando su mamá le preguntaba, él decía estar bien, otras veces lloraba e intentaba golpear su mesa, pero por temor dejaba de hacerlo, cuando volvía su padre de visita, se mostraba como si nada pasara y nuevamente buscaba estar con él y que su progenitor le dé afecto. A veces el padre se mostraba afectuoso yengreí dor hacia el menor y otras era hostil, es por ello que inicia a frotarse de manera obsesiva las manos.

Actualmente, continúa frotándose las manos cada vez que el padre lo insulta, discute o cuando se va de la casa. Después de la visita, le dice que no lo quiere ver y ha generado que tenga callosidades en las manos. Estas actitudes del padre están afectando sus estudios.

El adolescente manifiesta frustración ante esta situación. Los insultos y llamadas de atención del padre biológico generan en el paciente diversas reacciones: como tristeza y cólera. Así como la ausencia prolongada del mismo, le afecta en sus actividades diarias, mostrando descuido en sus tareas.

4. ANTECEDENTES PERSONALES

a. Etapa pre natal

Fue un embarazo no planificado, con una gestación normal de nueve meses, madre refiere que presentó síntomas y malestares los primeros meses de gestación como: vómitos, mareos y malestar general, asistía a sus controles médicos durante todo el

periodo, tenía una buena alimentación. No presentó ninguna complicación, enfermedad ni accidentes.

b. Etapa natal

El niño nació cumplido los nueve meses. El parto se realizó por cesárea debido a que no presentaba dilatación y también por decisión de la madre; el parto fue atendido por un médico y se utilizó anestesia general.

c. Etapa post natal

Lloró al nacer, con un peso de 3,130 Kg y una estatura de 51cm, no presentó malformaciones ni necesitó incubadora o ayuda, por lo demás fue un niño sano para su desarrollo.

• Desarrollo psicomotor y del lenguaje

En cuanto al desarrollo, la madre indica que el paciente gateó a los 8 meses y caminó al año y 3 meses, no tuvo caídas que sean relevantes, no presentó ninguna dificultad en la realización de los movimientos. De la misma manera refiere no tener datos de tiempo que el menor haya dado sus primeras pronunciaciones, no presentó dificultad para pronunciar las palabras.

Comenzó a controlar los esfínteres tanto de día como de noche a la edad de tres años aproximadamente, ayudado por la madre, aunque luego de esta edad se presentaron incidentes donde mojaba la cama, más o menos hasta los 5 años. En la actualidad se atiende solo.

- **Alimentación y hábitos del sueño**

Su alimentación fue con leche materna hasta los 6 meses, luego empezó a darle alimentos sólidos, no presentó alergias a ninguna comida. Actualmente, se alimenta con tres comidas al día.

Durante los primeros años, solo despertaba a lactar y luego dormía sin ninguna dificultad. En la actualidad su tiempo de sueño es de larga duración, los fines de semana duerme un promedio de 9-10 horas y los días particulares 8 horas, pero también duerme por las tardes, duerme solo.

d. Etapa escolar y/o superior

Estudió inicial y primaria en la I.E. Víctor Andrés Belaunde desde los 4 años, no rechazaba asistir a la escuela ya que se llevaba bien con sus compañeros. La secundaria curso en la I. E. Romeo Luna Victoria. Actualmente estudia en la Universidad Alas Peruanas. Actualmente tiene dificultades con las relaciones interpersonales producto del problema que presenta.

e. Desarrollo y función sexual

La madre no recuerda si ha realizado preguntas sobre como vino al mundo o sobre el sexo, le da temor hablar de esos temas. El adolescente se identifica con el sexo masculino.

f. Historia de la recreación y de la vida

Desde pequeño, el paciente se interesó por los juegos de carros, le gustaba correr por el patio. Actualmente practica raras veces basquetball.

g. Hábitos e influencias nocivas o tóxicas

Su sueño solía ser normal, sin embargo, ha aumentado las horas de sueño ya que duerme algunas veces a la semana durante las tardes, al regresar de la universidad. En cuanto a su apetito, come tres veces al día; sin embargo, últimamente ha dejado sus alimentos sin terminarlos. No presenta hábitos nocivos ni tóxicos

5. ANTECEDENTES MÓRBIDOS**a. Enfermedades y accidentes**

El paciente cuenta con todas sus vacunas, presentó las enfermedades comunes como gripe y actualmente tiene vitíligo en la cadera, lo mismo que le afecta y le trae preocupación.

b. Personalidad pre mórbida

Siempre fue tranquilo, empático, colaborador. Desde los 8 años aproximadamente le empezó a afectar el comportamiento agresivo y distante de su padre, generando irritabilidad, tristeza y aburrimiento, salvo en las ocasiones que interactuaba con la madre se mostraba alegre.

6. ANTECEDENTES FAMILIARES**a. Composición familiar**

La familia es de tipo reconstruida, porque vive con la madre, el hermano menor y el padrastro.

b. Dinámica familiar

El padre biológico está separado de la madre desde hace 14 años; pero los visita una vez a la semana. El adolescente se mostraba feliz por la visita, sin embargo, su padre no

mostraba siempre cariño por él, aveces era hostil y hasta ha llegado a insultarlo generandole angustia y malestar al paciente.

En casa, la relación con el padrastro y la madre es buena, así como entre él y su hermano menor, ademáas, el padrastro se ha mostrado comprensivo con la situación del paciente.

c. Condición socioeconómica

El padre biológico le dá una pensión a la madre y al adolescente para sus estudios. El padrastro trabaja en construcción civil y viven en su casa. La madre se dedica a actividades del hogar.

d. Antecedentes Patológicos

No tienen familiares que presenten problemas psicológicos.

7. RESUMEN

El paciente nació cumplidos los nueve meses. El parto se realizó por cesárea, no presentó malformaciones ni necesitó incubadora, gateó a los 8 meses y caminó al año y 3 meses, no tuvo caídas graves que sean relevantes y no presentó ninguna dificultad en la realización de los movimientos.

No presentó dificultad para pronunciar las palabras, comprende todo lo que se le dice y cumpleórdenes. En la actualidad, se alimenta tres veces al día y no termina sus alimentos. Además de dormir en las noches, últimamente duerme en las tardes.

Siempre fue tranquilo, empático, colaborador, sin embargo, desde los 8 años aproximadamente le empezó a afectar el comportamiento agresivo y distante de su padre, generando irritabilidad, tristeza y aburrimiento, así como conductas obsesivas como frotarse las manos, salvo en las ocasiones que interactuaba con la madre se muestra alegre. La familia es de tipo reconstruida, vive con su madre, padrastro y hermano. El padre biológico está separado de la madre desde hace 14 años; en casa, las relaciones son buenas, el padre biológico da una pensión a la madre y al hijo para sus estudios. La madre trae al adolescente porque ha notado que su hijo está presentando problemas emocionales, que se muestra afectado por la enfermedad que tiene, que está preocupado y que se frota constantemente las manos lo que le ha generado callosidades, suele realizar esta acción cada vez que el padre le insulta, cuando discute con él y cuando se va de la casa después de la visita. El padre suele decirle que no lo quiere ver y éstas actitudes están afectando al paciente no solo emocionalmente, sino también en sus estudios.

EXAMEN MENTAL

1. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

a. Apariencia general y actitud psicomotora

Paciente aparenta la edad referida, vestido de manera adecuada, con expresión facial tensa, triste y preocupado, en algunas ocasiones alegre, tono de voz adecuado, con habla normal, postura encorvada y con actitud colaboradora durante la evaluación.

b. Molestia general y manera de expresarla

El paciente manifiesta cierta molestia cuando se le pregunta por su padre, reflejando en su rostro resentimiento, cólera, enojo y tristeza.

c. Actitud hacia el examinador y hacia el examen

Se muestra colaborador, sensible, empático y motivado, sin embargo, reacciona con tristeza y cólera al hablar de su padre.

d. Comportamiento

Muestra una expresión facial de tensión, preocupación y tristeza, baja la mirada cuando habla de su padre, hace ciertas muecas que manifiestan incomodidad, se frota las manos.

Se muestra amable, respetuoso, colaborador, sin embargo, muestra cierta evasión al hablar de su padre.

2. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

a. Atención

No presenta dificultades en la atención, dirige la mirada, sigue las instrucciones que la examinadora le da, siendo su atención lo suficientemente sostenida que le permite al paciente ejecutar su evaluación, sin embargo, cuando habla de su padre baja la mirada.

b. Conciencia o estado de alerta

Tiene conocimiento de sí mismo, se encuentra en un estado de plena alerta, presencia de lucidez, es capaz de mantener la conversación y responder a las preguntas que se le formulan. Además, es consciente de los problemas que vive.

c. Orientación

Se orienta en tiempo: día, mes y año, orientado en el espacio habitual, lugar en el que se encuentra, y también donde y con quienes vive. Con respecto a su persona, refiere su nombre, edad, y en qué grado se encuentra. Reconoce familiares, compañeros de salón y al profesional con el que está trabajando.

3. LENGUAJE

No presenta trastornos en su lenguaje expresivo y comprensivo, es adecuado para su edad, comprende todas las indicaciones, su tono de voz es adecuado, acelerado en ocasiones en especial cuando se toca el tema de su padre.

4. PENSAMIENTO

No presenta dificultades en cuanto al curso de su pensamiento, tampoco y con respecto al contenido de este, así mismo el adolescente puede comprender el curso de la conversación.

5. PERCEPCIÓN

El paciente muestra adecuado funcionamiento de sus sentidos de audición y visión, no

presenta alteraciones ya que integra todos los procesos externos a través de sus sentidos de manera normal.

6. MEMORIA

Respecto a su memoria a largo plazo, recuerda hechos cronológicos de su historia personal, del cómo vivía, recuerda la fecha de su cumpleaños, nombres de sus familiares, amigos y profesores.

Así mismo en cuanto a su memoria a corto plazo el paciente tiene capacidad para retener información reciente, recuerda estímulos visuales, auditivos, táctiles lo cual se presentaron en el momento de las sesiones como frutas y verduras, además, que comió en la mañana, que hizo durante las últimas horas antes que vino al consultorio, retribuyendo hechos importantes que hizo en su vida, siendo verificables por su madre.

7. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Proporcionó información de conocimientos generales, capacidad para recordar hechos vividos, capacidad para realizar operaciones aritméticas simples y su capacidad para pensar adecuadamente, razonando las preguntas de acuerdo al nivel cultural y de rendimiento académico del paciente.

8. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Presenta el estado de ánimo cambiante, ya que muestra tristeza, pena y alegría en ocasiones y al hablar de su padre se muestra emocionalmente lábil.

Siente frustración al ver a sus primos con su padre, e incluso manifiesta molestía.

El paciente observa que reprime su estado de ánimo, como llorar y contar lo que le sucedió.

9. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

a. Comprensión

El menor acepta que no controla sus emociones, para lo cual acepta consejos y orientación que se brinda en la terapia.

b. Grado de incapacidad

Es consciente de su situación actual, porque reconoce que su actitud y comportamiento ha interferido en su vida diaria sobre todo en el colegio.

10. RESUMEN

Paciente aparenta la edad referida, aspecto adecuado para su edad, se muestra resentido al hablar de su padre, quien lo abandonó, manifestando cierta molestia cuando se le pregunta de él, reflejando en su rostro resentimiento, cólera, enojo y tristeza.

Frente a la examinadora se muestra colaborador, sensible, empático y motivado. Lenguaje fluido, tono de voz adecuado para su edad, acelerado en ocasiones cuando se habla de su padre. El menor integra todos los procesos externos a través de sus sentidos, sin presentar dificultades en su percepción y pensamiento, con conocimientos generales, orientado en tiempo y espacio, recordando hechos que ha pasado con su familia, tiene capacidad para retener información reciente, por ejemplo, que comió en la mañana y que hizo durante las últimas horas, retribuyendo hechos importantes que hizo en su vida, siendo verificables por su madre.

Respecto a su estado de ánimo, es cambiante, en ocasiones se muestra emocionalmente lábil, al hablar de su padre y con sentimientos de frustración al ver a sus primos con sus padres.

El paciente observa que en algunas ocasiones reprime su estado de ánimo, como llorar y contar lo que le sucedió; así mismo acepta y reconoce que no controla sus emociones y que su actitud ha interferido en su vida diaria sobre todo en el colegio.

INFORME PSICOMETRICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : S. C. M. I
Edad: : 18 Años
Fecha de nacimiento : 21 de noviembre de 1999
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : Universitario
Procedencia : Arequipa
Religión : Católico
Informante : Madre y adolescente
Lugar de evaluación : Centro de Salud Maritza Campos Diaz
Fecha de entrevista : 14 al 29 de noviembre del 2018
Nombre del entrevistador (a) : Raquel Karina Caceres Umasi

2. OBSERVACIONES GENERALES

El paciente se mostró con actitud colaboradora en la realización de prueba psicológica. En ocasiones se distrajo, comprendió las indicaciones y logró concretizar los objetivos.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas

Test de Inteligencia No Verbal Toni- 2

Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck (Forma A)

Test de la Figura Humana Machover

Test del árbol

Escala clínica de depresión (Test de Zung)

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

A. TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL TONI- 2

Análisis Cuantitativo

Puntaje directo	Percentil	CI	Categoría mental
40	58	103	Medio

Análisis Cualitativo

Paciente obtuvo un coeficiente intelectual de 103 que lo ubica en una categoría normal promedio, lo que indica que tiene capacidad en el procesamiento de información, en el empleo de su capacidad de análisis y síntesis de operaciones básica, solución de problemas de manera general, acorde a su edad y nivel cultural.

B. INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK Y EYSENCK (FORMA A

Análisis Cuantitativo

N	E	L
20	11	3

Análisis Cualitativo

Paciente presenta un temperamento de tipo melancólico, con tendencia a la controversión, altamente inestable presentando un sistema nervioso débil, especialmente los procesos inhibitorios, tiende a ser caprichoso ansioso, rígido, soberbio, pesimista, reservado, poco

sociable, ensimismado, introspectivo, aislado, prefiere los libros a establecer una conversación con otras personas, es reservado y distante excepto con sus amigos íntimos, tiende a planear por adelantado.

C. TEST DE LA FIGURA HUMANA MACHOVER

Sandro proyecta miedo, inseguridad e inadecuación, retraido ante cualquier situación, manifiesta rechazo de la prueba y a los problemas ambientales, posee dificultades para establecer relaciones interpersonales. Deseo de dominio con tendencias agresivas.

También muestra ambivalencia sobre la autonomía de la independencia, manifiesta hostilidad y rigidez.

