



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



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL EXAMEN**  
**COMPLEXIVO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL**  
**TÍTULO DE: PSICÓLOGO CLÍNICO**

**PROBLEMA:**

PARENTALIDAD DISFUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA  
INTENCIONALIDAD SUICIDA EN UNA NIÑA DE 11 AÑOS

**AUTOR:**

PULGARIN VERA KEVIN ALEXANDER

**TUTOR:**

MSC. VERA ZAPATA JUAN ANTONIO

**BABAHOYO – ECUADOR**

**2022**



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



**RESUMEN**

El tema “Parentalidad disfuncional y su relación con la intencionalidad suicida en una niña de 11 años”, se desarrolló con una metodología cualitativa a través de las técnicas de la entrevista clínica, historia clínica y batería de test psicométricos, como: cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo niños (STAIC), inventario de depresión infantil (CDI), escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), cuestionario de personalidad (EPQ-J) y cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL. El psicodiagnóstico presuntivo obtenido fue, según CIE-10, F.92 Trastornos disociales y de las emociones mixtas, y R45.8 para Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional: Ideación suicida (tendencias). Entre los hallazgos destacados se encuentran la Parentalidad disfuncional de estilo autoritario e indulgente y atmósfera relacional familiar de tipo caótico. Por lo que se plantean técnicas psicoterapéuticas del enfoque sistémico, tales como: preguntas circulares, geniograma, connotación positiva, escenificación y mi verdadero nombre.

***Palabras clave:*** parentalidad, disfuncionalidad, suicidalidad, familia, conyugalidad.



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



**ABSTRACT**

The theme "Dysfunctional parenting and its relationship with suicidal intentions in an 11-year-old girl" was developed with a qualitative methodology through clinical interview techniques, clinical history and a battery of psychometric tests, such as: anxiety self-assessment questionnaire Status/Trait Children (STAIC), Childhood Depression Inventory (CDI), Scale for Suicide Ideation (SSI), Personality Questionnaire (EPQ-J) and Family Functioning Questionnaire FF-SIL. The presumptive psychodiagnosis obtained was, according to ICD-10, F.92 Conduct disorders and mixed emotions, and R45.8 for Other symptoms and signs involving the emotional state: Suicidal ideation (tendencies). Among the outstanding findings are Dysfunctional Parenting with an authoritarian and indulgent style and a chaotic family relational atmosphere. Therefore, psychotherapeutic techniques of the systemic approach are proposed, such as: circular questions, genius diagram, positive connotation, staging and my real name.

***Keywords:*** parenthood, dysfunctionality, suicidality, family, conjugality.



## **INTRODUCCIÓN**

Los sucesos que se presentan en la sociedad, tienen su repercusión en cuanto al círculo familiar, en especial en la función de parentalidad, que tiene un papel importante en el desarrollo de los hijos, por esto se concibe como un desafío para su crianza. Se consideró por ello el estudio de caso “Parentalidad disfuncional y su relación con la intencionalidad suicida en una niña de 11 años”.

Por lo que la línea de investigación de la carrera: prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, acoge adecuadamente este estudio de caso, además de enmarcarse en la sublínea; diagnóstico psicopatológico e intervención familiar sistémica.

Se buscó describir cómo la parentalidad disfuncional se relaciona con la intencionalidad suicida de una niña, ya que esta disfuncionalidad genera una gama de resultados en el modo en que el subsistema filial se comporta en la actualidad y va moldeando así sus modos de proceder y comunicarse con los otros, producto de la interacción en la familia.

El camino metodológico utilizado, incluye técnicas como la observación clínica, la entrevista semiestructurada, baterías psicométricas como cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo niños (STAIC), inventario de depresión infantil (CDI), escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), cuestionario de personalidad (EPQ-J) y cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL, mismos que permitieron recoger datos y hallazgos, que fueron procesados para elaborar el análisis concluyente y así plantear un esquema terapéutico acorde a los mismos y contribuir a la mejoría de la paciente.

La propuesta de un modelo de intervención psicoterapéutica desde un enfoque de psicoterapia sistémica, incluyó técnicas como: preguntas circulares, connotación positiva, geniograma, escenificación y mi verdadero nombre.

A continuación, se desarrollaron los siguientes apartados; justificación, objetivos, sustentos teóricos, técnicas aplicadas para la recolección de la información, resultados obtenidos (divididos en sesiones, hallazgos, resumen sindrómico, diagnóstico y soluciones planteadas), conclusiones, cerrando este estudio con las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.



## **DESARROLLO**

### **Justificación**

En la carrera de Psicología Clínica en el plan curricular se incluye la asignatura de psicoterapia sistémica, se trazó un recorrido por el funcionamiento de la familia, pasando por los tipos de parentalidad, resultandos atractivos la estructuración de los mismos, generando un proceso reflexivo en la manera en que el tipo de parentalidad incide en el ciclo vital y desarrollo del subsistema filial, sumado a las crisis paranormativas existentes.

Esta problemática planteada resulta importante, debido a que permite la obtención de información desde una perspectiva que abarca aspectos como: las relaciones familiares, la parentalidad y conyugalidad, el desarrollo de la personalidad en el niño, así como las estrategias adaptativas que se deben ejecutar cuando se hace frente a las crisis que puedan suscitarse en el ámbito familiar.

Entre los beneficios resultantes del estudio de este caso, cabe señalar que es útil como sustento teórico para el desarrollo de investigaciones posteriores teniendo como base los resultados que se obtuvieron, hasta cierto punto, en el caso en cuestión y las proyecciones que se esperaban en las sesiones restantes. La beneficiaria directa es una niña de 11 años y su familia, como beneficiarios indirectos. Es menester sensibilizar al núcleo familiar acerca de la importancia de contar con un ambiente funcional para la niña.

Es trascendente puesto que busca la implementación de estrategias psicológicas de carácter diagnóstico y psicoterapéutico frente a los descubrimientos presentes tanto en la función cognitiva, afectiva, somática y conductual en un sujeto y su ámbito de convivencia, siendo el caso concreto de una niña de 11 años, favoreciendo la dotación de conocimientos útiles para un adecuado manejo de su proceso de pensamiento y expresión emocional. Aporta información sobre la parentalidad disfuncional y la intencionalidad suicida en Babahoyo, variables interesantes y actuales en esta etapa postpandemia que atraviesa la sociedad.

Resultó factible puesto que se contó con la asistencia del subsistema parento-filial durante la fase de evaluación y en las primeras sesiones de terapia. Permitiendo generar la confianza necesaria para determinar un psicodiagnóstico presuntivo y una adecuada propuesta terapéutica.



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



3

**Objetivo**

Describir la parentalidad disfuncional y su relación con la intencionalidad suicida en una niña de 11 años.



## **SUSTENTO TEÓRICO**

### ***Parentalidad Disfuncional***

En cuanto a la parentalidad disfuncional, de acuerdo a Parker (1997, como se citó en Cárdenas & Amayo, 2020), se encuentra caracterizada por un control inadecuado, protección excesiva o un cuidado negligente. Por ello, la parentalidad disfuncional conlleva a una gama de conflictos en la vida de la persona, y la posibilidad de padecer alguna enfermedad mental.

Estas dificultades producto de la parentalidad disfuncional fueron expuestas por Botello, Guerra & Cadena (2018) afirmando que “cuando una familia está sufriendo un desajuste familiar, un miembro de la familia lo empezará a manifestar de alguna u otra manera; dicho miembro está haciendo que el sistema siga funcionando, aunque no sea de la mejor manera”. Esto a su vez repercute en la autoestima de las personas, puesto que pueden pasar gran parte de su vida en un nivel bajo, creyendo que carecen de valor, aguardando por engaños, desprecios por parte de los demás y debido a que lo consideran real, lo atraen.

Por ello, el niño que llega a una familia al no contar con antecedentes ni experiencia para comportarse, va a depender de experiencias producto de su interacción con quienes le rodean y de lo que estos le comuniquen sobre su ser, aunque luego se cuenta con otras influencias, la familia continuará siendo importante en las siguientes etapas de su vida. De modo que las palabras, expresiones o acciones de los padres y madres tienen un efecto considerable sobre su forma de concebir la vida y su desempeño futuro.

Esto se sustenta de acuerdo a lo expresado por Cordero-López & Calventus-Salvador (2022), en donde la familia por medio de la parentalidad promueve la autodeterminación de sus miembros, con un énfasis especial en el período de la adolescencia, estando inmersa además la propuesta de metas personales y la toma de decisiones para el logro de un nivel superior de vida.

Lo anterior constituye lo adecuado, pero como consecuencia de factores tanto internos como externos, esto puede tomar otro rumbo en donde se busca mantener un equilibrio precario por encima de todo por temor al cambio o debido a que no se conoce o no se sabe cómo relacionarse de otra manera, conllevando a que las familias busquen únicamente sobrevivir, sea por medio de evitarse los unos a los otros, dedicarse al trabajo en exceso, entre otros, para pocas veces tener contacto real entre sí. No obstante, la situación puede verse insostenible por lo que en ese momento surge la conducta problema, comunicando lo insostenible de la situación, especialmente en la adolescencia.



### **Características de la parentalidad**

De acuerdo a Vega Ojeda (2020) el ejercicio de la parentalidad depende principalmente de las características de la familia, específicamente de los padres, ya que, si se genera algún cambio en la estructura de los mismos, esto puede repercutir en los roles de los integrantes, así como en las funciones que desempeña cada uno, es por ello que todo lo que transmitan, constituyen determinantes en su desarrollo.

Se infiere que a partir de conductas, normas y actitudes positivas se contribuye a formar una autoestima alta en los hijos, acompañado de comunicación directa, clara, específica y con sinceridad, flexibilidad y un toque humano en las normas, y una conexión con la sociedad abierta y confiada.

Arias & Gimeno (2019) manifiestan una postura que reúne puntos en común con los anteriores, mencionando que son las funciones ejercidas por los padres o madres vinculadas al cuidado de los hijos tanto a nivel físico como psicológico, de carácter imprescindible, plasmando tanto derechos como obligaciones, que permitan que los niños se desarrollen y alcancen la realización promoviendo y practicando relaciones funcionales en la familia.

#### *Socialización*

Este proceso tiene el fin de desarrollar autocontrol, preparación e interiorización de normas de la cultura en la que se encuentre inmerso el individuo. (Linares & Aquisé, 2018) En este sentido, la comunicación tiene un papel muy importante en este proceso, ya que este es el determinante para el intercambio de información, siendo clave para la manera en que se desarrollen las relaciones con los demás y el mundo, para el logro del bienestar, satisfacción vital y la felicidad.

No obstante, debido a la variedad de posibilidades en que este proceso se puede generar, de acuerdo a Linares & Aquisé (2018) se encuentran cuatro tipos de estilos parentales en la socialización (autorizativo, autoritario, negligente e indulgente) derivados de las dimensiones aceptación/implicación y coerción/imposición. La primera dimensión engloba reacciones de agrado, aceptación y aprecio parental ante un comportamiento adecuado de los hijos y si estos manifiestan conductas inadecuadas se emplea el diálogo y raciocinio. La segunda se refiere a la privación de padres a hijos usando coerción verbal y física, mostrándose imponentes buscando que el hijo no manifieste la conducta indeseada, o se emplea la privación con respecto a las recompensas y privilegios que estos gocen.