En ocasiones manifiesta rasgos de impulsividad, agresividad, hostilidad y tristeza hacia el medio, los cuales están relacionados con falta de madurez con respecto a relaciones con los demás, alejamiento de realidad, los cuales están ocasionados por la frustración de no poder expresar lo que desea ser en realidad.

D. TEST DEL ÁRBOL

Persona que necesita apoyo, falta de seguridad a si mismo, temor a la muerte.

Muestra poca facilidad para los contactos interpersonales, simpatía, confusiones en sus pensamientos, con un temperamento que le es difícil manejar.

E. ESCALA CLÍNICA DE DEPRESIÓN (TEST ZUNG)

El paciente obtuvo un puntaje de 48, equivalente a un índice EAD de 60, el cual indica depresión moderada intensa.

5. RESUMEN

Paciente posee un coeficiente intelectual promedio, lo que indica que tiene capacidad en el procesamiento de información, en el empleo de su capacidad de análisis y síntesis de operaciones básica, solución de problemas de manera general, acorde a su edad y nivel cultural. Con un temperamento de tipo melancólico, con tendencia a la introversión, altamente inestable presentando un sistema nervioso débil, especialmente en los procesos inhibitorios, tiende a ser caprichoso ansioso, rígido, soberbio, pesimista, reservado, poco sociable, ensimismado, introspectivo, aislado, prefiere los libros a establecer una conversación con otras personas, es reservado y distante excepto con sus amigos íntimos, tiende a planear por adelantado. Emocionalmente inestable con sentimientos de inseguridad. Manifiesta rasgos de impulsividad, agresividad, hostilidad y tristeza hacia el medio, los cuales están relacionados con falta de madurez con respecto a relaciones con los demás, alejamiento de la realidad, los cuales están ocasionados por la frustración de no poder expresar lo que desea ser en realidad, necesita apoyo, falta de seguridad a si mismo, temor a la muerte, muestra poca facilidad para los contactos interpersonales. El paciente obtuvo un índice EAD DE 60, el cual indica depresión moderada intensa.

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : S. C. M. I
 Edad: : 18 Años
 Fecha de nacimiento : 21 de noviembre de 1999
 Lugar de nacimiento : Arequipa
 Sexo : Masculino
 Grado de instrucción : Universitario
 Procedencia : Arequipa
 Religión : Católico
 Informante : Madre y adolescente
 Lugar de evaluación : Centro de Salud Maritza Campos Diaz
 Fecha de entrevista : 14 al 29 de noviembre del 2018
 Nombre del entrevistador (a) : Raquel Karina Caceres Umasi

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente asiste al servicio de psicología, acompañado de su madre. Adolescente refiere: "tengo vitíligo en la cadera, mis manos están muy callosas, me pongo muy nervioso y estoy preocupado por mi enfermedad", así mismo refiere, "mi padre nos abandonó hace 14 años y cuando viene a casa me grita con insultos y eso me altera mucho".

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas

Test de Inteligencia No Verbal Toni- 2

Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck (Forma A)

Test de la Figura Humana Machover

Test del árbol

Escala clínica de depresión (Test de Zung)

4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente nació cumplidos los nueve meses. El parto se realizó por cesárea no presentó malformaciones ni necesitó incubadora, gateó a los 8 meses y caminó al año y 3 meses, no tuvo caídas graves que sean relevantes y no presentó ninguna dificultad en la realización de los movimientos.

No presentó dificultad para pronunciar las palabras, comprende todo lo que se le dice y cumple órdenes. En la actualidad, se alimenta tres veces al día y no termina sus alimentos. Además de dormir en las noches, últimamente duerme en las tardes.

Siempre fue tranquilo, empático, colaborador, sin embargo, desde los 8 años aproximadamente le empezó a afectar el comportamiento agresivo y distante de su padre, generando irritabilidad, tristeza y aburrimiento, así como conductas obsesivas como frotarse las manos, salvo en las ocasiones que interactuaba con la madre se muestra alegre.

La familia es de tipo reconstruida, vive con su madre, padrastro y hermano. El padre biológico está separado de la madre desde hace 14 años; en casa, las relaciones son buenas, el padre biológico de la una pensión a la madre y al hijo para sus estudios. La madre trae al adolescente porque ha notado que su hijo está presentando problemas emocionales, que se muestra afectado por la enfermedad que tiene, que está preocupado y que se frota constantemente las manos lo que le ha generado callosidades, suele realizar esta acción

cada vez que el padre le insulta, cuando discute con él y cuando se va de la casa después de la visita. El padre suele decirle que no lo quiere ver y éstas actitudes están afectando al paciente no solo emocionalmente, sino también en sus estudios.

5. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Paciente aparenta la edad referida, aspecto adecuado para su edad, se muestra resentido al hablar de su padre, quien lo abandonó, manifestando cierta molestia cuando se le pregunta de él, reflejando en su rostro resentimiento, cólera, enojo y tristeza.

Frente a la examinadora se muestra colaborador, sensible, empático y motivado. Lenguaje fluido, tono de voz adecuado para su edad, acelerado en ocasiones cuando se habla de su padre. El menor integra todos los procesos externos a través de sus sentidos, sin presentar dificultades en su percepción y pensamiento, con conocimientos generales, orientado en tiempo y espacio, recordando hechos que ha pasado con su familia, tiene capacidad para retener información reciente, por ejemplo, que comió en la mañana y que hizo durante las últimas horas, retribuyendo hechos importantes que hizo en su vida, siendo verificables por su madre.

Respecto a su estado de ánimo, es cambiante, en ocasiones se muestra emocionalmente lábil, al hablar de su padre y con sentimientos de frustración al ver a sus primos con sus padres.

El paciente observa que en algunas ocasiones reprime su estado de ánimo, como llorar y contar lo que le sucedió; así mismo acepta y reconoce que no controla sus emociones y que su actitud ha interferido en su vida diaria sobre todo en el colegio, para lo cual acepta consejos y orientación que se brinda en la terapia.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente posee un coeficiente intelectual Promedio, lo que indica que tiene capacidad en el procesamiento de información acorde a su edad y nivel cultural, lo que le implica que es consciente de su situación actual. Emocionalmente inestable con sentimientos de inseguridad. Manifiesta rasgos de impulsividad, agresividad, hostilidad y tristeza hacia el medio, los cuales están relacionados con falta de madurez con respecto a relaciones con los demás, alejamiento de la realidad, los cuales están ocasionados por la frustración de no poder expresar lo que desea ser en realidad, necesita apoyo, falta de seguridad a si mismo, temor a la muerte, muestra poca facilidad para los contactos interpersonales. Con un temperamento de tipo melancólico, con tendencia a la introversión, altamente inestable presentando un sistema nervioso débil, especialmente los procesos inhibitorios, tiende a ser caprichoso ansioso, rígido, soberbio, pesimista, reservado, poco sociable, ensimismado, introspectivo, aislado, lo que implica que no le gusta interactuar con su medio social, es reservado y distante excepto con sus amigos íntimos, tiende a planear por adelantado.

Además, presenta disminución del apetito, aumento de las horas de sueño por las tardes, lo que sería causado por la tristeza ocasionada por los problemas con su padre y frustración de no poder expresar lo que desea, lo cual manifiesta con frotar las manos y este generó callosidades en el mismo.

7. DIAGNÓSTICO

Sandro posee un coeficiente Intelectual de Nivel Medio, lo que indica que tiene capacidad en el procesamiento de información, en el empleo de su capacidad de análisis y síntesis de operaciones básica, solución de problemas de manera general, acorde a su edad y nivel

cultural. Presenta disminución del apetito, aumento de las horas de sueño por las tardes, callosidades en las manos por frotarse excesivamente, vitíligo en partes de la cadera y la falta de seguridad de sí mismo, introvertido, adopta un papel pasivo en las relaciones interpersonales, haciendo que pierda la confianza de sí mismo teniendo sentimientos de inferioridad. Lo que configuraría un **Trastorno mixto ansioso depresivo (F41.2)**

8. PRONÓSTICO

El pronóstico es reservado, porque cuenta con apoyo de parte de su madre y hay predisposición de parte del paciente de hacer y obedecer lo que se le encomienda, pero la interacción con su padre impediría una posible mejoría.

9. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia individual

Arequipa, noviembre del 2018

Raquel Karina Caceres Umasi
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPEÚTICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : S. C. M. I
Edad: : 18 Años
Fecha de nacimiento : 21 de noviembre de 1999
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : Universitario
Procedencia : Arequipa
Religión : Católico
Informante : Madre y adolescente
Lugar de evaluación : Centro de Salud Maritza Campos Diaz
Fecha de entrevista : 14 al 29 de noviembre del 2018
Nombre del entrevistador (a) : Raquel Karina Caceres Umasi

2. DIAGNÓSTICO

Sandro posee un coeficiente Intelectual de Nivel Medio, lo que indica que tiene capacidad en el procesamiento de información, en el empleo de su capacidad de análisis y síntesis de operaciones básica, solución de problemas de manera general, acorde a su edad y nivel cultural. Presenta disminución del apetito, aumento de las horas de sueño por las tardes, callosidades en las manos por frotarse excesivamente, vitíligo en partes de la cadera y la falta de seguridad de sí mismo, introvertido, adopta un papel pasivo en las relaciones

interpersonales, haciendo que pierda la confianza de sí mismo teniendo sentimientos de inferioridad. Lo que configuraría un **Trastorno mixto ansioso depresivo (F41.2)**

3. OBJETIVO GENERAL

- Lograr salir del episodio depresivo por el que está pasando para trabajar el tema de dependencia e inseguridad.
- Modificar los pensamientos autodesvalorativos de sí mismo, para disminuir el aislamiento, regular el sueño, y mejorar su estado de ánimo.
- Desarrollo de habilidades para trabajar con sus sentimientos de inseguridad y ansiedad.
- Desarrollar e incrementar en Sandro habilidades de control de emociones y empáticas que le permitan identificar, comprender, responder de manera adecuada ante las diversas situaciones.
- Entrenar en actividades que impliquen toma de decisiones para generar autonomía y disminuir la dependencia y ansiedad.

4. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

A continuación, se detalla cada una de las fases que conforman este plan psicoterapéutico:

Las sesiones se iniciarán con la relajación del paciente en las primeras sesiones, para hacer que el paciente entre en confianza y disminuya sus niveles de ansiedad y así este presto al tratamiento.

Durante las primeras fases del tratamiento se empleará técnicas de relajación y conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes del episodio depresivo. Conseguido esto se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la

organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas base en los pensamientos negativos y automáticos, para a partir de ello brindarle estrategias de afronte que lo ayudaran en su toma de decisiones e independencia.

5. TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

La técnica general que se utilizará en la presente intervención psicoterapéutica es según el modelo cognitivo-conductual.

6. DESARROLLO

- SESIÓN 1: RESPIRACIÓN CONTROLADA**

Objetivo

Enseñarle la técnica de relajación para reducir los niveles de ansiedad, entrenarlo progresivamente en cada sesión hasta lograr control de esta, a través del afronte de situaciones que generen estas sensaciones.

Descripción

Respiración controlada:

Sentarse cómodamente, cerrar lentamente los ojos y colocar una mano sobre el abdomen, con el dedo meñique justo encima del ombligo. El abdomen debe elevarse con cada inspiración

Al espirar, el abdomen vuelve a su posición original para que le sea más fácil realizar la respiración abdominal, debe intentar llevar el aire hasta la parte más baja de los pulmones.

En caso de no lograrlo se le colocara un pequeño libro sobre su abdomen y comprobar cómo aquél sube y baja.

Inspirar por la nariz y espirar por la nariz o por la boca. Si existe algún problema que impida inhalar bien por la nariz, puede hacerse por la boca, pero sin abrirla demasiado.

Inspirar por la nariz durante 3 segundos utilizando el diafragma, espirar por la nariz o por la boca durante 3 segundos y hacer una breve pausa ante de volver a inspirar.

Se repetirá mentalmente y de forma lenta la palabra "calma", "tranquilo" cada vez que espira, posteriormente se le enseña a identificar la sensación y se plantearán situaciones que le generen ansiedad para practicar la respiración sostenida.

Practicarla al notar los primeros síntomas de ansiedad.

Tiempo: 15 minutos

- **SESION N° 2: AUTOCONOCIMIENTO**

Objetivo: Identificar y descargar las emociones reprimidas (normalmente negativas: tristeza, preocupación, ira, etc.), que están influyendo negativamente en la vida diaria del paciente.

Descripción:

La sesión se iniciará con el rapport correspondiente, para entrar en confianza y crear un clima adecuado. Seguidamente se le pedirá al paciente que nos narre que es lo que está sintiendo en ese momento y como se siente en los momentos de preocupación o de tristeza y cuáles son las reacciones que él toma para enfrentar esa situación. Se le pedirá que responda a las siguientes preguntas:

¿cómo se considera?

¿Cómo se encuentra en la familia?

¿cómo se encuentra en la universidad?

¿cómo se relaciona con los demás?

¿Qué es lo que más le gusta de si mismo?

Luego se analizan las respuestas junto a él resaltando sus características positivas y resaltando la importancia de reconocer en realidad quién es, para afianzar escribir una lista sobre sus defectos y aspectos positivos.

Tiempo: 30 minutos

- **SESION N° 3: AUTOESTIMA**

Objetivo: Identificarse en el tiempo y en el espacio, trabajando sus carencias, dándose cuenta de la realidad en la que vive, para posteriormente trabajar con las carencias o vacíos encontrados.

Descripción: Entender qué es el amor propio.

Entender y definir su autoconcepto. En una hoja se dibujara y escribirá lo que representa “AMOR PROPIO”, para ello cada dibujo debe tener una característica particular que describa lo que es actualmente y lo que quisiera ser.

En cuanto al autoconcepto escribirá en una hoja el COMO ES, COMO LO HARA y COMO QUIERE SER. Al finalizar el paciente elegirá una de los contenidos escritos para empezar a trabajar en ello y poco a poco adquirir nuevas habilidades y formas de reconocer sus capacidades.

- **SESION N° 4: AUTOACEPTACIÓN**

Objetivo: Reconocer y evaluar los aspectos positivos y limitaciones que tiene el paciente para lograr la valoración y respeto de sí mismo

Descripción: Se le pide que haga una lista de características positivas y negativas a nivel social, familiar, personal.

Se le explicará y leerá cada una de sus características positivas para que se reconozco y valore quien es.

El paciente propone soluciones o alternativas para sus características negativas.

Una vez identificados estas características se le hará escoger 3 de estas C.N. para que pueda mejorarlas y cambiar de negativo a positivo, durante las siguientes sesiones.

Finalmente se concluye autoafirmando la valía de reconocerse, aceptar y valorar cada característica, para en base a lo identificado buscar el cambio.

Tiempo: 40 minutos

- **SESIÓN 5: PSICOTERAPIA FAMILIAR**

Objetivo: Fortalecer la relación y apoyo familiar para generar en el paciente autonomía e independencia.

Descripción:

Primero se dialogará brevemente con los familiares que puedan ir a consulta y se les dirá claramente, que es necesario su apoyo para la mejora del paciente, pues necesita respaldo de su familia. Se les hablará sobre el estado del paciente, que medidas ellos tendrán que tomar en casa y fundamentalmente como tendrían que tratarlo, para mejorar su independencia, autoconcepto, toma de decisiones, responsabilidades.

Tiempo: 45 minutos

- **SESIÓN N° 6 PSICOTERAPIA FAMILIAR**

Objetivos: Lograr que los miembros de la familia puedan interactuar entre sí, mejorando la comunicación familiar.

Descripción:

Se trabajará con todos los miembros de la familia, explicándoles que esta técnica es útil para manejar aspectos o temas difíciles en los que es necesario tomar diferentes posiciones para su mejor comprensión. Se les indica que la técnica consiste en la representación espontánea de una situación real o hipotética para mostrar un problema. Cada miembro de la familia representa un papel, pero también pueden intercambiar los roles que interpretan. De este modo pueden abordar la problemática desde diferentes perspectivas y comprender las diversas interpretaciones de una misma realidad. La participación de los miembros de la familia no tiene que seguir un guión específico, pero es importante una delimitación y una planeación previa a la puesta en práctica del ejercicio.

- **SESION 7: INCREMENTO DE AUTOCONFIANZA**

Obejetivo: Que el paciente sienta confianza a la hora de tomar decisiones, solucionar problemas, de relacionarse con su medio social y manejar tensiones, haciéndolo racional a la hora de hacer uso de sus recursos y capacidades.

Desarrollo: Hacer una lista de actividades que ha dejado pendientes.

De la lista elegirá una actividad académica, social, personal y familiar que haya dejado sin solucionar.

Se hablará del porqué decidió por esas actividades para generar motivación y visión estratégica para llegar a concluir lo elegido.

En orden jerárquico se retomará las actividades elegidas.

Se elaboran metas a corto y largo plazo que se irán guiando durante las sesiones terapéuticas.

Tiempo: 45 minutos

7. TIEMPO DE EJECUCIÓN

La intervención psicoterapéutica esta prevista para realizarlo en 3 meses aproximadamente.

Se realizarán una vez por semana, los cuales se prolongarán de acuerdo a los avances del paciente.

8. LOGROS OBTENIDOS

- Mejora de sus estados de ánimo, se muestra más alegre.
- Expresión de sus emociones de manera más asertiva.
- Conforme avanzaron las sesiones. el paciente levanta la mirada para dar paso al contacto visual, mantiene una postura más erguida, se muestra más cuidadoso en su aseo personal.
- Aumentó la comunicación con la madre manifestando sus sentimientos.

ANEXO

TONI²
HOJA DE ANOTACIÓN

TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL

Apreciación de la habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre S. Gómez [REDACTED]
 Nombre del padre o tutor _____
 Centro _____
 Clase _____
 Examinado por _____

Año	Mes	Día
2018	11	14
1999	11	21
18	11	23

Fecha examen
 Fecha nacimiento
 Edad

Sexo: M

B. RESULTADOS Y PERFIL

TONI-2	OTRAS PRUEBAS					Otra esc.		
	A	B	PC	1	2		3	4
115								
149								
125		99						
130		98						
125		95						
123		91						
115		84						
120		75						
105		63						
120		50						
95		37						
95		25						
105		16						
105		9						
105		5						
105		2						
85		-						
85		-						
65		1						
55								
45								
40								

Promedio

TONI-2. Forma A
 PD= 40 CI= 103 PC= 58 ETM=

TONI-2. Forma B
 PD= CI= PC= ETM=

Otras pruebas

1. PD= PT₀₀=
 2. PD= PT₀₀=
 3. PD= PT₀₀=
 4. PD= PT₀₀=
 5. PD= PT₀₀=
 6. PD= PT₀₀=

(1) Escala utilizada: _____

C. CONDICIONES DE APLICACIÓN

- Motivo de la aplicación:
- Lugar adecuado: Sí No , afectó a la aplicación: Sí No
- Aplicación: Individual Colectiva
- Aceptación por parte del sujeto: _____
- Actitud: _____
- Relación con el examinador: _____
- Comprensión de la tarea: _____
- Interés: _____
- Otras: _____

 Autores: Linda Brown, Pda J. Shideler y Susan K. Johnson. Copyright © 1990 by PRO-ED, Austin, Texas 78754.
 Copyright de la adaptación española © 1995 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardo de Sahagún, 24, 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Este ejemplar está impreso en tinta azul y negra. Si la presentan sólo en letra negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE. Printed in Spain. Impreso en España por CIPSA; Ourense, Espana.

D. RESPUESTAS FORMA A

5-7	1. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	24. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
	2. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	25. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>
	3. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	26. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>
			27. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
			28. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
8-9	4. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	29. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
	5. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	30. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
	6. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	31. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>
	7. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	32. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
10-12	8. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	33. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
	9. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	34. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
	10. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	35. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
	11. 1 2 3 4 5 6	<u>2</u>	36. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
13-17	12. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	37. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
	13. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	38. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
	14. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	39. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>
	15. 1 2 3 4	<u>1</u>	40. 1 2 3 4	<u>0</u>
	16. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	41. ① 2 3 4	<u>0</u>
18-20	17. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	42. 1 2 3 ④ 5 6	<u>0</u>
	18. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>	43. 1 2 ③ 4 5 6	<u>0</u>
	19. 1 2 3 4	<u>1</u>	44. 1 2 3 4 ⑤ 6	<u>0</u>
	20. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	45. ① 2 3 4	<u>0</u>
	21. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	46. ① 2 3 4 5 6	<u>0</u>
21 y más	22. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	47. 1 ② 3 4	<u>0</u>
	23. 1 2 3 4 5 6	<u>1</u>	48. 1 2 3 ④ 5 6	<u>0</u>
			49. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>
			50. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>
			51. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>
			52. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>
			53. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>
			54. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>
			55. 1 2 3 4 5 6	<u>0</u>

E. RESUMEN DE PUNTUACIONES

• Elemento umbral

38
2

• Respuestas correctas entre umbral y techo o fin

40

• Puntuación directa

103

**PROTOCOLO DEL INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE
EYSENCK - FORMA B - ADULTOS**

Nombre: Sando
 Ocupación: estudiante
 Fecha de Nacimiento: 21-11-99
 Examinador:

Sexo: F Edad: 18
 Fecha de hoy: 24-11-18

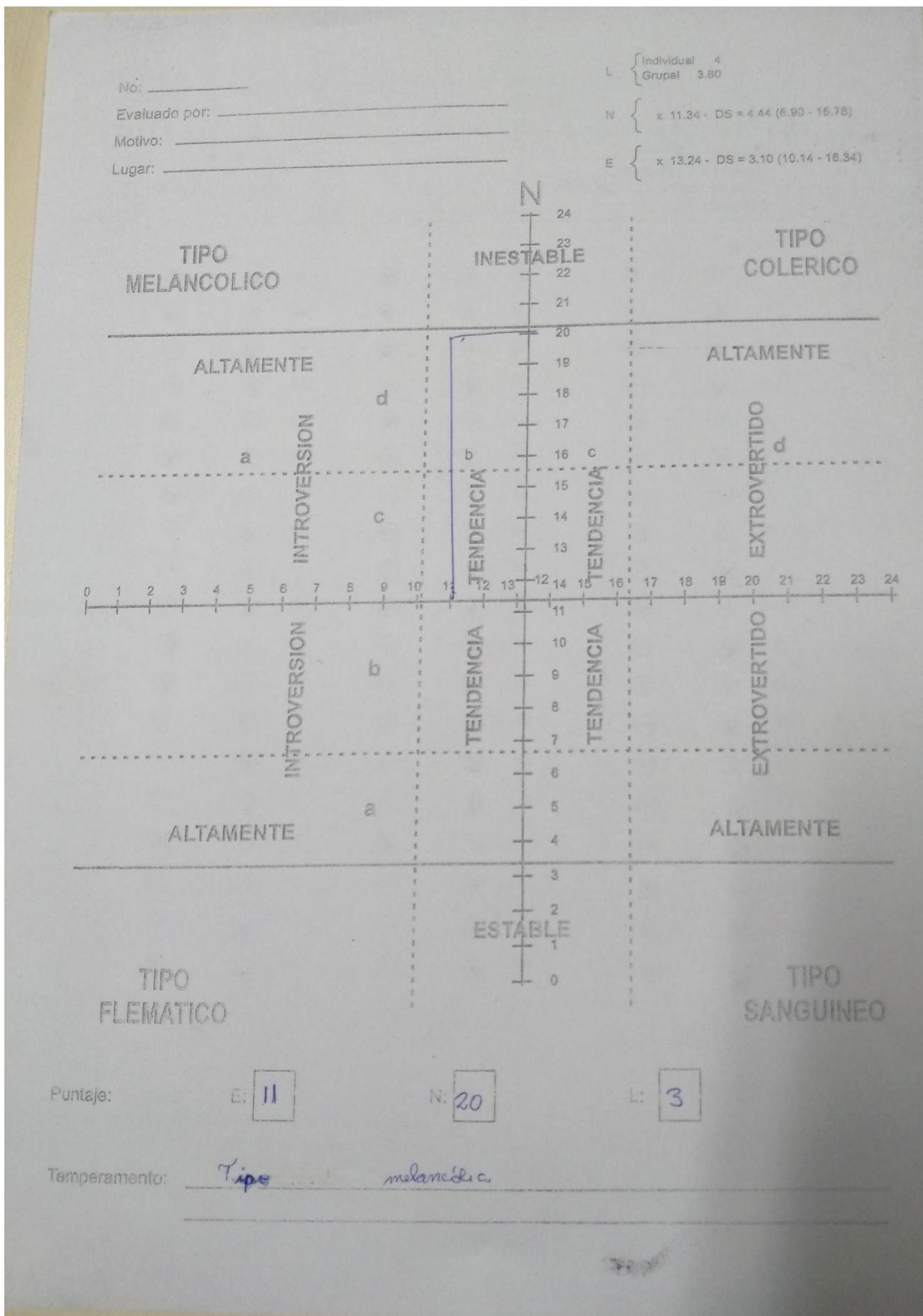
	⇒	←						
1	(S)	(N)	20	(S)	(N)	38	(S)	(N)
2	(S)	(N)	21	(S)	(N)	40	(S)	(N)
3	(S)	(N)	22	(S)	(N)	41	(S)	(N)
4	(S)	(N)	23	(S)	(N)	42	(S)	(N)
5	(S)	(N)	24	(S)	(N)	43	(S)	(N)
6	(S)	(N)	25	(S)	(N)	44	(S)	(N)
7	(S)	(N)	26	(S)	(N)	45	(S)	(N)
8	(S)	(N)	27	(S)	(N)	46	(S)	(N)
9	(S)	(N)	28	(S)	(N)	47	(S)	(N)
10	(S)	(N)	29	(S)	(N)	48	(S)	(N)
11	(S)	(N)	30	(S)	(N)	49	(S)	(N)
12	(S)	(N)	31	(S)	(N)	50	(S)	(N)
13	(S)	(N)	32	(S)	(N)	51	(S)	(N)
14	(S)	(N)	33	(S)	(N)	52	(S)	(N)
15	(S)	(N)	34	(S)	(N)	53	(S)	(N)
16	(S)	(N)	35	(S)	(N)	54	(S)	(N)
17	(S)	(N)	36	(S)	(N)	55	(S)	(N)
18	(S)	(N)	37	(S)	(N)	56	(S)	(N)
19	(S)	(N)	38	(S)	(N)	57	(S)	(N)