El estilo autorizativo se da gracias a una comunicación adecuada, aquí prima la empatía, los padres están más dispuestos y abiertos a escuchar explicaciones por parte de sus hijos frente a una conducta inadecuada, luego en lugar de restringir y limitar su accionar, negocian con sus hijos acerca de la conducta en cuestión. En cambio, el estilo autoritario se caracteriza por un pobre grado de atención y poca sensibilidad frente a lo que manifiestan sus hijos, ordenándoles y planteando obligaciones sin explicación alguna, aquí el diálogo es carente y se toma como virtud la sumisión y obediencia. (Linares & Aquisé, 2018)

Por otra parte, en el estilo negligente resalta la indiferencia frente a conductas negativas o positivas por parte de sus hijos, el cuidado y control es pobre, así como la satisfacción de las necesidades de los hijos, ya que se mantiene la cognición de que los hijos deben autocuidarse y asumir responsabilidades para lograr su independencia; esto genera a su vez se desarrolle ansiedad o conductas negativas como berrinches y peleas. Por su parte, el estilo indulgente emplea una comunicación adecuada entre padres e hijos, donde se da valor al raciocinio y diálogo para que los hijos maduren a nivel comportamental y logren moldear su conducta, no obstante, se emplea coerción/implicación frente a conductas no pertinentes y se muestran complacientes con los deseos y accionares de los hijos debido a que consideran que esto propiciará el establecimiento de reglas y toma de decisiones, evitando la imposición, pero los hijos pueden manifestar problemas con el alcohol, drogas y conducta escolar. (Linares & Aquisé, 2018)

### **Atmósferas relacionales familiares**

De acuerdo a Linares existen cuatro modalidades posibles de familias de origen en las que la dimensión de la parentalidad se encuentra inmersa y estas son: Atmósfera relacional funcional, Atmósfera relacional deprivadora, Atmósfera relacional caótica y Atmósfera relacional trianguladora.

Estas surgen de acuerdo a si se encuentra presente o no armonía y conservación vs deterioro. Haciendo énfasis en las modalidades disfuncionales, puesto que la Atmósfera relacional funcional ofrece una nutrición relacional satisfactoria al situarse entre la armonía y la conservación relacional, se tiene a las familias trianguladoras, deprivadoras y las caóticas.

Siendo la familia trianguladora de acuerdo a Linares (2006, como se citó en Herrera Medrano, 2019), la que posiciona a los hijos entre los conflictos de pareja, por medio de la propuesta de alianza, proyectando sus disgustos sea al niño o a la pareja y luchando con



dicha proyección atacando a la otra persona, lo que genera problemas que constituyen un deterioro de la parentalidad. En cambio, la familia deprivadora, se caracteriza por pocas dificultades a nivel de pareja, pero no desempeñan el rol parental, llevando a que exista la necesidad material de forma inmediata o exigencias irracionales y complicadas de satisfacer producto de una forma de establecer control, con una sociabilidad limitada, produciendo que sus hijos se sientan inútiles.

Por último, la familia caótica según Linares (2006, como se citó en Herrera Medrano, 2019), combina la no armonía en la pareja y un deterioro de la parentalidad en donde las carencias a nivel nutricional son graves, incluye la capacidad de socialización, pero producto de lo notorio de las carencias, aquí se desarrollan recursos tanto a nivel interno como externo, siendo un ejemplo de los externos, una intervención terapéutica, y a nivel interno se pueden producir reacciones contradictorias en cualquiera de los dos padres.

### **Ciclo Vital**

Ampudia (2020) afirmó que “la familia durante la historia natural pasa por etapas en las que sus miembros experimentan cambios y asumen diferentes roles, a esta dinámica se le llama ciclo vital de la familia, es por ello que la familia es dinámica”. De modo que se infiere que la manifestación de una conducta inadecuada para los padres o la sociedad resulta una señal de la dificultad que tiene una familia para superar una etapa del ciclo vital.

En cuanto al ciclo vital, cabe rescatar dos aspectos de este en correspondencia al caso planteado, siendo el primero “El nacimiento de hijos y el trato con ellos”, ya que según Haley (1980, como se citó en Gómez, 2020) en esta etapa puede surgir el triángulo perverso, ya que la manera de interactuar de la pareja antes del nacimiento del hijo se modifica y pasan a formar un triángulo, el cual puede llegar a ser patológico, y en el que dos los miembros con distintos niveles jerárquicos coalicionan contra el tercer miembro. En otras palabras, esta es la excusa para problemas anteriores y nuevos.

Por otra parte, el segundo aspecto a mencionar son las dificultades matrimoniales descritas por Haley, pero retomadas en el trabajo de Gómez (2020) mencionando que la persona junto a su familia puede no alcanzar esta etapa evolutiva y en el caso que lo hagan surgen las dificultades matrimoniales, pero a un nivel mayor, acompañándose de recriminaciones. Esto para muchas familias es difícil de sobrellevar debido a que como los hijos crecen y hay un cambio familiar, las formas de llevar las riendas en el hogar se vuelven



ineficaces y pueden darse crisis, un ejemplo de esto sería la acumulación de conductas problemáticas, como la violencia o el consumo de alcohol que supera un nivel tolerable.

Se describen estas dos etapas del ciclo vital, puesto que en el caso que se describe con amplitud posteriormente, encontramos una familia de padres separados que superan la mediana edad, con nacimientos anteriores e intercalan los cuidados con la P.I. de 11 años, hija de padre y madre, con la conducta “enferma”, razón por la que deciden acudir a consulta.

Concuerdo con Parker citado en el trabajo de Cárdenas & Amayo en el 2020 y Botello, Guerra & Cadena en el 2018 sobre la parentalidad disfuncional, que engloba un estilo parental que no nutre a los hijos por lo que resulta en conflictos que a su vez se reflejan en el síntoma generado por la P.I. que busca de una manera deficiente la homeostasis familiar, resultando en el motivo de consulta cuando esta escala, y que constituye la siguiente variable a desarrollar.

### ***Intencionalidad Suicida***

De acuerdo a Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz (2020) la conducta del suicida tiene una variedad de manifestaciones que se despliegan de acuerdo a su gravedad, empezando por la ideación y concluyendo en la consumación del suicidio. El suicidio es un problema de salud pública y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2019) en el mundo anualmente se suicidan más de 700 mil personas, siendo cada suicidio una tragedia en la familia, la comunidad y el país, y este además no solo es característico en países con altos ingresos, es así que en el Ecuador, en el caso de los adolescentes, de acuerdo a las investigaciones realizadas durante el confinamiento por pandemia de COVID-19 por Guarnizo Chávez & Romero Heredia (2021), se registran:

[...] 97 suicidios en adolescentes de entre 10 a 19 años de edad. Se estimó el número más alto en varones de 15 a 19 años, siendo la edad más frecuente a los 19. El día con más frecuencia de levantamiento de cadáveres fueron los lunes, y el modo preferido de suicidio fue la ahorcadura con 81 casos reportados, seguido con diferencia de la intoxicación y envenenamiento.

De acuerdo a Jerónimo et al. (2021), en su investigación con respecto a los intentos e ideas de suicidio, los datos apuntan a que durante el tiempo de pandemia por COVID-19, debido al aislamiento y la soledad producto del confinamiento y las restricciones impuestas, ha existido un aumento en las consultas a profesionales de la salud mental por ideas e



intentos de suicidio. Por su parte, en lo referente a la intencionalidad suicida de acuerdo a García-Haro et al. (2019) menciona que:

Una persona puede tener la intención de suicidarse y luego arrepentirse cuando ya es tarde... y otra puede no tener ninguna intención de quitarse la vida y como consecuencia de un mal cálculo, complicaciones o imprevistos, acabar en un resultado mortal... El juicio de intencionalidad sería el criterio fundamental a tener en cuenta a la hora de categorizar un acto de conducta como conducta suicida. Decir suicidio o conducta suicida sería atribuir a una conducta la intención de un sujeto de autoprovocarse la muerte. (p. 92)

En otras palabras, se entiende que, en lo referente a la intencionalidad, el sujeto piensa en la manera específica de quitarse la vida, siendo ejemplos de estas la ingesta de medicamentos, herida con arma blanca, ahorcamiento, disparos, lanzamiento de altura, incineración, entre otras.

### **Suicidalidad**

En lo referente a la suicidalidad, el uso del término intento de suicidio consiste en el comportamiento de carácter autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida, este término a su vez enmarca y acoge directamente conceptos como la intencionalidad suicida, que se abordó a breves rasgos anteriormente, y el parasuicidio. (Escobar, 2019)

No obstante, antes de mencionar el punto siguiente, vale la pena mencionar los signos que constituyen una alarma de una crisis suicida, según Cortés Alfaro (2021) entre los signos están “llanto inconsolable, tendencia al aislamiento, amenazas suicidas, deseos de morir, desesperanza, súbitos cambios de conducta, afectos y hábitos, aislamiento, conductas inusuales, consumo excesivo de alcohol o drogas, realizar notas de despedidas”.

#### *Parasuicidio*

De acuerdo a Soto-Salcedo et al. (2020), consiste en conductas de carácter autolesivo, sin intención suicida, englobadas en un estado emocional de ira aguda, un malestar que resulta intolerable o desesperación, aquí son frecuentes formas de conducta autodestructiva de menor gravedad y en su mayoría no amenazantes para la vida, cuyo objetivo es la manipulación de los demás para conseguir cambios.

A partir de lo expuesto se tiene que aquí se expresa la intención, sin llevar a cabo el acto, como una forma de protesta, venganza o una manera de oponerse para que la situación



tome una dirección distinta, no obstante, a pesar de que esta sea una expresión del malestar que no implica un acto como tal, resulta riesgoso pensar que no se va a concretar.

Por otra parte, de acuerdo a Benavides-Mora (2019) el suicidio constituye un hecho multicausal que no puede encasillarse en una única dirección, es por tal motivo que, para abordarlo, se deben tener en consideración los factores de riesgo y protección asociados a esta problemática.

De igual forma, en cuanto a los adolescentes, Bravo-Andrade et al. (2020) en su investigación refieren que aparentemente el riesgo de suicidio en esta población, por características de la etapa que cursan, se mueve entre una inestabilidad que supera la incertidumbre sobre el futuro y llega al hecho de sentirse frágiles emocionalmente.

Además, se ve reforzado por el silencio de las víctimas, que se avergüenzan de comentar sus intenciones o en el caso de hacerlo, se encuentran con espacios en donde no aceptan sus penas y emociones, de igual forma en la familia, el duelo puede vivirse con culpa o como algo que no puede mencionarse a sus allegados por constituir una “mancha” en el legado familiar. (Molina, 2019) Pero, de acuerdo a Triana (2022) cuando el acto es consumado, constituye un grito de sinceridad que pone de manifiesto el sentir del suicida ante su entorno, un sentir que puede no cicatrizar en las víctimas del suicidio, una marca de una ausencia incapaz de reemplazar, es decir, un gran peso para los allegados si se toma una decisión de esta magnitud. (Agra Varela, et al., 2020)

### **Factores de riesgo**

#### *Factores de riesgo psicosociales*

- En relación con pares y otros: entre las condiciones de riesgo identificadas pueden constituir una comunicación nula o poca con otros, dificultades a nivel escolar, embarazos no deseados, ausencia de recursos sean a nivel emocional o económico, carencia de relaciones afectivas que perduren en el tiempo, entre otras. (González-Sancho & Picado Cortés, 2020)
- En relación con dinámicas de grupo familiar: de acuerdo a González-Sancho & Picado Cortés (2020) en lo relativo al contexto familiar se encuentran la presencia de padres con un nivel escolar bajo, cambios drásticos, sea por falta de trabajo de alguno de los padres y problemas derivados de la situación, así como antecedentes de algún familiar con intento de suicidio o consumación



del mismo. En cuanto a los referentes a la estructura de la familia, de acuerdo a González-Sancho & Picado Cortés (2020) como la disfuncionalidad familiar, falta de confianza en los padres o dificultades a nivel de pareja, muerte de algún miembro de la familia o persona cercana, entre otros. Esto se corrobora además de acuerdo a la investigación de Vigoya-Rubiano et al. (2019) en donde relacionan el maltrato familiar con la ideación suicida, siendo este un riesgo en estudiantes entre los 12 y 19 años de edad.

#### *Factores de riesgo por condiciones biológicas o psiquiátricas*

A lo largo de la investigación realizada en base a diversos estudios por González-Sancho & Picado Cortés (2020) se recoge que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en casos de intento de suicidio y en casos con resultados fatales aumenta cuando además el afectado o quien produce el síntoma, forma parte de un grupo familiar de riesgo como los descritos anteriormente. El riesgo de consumación del acto suicida se incrementaba de forma especial en casos con otros factores de riesgo como trastornos de ansiedad y, si además hay consumo y dependencia de drogas sean legales o ilegales, la letalidad se acrecienta.

#### **Factores protectores**

Hay pocos estudios que abarcan el valor que tienen los factores de protección en la problemática del suicidio, incluyéndose la unión familiar, un adecuado sentido de pertenencia en el entorno, además, aspectos sociales por la interacción enriquecedora con otros e incluso las mascotas pueden constituir una protección de cara a las tendencias suicidas de los dueños. (Escobar, 2019)

Lo anterior se corrobora con las investigaciones de Goñi-Sarriés et al. (2018), ya que concluyen que tanto el apoyo familiar como el social se enmarcan como un factor protector del comportamiento suicida en un alto porcentaje de pacientes. Por su parte, Mas et al. (2020) en su investigación menciona que las habilidades de claridad y reparación pueden representar un factor protector frente al riesgo de suicidio.

#### **Suicidio y Trastorno Disocial**

En la Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 (2000) se menciona que:

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por la combinación de una comportamiento agresivo, disocial o retador con manifestaciones claras y marcadas de depresión, ansiedad u otras alteraciones emocionales. Han de cumplirse conjuntamente los criterios para el trastorno disocial de la infancia (F91.-) y para los



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



12

trastornos emocionales de la infancia (F93.-), trastorno neurótico del adulto (F40-F49) o trastorno afectivo (F30-F39). (p. 212)

Por otra parte, en lo referente a la suicidalidad de este trastorno la Organización Panamericana de la Salud-OPS (2001, como se citó en Aristizába, 2018), se tiene que el índice de suicidio es una razón por la que se acude a consulta en el caso de este trastorno, requiriendo así una intervención rápida y eficaz apenas se detecta.

Es por esto que se echó un vistazo al enfoque psicoterapéutico sistémico frente a esta conducta sintomática, que para Baquerizo (2005) es una modalidad de tratamiento que:

[...] debe ser considerada en el enfoque interdisciplinario de atención a adolescentes con intentos de suicidio y sus familias... Un reencuadre de la conducta suicida del adolescente en términos sistémicos permite poner de relieve los aspectos de causalidad circular del síntoma y organizar en hipótesis sistémicas toda la información que se tiene sobre una familia de tal manera que guíen la evaluación y el abordaje terapéutico. (p. 215-232)



### **TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

En este estudio de caso se empleó una metodología cualitativa descriptiva que abarca técnicas como: 1) entrevista semiestructurada, cuyo instrumento es la historia clínica 2) la observación clínica, cuyo instrumento es la guía para observación del funcionamiento familiar 3) una batería de tests, que a su vez, tiene como instrumentos: cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo niños (STAIC); inventario de depresión infantil (CDI); escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI); cuestionario de personalidad (EPQ-J); cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL y técnicas psicoterapéuticas en la cual el instrumento es la Matriz de Técnicas Psicoterapéuticas (ver Anexo 8).

#### ***Entrevista clínica semiestructurada***

Constituye una conversación, debido a que cada paciente tiene algunas preguntas específicas en base a su perfil, y estas preguntas pueden no estar preparadas con anterioridad, sino que surgen sobre la marcha. Se utiliza para la recogida de datos relevantes del paciente, permitiendo que se desarrolle el rapport para contar con un adecuado proceso psicoterapéutico y conseguir información. Esta fue de utilidad para el registro de la información de la paciente, corroborar datos que en su discurso se encontraban inconexos, forjar una adecuada alianza terapéutica y obtener indicios sobre la mejor manera de abordar el caso.

En este estudio de caso se empleó la historia clínica (ver Anexo 1) para recoger información de la paciente, detallándose los datos personales, antecedentes psicopatológicos tanto de la paciente como de sus familiares, la composición y dinámica de la familia, sintomatología presentada, entre otros datos necesarios para establecer el psicodiagnóstico.

#### ***Observación Clínica***

Permite la obtención de datos mediante la percepción para la entidad que es objeto de estudio, se debe organizar para captar la mayor parte de aspectos que se consideren relevantes de acuerdo al caso, para anexarlos a la historia clínica y considerarlos al elaborar el psicodiagnóstico y plan terapéutico.

En este estudio de caso se empleó la guía para observación del funcionamiento familiar (Adaptación Pulgarin, K. de Montalvo & Soria, 1997) (ver Anexo 2), misma que consta de 11 categorías estructurales del funcionamiento familiar: subsistemas, jerarquía (decisiones), reglas, centralidad, periferia, límites, fronteras, alianzas, triángulo perverso,



clima emocional y comunicación. En las que se observan participantes y ejemplos de secuencias interaccionales.

### ***Baterías psicométricas***

Los test psicométricos son instrumentos que facultan la medición en datos cualitativos y cuantitativos las características específicas y a su vez sirvieron como información de apoyo al psicodiagnóstico. A continuación, se describe cada uno:

- Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo niños (STAIC): Autor: Spielberger (1973). Adaptador/es: Dpto. I+D+i de TEA Ediciones (2010). Objetivo: evaluación de la ansiedad-estado (el niño expresa "cómo se siente en un momento determinado"), y la ansiedad-rasgo (el niño expresa "cómo se siente en general"). Administración de la prueba: colectiva e individual. Edad: 9 a 15 años. (Spielberger, C., 1973) (ver Anexo 3)
- Inventario de depresión infantil (CDI): Autor/es: M. Kovacs (1997). Adaptador/es: Del Barrio y Carrasco (2011). Objetivo: disforia y autoestima negativa y proporciona una puntuación total de Depresión. Administración: puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Población: niños o adolescentes. (Kovacs, M., 1997) (ver Anexo 4)
- Escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI): Autor: Beck, Kovacs & Weissman (1979). Objetivo: cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Administración: por el terapeuta. Edad: indistinta. (Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, 1979) (ver Anexo 5)
- Eysenck Personality Questionnaire - Junior (EPQ-J) - Cuestionario de la personalidad para niños de Eysenck EPQ- J.: Autor: Eysenck y Giuliatt (1975). Adaptador/es: Dpto. I+D+i de TEA Ediciones. Objetivo/Mide: evaluación de 3 dimensiones básicas de la personalidad (neuroticismo, extraversión y psicoticismo o dureza) agregado la escala de sinceridad. Administración: individual o colectiva. Edad: ocho a quince años. (Eysenck, J. & Giuliatt, S., 1975) (ver Anexo 6)
- Cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL: Autores: Ortega, De la Cuesta, D. y Días (1999). Objetivo: evalúa las relaciones intrafamiliares y su funcionalidad a



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



15

través de diferentes dimensiones (cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad). Administración: a uno o varios miembros de la familia. Edad: indistinta. (Ortega Veitía, T., Cuesta Freijomil, D. D. L., & Días Retureta, C., 1999). (ver Anexo 7)



## **RESULTADOS OBTENIDOS**

### ***Sesiones***

Se trabajó con R.J. de 11 años 7 meses de edad, quien cursa en séptimo año de básica. Procede de una familia extensa, conformada por madre, tío materno y R.J., siendo la paciente hija única de la unión de sus padres.

#### **Primera Sesión**

Fueron convocadas madre e hija el 11/06/2022 a las 15:00, la sesión duró 45min y se procedió con la recolección de datos personales, encuadre y socialización del trabajo a realizar y rapport, realizando los registros en la historia clínica. Se indagó el motivo de consulta, registrado en la derivación de la unidad educativa, indicando "...se hace necesario derivar a la estudiante al profesional externo (Psicólogo) para la atención y valoración con la finalidad de salvaguardar el bienestar de la menor". La madre acude a mi persona en calidad de practicante de último año de la carrera de Psicología Clínica, indica que "no presenta tareas, miente, no quiere dormir sola, insistente que le arreglemos el celular porque se le dañó -por mal uso-, pero también pasaba entretenida en juegos, moja la cama y -habla dormida-", también refirió que casi no vienen a la cita porque tuvieron una discusión. Se recabaron datos de la historia clínica.

#### **Segunda Sesión**

Se realiza la entrevista con la niña el 13/06/2022 a las 19:00, misma que dura aproximadamente 40 minutos, como parte del protocolo se indaga si existen o existieron ideas suicidas, estableciéndose intencionalidad suicida en dos momentos, la primera vez hace tres meses en casa del papá (ingesta de pastillas -vitaminas-) y la segunda vez los primeros días de mayo y ocurre en casa de la madre (se apretó el cuello con un pantalón y al sentirse mareada lo soltó). Procedí a aplicar la batería psicométrica (cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo (STAIC), inventario de depresión infantil (CDI) y el cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL). Se retomó al día siguiente la aplicación de las pruebas (cuestionario de personalidad (EPQ-J) y la escala de ideación suicida (Scale for suicide Ideation, SSI).

#### **Tercera Sesión**

Se realiza la entrevista de devolución el 16/06/2022 a las 19:00, con una duración de 30 minutos. En esta ocasión se convoca también al padre. Se comunican a la paciente y a sus padres los resultados de la evaluación psicodiagnóstica. Se resuelven inquietudes y



preguntas acogiendo mediante rapport las reacciones emocionales de emergencia. Se manifiesta la propuesta terapéutica, basada en la Psicoterapia sistémica, se coordinaron cinco sesiones con su respectiva agenda.

#### **Cuarta Sesión**

Se lleva a cabo el 19/06/2022 a las 15:00 con una duración de 45 min. Para esta sesión se encuentran presentes papá, mamá y P.I. Se empieza la sesión con Psicoeducación ante protocolo suicida, debido al riesgo existente. Se procede con la ejecución de preguntas circulares para comprender la estructura familiar en su organización circular de ideas, sentimientos, acciones, personas, relaciones, grupos y acontecimientos. Al inicio, el sistema se muestra reacio a participar con respecto a las situaciones del hogar y a cómo perciben la situación desde la realidad de cada uno. No obstante, a medida que avanzaba la sesión manifestaban sus percepciones y su sentir.

#### **Quinta Sesión**

Se lleva a cabo el 24/06/2022 a las 17:00 con una duración de 45 min. Al iniciar se socializa y procede con un breve resumen de lo que fue la sesión anterior, se ejecutó la técnica Geniograma para identificar la percepción que tienen los participantes de su familia. Durante la explicación de la técnica, la familia se mostró nerviosa con respecto a su desempeño al realizarla, en especial la P.I., mencionando “no soy tan buena dibujando”, por lo que inmediatamente se procede a indicarle a la familia que se busca hacer lo mejor posible, para entender “cómo se ven los unos a los otros”, los asistentes estuvieron muy dispuestos en su tarea y participación.