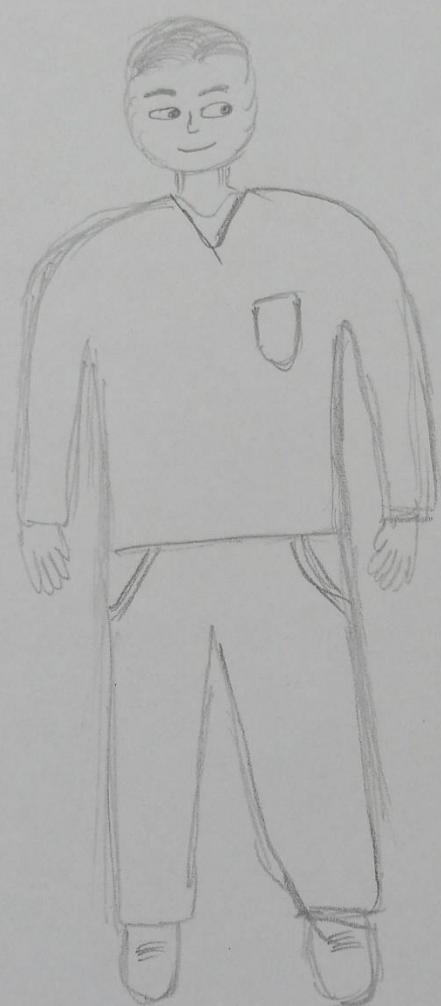
N: 20

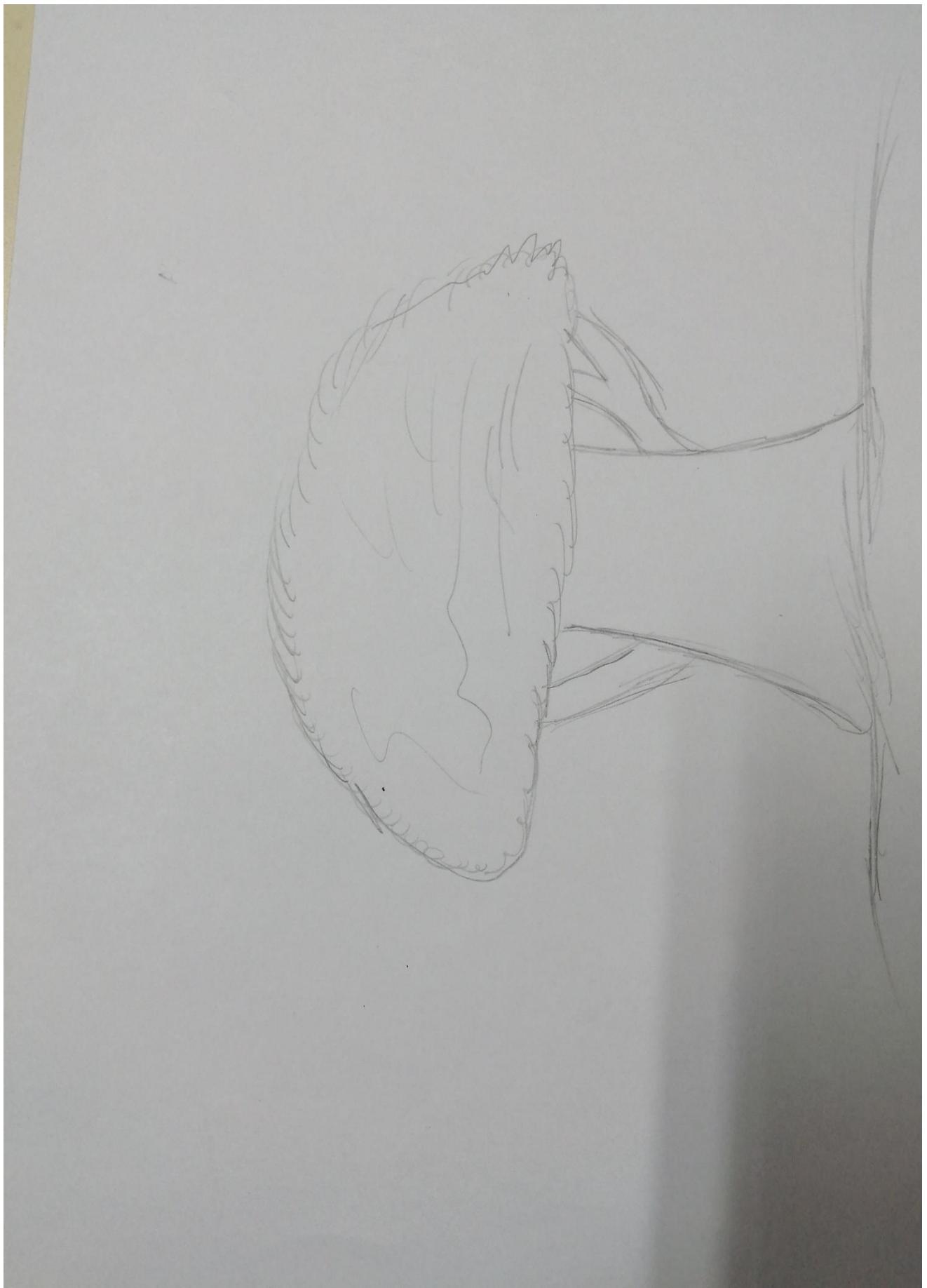
E: 11

L: 3

OBSERVACIONES :







ESCALA DE ZUNG
DEPRESIÓN

Nombre: Sando

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

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

MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
X	2	3	4
4	X	2	1
X	2	3	4
1	2	X	4
4	X	2	1
4	3	X	1
1	2	X	4
X	2	3	4
1	X	3	4
1	X	3	4
4	X	2	1
X	3	2	1
1	X	3	4
X	3	2	1
1	X	3	4
4	X	2	1
1	X	3	4
4	X	2	1
4	X	2	1
1X	2	3	4
4	3	X	1

PUNTAJE TOTAL:

48

ÍNDICE DE VALORACIÓN DE DEPRESIÓN							
PUNTOS	ÍNDICE EAD	PUNTOS	ÍNDICE EAD	PUNTOS	ÍNDICE EAD	PUNTOS	ÍNDICE EAD
20	25	36	45	52	65	68	85
21	26	37	46	53	66	69	86
22	28	38	48	54	68	70	88
23	29	39	49	55	69	71	89
24	30	40	50	56	70	72	90
25	31	41	51	57	71	73	91
26	33	42	53	58	73	74	92
27	34	43	54	59	74	75	94
28	35	44	55	60	75	76	95
29	36	45	56	61	76	77	96
30	38	46	58	62	78	78	98
31	39	47	59	63	79	79	99
32	40	48	60	64	80	80	100
33	41	49	61	65	81		
34	43	50	63	66	83		
35	44	51	64	67	84		

ÍNDICE EAD

Menos de 50

50 + 59

~~60 a 69~~

70 a Más

INTERPRETACIÓN

Dentro de Límites Normales

Depresión Leve/Moderada

~~Depresión Moderada a Intensa~~

Depresión Intensa

CASO CLÍNICO II

ANAMNESIS

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : Mathías
 Edad : 7 años
 Fecha de Nacimiento : 29/07/11
 Lugar de Nacimiento : Arequipa
 Grado de instrucción : 1ro de primaria
 Dirección actual : Cayma
 Informante : La abuela materna y madre.
 Fechas de evaluación : 17, 24 y 29 de agosto del 2018
 Lugar de evaluación : Hospital III Goyeneche
 Evaluadora : Yovana Blanca Condori Ccapa

2. MOTIVO DE CONSULTA

La abuela materna del menor acude al Consultorio de Psicología refiriendo que lo cuida desde hace 2 meses debido a que la mamá “no lo tolera por el carácter y el comportamiento del niño”, así mismo manifiesta que la madre del menor presenta estilos de crianza inadecuados “lo engríe, lo maltrata, lo insulta y le pega”, es por lo que los padres decidieron entregar al menor a la abuela manifestandole “usted téngalo, usted tiene más paciencia”, en una ocasión el niño presenció la agresión física que propinó el padre a la madre, así mismo la abuela refiere que el niño es inquieto, se enoja, se come las uñas, es ansioso.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD/PROBLEMA ACTUAL

Desde los 2 años y 6 meses jugaba sin parar, era impulsivo para jugar y nunca se cansaba; durante la etapa pre-escolar la maestra manifestó a la madre que el niño “es muy activo, se para de su asiento, sale del salón, corre en el patio, no obedece, se muestra desafiante” síntomas que se repiten en la casa y el Jardín. El 3 de agosto del 2016 asistió al servicio de psiquiatría, donde fue diagnosticado con Trastorno por Difícil de Atención e Hiperactividad, recibiendo medicación de metilfenato 10mg.

4. ANTECEDENTES PERSONALES

A. PRE-NATAL

El embarazo fue planificado y tuvo una duración de 9 meses sin particularidades, hubo control ginecobiobstetrico.

B. PERI-NATALES

El parto se dio con normalidad (eutócico) con 3.600kg de peso al nacer y 49cm de talla.

C. POST-NATAL

La lactancia materna se dio hasta 1 año. Sostuvo la cabeza a los 2 meses, se sentó solo a los 5 meses, gateó a los 6 meses, caminó solo a los 15 meses, inició sus primeras imitaciones de sonidos a los 6 meses, pronunció frases y oraciones a los 5 años, presenta cierta dificultad en pronunciar fonemas como “r” y silabas trabadas, comenzó a comer solo a los 10 meses, presentó control de esfínter vesical a los 3 años y control esfínter anal a los 3 y 6 meses. Se come las uñas, se succiona los dedos, se muerde el labio, le sudan las manos, cuando reniega le tiemblan las manos y piernas, muerde objetos y realiza berrinches.

D. ETAPA ESCOLAR

La madre refiere que el colegio de Mathías ha reportado problemas de conducta “desobediencia y se sale del salón” “no resiste estar en clases hasta más de las 11am, frecuentemente me llaman del colegio para ir a recogerlo, me dicen que no presta atención, no termina sus tareas y agrede a sus compañeros”, por lo que el colegio advirtió retirarlo. El niño cursa el primer grado en una I.E. Particular.

E. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Mathías ingresó por hospitalización por diagnóstico criptorquidea bilateral a los 4 años de edad.

Prefiere jugar futbol o armar, acostumbra jugar en cualquier lugar y con cualquier persona, durante el juego impone sus reglas.

Es inquieto, ansioso, autoritario, sensible, hábil, desconfiado, inseguro, a veces está triste y en otros momentos alegre, es sugestionable, llora frecuentemente.

Es desobediente, independiente, poco comunicativo, muestra agresividad hacia las cosas, cooperador y poco sociable.

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

Actualmente el menor vive con su madre biológica y hermano menor, el padre viene por 15 días a casa (días de descanso). El menor vivió 2 meses con la abuela,

El carácter del padre es violento y duro, de la madre es explosiva y violenta.

El sostenimiento del hogar depende del padre, actualmente la madre se dedica al cuidado de los hijos. Viven en casa de la abuela materna, es de material noble cuenta con todos

los servicios básicos. La abuela materna refiere que existe posibles problemas de alcoholismo en la abuela paterna.

La madre fue diagnosticada de Trastorno Límite de Personalidad en el servicio de Psiquiatria, la misma que refiere no haber asistido a sus tratamientos.

RESUMEN

Acude al Consultorio de Psicología la abuela materna del menor refiriendo que lo cuida desde hace 2 meses debido a que la mamá “no lo tolera por el carácter y el comportamiento del niño”, así mismo manifiesta que la madre del menor presenta estilos de crianza inadecuados “lo engríe, lo maltrata, le insulta y le pega”, es por lo que los padres decidieron entregar al menor a la abuela manifestando “usted téngalo, usted tiene más paciencia”, en una ocasión el niño presenció la agresión física que propinó el padre a la madre, así mismo la abuela refiere que el niño “es inquieto, se enoja, se come las uñas y es ansioso”.

Mathías fue planificado, hubo controles durante el embarazo, el parto fue eutócico a los 9 meses sin complicaciones. La lactancia materna se dio hasta 1 año. Su desarrollo motor se presentó con normalidad, sin embargo, en cuanto a su lenguaje presenta cierta dificultad en pronunciar fonemas como “r” y silabas trabadas. Controló esfínteres en la edad adecuada. Respecto a los rasgos neuropáticos, Mathías se come las uñas, se succiona los dedos, se muerde el labio, le sudan las manos, cuando reniega le tiemblan las manos y piernas, muerde objetos y realiza berrinches. Actualmente el paciente cursa el primer grado en una I.E. Particular, la madre refiere que el colegio de Mathias ha reportado problemas de conducta “desobediencia y se sale del salón” “no resiste estar en clases hasta más de las 11am, frecuentemente me llaman del colegio para ir a recogerlo, me dicen que no presta atención, no termina sus tareas y agrede a sus compañeros”, por lo que el colegio advirtió retirarlo; durante la etapa pre-escolar la maestra manifestó a la madre que el niño “es muy activo, se para de su asiento, sale del salón, corre en el patio, no obedece, se muestra desafiante”, síntomas que se manifiestan en la casa y el Jardín;

así mismo, la madre agrega que desde los 2 años y 6 meses jugaba sin parar, era impulsivo para jugar y nunca se cansaba. Mathías recibió una atención hospitalaria por diagnóstico criptorquidia bilateral a los 4 años de edad; el 3 de agosto del 2016 asistió al servicio de psiquiatría, donde fue diagnosticado con Trastorno por Difícil de Atención e Hiperactividad, recibiendo medicación de metilfenato 10mg. El menor prefiere jugar futbol o armar, acostumbra jugar en cualquier lugar y con cualquier persona, durante el juego impone sus reglas. La abuela indica que el paciente es inquieto, ansioso, autoritario, sensible, hábil, desconfiado, inseguro, a veces está triste y en otros momentos alegre, es sugestionable, llora frecuentemente, es desobediente, independiente, poco comunicativo, muestra agresividad hacia las cosas, es cooperador y poco sociable.

El paciente tiene una familia de padres separados, sin embargo, el menor vivió 2 meses con la abuela, actualmente vive con su madre biológica y hermano menor, el padre viene por 15 días a casa (días de descanso). El carácter del padre es violento y duro, de la madre es explosiva y violenta. El sostenimiento del hogar depende del padre. Viven en casa de la abuela materna con todos los servicios básicos. La madre fue diagnosticada de Trastorno Límite de Personalidad en el servicio de Psiquiatría, la misma que refiere no haber asistido a sus tratamientos.

EXAMEN MENTAL

1. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Mathías aparenta su edad cronológica, es de contextura delgada, con peso y estatura promedio. Presenta aliño y cuidado personal adecuado, inquieto, impaciente, hiperactivo, comunicativo, alegre e interesado, postura encorvada, marcha adecuada, con actitud colaboradora.

2. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

En cuanto a su atención selectiva, Mathías se distrae con mayor facilidad ante estímulos irrelevantes, presenta deficiencias en su atención sostenida. En cuanto a sus niveles de vigilia y alerta se encuentran dentro de la normalidad, se le observó lúcido. El menor se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona.

3. LENGUAJE

En relación a su lenguaje expresivo se observa cierta dificultad en la fluidez verbal (tartamudez), déficit en la articulación y pronunciación del fonema “r” y “las sílabas trabadas”, su tono de voz es elevado y el contenido es adecuado a su edad. Respecto a su lenguaje comprensivo, existe relación entre sus respuestas y tema de conversación, presenta ciertas dificultades para seguir instrucciones, sin embargo, en cuanto se le repite cumple las indicaciones.

4. PENSAMIENTO

El curso del pensamiento es fluido, no se encuentran alteraciones en el contenido del pensamiento.

5. PERCEPCIÓN

Su nivel de percepción es adecuado, no presenta alteraciones perceptivas, ilusiones o alucinaciones.

6. MEMORIA

Su memoria a largo plazo se encuentra dentro de los márgenes normales, sin embargo, presenta cierta dificultad en su memoria de trabajo, suele olvidar consignas que se le pide repetir.

7. FUNCIONES COGNITIVAS

Su escritura es en letra tipo oración, escribe lento. Su lectura es pausada con ciertas dificultades en la comprensión de información.

8. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

El paciente muestra bajo control emocional, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, es sensible a los sentimientos, hiperactividad e impulsividad.

9. ACTITUD DURANTE LA ENTREVISTA

En momentos se mostró colaborador durante la evaluación y entrevista, sin embargo, ante cambios de tareas se mostraba aburrido y cansado.