#### **Sexta Sesión**

Se lleva a cabo el 30/06/2022 a las 19:00 con una duración de 45 min. Se trabajó la técnica connotación positiva para modificar los patrones de atribución entre los miembros de la familia. Se consultó sobre cómo se estaba manejando la relación familiar en esta semana, enfatizando la relación entre el subsistema materno-filial (paciente), ya que conviven en casa y continuando con la relación paterno-filial, a lo que mencionan que en este tiempo han hablado de forma más tranquila y la P.I. con menos resistencia a ejecutar sus labores y sus funciones de aseo.

Se esperaba realizar la séptima sesión el próximo jueves, pero recibí una llamada telefónica de la madre de la P.I. indicando que el papá había tenido un inconveniente en su trabajo, por lo que no pudo viajar, resolviendo que se volvería a comunicar para coordinar



una nueva fecha, llegó el jueves 7, aquello no ocurrió, por lo que se realizó una llamada en la que la madre dijo que aún no podía concretar una fecha para la sesión pendiente.

### ***Situaciones detectadas***

En función de las variables: Parentalidad disfuncional e Intencionalidad Suicida se analizan las situaciones detectadas.

En la historia clínica destacan los siguientes hallazgos: 1) Padres separados en el 2016. Al separarse la madre se llevó a P.I., pero ella quiso quedarse con su padre y se lo permitieron, aunque la visitaba los fines de semana. Hace dos meses retorna a vivir con la madre, así mismo por petición de la evaluada. 2) Relación materno-filial se torna conflictiva. Relación paterno-filial conflictiva. 3) Desde 3ero EGB la P.I. sufre bullying, bajo rendimiento escolar. 4) La evaluada refiere intencionalidad suicida en dos momentos.

En la guía de observación destacan los siguientes hallazgos: A) Subsistemas: 1) Conyugal (padres separados) 2) Parental (Mamá y Papá) 3) Subsistema Madre e Hija 4) Subsistema Padre e Hija. B) Jerarquía: Mamá. C) Reglas: Mamá (y en su ausencia papá y vecina). D) Centralidad: P.I. E) Periferia: Papá. F) Límites: 1) Desligados (subsistema conyugal) 2) Desligados (subsistema parental-filial) 3) Límites difusos (subsistema parental-filial). G) Fronteras: Límites difusos (vecina y hermanastra). H) Alianzas: 1) Papá e hija (en el subsistema parental-filial) 2) Mamá e hija (en el subsistema conyugal materno-padrastrafilial). I) Triángulo perverso: Padre-Madre-P.I. J) Clima emocional: 1) Subsistema Padre y Madre distante 2) Subsistema Padre e Hija distante y reactivo 3) Subsistema Madre e Hija reactivo. K) Comunicación: 1) Subsistema Parental (No) 2) Subsistema Madre e Hija (únicamente directa) 3) Subsistema Padre e Hija (No).

En la batería psicométrica destacan los siguientes hallazgos: 1) Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo niños (STAIC): ansiedad estado (temporal) centil 27, ansiedad en grado medio; en ansiedad rasgo (permanente) centil 33, ansiedad media. 2) Inventario de depresión infantil (CDI): se obtuvieron 19 puntos, lo que implica la ausencia de sintomatología. 3) Escala de ideación suicida (SSI): se tienen 21 puntos, alto para gravedad de la ideación suicida. Lo que pone en alerta con lo contrastado en la entrevista a la P.I. sobre los intentos suicidas y el riesgo que puede resultar principalmente por características impulsivas en la paciente y de la crisis normativa que atraviesa. A este punto se hace preciso reportar que como estudiante de último semestre de la carrera de Psicología



Clínica, éticamente me apoyé en la consultoría a una profesional de la rama que cuenta con experticia en el abordaje de este tipo de conductas.

4) Cuestionario de personalidad (EPQ-J): Perfil P (Dureza)- N (Inestabilidad-Estabilidad) percentiles 95-90, respectivamente. En la escala Dureza, se puede describir como sujetos solitarios, se meten en problemas, son fríos y faltos de sentimientos humanitarios con sus compañeros o con animales, son agresivos y hostiles, incluso con los más próximos y queridos. Intentan suplir su falta de sentimientos entregándose a la búsqueda de sensaciones dolorosas sin pensar en los riesgos implicados. En el caso de la Escala N, el sujeto típico se describe como ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y se queja de diferentes desordenes psicossomáticos; es exageradamente emotivo, presenta reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional.

5) Cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL: arroja un puntaje de 40, hogar disfuncional, siendo las categorías aligadas a trabajar: Armonía, Comunicación, Permeabilidad, Afectividad, Roles y Adaptabilidad.

Se expone por tanto el siguiente resumen sindrómico: 1) Función cognitiva y pensamiento: problemas de concentración, pensamientos de muerte e ideas suicidas. 2) Función afectiva: ansiedad, llanto, irritabilidad y disminución de la autoestima. 3) Conducta social-escolar: intencionalidad suicida, agresividad, comportamiento retador, bajo rendimiento escolar, insatisfacción en relaciones con la familia e impulsividad. 4) Función somática: Enuresis, somniloquia y aumento de apetito.

Se establece evolución de un año. Factores predisponentes: crisis normativa (adolescencia), crisis paranormativa por parentalidad disfuncional y bullying. Evento precipitante: cambio domiciliario.

### **Diagnóstico presuntivo**

De acuerdo a la batería aplicada y a la observación clínica, la paciente presenta síntomas compatibles con: F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos; R45.8 para Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional: Ideación suicida (tendencias); Z63.1 Problemas relacionados con los padres o familia política (establecidos por la CIE-10).



### **SOLUCIONES PLANTEADAS**

Se diseñó un plan terapéutico basado en la psicoterapia sistémica, encaminado a que la familia mediante la realización de las técnicas, modifiquen sus patrones de interacción, los cuales producen la sintomatología de la paciente identificada. A partir del resumen sindrónico, se establecieron hallazgos sobre los que se trabajó y se plantean las metas terapéuticas.

En la tabla 1, a continuación, se presentan las técnicas y metas del esquema terapéutico planteado:



**Tabla 1**

*Hallazgos, Metas, Técnicas y Resultados correspondientes al Caso de la Adolescente R.J.*

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnica	Número de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
Ideas suicidas	-Entender la problemática y colaborar con los cuidados generales y particulares de la paciente. -Entender la coherencia del sistema en su organización circular de ideas, sentimientos, acciones, personas, relaciones, grupos y acontecimientos.	Preguntas circulares. Psicoeducación	Cuarta	19/06/2022	-El sistema parental conoce la problemática y es capacitado para estar pendiente del cuidado de la P.I. -Se establecieron los tipos de interacción familiar.
Insatisfacción en las relaciones con la familia	Identificar la percepción que tienen los participantes de su sistema familiar.	Geniograma	Quinta	24/06/2022	Se consigue que papá, mamá y la paciente conozcan el valor que tiene cada uno desde la perspectiva del otro y la importancia de su presencia para el bienestar de los tres.
	Modificar los patrones de atribución entre los miembros de la familia.	Connotación positiva	Sexta	30/06/2022	El sistema reconoce y valoriza a sus integrantes, mamá es capaz de decirle al papá gestos de acercamiento con su hija, papá apoya a mamá con las reglas y la



Agresividad, comportamiento retador e impulsividad.	Desarrollar estrategias para afrontar la adversidad y habilidades para la búsqueda de soluciones teniendo en cuenta la perspectiva del otro.	Escenificación	Séptima	7/07/2022	P.I. está a gusto con la comunicación actual.  Se esperaba que los miembros del sistema conciban la realidad de los demás colocándose en el lugar del otro y así llegar a un entendimiento del modo de pensar del otro frente a una problemática.
Ansiedad y disminución de la autoestima.	Separar diada (madre-hija) fijando fronteras físicas a la hora de dormir y trazar fronteras entre el subsistema conyugal (mamá y padrastro) y el subsistema filial (P.I). Integrar al miembro periférico del sistema (padre).	Mi verdadero nombre	Octava	14/07/2022	Se esperaba fijar límites claros que fueran aplicados en el subsistema materno-filial, paterno-filial y conyugal (mamá y padrastro) por parte de P.I.

Nota: Elaborado por Kevin Alexander Pulgarin Vera.



### **CONCLUSIONES**

En base a la información recolectada, tanto la que se obtuvo en el sustento teórico como la que arrojaron los datos recogidos en las sesiones en las que la paciente y sus padres asisten y a partir de los cuales se realizó el estudio de caso, se concluyó que la parentalidad disfuncional en el sistema de la paciente a la que se le suman otros hallazgos, se encuentran relacionados con la intencionalidad suicida que presenta la paciente de 11 años de edad con psicodiagnóstico presuntivo F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos; R45.8 para Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional: Ideación suicida (tendencias); Z63.1 Problemas relacionados con los padres o familia política, de acuerdo a la CIE-10, con presencia de síntomas como bajo rendimiento escolar, ansiedad, tristeza, impulsividad, mentiras recurrentes, comportamiento retador, ideas suicidas, entre otras más detectadas en la recolección de información.

El objetivo planteado se pudo plasmar debido a que se consigue describir la interrelación entre las variables Parentalidad disfuncional e Intencionalidad suicida, debido a que el rol parental resulta en el promotor de la autodeterminación de sus miembros, con un énfasis especial en el periodo de la adolescencia, siendo esto consecuente con la edad de la paciente de este trabajo.

Se pudo establecer algunos rasgos descriptores de esa parentalidad disfuncional en el sistema familiar abordado tales como: subsistema parental de padres separados, jerarquía disputada centrada al momento en mamá, padre periférico, reglas poco claras, paciente centralizada, límites desligados en el subsistema conyugal y límites desligados y difusos alternantemente en el subsistema parento-filial, fronteras de límites difusos, alianzas entre padre e hija y madre e hija, triángulo perverso en el que participan padre-madre-paciente, clima emocional distante y reactivo y mayormente ausencia de comunicación directa.

Recordando el planteamiento de Linares sobre los estilos parentales se concluyó que el subsistema parental estudiado fluctúa entre el estilo autoritario y el indulgente, ya que se identificó un pobre grado de atención y poca sensibilidad frente a lo que manifiesta la paciente, comunicación indirecta y en búsqueda de la “obediencia”, frente al accionar complaciente con los deseos de la paciente para propiciar el acatamiento de reglas.

Otro importante planteamiento del mismo autor sobre las atmósferas relacionales familiares en el sistema familiar estudiado, permitió la ubicación de este en la atmósfera caótica, distinguida por las graves carencias a nivel nutricional, generando la búsqueda de



recursos externos tales como una intervención terapéutica, y a nivel interno se producen reacciones contradictorias en el padre.

Con respecto a la variable de Intencionalidad suicida, en el caso desarrollado se sitúa como la conducta sintomática más relevante, contextualizada en una etapa del ciclo vital adolescente, por ende es una dimensión evolutiva y de adaptabilidad normativa, con una crisis paranormativa como lo es la separación del subsistema conyugal y el cambio domiciliario reciente, por ende la conducta sintomática posiciona a la paciente con un pseudopoder para que la situación familiar tome una dirección distinta. Esto se abordó con anterioridad en los sustentos teóricos, con respecto a la manifestación del síntoma o conducta “enferma”, no obstante, a pesar de que esta sea una expresión del malestar que no implica un acto como tal, resulta riesgoso pensar que no se va a concretar.

Un punto sobresaliente en este estudio de caso fue el contar con la disponibilidad hasta cierto punto para el proceso psicoterapéutico, así como la disposición inicial de papá y mamá, llevando a cabo las técnicas planteadas durante las sesiones, así como la puesta en práctica de estas en el hogar, ya que de acuerdo a lo observado y la indagación respectiva, el sistema se encontraba experimentado mejorías, así como en el caso de los síntomas presentados por la paciente.

Se propuso la adaptación de la Guía para Observación del Funcionamiento Familiar para este caso a nóveles profesionales que se encuentren con el deseo de validarla, desde luego esto se vuelve un desafío imperativo, ya que permitió orientar la observación y análisis del funcionamiento del sistema estudiado.

La propuesta del esquema terapéutico resulta un aporte a la Psicología Clínica y la ejecución del mismo, aunque parcial, se concibe como una forma de acercarse a una validación de las intervenciones en casos donde se encuentra presente la intencionalidad suicida. El enfoque sistémico familiar aporta a esta perspectiva interdisciplinaria que debe ser considerada en el tratamiento de adolescentes que presenten intencionalidad suicida y sus familias.



### **RECOMENDACIONES**

En el plano individual se recomienda la ejecución de actividades lúdicas (deportes) y recreativas para aliviar el estrés, mejorar la memoria, aumentar la calidad del sueño, y mejora del estado de ánimo de la paciente, y en lo referente al ámbito escolar una atención personalizada proveyendo información sobre su accionar frecuente, instrucciones claras, cortas y precisas, ejecutar pequeñas tareas que faciliten liberar tensión tras haber estado quieta, favorecer vínculos empáticos y de convivencia respetuosa entre compañeros.



### BIBLIOGRAFÍA

- Agra Varela, Y., Suárez Alonso, A., López Franco, M., & Latasa Zamalloa, P. (2020). Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Trabajando juntos por su prevención. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201903092. <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201903092/>
- Ampudia, M. K. M. (2020). Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(09), 1-13. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95929>
- Arias, F., & Gimeno, N. B. (2019). La coordinación de parentalidad y la toma de decisiones. *Revista de mediación*, 12(1), 24-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7061815>
- Aristizába, S., & Carlos, J. (2018). Revisión documental sobre las investigaciones realizadas acerca de las manifestaciones clínicas del trastorno disocial en jóvenes del Departamento de Antioquia durante el período 2006 a 2015. [http://bibliotecadigital.iue.edu.co/bitstream/20.500.12717/353/1/iue\\_rep\\_pre\\_psi\\_sinitav%C3%A9\\_2018\\_revisi%C3%B3n\\_documental.pdf](http://bibliotecadigital.iue.edu.co/bitstream/20.500.12717/353/1/iue_rep_pre_psi_sinitav%C3%A9_2018_revisi%C3%B3n_documental.pdf)
- Baquerizo, G. E. B. (2005). ADOLESCENTES SUICIDAS: UN ABORDAJE DESDE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA. *UNIVERSIDAD-VERDAD*, 213. [https://www.academia.edu/download/36232145/Sistemas\\_Familiares.pdf#page=213](https://www.academia.edu/download/36232145/Sistemas_Familiares.pdf#page=213)
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beltrán, G. (2020) Guía del Estudiante Psicoterapia Sistémica UTB-PSC-504 IX NIVEL.
- Benavides-Mora, V. K., Villota-Melo, N. G., & Villalobos-Galvis, F. H. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181-195. <https://www.academia.edu/download/69114873/pdf.pdf>
- Botello, M. E. H., Guerra, G. J., & Corona, C. B. (2018). La familia y su interacción con la anorexia. *Tus psicólogos en CDMX: Irradia Terapia*. <https://psicologos.mx/familia-y-su-interaccion-con-la-anorexia.php>



- Bravo-Andrade, H. R., Ruvalcaba-Romero, N. A., Orozco-Solís, M. G., & Macías-Espinoza, F. (2020). Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*, 17(1), 36-48. <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/3220>
- Cárdenas, A. M. C., & Amayo, M. G. L. (2020). Estilos parentales disfuncionales y conductas emocionales inadaptadas en adolescentes de un colegio de Lima Sur. *Avances en Psicología*, 28(1), 111-122. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/2116>
- Cordero-López, Begoña, & Calventus-Salvador, Joan. (2022). Parentalidad y su efecto en la autodeterminación y el bienestar adolescente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 20(1), 232-254. Epub March 08, 2022. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.20.1.5118>
- Cortés Alfaro, Alba, Román Hernández, Minervina, Suárez Medina, Ramón, & Alonso Uría, Rosa María. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2), e939. Epub 01 de agosto de 2021. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-01062021000200029&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000200029&lng=es&tlng=es).
- Escobar Valencia, F. X. (2019). La funcionalidad familiar y su relación con la intencionalidad suicida (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Psicología Clínica). <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/30094>
- Eysenck, J. & Giulliett, S. (1975) *EPQ. Cuestionario de Personalidad (Formas A y J)*. TEA Ediciones, S.A.; 13a edición (3 Mayo 2011).
- Fonseca-Pedrero, Eduardo, & Pérez de Albéniz, Alicia. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. Epub 02 de agosto de 2021. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M. G., Barrio-Martínez, S., & GARCÍA-PASCUAL, R. R. (2019). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología*, 37(2), 91-100. <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/807>



- Gómez, P. M. (2020). LA FAMILIA COMO SISTEMA. TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA. PSICOLOGÍA Y FAMILIA. [https://www.researchgate.net/profile/Walter-Arias-Gallegos/publication/346800329\\_Psicologia\\_y\\_Familia\\_Cinco\\_enfoques\\_sobre\\_familia\\_y\\_sus\\_implicancias\\_psicologicas/links/5fd0f913299bf188d405ce1c/Psicologia-y-Familia-Cinco-enfoques-sobre-familia-y-sus-implicancias-psicologicas.pdf#page=209](https://www.researchgate.net/profile/Walter-Arias-Gallegos/publication/346800329_Psicologia_y_Familia_Cinco_enfoques_sobre_familia_y_sus_implicancias_psicologicas/links/5fd0f913299bf188d405ce1c/Psicologia-y-Familia-Cinco-enfoques-sobre-familia-y-sus-implicancias-psicologicas.pdf#page=209)
- Góngora, J. N. (1992). Técnicas y programas en terapia familiar. Paidós.
- González-Sancho, R., & Picado Cortés, M. (2020). Revisión sistemática de literatura sobre suicidio: factores de riesgo y protectores en jóvenes latinoamericanos 1995-2017. *Actualidades en Psicología*, 34(129), 47-69. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2215-35352020000200047](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352020000200047)
- Goñi-Sarriés, A., Janda-Galán, L., Macaya-Aranguren, P., Azcárate-Jiménez, L., López-Goñi, J. J., & Álvarez, I. (2018). Diferencias entre los intentos de suicidio y otras urgencias psiquiátricas hospitalarias. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2018; 46 (3), 83-91. <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/30848>
- Guarnizo Chávez, Andrés Joaquín, & Romero Heredia, Nathaly Alejandra. (2021). Estadística epidemiológica del suicidio adolescente durante confinamiento por pandemia de Covid-19 en Ecuador. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(4), 819-825. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i4.3984>
- Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ed. Médica Panamericana, 2000.
- Herrera Medrano, S. D. (2019). Parentalidad y conyugalidad en familias de adolescentes varones que consumen sustancias. Estudio realizado con la teoría de lianes en 6 adolescentes varones de 14 a 17 años, consumidores de sustancias, en Quito en el período febrero-junio de 2018 (Bachelor's thesis, PUCE-Quito). <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16370>
- Jerónimo, M. Á., Piñar, S., Samos, P., González, A. M., Bellsolà, M., Sabaté, A., ... & Córcoles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989121001269>



- Kovacs, M. (1997) *CDI. Inventario de Depresión Infantil*. TEA Ediciones, S.A.; 2nd edición (16 Mayo 2011).
- Linares Vila, P. R., & Aquise Vilca, C. E. (2018). Estilos de socialización parental y conducta antisocial en estudiantes del tercero a quinto año de secundaria de una institución educativa publica, La Victoria-Lima. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1021>
- Mas, C. B., Sevillano, C. P., & Gimeno-Santos, M. (2020). Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 7(1), 30-37. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7202405>
- Molina, S. M. S. (2019). El suicidio: una realidad desconocida. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, (42), 131-139. <https://www.revistalarazonhistorica.com/app/download/11588646198/LRH+42.8.pdf?t=1548925554>
- Montalvo, J., & Soria, R. (1997). Estructura familiar y problemas psicológicos. *Psicología y ciencia social*, 1(2), 32-37.
- Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Datos y cifras. 2019. [Consultado el 27 de junio de 2022]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ortega Veitía, T., Cuesta Freijomil, D. D. L., & Días Retureta, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-168.
- Soto Salcedo, A., Villaroel Grüner, P., & Véliz Burgos, A. (2020). Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes Chilenos. *Propósitos y Representaciones*, 8(3). [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2307-79992020000400016&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2307-79992020000400016&script=sci_abstract&tlng=en)
- Spielberger, C. (1973) *STAIC: Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (Publicaciones de psicología aplicada)*. TEA Ediciones; 4a edición (5 Septiembre 2010).
- Triana, J. M. H. (2022). La experiencia del suicidio, entre el decir y lo dicho. *Universitas Philosophica*, 39(78), 163-183. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vniphilosophica/article/view/34108/276>



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



30

Vega Ojeda, Milena Fernanda. (2020). Estilos de Crianza Parental en el Rendimiento Académico. *Podium*, (37), 89-106. <https://doi.org/10.31095/podium.2020.37.7>

Vigoya-Rubiano, A. R., Osorio-Barajas, Y. S., & Salamanca-Camargo, Y. (2019). Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012–2017). *Duazary*, 16(1), 53-66. <https://www.redalyc.org/journal/5121/512162369007/512162369007.pdf>



## ANEXOS

Anexo 1

### HISTORIA CLÍNICA

HC. # 001

Fecha: 11 / 06 / 2022

#### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**Nombres:** N.N.

**Edad:** 11 años

**Lugar y fecha de nacimiento:** Babahoyo, 11 de octubre de 2010

**Género:** Femenino

**Estado civil:** Soltera

**Religión:** Católica

**Instrucción:** 7mo EGB

**Ocupación:** Estudiante

**Dirección:**

Babahoyo

**Teléfono:** xxxxxxxx

**Remitente:** Remitido por DECE

#### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Del DECE remiten derivación indicando "...se hace necesario derivar a la estudiante al profesional externo (Psicólogo) para la atención y valoración con la finalidad de salvaguardar el bienestar de la menor".

La madre indica "no presenta tareas, miente, no quiere dormir sola, insistente que le arreglemos el celular porque se le dañó -por mal uso-, pero también pasaba entretenida en juegos, moja la cama y -habla dormida-", también refirió que casi no vienen a la cita porque tuvieron una discusión.

#### **3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

Evolución desde que inició la escolaridad ha referido bullying y con respecto a lo indicado en el párrafo anterior se ha intensificado hace tres meses.