RESUMEN

Mathías aparenta su edad cronológica, es de contextura delgada, con peso y estatura promedio. Presenta aliño y cuidado personal adecuado, inquieto, impaciente, hiperactivo, comunicativo, alegre e interesado, postura encorvada, marcha adecuada, con actitud colaboradora. En cuanto a su atención selectiva, Mathías se distrae con facilidad ante estímulos irrelevantes, presenta deficiencias en su atención sostenida. En cuanto a sus niveles de vigilia y alerta se encuentran dentro de la normalidad, se le observó lúcido. El menor se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona. En relación a su lenguaje expresivo se observa cierta dificultad en la fluidez verbal (tartamudez), dificultad en la pronunciación del fonema “r” y “las sílabas trabadas”, su tono de voz es elevado y el contenido es adecuado a su edad. Respecto a su lenguaje comprensivo, existe relación entre sus respuestas y tema de conversación, presenta ciertas dificultades para seguir instrucciones sin embargo en cuanto se le repite cumple las indicaciones. El curso del pensamiento es fluido, no se encuentran alteraciones en el contenido del pensamiento. Su nivel de percepción es adecuado, no presenta alteraciones perceptivas, ilusiones o alucinaciones. Su memoria a largo plazo se encuentra dentro de los márgenes normales sin embargo presenta cierta dificultad en su memoria de trabajo, suele olvidar consignas que se le pide repetir. Mathias tiene un vocabulario inferior a lo esperado para su edad. Su escritura es tipo oración, escribe lento. Su lectura es pausada con ciertas dificultades en la comprensión de información. El paciente muestra bajo control emocional, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, es sensible a los sentimientos, hiperactividad e impulsividad. En momentos se mostró colaborador durante la evaluación y entrevista, sin embargo, ante cambios de tareas se mostraba aburrido y cansado

INFORME PSICOMÉTRICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : Mathias
Edad : 7 años
Fecha de Nacimiento : 29/07/11
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : 1ro de primaria
Dirección actual : Cayma
Informante : La abuela materna y madre.
Fechas de evaluación : 17, 24 y 29 de agosto del 2018
Lugar de evaluación : Hospital III Goyeneche
Interna : Yovana Blanca Condori Ccapa

2. OBSERVACIONES GENERALES

El niño se mostró comunicativo, intranquilo, se cansa fácilmente, presenta dificultades para seguir instrucciones y se muestra impaciente, sin embargo, mostró actitud colaboradora.

3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Pruebas Psicológicas Aplicadas

Test psicométrico Escala de Inteligencia para niños WISC-V de D. Weschler

Test psicométrico Escala de Madurez Social de Vineland

Test psicométrico Inventario de Articulación de Sonidos en español de María Melgar

Test psicométrico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Test proyectivo de la Figura Humana DFH

Test proyectivo de la Familia

4. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

a. Escala de Inteligencia para niños WISC-V de D. Weschler:

Análisis Cuantitativo

Suma de puntajes escalares	CIT	Clasificación cualitativa WISC-V
47	76	Bajo

Análisis Cualitativo

Obtuvo una escala total de 47 que corresponde a un CI de 76 equivalente a un CI bajo (Fronterizo). Las escalas donde el menor tuvo mayor complicación fue en dígitos, dicha escala evalúa memoria de trabajo.

b. Escala de Madurez Social De Vineland:

Análisis Cuantitativo

Cociente Social	Categoría
111	Normal Alto

Análisis Cualitativo

Obtuvo un coeficiente social de 111 perteneciente a una categoría normal alto, correspondiente a su edad cronológica.

c. Inventario de Articulación de Sonidos en español de María Melgar:

Análisis Cualitativo

Se encontró dificultad en la pronunciación y articulación de los fonemas “r, d, ll y rr” y silabas trabadas.

d. Test psicométrico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Análisis Cuantitativo

Sub-test	P.D.		Categoría
Hiperactividad	14	9	Promedio
Impulsividad	10	9	Promedio
Inatención	14	8	Promedio
TOTAL	38	117	Por encima del Promedio

Análisis Cualitativo

Como puntaje total presenta 117, que se ubica por encima del promedio, lo que muestra síntomas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

e. Test proyectivo de la Figura Humana DFH:

Análisis Cuantitativo

Puntaje directo de Indicadores Evolutivos	Categoría
7	Normal alto a Superior

Análisis Cualitativo

En indicadores evolutivos obtuvo un puntaje directo de 7 correspondiente a una categoría de normal alto a superior. Respecto a los indicadores emocionales se observa

signos de agresividad, dificultad para conectarse con el mundo circundante, tendencia al retraimiento a encerrarse dentro de si mismo, inhibición de impulsos y timidez.

f. Test proyectivo de la Familia:

Análisis Cualitativo

Muestra sensibilidad, es espontaneo, con vitalidad, sensible al ambiente y afecto de los demás, rasgos de impulsividad. Se observa una valoración de si mismo, existen rasgos de desvalorización al hermano menor. Hay omisión de la figura paterna.

RESUMEN

A la evaluación de su capacidad intelectual mediante la Escala de Inteligencia para niños WISC-V de D. Weschler, el menor obtuvo un CI de 76 que lo ubica en una categoría bajo. Respecto a la evaluación de su madurez social mediante la Escala de Madurez Social de Vineland, el menor obtuvo un coeficiente social de 111, que corresponde una categoría normal alto, correspondiente a su edad cronológica. A la evaluación de su lenguaje mediante el inventario de Articulación de Sonidos en español de María Melgar, se encontró dificultad en la pronunciación y articulación de los fonemas “r, d, ll y rr”, silabas trabadas. En indicadores evolutivos a través del Test proyectivo de la Figura Humana DFH, obtuvo un puntaje directo de 7 correspondiente a una categoría de normal alto a superior. Respecto a los indicadores emocionales se observa signos de agresividad, dificultad para conectarse con el mundo circundante, tendencia al retraimiento a encerrarse dentro de si mismo, inhibición de impulsos, y timidez. En el Test proyectivo de la Familia, muestra sensibilidad, es espontaneo, con vitalidad, sensible al ambiente y afecto de los demás, rasgos de impulsividad. Se observa una valoración de si mismo, existen rasgos de desvalorización al hermano menor. Hay omisión de la figura paterna. A la evaluación de los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad mediante el Test psicométrico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, el menor obtuvo una categoría de por encima del promedio.

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : Mathias
Edad : 7 años
Fecha de Nacimiento : 29/07/11
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : 1ro de primaria
Dirección actual : Cayma
Informante : La abuela materna y madre.
Fechas de evaluación : 17, 24 y 29 de agosto del 2018
Lugar de evaluación : Hospital III Goyeneche
Interna : Yovana Blanca Condori Ccapa

2. MOTIVO DE CONSULTA

La abuela materna del menor acude al Consultorio de Psicología refiriendo que lo cuida desde hace 2 meses debido a que la mamá “no lo tolera por el carácter y el comportamiento del niño”, así mismo manifiesta que la madre del menor presenta estilos de crianza inadecuados “lo engríe, lo maltrata, lo insulta y le pega”, es por lo que los padres decidieron entregar al menor a la abuela manifestandole “usted téngalo, usted tiene más paciencia”, en una ocasión el niño presenció la agresión física que propinó el padre a la madre, así mismo la abuela refiere que el niño es inquieto, se enoja, se come las uñas, es ansioso.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas Aplicadas

Test psicométrico Escala de Inteligencia para niños WISC-V de D. Wechsler

Test psicométrico Escala de Madurez Social De Vineland

Test psicométrico Examen de la Articulación de sonidos en español de María Melgar

Test proyectivo de la Figura Humana DFH

Test proyectivo de la Familia

Test de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Mathías fue planificado, hubo controles durante el embarazo, el parto fue eutóxico a los 9 meses sin complicaciones. La lactancia materna se dio hasta 1 año. Su desarrollo motor se presentó con normalidad, sin embargo, en cuanto a su lenguaje presenta cierta dificultad en pronunciar fonemas como “r” y silabas trabadas. Controló esfínteres en la edad adecuada. Respecto a los rasgos neuropáticos, Mathías se come las uñas, se succiona los dedos, se muerde el labio, le sudan las manos, cuando reniega le tiemblan las manos y piernas, muerde objetos y realiza berrinches. Actualmente el paciente cursa el primer grado en una I.E. Particular, la madre refiere que el colegio de Mathias ha reportado problemas de conducta “desobediencia y se sale del salón” “no resiste estar en clases hasta más de las 11am, frecuentemente me llaman del colegio para ir a recogerlo, me

dicen que no presta atención, no termina sus tareas y agrede a sus compañeros”, por lo que el colegio advirtió retirarlo; durante la etapa pre-escolar la maestra manifestó a la madre que el niño “es muy activo, se para de su asiento, sale del salón, corre en el patio, no obedece, se muestra desafiante”, síntomas que se manifiestan en la casa y el Jardín; así mismo, la madre agrega que desde los 2 años y 6 meses jugaba sin parar, era impulsivo para jugar y nunca se cansaba. Mathías recibió una atención hospitalaria por diagnóstico criptorquidia bilateral a los 4 años de edad; el 3 de agosto del 2016 asistió al servicio de psiquiatría, donde fue diagnosticado con Trastorno por Difícil de Atención e Hiperactividad, recibiendo medicación de metilfenato 10mg. El menor prefiere jugar futbol o armar, acostumbra jugar en cualquier lugar y con cualquier persona, durante el juego impone sus reglas. La abuela indica que el paciente es inquieto, ansioso, autoritario, sensible, hábil, desconfiado, inseguro, a veces está triste y en otros momentos alegre, es sugestionable, llora frecuentemente, es desobediente, independiente, poco comunicativo, muestra agresividad hacia las cosas, es cooperador y poco sociable.

El paciente tiene una familia de padres separados, sin embargo, el menor vivió 2 meses con la abuela, actualmente vive con su madre biológica y hermano menor, el padre viene por 15 días a casa (días de descanso). El carácter del padre es violento y duro, de la madre es explosiva y violenta. El sostenimiento del hogar depende del padre. Viven en casa de la abuela materna con todos los servicios básicos. La madre fue diagnosticada de Trastorno Límite de Personalidad en el servicio de Psiquiatría, la misma que refiere no haber asistido a sus tratamientos.

5. OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA

Mathias aparenta su edad cronológica, es de contextura delgada, con peso y estatura promedio. Presenta aliño y cuidado personal adecuado, inquieto, impaciente, hiperactivo, comunicativo, alegre e interesado, postura encorvada, marcha adecuada, con actitud colaboradora. En cuanto a su atención selectiva Mathias se distrae con facilidad ante estímulos irrelevantes, presenta deficiencias en su atención sostenida. En cuanto a sus niveles de vigilia y alerta se encuentran dentro de la normalidad, se le observó lúcido. El menor se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona. En relación a su lenguaje expresivo se observa cierta dificultad en la fluidez verbal (tartamudez), dificultad en la pronunciación del fonema “r” y “las silabas trabadas”, su tono de voz es elevado y el contenido es adecuado a su edad. Respecto a su lenguaje comprensivo, existe relación entre sus respuestas y tema de conversación, presenta ciertas dificultades para seguir instrucciones sin embargo en cuanto se le repite cumple las indicaciones. El curso del pensamiento es fluido, no se encuentran alteraciones en el contenido del pensamiento. Su nivel de percepción es adecuado, no presenta alteraciones perceptivas, ilusiones o alucinaciones. Su memoria a largo plazo se encuentra dentro de los márgenes normales sin embargo presenta cierta dificultad en su memoria de trabajo, suele olvidar consignas que se le pide repetir. Mathias tiene un vocabulario inferior a lo esperado para su edad. Su escritura es tipo oración, escribe lento. Su lectura es pausada con ciertas dificultades en la comprensión de información. El paciente muestra bajo control emocional, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, es sensible a los sentimientos, hiperactividad e impulsividad. En momentos se mostró colaborador durante la evaluación y entrevista, sin embargo, ante cambios de tareas se mostraba aburrido y cansado.

6. ÁNALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En el área de inteligencia, Mathias presenta un cociente intelectual por debajo del promedio, presenta dificultades en el proceso de aprendizaje, rendimiento académico y vida cotidiana que puede estar influenciado por el déficit de atención, dificultades en fijar y mantener su atención; presenta mayores dificultades en retención de dígitos que implica el funcionamiento de la memoria de trabajo; así mismo, presenta ciertas dificultades en comprensión verbal, por lo que tiene un vocabulario inferior a lo esperado. En el área de la madurez social, se encuentra en una categoría normal alto, es decir su capacidad de social, autosuficiencia, actividades ocupacionales, comunicación, participación social están dentro de los márgenes normales. En el área de lenguaje, se observa dificultades en la pronunciación de fonemas “r, d, ll y rr” y “silabas trabadas”, sin embargo, se logra establecer un dialogo adecuado. En el área afectivo, muestra sensibilidad, baja tolerancia a la frustración, dificultad para controlar sus emociones, no le gusta los cambios, tiende a ser sugestivo, con rasgos de impulsividad. En el área del comportamiento de atención, hiperactividad e impulsividad, el menor se encuentra en una categoría por encima del promedio, es decir, se manifiestan síntomas de inatención “se distrae con mayor facilidad, no logra mantener la atención, olvida o pierde cosas”, hiperactividad “dificultad en permanecer en su asiento, se mueve demasiado, parece estar impulsado por un motor” e impulsividad “responde antes de terminar las instrucciones, interrumpe conversaciones, no espera su turno”.

7. DIAGNÓSTICO

El menor posee un CI de 76 que corresponde a un nivel intelectual por debajo del promedio (fronterizo), presenta dificultades en el proceso de aprendizaje. Sus rasgos de personalidad se caracterizan por mostrar sensibilidad, baja tolerancia a la frustración, dificultad para controlar sus emociones, rasgos de impulsividad, con mucha vitalidad.

Al examen clínico psicológico, el evaluado evidencia síntomas de inatención “se distrae con mayor facilidad, no logra mantener la atención, olvida o pierde cosas”, hiperactividad “dificultad en permanecer en su asiento, se mueve demasiado, parece estar impulsado por un motor” e impulsividad “responde antes de terminar las instrucciones, interrumpe conversaciones, no espera su turno”. Tomando en cuenta a las características mencionadas, se configura según CIE 10 como un **Trastorno de la Actividad y de Atención F90.0**

En relación a su lenguaje, presenta dificultades en la pronunciación del fonema “r” y “las silabas trabadas”, sin embargo, su lenguaje comprensivo se encuentra dentro de los límites normales. Tomando en cuenta a las características mencionadas, se configura según CIE 10 como un **Trastorno Específico de la Pronunciación F80.0.**

8. PRONÓSTICO

Favorable, por ser un niño, no tiene retraso psicomotor, existe compromiso de la madre para el desarrollo de las terapias.

9. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia individual
- Intervención Psicopedagógica

Arequipa, octubre del 2018

Yovana Blanca Condori Ccapa
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : Mathias
Edad : 7 años
Fecha de Nacimiento : 29/07/11
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : 1ro de primaria
Dirección actual : Cayma
Informante : La abuela materna y madre.
Interna : Yovana Blanca Condori Ccapa

2. DIAGNÓSTICO

F90.0 Trastorno de la Actividad y de Atención

F80.0 Trastorno Específico de la Pronunciación

3. OBJETIVOS GENERALES

Brindar intervención psicológica a nivel individual, familiar y escuela para mejorar las deficiencias de la atención, concentración y memoria de trabajo; y el desarrollo de estrategias para disminuir conductas hiperactivas e impulsivas.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Desarrollar conductas básicas para la atención y concentración que faciliten el aprendizaje.
- b. Permitir la autocorrección de las alteraciones en la pronunciación de los fonemas.
- c. Implementar y mantener conductas adecuadas en la casa y en la escuela.

- d. Desarrollar el autocontrol en conductas impulsivas a través de las autoinstrucciones.
- e. Brindar información a los padres acerca de la etiología, sintomatología, tratamiento y pronóstico del TDAH.
- f. Brindar entrenamiento a los padres en pautas de crianza en niños con TDAH.

5. DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

Total de sesiones	Enfoque	Técnica a utilizar	Objetivo a alcanzar	Tiempo por sesión
10	Neuropsicología	Programa de Intervención específica en la formación de conductas básicas para la atención y concentración.	Desarrollar conductas básicas para la atención y concentración que faciliten el aprendizaje.	45min
9		Terapia de lenguaje	Permitir la autocorrección de las alteraciones en la pronunciación de los fonemas.	45min
5	Conductual	Economía de fichas	Implementar y mantener conductas adecuadas en la casa y en la escuela.	45min

2	Cognitivo conductual	Programa de autoinstrucciones para desarrollar el autocontrol en niños impulsivos.	Desarrollar el autocontrol en conductas impulsivas a través de las autoinstrucciones.	45min
1	Cognitivo conductual	Psicoeducación	Brindar información a los padres acerca de la etiología, sintomatología, tratamiento y pronóstico del TDAH.	45min
1	Cognitivo conductual	Psicoeducación	Brindar entrenamiento a los padres en pautas de crianza en niños con TDAH.	45min

6. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Las sesiones se realizaron dos veces por semana con una duración de 45 minutos, todas se llevaron a cabo por consultorio externo del Servicio de Psicología del Hospital III Goyeneche.

7. AVANCES TERAPÉUTICOS

SESIONES “Programa de Intervención específica en la formación de conductas básicas para la atención y concentración”

Durante el trabajo en el consultorio, Mathias colaboró con las actividades programadas, le desagrada los cambios en el orden de las tareas asignadas, logra mantenerse en su asiento por más de 25min, mantiene una fijación visual de menos de 19min, seguimiento visual hasta 10min, en contacto visual no logra mantener más de 5 minutos.

SESIONES “Terapia de lenguaje”

Se observan mejoras en la pronunciación de fonemas y silabas trabadas.

SESIONES “Economía de fichas”

Se realizó cuadros de actividades para la casa y la escuela, sin embargo, la profesora de Mathias refirió a la madre que no puede colaborar en dicha actividad. En casa se ejecutó la economía de ficha las primeras semanas de terapia, las últimas sesiones la madre manifiesta que se olvida de traer el “cuadro de actividades” al consultorio.

SESIONES “Programa de autoinstrucciones para desarrollar el autocontrol en niños impulsivos”

El siguiente programa se desarrolló de la siguiente manera: primero, el terapeuta realizo el modelo de la tarea en la que se dio instrucciones en voz alta a sí mismo; segundo, Mathias realizo la misma tarea mientras el terapeuta le dio las instrucciones en voz alta; tercero, Mathias realizo la misma tarea y se dio a si mismo las instrucciones en voz alta; cuarto, Mathias realizó la tarea mientras susurraba las instrucciones; quinto, Mathias logro llevar a cabo la tarea a través el uso de su lenguaje interno. A través de diferentes tareas realizadas, Mathias logra realizarlas con ciertas dificultades como: dificultad en seguir todos los pasos.

SESIONES “Psicoeducación”

Mathias acudió al consultorio en compañía de sus padres para llevar a cabo la Psicoeducación acerca de la naturaleza del diagnóstico de su hijo. Se observó interés en los padres, realizaron preguntas y programaron otra sesión para recibir mayor orientación en pautas de crianza.

SESIONES “Psicoeducación”

Mathias acudió al consultorio en compañía de sus padres y hermano menor, para llevar a cabo la Psicoeducación respecto a pautas de crianza en niños con TDAH, el padre de Mathias se identificó con el estilo de crianza autoritario, lo cual no le agrado continuar con el mismo estilo por las consecuencias.

Arequipa, 19 de octubre del 2018

ANEXO



WISC-V
ESCALA DE INTELIGENCIA
DE WECHSLER PARA NIÑOS-V

Cuadernillo de anotación

Nombre del niño:

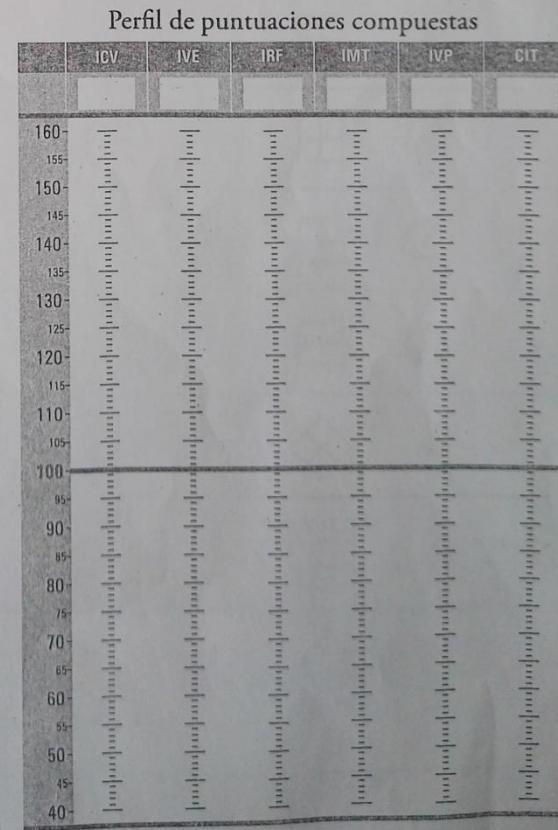
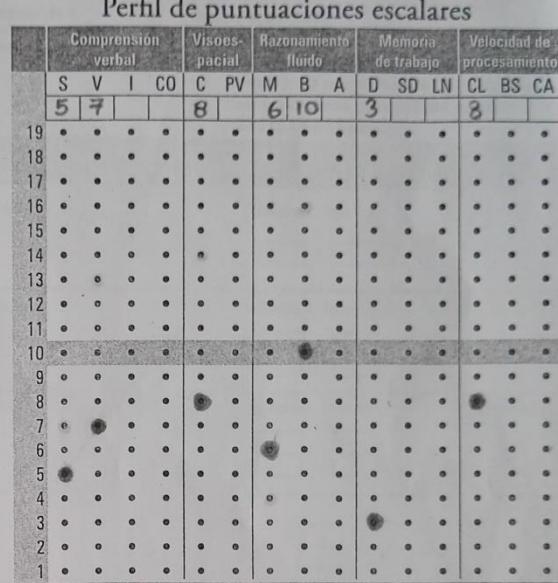
Examinador: Materias

Cálculo de la edad cronológica		
Año	Mes	Día
2018	08	24
2011	07	29
7	00	25

Página de resumen

Conversión de puntuaciones directas a puntuaciones escalares

Prueba	PD	Puntuación escalar				
		8	6	3	8	10
Cubos	14					8
Semejanzas	7	5				5
Matrices	6		6			6
Dígitos	6			3		3
Claves	24				8	8
Vocabulario	13	7				7
Balanzas	14		10			10
Puzzles Visuales					()	
Span de dibujos					()	
Búsqueda de símbolos					()	
Información					()	
Letras y números					()	
Cancelación					()	
Comprensión					()	
Aritméticas					()	
Suma puntuaciones escalares					47	
	Comp. verbal	Visoespacial	Razon. fluido	Mem. trabajo	Vel. proces.	Escala total



Conversión de suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Escala	Suma punt. escalares	Puntuación compuesta	Rango percentil	Intervalo de confianza 90 % o 95 %
Comprensión verbal		ICV		
Visoespacial		IVE		
Razonamiento fluido		IRF		
Memoria de trabajo		IMT		
Velocidad de procesamiento		IVP		
Escala total	27	CIT	76 5	71-83

CI Bajo — Fronterizo



Cuadernillo de anotación

Nombre del niño:

Examinador:

Cálculo de la edad cronológica		
Año	Mes	Día
Fecha de aplicación		
Fecha de nacimiento		
Edad cronológica		

1. Cubos



Comienzo
Edad 6-7: ítem 1.
Edad 8-16: ítem 3.



Retorno
Edad 8-16:
Si se obtiene 0 o 1 punto en uno de los dos primeros ítems aplicados, aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.



Tiempo límite: Véanse los ítems.
Anotar el tiempo empleado para cada ítem.



Terminación
Después de 2 puntuaciones de 0 consecutivas.



Puntuación
Ítems 1-3: 0-2 puntos.
Ítems 4-9: 0 o 4 puntos.
Ítems 10-13: 0 o 4-7 puntos.
Cs Ítems 1-3: 0-2 puntos. Ítems 4-13: 0 o 4 puntos.
Cp Ítem 1: 0-2 puntos. Ítems 2-9: 0-4 puntos.
Ítems 10-13: 0-12 puntos.

Ítem	Disfrute	Presentación	Cubos necesarios	Tiempo límite	Tiempo empleado	Puntuación parcial opcional			Respuesta	Puntuación final
						Intento 1	Intento 2	Intento 3		
1.	Niño	Examinador	Modelo e imagen	4	30"	Intento 1	Intento 2	0 1 2	Intento 1 Intento 2	Intento 2 Intento 3
2.			Modelo e imagen	8	45"	Intento 1	Intento 2	0 1 2	Intento 1 Intento 2	Intento 2 Intento 3
3.	Niño	Examinador	Modelo e imagen	8	45"	Intento 1	Intento 2	0 1 2	Intento 1 Intento 2	Intento 2 Intento 3
4.			Imagen	4	45"	Intento 1	Intento 2	0 1 2	Intento 1 Intento 2	Intento 2 Intento 3
5.			Imagen	4	45"	Intento 1	Intento 2	0 1 2	Intento 1 Intento 2	Intento 2 Intento 3
6.			Imagen	4	75" (1:15)	Intento 1	Intento 2	0 1 2	Intento 1 Intento 2	Intento 2 Intento 3
7.			Imagen	4	75" (1:15)	Intento 1	Intento 2	0 1 2	Intento 1 Intento 2	Intento 2 Intento 3
8.			Imagen	4	75" (1:15)	Intento 1	Intento 2	0 1 2	Intento 1 Intento 2	Intento 2 Intento 3
9.			Imagen	4	75" (1:15)	Intento 1	Intento 2	0 1 2	Intento 1 Intento 2	Intento 2 Intento 3
10.			Imagen	9	120" (2:00)	Intento 1	Intento 2	0 1 2	Intento 1 Intento 2	Intento 2 Intento 3

Cubos (continuación)

Terminar después de 2 puntuaciones de 0 consecutivas.

Diseño	Presentación	Cubos necesarios	Tiempo límite	Tiempo empleado	Puntuación parcial opcional	Respuesta	Puntuación
11. 	Imagen	9	120'' (2:00)		0 1 2 3 4 5 6 7 8 71-120 51-70 31-50 1-39 9 10 11 12		0 71-120 51-70 31-50 1-39 4 5 6 7
12. 	Imagen	9	120'' (2:00)		0 1 2 3 4 5 6 7 8 71-120 51-70 31-50 1-39 9 10 11 12		0 71-120 51-70 31-50 1-39 4 5 6 7
13. 	Imagen	9	120'' (2:00)		0 1 2 3 4 5 6 7 8 71-120 51-70 31-50 1-39 9 10 11 12		0 71-120 51-70 31-50 1-39 4 5 6 7

Cs
(Máximo = 46)

Cp
(Máximo = 82)

Puntuación directa Cubos
(Máximo = 58) **14**

2. Semejanzas

Comienzo

Edad 6-7: ítem de ejemplo e ítem 1.

Edad 8-11: ítem de ejemplo e ítem 5.

Edad 12-16: ítem de ejemplo e ítem 8.



Retorno

Edad 8-16:

Si se obtiene 0 o 1 punto en uno de los dos primeros ítems aplicados, aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.



Terminación

Después de 3 puntuaciones de 0 consecutivas.

Puntuación
0,1 o 2 puntos.

Véase el Manual de aplicación y corrección para los ejemplos de respuesta.

Item	Respuesta	Puntuación
6-16 → Ej. Tres-cuatro		2
6-17 → †1. Rojo-verde	son rojos	0 1 2
6-18 → †2. Caballo-vaca	son vacas	0 1 2
3. Uvas-manzanas	son frutas	0 1 2
4. Leche-agua	nada	0 1 2
6-19 → †5. Mariposa-abeja	vuelan	0 1 2
†6. Camisa-zapato	No coloridos. se llevan para fiesta	0 1 2
7. Avión-tren	para jugar	0 1 2

† Si el niño no da una respuesta perfecta, decirle la respuesta correcta, como se indica en el Manual de aplicación y corrección.



2. Semejanzas (*continuación*)

Item	Respuesta	Puntuación
†8. Madre-hijo	Se asemejan	0 1 2
†9. Invierno-verano		0 1 2
10. Círculo-cuadrado		0 1 2
11. Amargo-salado		0 1 2
12. Rodilla-tobillo		0 1 2
13. Ladrillos-cemento		0 1 2
14. Enfadado-contento		0 1 2
15. Científico-detective		0 1 2
16. Escritorio-mesa		0 1 2
17. Hielo-vapor		0 1 2
18. Río-montaña		0 1 2
19. Luz-sonido		0 1 2
20. Permitir-impedir		0 1 2
21. Sombra-huella		0 1 2
22. Sol-viento		0 1 2
23. Espacio-tiempo		0 1 2

† Si el niño no da una respuesta perfecta, decirle la respuesta correcta, como se indica en el *Manual de aplicación y corrección*.

Puntuación directa
Semejanzas
(Máximo = 46)

7

3. Matrices



Comienzo

Edad 6-8: ítems de ejemplo A y B e ítem 1.
Edad 9-11: ítems de ejemplo A y B e ítem 5.
Edad 12-16: ítems de ejemplo A y B e ítem 9.