Madre refiere que hace aproximadamente 3 meses escucha que el papá de su hija "ya no puede más... decía que la iba a mandar a Guayaquil. Yo le digo que cómo la va a mandar por allá, peor se hará. Si va es donde una tía política no es ni un familiar más cercano, si la vas a mandar para allá, pero mejor déjamela a mí".

Los primeros días luego del último cambio de domicilio la paciente lleva a cabo sus actividades y acata órdenes, pero luego deja de hacerlo, la madre indica "parece que con el papá se amanecía jugando y yo acá a las 10 de la noche la mando a dormir... Ahora como le digo que se ponga a hacer tareas, me dice que soy mala mamá".

Asistió con una psicóloga hace un año, pero solo 1 sesión.

#### **4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

Madre: Marcia de 53 años, profesora de parvulario; es la segunda de cinco hermanos. Estuvo casada anteriormente y tuvo 3 hijas, de entre 22 y 32 años. Refiere que tiene artrosis en las rodillas hace aproximadamente dos años.

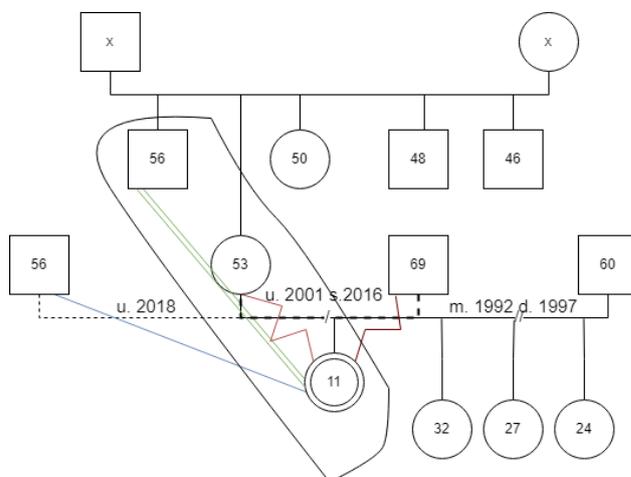
Padre: Francisco de 69 años, topógrafo, se dedica a la agricultura, es un hombre reservado, sin compromisos anteriores, vive solo; según madre “es bastante enfermizo, tiene gota”.

Tío Materno: Jorge de 56 años, tiene unos 30 años viviendo con su hermana Marcia, desde la muerte de la abuela materna, tiene discapacidad intelectual.

Padrastro: Felipe, 56 años, por su trabajo solo llega tres días cada dos semanas.

Los padres de la evaluada estuvieron unidos por 15 años. Se separan en el 2016. Al momento de la separación la madre se llevó a la evaluada con ella, pero la niña quiso quedarse con su padre y se lo permitieron, aunque la visitaba los fines de semana. Hace dos meses retorna a vivir con la madre, así mismo por petición de la evaluada.

**a. Genograma (Composición y dinámica familiar).**



Actualmente la paciente vive con su madre y tío materno.

Madre refiere que en la relación con el padre de su hija “hay diálogo, no hay pelea, se entienden bien”. También refiere que la relación con su hija se ha tornado conflictiva, “hay roces, pero no éramos así”, hace unos 15 días se torna así, por ejemplo indica que hoy en la mañana hubo una confrontación porque la mandó a bañarse y no quería hacerlo.

En la relación de la evaluada con su madre, la evaluada refiere al respecto: “no sé por qué vivo con mi mamá, a veces me siento confundida porque ahora vivo con mi mamá”.

Paciente refiere “no me llevo bien con mi papá”.

En la relación de la paciente con su padrastro, la madre menciona que “hay momentos que se lleva, pero es variable y celosa; quiere que yo duerma con ella”.

**b. Tipo de familia.**

La evaluada procede de una familia extensa, siendo hija única de padre y madre, conviven madre, tío materno y la evaluada.

**c. Antecedentes psicopatológicos familiares.**

En los antecedentes psicopatológicos familiares, la madre refiere como ya se abordó, que tiene un hermano con discapacidad intelectual.



## **5. TIPOLOGÍA HABITACIONAL**



Casa propia.

Servicios básicos: luz, agua e internet.

Viven 3 personas.

3 camas: 1 en el cuarto de la madre, 1 en el cuarto del tío y la última en el cuarto de la paciente.

2 ventanas y 1 baño.

## **6. HISTORIA PERSONAL**

**6.1. ANAMNESIS** (Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades).

Embarazo: Deseado, normal.

Parto: Distócico, “porque no me daban dolores y en la última etapa del embarazo se me subió el azúcar, la paciente nace a las 38 semanas”.

Lactancia: La succión de la lactancia materna fue normal hasta el año dos meses y acompañada de leche de fórmula hasta los dos años y medio.

Marcha: Al año empieza a caminar.

Lenguaje: Al año empieza a hablar.

Control de esfínteres: avisaba a los dos años y de ahí no se orinó. Madre refiere que “ahora a veces moja la cama, ocasionalmente, parece que tiene el sueño demasiado pesado, habla en la noche”.

Funciones de autonomía: Aproximadamente a los 6 años ya mostró una mayor independencia con su cuidado personal y aseo.

Enfermedades: No refiere.

**6.2. ESCOLARIDAD** (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

Empieza el kínder a los 3 años, se adaptó muy bien, madre refiere que “nunca ha repetido año escolar, el promedio los primeros años fue muy bueno, pero después fue decayendo, “desde tercero me le hacían Bullying, no le hablaban, se reían, le decían negra fea, una compañera le ha escrito más o



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



menos a comienzo del año lectivo: ¿qué haces aquí? pensaba que ya te habías ido, yo te odio; una compañera le escribe que ya no te quiero como amiga, porque no tienes amigas”.

Malas relaciones con los compañeros (de los compañeros hacia la paciente).

Madre refiere que “en todas las materias tiene bajo rendimiento, dos rojos uno en matemáticas y otro en ciencias, creo, presenta las tareas, pero cuando quiere. Tiene dificultades de concentración, estudia las lecciones y se le dificulta darlas. Sabe leer, pero como que se atora”.

Relaciones formales con los docentes.

### **6.3. HISTORIA LABORAL**

No refiere.

### **6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

Madre refiere que es “manipuladora, cariñosa”.

Tiene dos amigas cerca de donde vive su padre e incluso la visitaban y jugaban.

### **6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE** (ocio, diversión, deportes, intereses)

Madre refiere que le interesan “youtubers, free fire, documentales por ejemplo de la vida de Selena, ella tiene netflix”.

### **6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

Madre refiere que la menarquia de la paciente fue por el 5 de mayo de este año, refiere que la P.I. “se exaltó un poco, pero dijo que ya”.

### **6.7. HÁBITOS** (café, alcohol, drogas, entre otros)

La paciente bebe 1 taza de café al día.

### **6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

Madre refiere que a veces P.I. come por ansiedad.

Sueño regular, siempre ha dormido con su padre y actualmente a veces duerme con la madre.

### **6.9. HISTORIA MÉDICA**

No refiere.

### **6.10. HISTORIA LEGAL**

No refiere.

### **6.11. PROYECTO DE VIDA**

No se abordó.

## **7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

### **7.1. FENOMENOLOGÍA** (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

La evaluada de estatura promedio, complexión gruesa, cabello largo y crespo, utilizaba una diadema, viste deportiva.

### **7.2. ORIENTACIÓN**

Es colaboradora, orientada en tiempo, espacio y persona.

### **7.3. ATENCIÓN**



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



Atención activa.

#### **7.4. MEMORIA**

Memoria anterógrada y retrógrada, normal.

#### **7.5. INTELIGENCIA**

Promedio.

#### **7.6. PENSAMIENTO**

Pensamiento coherente y congruente.

#### **7.7. LENGUAJE**

Lenguaje expresivo y comprensivo, normal.

#### **7.8. PSICOMOTRICIDAD**

Psicomotricidad fina y gruesa, normal.

#### **7.9. SENSOPERCEPCIÓN**

Sin presencia de alteraciones.

#### **7.10. AFECTIVIDAD**

Estado anímico eutímico.

#### **7.11. JUICIO DE REALIDAD**

Acorde a la realidad.

#### **7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

Consciente de la enfermedad.

#### **7.13. HECHOS PSICOTRAUMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS**

La evaluada refiere dos momentos de intencionalidad suicida, el primero, hace tres meses, tomando 4 pastillas, no sabe de qué eran, refiere “porque sentía que estaba sola y nadie me escuchaba”, en ese entonces vivía con el papá, indica que “no fui al hospital, no fue tan grave, solo me dolió un poco el estómago, nadie supo hasta que me llaman al psicólogo”. Menciona que “veía programas de cómo intentar la depresión”.

El segundo momento ocurre en casa de su madre, los primeros días de mayo, “no se lo he contado a nadie”, ahorcándose con un pantalón, pero se detuvo porque estaba mareada y pensó en su familia, una razón para vivir.

Menciona “cuando discuto con mi mamá pienso en suicidarme”, discute con ella “porque a veces me porto mal, discuto, no sé por qué me porto mal, no controlo mi ira, a veces lloro en mi cuarto y pienso en suicidarme”.

P.I. manifiesta que “he pensado en cortarme las venas, con navaja o algo así”.

Madre refiere que no sabía sobre el intento de suicidio con pastillas, “no estuve allí, estuvo el papá, parece que sabía, pero no lo tomó en serio porque eran vitaminas, pero nadie se enteró en ese momento”.



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



Indica que la evaluada le comentó que fue porque “nadie me quiere, ni mis compañeros”.

Madre comenta “yo creo que la profesora le conversa a mi otra hija y ella me dice a mí, fue una cadena”.

### **8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS**

- Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad estado/rasgo niños (STAIC)
- Inventario de depresión Infantil (CDI)
- Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)
- Cuestionario de Personalidad (EPQ-J)
- Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL

### **RESULTADOS**

#### **CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ANSIEDAD ESTADO/RASGO NIÑOS (STAIC)**

**Ansiedad Estado (temporal):** equivale al centil **27**, es decir, **ansiedad media**.

**Ansiedad Rasgo (permanente):** equivale al centil **33**, es decir, **ansiedad media**.

#### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)**

Obtiene **19 puntos**, es decir, **sin sintomatología**.

Dimensión Disfórica: puntúa 13, es decir, medio bajo.

Dimensión de Autoestima Negativa: puntúa 6, es decir, medio bajo.

#### **ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SCALE FOR SUICIDE IDEATION, SSI)**

Obtiene **21 puntos**, es decir, **Alto para gravedad de la ideación suicida**.

#### **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQ-J)**

**Perfil P (Dureza)- N (Inestabilidad-Estabilidad)** con percentiles 95-90, respectivamente.

**Escala Dureza:** Un sujeto que puntúa alto en esta escala se puede describir como solitario, se meten en problemas, son fríos y faltos de sentimientos humanitarios con sus compañeros o con animales, son agresivos y hostiles, incluso con los más próximos y queridos. Tales niños intentan suplir su falta de sentimientos entregándose a la búsqueda de sensaciones dolorosas sin pensar en los riesgos implicados. La socialización es un sentimiento relativamente ajeno, tanto la empatía como los sentimientos de culpabilidad o la sensibilidad para con los demás, son nociones que les resultan extrañas y desconocidas.

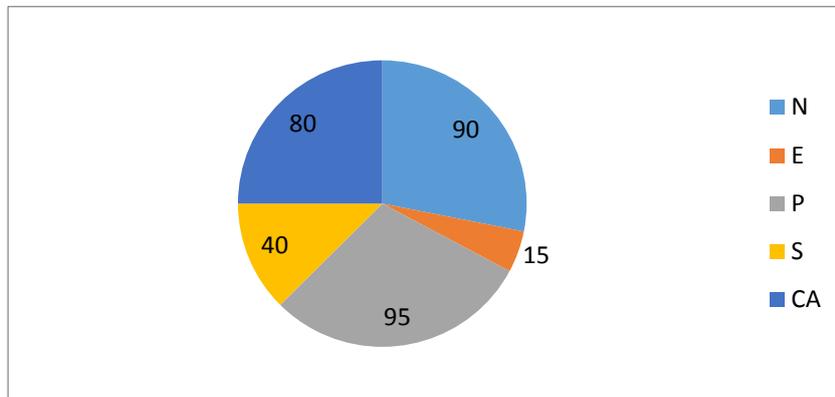
**Escala N:** Se define al sujeto típico con puntuación alta en esta escala como ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y se queja de diferentes desordenes psicossomáticos; es exageradamente emotivo, presenta reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional. Sus fuertes reacciones emocionales le interfieren para lograr



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



una adaptación adecuada y le hacen reaccionar de una manera irracional y, en ocasiones, rígida. Su principal característica es una constante preocupación acerca de las cosas o acciones que pueden resultar mal, junto con una fuerte reacción emocional de ansiedad de ansiedad a causa de estos pensamientos.



**CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL**

En el cuestionario aplicado se obtuvo un puntaje de 40, lo que significa que R.J. es sujeto de un hogar disfuncional, siendo las categorías aligadas a trabajar:

Armonía: (6) Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: (4) Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: (5) Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: (6) Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: (6) Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: (6) Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

**9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO**



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



Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo/ Pensamiento	Problemas de concentración, pensamientos de muerte, ideas suicidas	Comportamiento y emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
Afectivo	Ansiedad, llanto, irritabilidad, disminución de la autoestima	
Conducta social - escolar	Conducta suicida, agresividad, comportamiento retardador, bajo rendimiento escolar, impulsividad, mentiras reiteradas, insatisfacción en relaciones familiares, desobediencia	
Somática	Enuresis, somnolencia, aumento de apetito	

**9.1. Factores predisponentes:** Crisis normativa (adolescencia), crisis paranormativa por dificultades de jerarquía parental y bullying.

**9.2. Evento precipitante:** Cambio domiciliario.

**9.3. Tiempo de evolución:** 12 meses.

### **10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

De acuerdo a las pruebas psicológicas aplicadas y a la observación clínica, la paciente presenta síntomas compatibles con: F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos establecida por el CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades según la OMS).

Cabe anotar que en el aspecto familiar tenemos una crisis paranormativa caracterizada por dificultades de jerarquía parental, dificultades para establecer acuerdos jerárquicos entre padres separados, redefinición de roles en función de las edades de la hija, ineficiente control y apoyo en tareas escolares y en el aspecto escolar referencia de malas relaciones entre compañeros y relación distante con maestros, bajo rendimiento escolar, falta de concentración.

### **11. PRONÓSTICO**

Reservado.

### **12. RECOMENDACIONES**

Psicoterapia sistémica para la que los padres establezcan una jerarquía equilibrada y compartida, en el que ambos participen de manera igualitaria en el control de conducta, evitar el castigo físico y sustituirlo por consecuencias y reforzamientos positivos o negativos según el caso. Optimizar el clima y comunicación familiar que generen un ambiente empático y de acogida.



**13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

<b>Hallazgos</b>	<b>Meta terapéutica</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados obtenidos</b>
Ideas suicidas	-Entender la problemática y colaborar con los cuidados generales y particulares de la paciente. -Entender la coherencia del sistema en su organización circular de ideas, sentimientos, acciones, personas, relaciones, grupos y acontecimientos.	Preguntas circulares. Psicoeducación	Cuarta	19/06/2022	-El sistema parental conoce la problemática y es capacitado para estar pendiente del cuidado de la P.I. -Se establecieron los tipos de interacción familiar.
Insatisfacción en las relaciones con la familia	Identificar la percepción que tienen los participantes de su sistema familiar.	Geniograma	Quinta	24/06/2022	Se consigue que papá, mamá y la paciente conozcan el valor que tiene cada uno desde la perspectiva del otro y la importancia de su presencia para el bienestar de los tres.
	Modificar los patrones de atribución entre los miembros de la familia.	Connotación positiva	Sexta	30/06/2022	El sistema reconoce y valoriza a sus integrantes, mamá es capaz de decirle al papá gestos de acercamiento con su hija, papá apoya a mamá con las reglas y la P.I. está a gusto con la comunicación actual.



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



O

Agresividad, comportamiento retador e impulsividad.	Desarrollar estrategias para afrontar la adversidad y habilidades para la búsqueda de soluciones teniendo en cuenta la perspectiva del otro.	Escenificación	Séptima	7/07/2022	Se esperaba que los miembros del sistema conciban la realidad de los demás colocándose en el lugar del otro y así llegar a un entendimiento del modo de pensar del otro frente a una problemática.
Ansiedad y disminución de la autoestima.	Separar diada (madre-hija) fijando fronteras físicas a la hora de dormir y trazar fronteras entre el subsistema conyugal (mamá y padrastro) y el subsistema filial (P.I). Integrar al miembro periférico del sistema (padre).	Mi verdadero nombre	Octava	14/07/2022	Se esperaba fijar límites claros que fueran aplicados en el subsistema materno-filial, paterno-filial y conyugal (mamá y padrastro) por parte de P.I.



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



Anexo 2

Guía para Observación del Funcionamiento Familiar

(Adaptación Pulgarin, K. de Montalvo & Soria, 1997)

Funcionamiento familiar	Participante	Secuencia interaccional
<b>Subsistemas</b>	Conyugal (padres separados) Parental (Mamá y Papá) Subsistema Madre e Hija Subsistema Padre e Hija	
<b>Jerarquía (decisiones)</b>	Mamá	“Parece que con el papá se amanecía jugando y yo acá a las 10 de la noche la mando a dormir”.
<b>Reglas (cuáles y ejecución)</b> <b>Centralidad</b>	Mamá (y en su ausencia papá y vecina) P.I.	“...dar el castigo a P.I. con el uso del teléfono para enfocarse en sus estudios”. “Es desobediente, no hace las tareas, discute, es mentirosa, no quiere dormir sola, tiene problemas en la escuela, quiere hacer lo que quiere, es celosa”.
<b>Periferia</b>	Padre	“Es un hombre reservado... ya él se aislaba con P.I., me dejaba sola”.
<b>Límites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desligados (subsistema conyugal)</li> <li>• Desligados (subsistema parental-filial)</li> <li>• Límites difusos (subsistema parental-filial)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “...me hice una casita con un préstamo, vivo en una casita pequeña y ahí con mi pareja, él me ayuda (mamá)”.</li> <li>• P.I. acerca de la intencionalidad suicida: “no se lo he contado a nadie”. Dice que sucede porque “nadie me quiere, ni mis compañeros”.</li> <li>• “P.I. quiso quedarse con el papá, yo me fui con ella, pero quiso quedarse”. “P.I. decide irse a mi casa hace 2 meses”.</li> </ul>
<b>Fronteras</b>	Límites difusos (vecina y hermanastra)	“...yo creo que la profesora le conversa a mi otra hija y ella me dice a mí, fue una cadena”.
<b>Alianzas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papá e hija (en el subsistema parental-filial)</li> <li>• Mamá e hija (en el subsistema conyugal materno-padraastro-filial)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “...accede a que P.I. se quede con él, la deja desvelarse”.</li> <li>• “Amanece y ella quiere que duerma con ella y me meto hasta que se duerme y regreso a mi cama”.</li> </ul>
<b>Triángulo perverso</b>	Padre-Madre-P.I.	“Yo escuché no más hace unos 3 meses más o menos que decía que la iba a mandar a Guayaquil. Yo le digo que cómo la va a mandar por allá, peor se hará. Si va es donde una tía política no es ni un familiar más



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



**Clima emocional**

- Subsistema Padre y Madre distante.
- Subsistema Padre e Hija distante y reactivo.
- Subsistema Madre e Hija reactivo.

**Comunicación  
(directa, clara,  
específica y con  
sinceridad)**

- Subsistema Parental (No)
- Subsistema Madre e Hija (únicamente directa)
- Subsistema Padre e Hija (No)

cercano, si la vas a mandar para allá, pero mejor déjamela a mí”.

- “...hay diálogo, poco pero no hay pelea... él respetó la decisión de separarse”.
- “Yo creo que es lo mismo con el papá, me da la idea que hace lo mismo, que la reta y ella no hace nada”.
- “Hoy en la mañana le digo que se bañe y le quise dar con la regla y ella me agarró y me dijo “te tumbo al piso” y le digo “túmbame” y se le fueron las lágrimas y me dijo “yo sí tengo corazón” y le digo “yo no sé dónde lo tienes”.
- “...él compró la casa y solo nos podíamos ir los 3 y yo no iba a dejar a mi hermana y le dije que no, que no quería, el distanciamiento desde allí fue peor, no hablábamos y terminé saliéndome de la casa de él”.
- “le digo que se ponga a hacer tareas, me dice que soy mala mamá”.
- “no me llevo bien con mi papá”.



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



Anexo 3

Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo niños (STAIC)

**PRIMERA PARTE**

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

*10 = A=10 B=23 PD=27 Dx= AE equivale al cent 27, estado, ansiedad medía*

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

**SEGUNDA PARTE**

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



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



Anexo 4

Inventario de depresión infantil (CDI)

Unidad/Centro

Nº Historia

Edad: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses. Sexo \_\_\_\_\_ Curso escolar \_\_\_\_\_

7.6 CUESTIONARIO - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

1.  Estoy triste de vez en cuando.  
 Estoy triste muchas veces.  
 Estoy triste siempre.
2.  Nunca me saldrá nada bien  
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.  
 Las cosas me saldrán bien
3.  Hago bien la mayoría de las cosas.  
 Hago mal muchas cosas  
 Todo lo hago mal
4.  Me divierten muchas cosas  
 Me divierten algunas cosas  
 Nada me divierte
5.  Soy malo siempre  
 Soy malo muchas veces  
 Soy malo algunas veces
6.  A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.  
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.  
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.  Me odio  
 No me gusta como soy  
 Me gusta como soy
8.  Todas las cosas malas son culpa mía.  
 Muchas cosas malas son culpa mía.  
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9.  No pienso en matarme  
 pienso en matarme pero no lo haría  
 Quiero matarme.
10.  Tengo ganas de llorar todos los días  
 Tengo ganas de llorar muchos días
11.  Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.  
 Las cosas me preocupan siempre  
 Las cosas me preocupan muchas veces.  
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12.  Me gusta estar con la gente  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente  
 No quiero en absoluto estar con la gente.
13.  No puedo decidirme  
 Me cuesta decidirme  
 me decido fácilmente
14.  Tengo buen aspecto  
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  
 Soy feo
15.  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16.  Todas las noches me cuesta dormirme  
 Muchas noches me cuesta dormirme.  
 Duermo muy bien
17.  Estoy cansado de cuando en cuando  
 Estoy cansado muchos días  
 Estoy cansado siempre
18.  La mayoría de los días no tengo ganas de comer  
 Muchos días no tengo ganas de comer  
 Como muy bien
19.  No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad  
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