Ítem	1	2	3	4	5	Puntuación
Ej. A	1	2	3	4	5	
Ej. B	1	2	3	4	5	
1.	1	2	3	4	5	0 (1)
2.	1	2	3	4	5	0 (1)
3.	1	2	3	4	5	0 (1)
4.	1	2	3	4	5	0 (1)
5.	1	2	3	4	5	0 (1)
6.	1	2	3	4	5	0 (1)
7.	1	2	3	4	5	0 (1)
8.	1	2	3	4	5	0 (1)
9.	1	2	3	4	5	0 (1)
10.	1	2	3	4	5	0 (1)



Retorno

Edad 9-16:

Si se obtiene 0 puntos en uno de los dos primeros ítems aplicados, aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.



Terminación

Después de 3 puntuaciones de 0 consecutivas.



Puntuación
0 o 1 puntos.

Las respuestas correctas están en color

Ítem	1	2	3	4	5	0	1	Puntuación
11.	1	2	3	4	5	0	1	
12.	1	2	3	4	5	0	1	
13.	1	2	3	4	5	0	1	
14.	1	2	3	4	5	0	1	
15.	1	2	3	4	5	0	1	
16.	1	2	3	4	5	0	1	
17.	1	2	3	4	5	0	1	
18.	1	2	3	4	5	0	1	
19.	1	2	3	4	5	0	1	
20.	1	2	3	4	5	0	1	
21.	1	2	3	4	5	0	1	
22.	1	2	3	4	5	0	1	

Ítem	1	2	3	4	5	0	1	Puntuación
23.	1	2	3	4	5	0	1	
24.	1	2	3	4	5	0	1	
25.	1	2	3	4	5	0	1	
26.	1	2	3	4	5	0	1	
27.	1	2	3	4	5	0	1	
28.	1	2	3	4	5	0	1	
29.	1	2	3	4	5	0	1	
30.	1	2	3	4	5	0	1	
31.	1	2	3	4	5	0	1	
32.	1	2	3	4	5	0	1	

Puntuación directa **Matrizes**
(Máximo = 32)

6

4. Dígitos



Comienzo

Orden directo
Edad 6-16: ítem 1.

Orden inverso**Edad 6-16:** ítem de ejemplo e ítem 1.**Orden creciente**

Edad 6-7: ítem prerequisito, ítems de ejemplo A y B e ítem 1.

Edad 8-16: ítems de ejemplo A y B e ítem 1.



Terminación

Orden directo: después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos del mismo ítem.

Orden inverso: después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos del mismo ítem.

Orden creciente:

Edad 6-7: después de responder incorrectamente al ítem prerequisito o después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos del mismo ítem.

Orden directo

Ítem	Intento	Respuesta	Punto Intento	Puntuación
1.	2 - 9			
	1.	5 - 4	0 (1)	0 1 2
	2.	3 - 9 - 6	0 (1)	0 1 2
	3.	6 - 5 - 2	0 (1)	0 1 2
	4.	5 - 4 - 1 - 7	0 (1)	0 1 2
	5.	9 - 1 - 6 - 8	0 (1)	0 1 2
	6.	8 - 2 - 1 - 9 - 6	0 (1)	0 1 2
		7 - 2 - 3 - 4 - 9	0 (1)	0 1 2
	5.	5 - 7 - 3 - 6 - 4 - 8	0 (1)	0 1 2
	6.	3 - 8 - 4 - 1 - 7 - 5	0 (1)	0 1 2
	7.	2 - 1 - 8 - 9 - 4 - 3 - 7	0 (1)	0 1 2
	8.	7 - 8 - 5 - 2 - 1 - 6 - 3	0 (1)	0 1 2

sigue

4. Dígitos (continuación)

Ítem	Intento	Terminar después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos de un mismo ítem.		
	Respuesta	Punt. Intento	Puntación	
7.	1 - 8 - 4 - 2 - 7 - 5 - 3 - 6 2 - 7 - 9 - 6 - 3 - 1 - 4 - 8	0 1	0 1 2	
8.	7 - 2 - 6 - 1 - 9 - 4 - 8 - 3 - 5 4 - 3 - 8 - 9 - 1 - 7 - 5 - 6 - 2	0 1	0 1 2	
9.	6 - 2 - 5 - 3 - 1 - 9 - 8 - 5 - 4 - 7 9 - 4 - 3 - 8 - 7 - 5 - 2 - 9 - 6 - 1	0 1	0 1 2	

Orden inverso

Ítem	Intento	Respuesta correcta	Respuesta	Puntación
Ej.	9 - 4 5 - 6	4 - 9 6 - 5		
1.	2 - 1 1 - 3	1 - 2 3 - 1	0 1 0 1	0 1 2
2.	3 - 9 8 - 5	9 - 3 5 - 8	0 1 0 1	0 1 2
3.	2 - 3 - 6 5 - 4 - 1	6 - 3 - 2 1 - 4 - 5	0 1 0 1	0 1 2
4.	4 - 5 - 8 2 - 7 - 5	8 - 5 - 4 5 - 7 - 2	0 1 0 1	0 1 2
5.	7 - 4 - 5 - 2 9 - 3 - 8 - 6	2 - 5 - 4 - 7 6 - 8 - 3 - 9	0 1 0 1	0 1 2
6.	2 - 1 - 7 - 9 - 4 5 - 6 - 3 - 8 - 7	4 - 9 - 7 - 1 - 2 7 - 8 - 3 - 6 - 5	0 1 0 1	0 1 2
7.	1 - 6 - 4 - 7 - 5 - 8 6 - 3 - 7 - 2 - 9 - 1	8 - 5 - 7 - 4 - 6 - 1 1 - 9 - 2 - 7 - 3 - 6	0 1 0 1	0 1 2
8.	8 - 1 - 5 - 2 - 4 - 3 - 6 4 - 3 - 7 - 9 - 2 - 8 - 1	6 - 3 - 4 - 2 - 5 - 1 - 8 1 - 8 - 2 - 9 - 7 - 3 - 4	0 1 0 1	0 1 2
9.	3 - 1 - 7 - 9 - 4 - 6 - 8 - 2 9 - 8 - 1 - 6 - 3 - 2 - 4 - 7	2 - 8 - 6 - 4 - 9 - 7 - 1 - 3 7 - 4 - 2 - 3 - 6 - 1 - 8 - 9	0 1 0 1	0 1 2

SpanDi
(Máximo = 8) Puntuación directa
Dígitos en orden Inverso (Di)
(Máximo = 18) 1

Siguiente

4. Dígitos (continuación) ?

Orden creciente

Terminar después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos de un mismo ítem.

Item prerequisito	Respuesta correcta	Correcto			
Contar	El niño cuenta al menos hasta 3 correctamente.	S N			
Item	Intento	Respuesta correcta	Respuesta	Punt. Intento	Puntuación
Ej. 3 - 1	1 - 3				
A 8 - 6	6 - 8				
Ej. 5 - 2 - 4	2 - 4 - 5				
B 4 - 3 - 3	3 - 3 - 4				
1. 4 - 1	1 - 4			0 1	0 1 2
3 - 2	2 - 3			0 1	0 1
2. 5 - 2 - 7	2 - 5 - 7			0 1	0 1 2
1 - 8 - 6	1 - 6 - 8			0 1	0 1 2
3. 7 - 5 - 8 - 1	1 - 5 - 7 - 8			0 1	0 1
4 - 2 - 9 - 3	2 - 3 - 4 - 9			0 1	0 1
4. 1 - 5 - 6 - 2 - 8	1 - 2 - 5 - 6 - 8			0 1	0 1 2
2 - 8 - 4 - 7 - 9	2 - 4 - 7 - 8 - 9			0 1	0 1 2
5. 3 - 3 - 6 - 1 - 5	1 - 3 - 3 - 5 - 6			0 1	0 1 2
4 - 9 - 4 - 6 - 9	4 - 4 - 6 - 9 - 9			0 1	0 1
6. 8 - 5 - 2 - 5 - 3 - 7	2 - 3 - 5 - 5 - 7 - 8			0 1	0 1 2
6 - 1 - 4 - 7 - 9 - 3	1 - 3 - 4 - 6 - 7 - 9			0 1	0 1
7. 9 - 7 - 9 - 6 - 2 - 6 - 8	2 - 6 - 6 - 7 - 8 - 9 - 9			0 1	0 1 2
3 - 1 - 7 - 5 - 1 - 8 - 5	1 - 1 - 3 - 5 - 5 - 7 - 8			0 1	0 1
8. 6 - 9 - 6 - 2 - 1 - 3 - 7 - 9	1 - 2 - 3 - 6 - 6 - 7 - 9 - 9			0 1	0 1 2
1 - 4 - 8 - 5 - 4 - 8 - 7 - 4	1 - 4 - 4 - 4 - 5 - 7 - 8 - 8			0 1	0 1
9. 2 - 5 - 7 - 7 - 4 - 8 - 7 - 5 - 2	2 - 2 - 4 - 5 - 5 - 7 - 7 - 7 - 8			0 1	0 1 2
9 - 1 - 8 - 3 - 6 - 3 - 9 - 2 - 6	1 - 2 - 3 - 3 - 6 - 6 - 8 - 9 - 9			0 1	0 1
		SpanDc (Máximo = 9)	Puntuación directa Dígitos en orden creciente (Dc) (Máximo = 18)	0	
			Puntuación directa Dígitos (Máximo = 54)	6	

5. Claves



Tiempo límite: 120 segundos.



Comienzo
Edad 6-7

Parte A: ítems de demostración, ítems de ejemplo e ítems del test.

Edad 8-16

Parte B: ítems de demostración, ítems de ejemplo e ítems del test.



Terminación
Después de 120
segundos.



Puntuación
Utilizar la plantilla de corrección para Claves a fin de puntuar
las respuestas del niño

Parte	Tiempo límite	Tiempo empleado	Puntuación directa Claves (Máximo = 75)
6-7 → A	120" (2:00)		24 (Máximo = 117)
8-16 → B	120" (2:00)		

6. Vocabulario



Comienzo
Edad 6-7: ítem 1.
Edad 8-11: ítem 5.
Edad 12-16: ítem 9.



Retorno
Edad 8-16

Si se obtiene 0 o 1 punto en uno de los dos primeros ítems aplicados, aplicar los ítems anteriores **en orden inverso** hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.

Ítem

→ †1. Flor



Terminación
Después de 3 puntuaciones de 0 consecutivas.



Puntuación
Ítems 1-4: 0 o 1 puntos.
Ítems 5-29: 0, 1 o 2 puntos.
Véase el *Manual de aplicación y corrección* para los ejemplos de respuesta.

Punt

0 1

2. Sol

0 1

Ítems gráficos

3. Cubo

0 1

4. Pera

0 1



→ †5. Jabón

0 1

†6. Ratón

0 0

7. Sombrero

0 1 0

8. Obedecer

0 1



→ †9. Premio

0 1 0



†10. Piloto

0 0

11. Crecer

0 1 0

12. Potable

0 1

13. Antiguo

0 1 2

14. Isla

0 1 2

† Si el niño no da una respuesta perfecta, decirle la respuesta correcta, como se indica en el *Manual de aplicación y corrección*.

6. Vocabulario (*continuación*)

Terminar después de 3 puntuaciones de 0 consecutivas

Item**Respuesta****Puntuación**

15. Transparente

0 1 2

- 16. Habitual

0 1 2

17. Enseñar

0 1 2

18. Nutritivo

0 1 2

19. Remedio

0 1 2

20. Emigrar

0 1 2

21. Molestia

0 1 2

22. Prospecto

0 1 2

23. Preciso

0 1 2

24. Persuadir

0 1 2

25. Unánime

0 1 2

26. Obsoleto

0 1 2

27. Extenuante

0 1 2

28. Afable

0 1 2

29. Empírico

0 1 2

Puntuación directa *Vocabulario*
(Máximo = 54)

13

7. Balanzas

Comienzo

Edad 6-8: ítem de ejemplo A e ítem 1.
Edad 9-16: ítem de ejemplo B e ítem 4.



Tiempo límite: Véanse los ítems.

Anotar el tiempo empleado para cada ítem.

Retorno
Edad 9-16

Si se obtiene 0 puntos en uno de los dos primeros ítems aplicados, aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.



Terminación
Después de 3 puntuaciones de 0 consecutivas.



Puntuación
0 o 1 punto.
Las respuestas correctas están en color.

Ítem	Tiempo límite	Tiempo empleado	Respuesta					Puntuación	Ítem	Tiempo límite	Tiempo empleado	Respuesta					Puntuación	
			1	2	3	4	5					1	2	3	4	5		
Ej. A																		
1.	20"		1	2	3	4	5	0	1	17.	20"		1	2	3	4	5	0 1
2.	20"		1	2	3	4	5	0	1	18.	20"		1	2	3	4	5	0 1
3.	20"		1	2	3	4	5	0	1	19.	30"		1	2	3	4	5	0 1
Ej. B																		
4.	20"		1	2	3	4	5	0	1	20.	30"		1	2	3	4	5	0 1
5.	20"		1	2	3	4	5	0	1	21.	30"		1	2	3	4	5	0 1
6.	20"		1	2	3	4	5	0	1	22.	30"		1	2	3	4	5	0 1
7.	20"		1	2	3	4	5	0	1	23.	30"		1	2	3	4	5	0 1
8.	20"		1	2	3	4	5	0	1	24.	30"		1	2	3	4	5	0 1
9.	20"		1	2	3	4	5	0	1	25.	30"		1	2	3	4	5	0 1
10.	20"		1	2	3	4	5	0	1	26.	30"		1	2	3	4	5	0 1
11.	20"		1	2	3	4	5	0	1	**27.	30"		1	2	3	4	5	0 1
12.	20"		1	2	3	4	5	0	1	28.	30"		1	2	3	4	5	0 1
13.	20"		1	2	3	4	5	0	1	29.	30"		1	2	3	4	5	0 1
14.	20"		1	2	3	4	5	0	1	30.	30"		1	2	3	4	5	0 1
15.	20"		1	2	3	4	5	0	1	31.	30"		1	2	3	4	5	0 1
16.	20"		1	2	3	4	5	0	1	32.	30"		1	2	3	4	5	0 1
										33.	30"		1	2	3	4	5	0 1
										34.	30"		1	2	3	4	5	0 1

** Antes de aplicar el ítem 27, decir: «Ahora debes mirar las tres balanzas para encontrar la respuesta correcta».

Puntuación directa **Balanzas**
(Máximo = 34)

14

Claves

Parte A: Edad 6-7



24

Demostración

Ejemplo



ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre y apellidos: Matheus
 Fecha de Nac.: 29-7-11 Lugar: Escolaridad:
 Informante: Rel. con el niño: hermano
 Edad base: 65 Puntos adicionales: 4
 Edad mental equivalente: 7.8 Edad cronológica: 7 años
 Calificación: Fecha de hoy: 17-08-18

EDAD 0-1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----

EDAD 1-1

18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

EDAD II-III

35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

EDAD IV-V

51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

EDAD VI-VII

66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

EDAD VII-VIII

78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

EDAD V-VI

57	58	59	60	61	62	63	64	65
----	----	----	----	----	----	----	----	----

EDAD VI-VII

75	76	77
----	----	----

EDAD X-XI

80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

EDAD XI-XII

82	83	84	85	86	87	88	89
----	----	----	----	----	----	----	----

EDAD XII-XV

90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

EDAD XV-XVIII

EDAD XVIII-XX

102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

EDAD XX-XXV

106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

OBSERVACIONES: PB = 65 C.S. = EME × 100 CS = 7.8 × 100
 PA = 4 EC 7.0

PT = 69 OS = 111.4

NOTA: Marque con una X los ítem contestados. Normal Alto

apéndice B

EXAMEN DE ARTICULACION DE SONIDOS EN ESPAÑOL (hojas de calificación)

Nombre Mathias Fecha de Evaluación 17-08-18 Fecha de nacimiento 29-07-11 edad 7
 Institución Educativa: _____ Evaluador: _____
 Califique como sigue: sustitución, p/f ; omisión,-/s; dítorción,/p; adicción,
 escribe la palabra (tiguere en vez de tigre).

Tarjetón	Sonido sujeto a prueba	Lista de palabras	1	2	3	Sonido aislado	Adición
			I	M	F		
1	(m)	mesa, cama,					
2	(n)	nariz, mano, botón	✓	✓	✓	naliz	1/r (s)
3	(ñ) uña					
4	(p)	pelota mariposa	✓	✓		maliposa	1/r (s)
5	(x)	jabón ojo reloj	✓	✓	✓	reloj	1/r (s)
6	(b)	vela bebé					
7	(k)	casa boca					
8	(g)	gato tortuga	✓	✓		totuga	-/r (o)
9	(f)	foco elefante	✓	✓			
10	(y)	llave, payaso	✓	✓			
11	(d)	dedo, candado red	✓	✓	✗	let -lr, -ld (d)	
12	(l)	luna bola sol					
13	(i) aretes collar	✗	✗		alete, coyal	1/r y/ll (s)
14	(r)	ratón perro	✗	✗		latón, pelo	1/r 1/rr (s)
15	(t)	teléfono parín	✓	✓			
16	(e)	chupón cuchara	✓	✓		cuchala	1/r (s)
17	(s)	silla vaso lápiz	✓	—	—		
18	Mezclas	blusa	*				
19		clavos	*				
20		flor	*			flor	1/r (s)
21		globo	*				
22		plato	*				
23		libro	*			liblo	1/r (s)
24		cruz	*			clus	1/r (s)
25		cocodrilo	*			colelo	(d)
26		fresas	*				
27		tigre	*			tigle	1/r (s)
28	Diptongos	príncipe	*			príncipe	-/r (o)
29		tren	*			ten	-/r (o)
30		jaula	*				
31		peine	*				
32		leoncito	*				
33		pie		*			
34		guante	*				
35		huevo	*				

Ocupación de los padres: _____

Lugar que ocupa el niño en la familia (hijo único, mayor, menor, etc.): _____

Comentarios: _____

ADHDT

Test para el Transtorno por Déficit de Atención / Hiperactividad

Un método para Identificar
Individuos con ADHDT (TDA / H)

FORMULARIO DE RESPUESTAS

Sección I. Datos de Identificación								
Nombre del Examinado	Mathias							
Dirección								
Grado y Sección								
Nombre del Informante								
Relación con el Examinado								
Nombre y Título del Examinador								
Fecha de Aplicación del Test	2018	08	24					
	Año	Mes	Día					
Fecha de Nacimiento del Examinado	2011	07	29					
	Año	Mes	Día					
Edad Cronológica del Examinado	7	00	25					
	Año	Mes	Día					
Sección II. Sumario de Puntajes			Sección IV. Perfil de Puntuaciones					
Subtests	Puntaje Bruto	PE	%	EE M	ADHDT Subtests	ADHDT Totales	Otras Medidas de Inteligencia Logro ó Conducta	
Subtests Hiperact.	14	9	Promedio	1	Puntajes Estandar de los Subtests 20 . . . 19 . . . 18 . . . 17 . . . 16 . . . 15 . . . 14 . . . 13 . . . 12 . . . 11 . . . 10 . . . 9 . . . 8 . . . 7 . . . 6 . . . 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 . . .	Hiperactividad	Cociente ADHDT (TDA/H)	Test usado
Impulsividad	10	9	Promedio	1		Impulsividad	Test usado	
Desatención	14	8	Promedio	1		Inatención	Test usado	
Suma de Puntajes Estandar	38					Cociente Compuestos o Totales	Test usado	
Cociente ADHDT (TDA/H)	117		Por encima del promedio	3		160 155 150 145 140 135 130 125 120 115 110 105 100 95 90 85 80 75 70 65 60 55	Test usado	
Sección III. Guía de Interpretación								
Puntajes Estandar de Subtest	Cociente ADHD (TDA / H)	Grado de Severidad	Probabilidad de ADHD (TDA / H)					
17 - 19	131+	Alto	Muy Alto					
15 - 16	121 - 130	Alto	Alto					
13 - 14	111 - 120		Por encima del promedio					
8 - 12	90 - 110		Promedio					
6 - 7	80 - 89		Por debajo del promedio					
4 - 5	70 - 79		Bajo					
1 - 3	< 69		Muy Bajo					



Sección V. Formulario de Respuestas

Instrucciones: Por favor indique cuál de las siguientes conductas/características son un problema para esta persona. Marque o haga un círculo alrededor de cero si la conducta no es un problema o si usted no ha tenido oportunidad de observar dicha conducta. Marque o haga un círculo alrededor de uno si el ítem/punto se refiere a una conducta de un problema breve. Marque o haga un círculo alrededor de dos si el ítem/punto se refiere a una conducta de un problema severo para esa persona. No deje de marcar ninguno de los ítems.

Subtest de Hiperactividad

		No es Problema	Problema Leve	Problema Severo
1. Habla gritando	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
2. Está constantemente en actividad (como "impulsado por un motor")	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
3. Corre, salta, trepa excesivamente	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
4. Se retuerce/menea en su asiento	0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	
5. Se exalta fácilmente	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
6. Arrebata/acapara objetos	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
7. Conversa excesivamente	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
8. Tiene dificultad para permanecer sentado	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
9. Toca/agarra objetos correctamente	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
10. Es incapaz de jugar con tranquilidad	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
11. Es molesto (a), cargoso (a)	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
12. Es inquieto (a), revoltoso (a)	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	
13. Se retuerce, contorsiona	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	

Total Hiperactividad

44

Subtest de Impulsividad

		No es Problema	Problema Leve	Problema Severo
14.	Actúa antes de pensar	0	1	2
15.	Cambia de una actividad a otra constantemente	0	1	2
16.	No logra respetar su turno	0	1	2
17.	Tiene dificultad al esperar su turno (quiere ser el primero)	0	1	2
18.	Responde con brusquedad	0	1	2
19.	Es impulsivo(a)	0	1	2
20.	Interrumpe conversaciones	0	1	2
21.	Es entrometido(a)	0	1	2
22.	No espera a que se le den las instrucciones	0	1	2
23.	Fracasa al seguir reglas de juego	0	1	2

Total Impulsividad

10

Subtest de Inatención

		No es Problema	Problema Leve	Problema Severo
24.	Tiene pobre concentración	0	1	2
25.	No logra terminar sus trabajos (asignaciones, trabajos prácticos, etc)	0	1	2
26.	Es desorganizado (a)	0	1	2
27.	Tiene poca habilidad para planificar actividades	0	1	2
28.	Sueña despierto (está como ausente)	0	1	2
29.	Es inatento (a) (no presta atención)	0	1	2
30.	Tiene dificultad para seguir instrucciones	0	1	2
31.	Afunde por períodos cortos	0	1	2
32.	Se distrae fácilmente ante cualquier estímulo	0	1	2
33.	Tiene dificultad en mantener su atención por períodos largos	0	1	2
34.	Tiene dificultad para persistir en una tarea	0	1	2
35.	Tiene dificultad para terminar las tareas	0	1	2
36.	Pierde cosas frecuentemente	0	1	2

Total Inatención

14

PROTOCOLO DEL TEST DEL D.F.H.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICO
(Elizabeth M. Koppitz)

Nombre..... Matías Edad. 7 Grado.....
 Fecha de Nac. 29 - 07 - 2011 Motivo del examen.....
 Fecha de examen. 17 - 08 - 2018 Examinador.....

A. PERFIL EVOLUTIVO

EDAD	ITEMS ESPERADOS	+	-
	CABEZA	/	
	OJOS	/	
	NARIZ	/	
	BOCA	/	
	CUERPO	/	
	PIERNAS	/	
5	BRAZOS	/	
	PIES	/	
6	BRAZOS 2 DIMENSIONES	/	
	PIERNAS 2 DIMENSIÓN	/	
7-8	CABELLO	/	
9	CUELLO		
	BRAZOS HACIA ABAJO		
10	BRAZOS U HOMBROS		
11-12			

ITEMS EXCEPCIONALES	+
RODILLA	
PERFIL	
CODO	
2 LABIOS	
FOSAS NASALES	+
BRAZOS Y HOMBROS	
ROPA 4 ITEMS	
5 DEDOS	
PUPILAS	+

Puntaje ítems Excepcionales =

Puntaje de omisiones = -

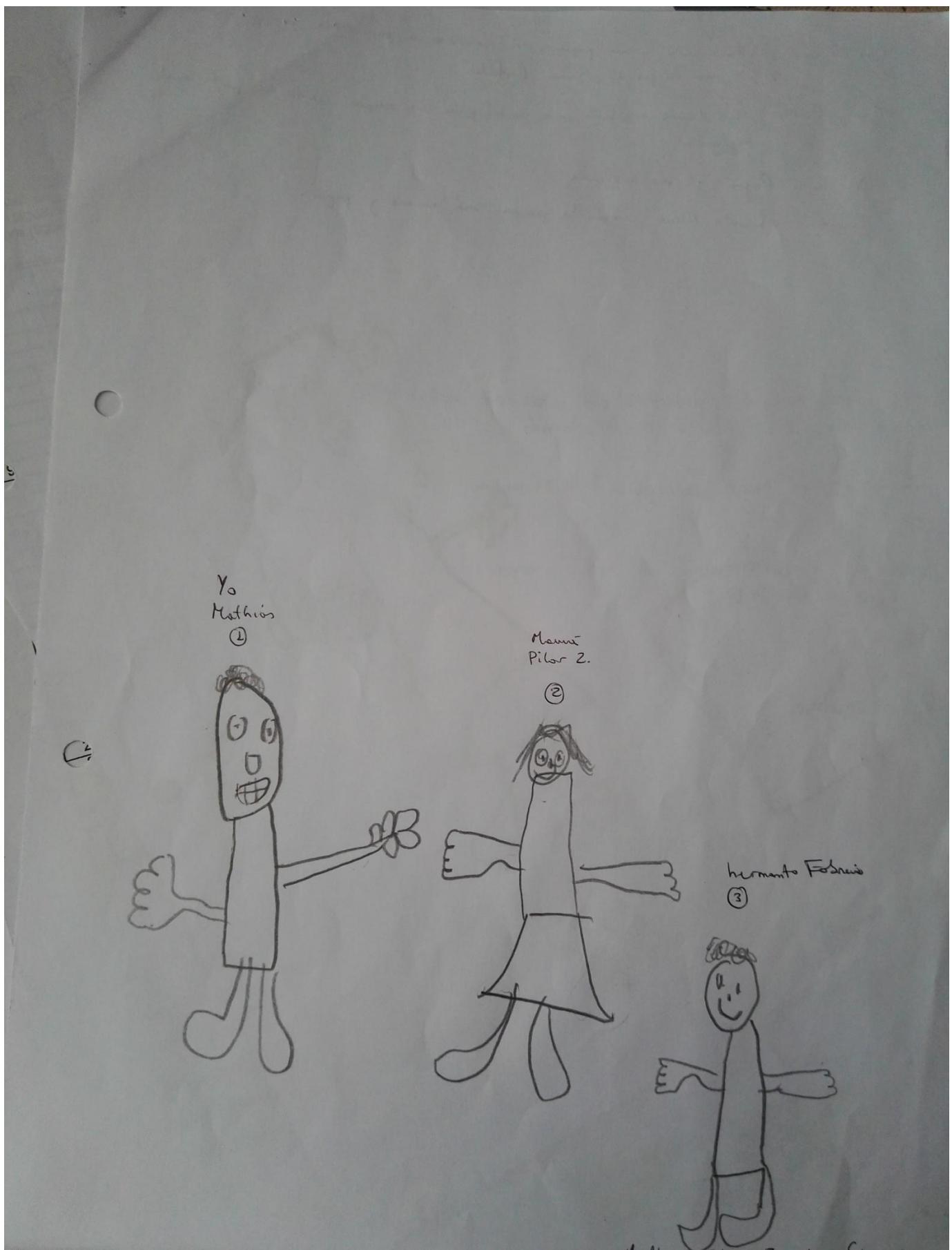
PUNTAJE TOTAL

$$\begin{array}{r} \boxed{-0} + \boxed{2} + \boxed{5} = \boxed{7} \\ \text{Puntaje} \quad \text{Items} \quad \text{Standard} \quad \text{Puntaje} \\ \text{Omisiones} \quad \text{Excep-} \quad \text{para} \\ (\text{con signo} \quad \text{cio-} \quad \text{todo} \\ \text{menos}) \quad \text{nones} \quad \text{puntaje} \quad \text{Total} \end{array}$$

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO EVOLUTIVO	Normal alto a superior
C.I. (Aproximado) 140	
OBSERVACIONES	
1. Dientes: Signo de agresividad. 2. Brazos cortos: Dificultad en conectarse con el mundo circundante, tendencia al retraimiento a encerrarse dentro de si mismo, inhibición de impulsos, timidez.	

W.R.G.





Arimana's mequillente

$$\begin{array}{r} 4 + \\ 3 \\ \hline 7 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 80 + \\ 30 \\ \hline 110 \\ 180 \end{array}$$