S=13



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



- |   |  |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> Me siento solo siempre</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Nunca me divierto en el colegio<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.<br/> <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio muchas veces.</p> <p>22. <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más<br/> <input type="checkbox"/> No tengo amigos</p> <p>23. <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio es bueno.<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.<br/> <input type="checkbox"/> Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.</p> | <p><input type="checkbox"/> Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.<br/> <input type="checkbox"/> Soy tan bueno como otros niños.</p> <p>25. <input type="checkbox"/> Nadie me quiere<br/> <input checked="" type="checkbox"/> No estoy seguro de que alguien me quiera<br/> <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que alguien me quiere.</p> <p>26. <input type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen.<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen.<br/> <input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen</p> <p>27. <input checked="" type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente<br/> <input type="checkbox"/> Me peleo muchas veces.<br/> <input type="checkbox"/> Me peleo siempre.</p> |
|---|--|

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti"

Anexo 5

Escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1. Débil
<input checked="" type="radio"/> 2. Ninguno
2. Deseo de morir
0. Ninguno
1. Débil
<input checked="" type="radio"/> 2. Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir
0. Porque seguir viviendo vale más que morir
1. Aproximadamente iguales
<input checked="" type="radio"/> 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. Deseo de intentar activamente el suicidio
0. Ninguno
1. Débil
<input checked="" type="radio"/> 2. Moderado a fuerte
5. Deseos pasivos de suicidio
0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
<input checked="" type="radio"/> 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)
0. Breve, períodos pasajeros
<input checked="" type="radio"/> 1. Por amplios períodos de tiempo
2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)
0. Raro, ocasional
1. Intermitente
<input checked="" type="radio"/> 2. Persistente o continuo
8. Actitud hacia la ideación/deseo
0. Rechazo
<input checked="" type="radio"/> 1. Ambivalente, indiferente
2. Aceptación
9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out
<input checked="" type="radio"/> 0. Tiene sentido del control
1. Inseguro
2. No tiene sentido del control
10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)
<input checked="" type="radio"/> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. Razones para el intento contemplado
0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
1. Combinación de 0 y 2
<input checked="" type="radio"/> 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)
0. No considerado
<input checked="" type="radio"/> 1. Considerado, pero detalles no calculados
2. Detalles calculados/bien formulados
13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)
0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
2. Método y oportunidad accesibles
<input checked="" type="radio"/> 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto



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



1. Inseguridad sobre su valor  
2. Seguros de su valor, capacidad

---

15. *Expectativas/espera del intento actual*  
 0. No  
1. Incierto  
2. Sí

---

16. *Preparación actual para el intento contemplado*  
 0. Ninguna  
1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)  
2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

---

17. *Nota suicida*  
0. Ninguna  
1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada  
2. Nota terminada

---

18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*  
 0. Ninguno  
1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos  
2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

---

19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*  
 0. Reveló las ideas abiertamente  
1. Frenó lo que estaba expresando  
2. Intentó engañar, ocultar, mentir



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



Anexo 6

Cuestionario de personalidad (EPQ-J)

	Respuesta
1. ¿Te agrada que haya mucha animación a tu alrededor?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
2. ¿Cambja tu estado de humor con facilidad?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
3. ¿Piensas que los policías castigan para que les tengamos miedo?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
4. ¿Alguna vez has querido llevarte más de lo que te correspondía en un reparto?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
5. Cuando la gente te habla ¿respondes en general rápidamente?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
6. ¿Te aburres con facilidad?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
7. ¿Te divierten las bromas que a veces pueden molestar a otros?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
8. ¿Haces siempre inmediatamente lo que te piden?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
9. ¿Frecuentemente te gusta estar solo?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
10. ¿Te vienen ideas a la cabeza que no te dejan dormir por la noche?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
11. ¿Siempre cumples todo lo que te dicen y mandan en el colegio?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
12. ¿Te gustaría que otros chicos te tuviesen miedo?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
13. ¿Eres muy alegre y animoso?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
14. ¿Hay muchas cosas que te molestan?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
15. ¿Te equivocas algunas veces?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
16. ¿Has quitado algo que perteneciera a otro (aunque sea una bola o un cromo)?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
17. ¿Tienes muchos amigos?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
18. ¿Te sientes alguna vez triste sin ningún motivo para ello?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. ¿Algunas veces te gusta hacer rabiar mucho a los animales?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
20. ¿Alguna vez has hecho como que no habías oído cuando alguien te estaba llamando?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
21. ¿Te gustaría explorar un viejo castillo en ruinas?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
22. ¿A que menudo piensas que la vida es muy triste?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. ¿Crees que tú te metes en más riñas y discusiones que los demás?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
24. En casa, ¿siempre acabas los deberes antes de salir a jugar a la calle?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
25. ¿Te gusta hacer cosas en las que tengas que actuar con rapidez?.....	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
26. ¿Te molesta mucho que los mayores te nieguen lo que pides?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
27. Cuando oyes que otro está diciendo palabrotas, ¿intentas corregirle?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
28. ¿Te gustaría actuar en una comedia organizada en el colegio?.....	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

N E P S CA

--	--	--	--



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



	Respuesta
29. ¿Te sientes herido, fácilmente cuando los demás encuentran faltas en tu conducta o trabajo?.....	Sí No
30. ¿Te afectaría mucho ver un perro que acaba de ser atropellado?.....	Sí No
31. ¿Siempre has pedido disculpas cuando has dicho o hecho algo mal?.....	Sí No
32. ¿Crees que alguno piensa que tú le has hecho una faena y quiere vengarse de ti?.....	Sí No
33. ¿Crees que debe ser muy divertido hacer esquí acuático?.....	Sí No
34. ¿Te sientes frecuentemente cansado sin ningún motivo para ello?.....	Sí No
35. En general, ¿te divierte molestar a los demás?.....	Sí No
36. ¿Te quedas siempre callado cuando las personas mayores están hablando?.....	Sí No
37. En general, ¿eres tú quien da el primer paso al hacer un nuevo amigo?.....	Sí No
38. Al acabar de hacer algo, ¿piensas, generalmente, que podrías haberlo hecho mejor?.....	Sí No
39. ¿Crees que tú te metes en más peleas que los demás?.....	Sí No
40. ¿Alguna vez has dicho una palabrota o has insultado a otro?.....	Sí No
41. ¿Te gusta contar chistes o historietas divertidas a tus amigos?.....	Sí No
42. En clase, ¿te metes en más líos o problemas que los demás compañeros?.....	Sí No
43. En general, ¿recoges del suelo los papeles o basura que tiran los compañeros en clase?.....	Sí No
44. ¿Tienes muchas aficiones o te interesas por muy diferentes cosas?.....	Sí No
45. ¿Algunas cosas te hieren y ponen triste con facilidad?.....	Sí No
46. ¿Te gusta hacer picardías o jugarretas a los demás?.....	Sí No
47. ¿Te lavas siempre las manos antes de sentarte a comer?.....	Sí No
48. En una fiesta o reunión, ¿te quedas sentado mirando en vez de divertirte y jugar?.....	Sí No
49. ¿Frecuentemente te sientes <<harto de todo>>?.....	Sí No
50. ¿A veces es bastante divertido ver cómo una pandilla molesta o mete miedo a un chico pequeño?.....	Sí No
51. ¿Siempre te comportas bien en clase, aunque el profesor haya salido?.....	Sí No
52. ¿Te gusta hacer cosas que te dan un poco de miedo?.....	Sí No
53. ¿A veces te encuentras tan intranquilo que no puedes quedarte sentado mucho rato en una silla? .....	Sí No
54. ¿Crees que los pobres tienen iguales derechos que los ricos?.....	Sí No
55. ¿Has comido alguna vez más dulces de los que te permitieron?.....	Sí No

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

N E P S CA

--	--	--	--	--



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



	respuesta
6. ¿Te gusta estar con los demás chicos y jugar con ellos?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
7. ¿Son muy exigentes contigo tus padres?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
8. ¿Te gustaría ser paracaidista?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
9. ¿Te preocupas durante mucho tiempo cuando crees que has hecho una tontería?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
10. ¿Siempre comes todo lo que te ponen en el plato?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
11. ¿Puedes despreocuparte de otras cosas y divertirte mucho en una reunión o fiesta animada?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
12. ¿Piensas frecuentemente que la vida no merece la pena vivirla?.....	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
13. ¿Sentirías mucha pena al ver a un animal cogido en un cepo o trampa?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
14. ¿Has sido descarado alguna vez con tus padres?.....	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Normalmente tomas pronto una decisión y te pones con rapidez a hacer las cosas?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
16. ¿Te distraes con frecuencia cuando estás haciendo alguna tarea?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
17. ¿Te gusta zambullirte o tirarte al agua en una piscina o en el mar?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
18. Cuando estás preocupado por algo, ¿te cuesta poder dormirte por la noche?.....	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
19. ¿Has sentido alguna vez deseos de <<hacer novillos>> y no ir a clase?.....	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
20. ¿Creen los demás que tú eres muy alegre y animoso?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
21. ¿Te sientes solo frecuentemente?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
22. ¿Eres siempre muy cuidadoso con las cosas que pertenecen a otros?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
23. ¿Siempre has repartido tus juguetes, caramelos o cosas con los demás?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
24. ¿Te gusta mucho salir de paseo?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
25. ¿Has hecho alguna vez trampas en el juego?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
26. ¿Te resulta difícil divertirte en una reunión o fiesta animada?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
27. ¿Te sientes unas veces alegre y otras triste; sin ningún motivo para ello?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
28. Cuando no hay una papelera cerca, ¿tiras los papeles al suelo?.....	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
29. ¿Te consideras una persona alegre y sin problemas?.....	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
30. ¿Necesitas con frecuencia buenos amigos que te comprendan y animen?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
31. ¿Te gustaría montar en una motocicleta muy rápida?.....	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

**COMPRUEBA LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HAS DEJADO ALGUNA CUESTIÓN SIN CONTESTAR**

N E P S CA

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--



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



Anexo 7

Cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL

**TEST FF-SIL DE FUNCIONALIDAD FAMILAR**

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

	SITUACIÓN	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Las decisiones importantes se toman en conjunto.			X		
2	En mi casa predomina la armonía.			X		
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.			X		
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana			X		
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa		X			
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.			X		
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.			X		
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.				X	
9	Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté recargado.			X		
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.			X		
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.		X			
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.		X			
13	Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por toda la familia.			X		
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.			X		



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



Anexo 8

Matriz de Técnicas Psicoterapéuticas para el caso R.J.

Técnica	Descripción
<b>Preguntas circulares</b>	<p>Según Penn (1982) permiten la búsqueda de información acerca de las diferencias en las relaciones familiares. Se aglutinan en cinco categorías: Comportamientos en circunstancias específicas, Diferencias en relaciones específicas, Diferencias en grado, En términos de cambio y Diferencias en circunstancias hipotéticas.</p>
<b>Geniograma</b>	<p>Es una de las técnicas activas que tiene como objetivo identificar la percepción que tienen los participantes de su sistema familiar, consiste en: solicitar a la familia que dibuje una familia pero con símbolos animales, vegetales u objetos. Materiales: hoja en blanco, hoja de registro de respuestas, lápiz y pluma.</p>
<b>Connotación positiva</b>	<p>Es un aporte de la escuela sistémica de terapia familiar y consiste en una redefinición que modifica los patrones de atribución entre los miembros de la familia para que aparezcan las causas del síntoma como debidas a la abnegación y al amor del paciente por el resto de la familia y de los miembros de la familia entre sí. Por ejemplo: toda conducta apunta al bien común.</p>
<b>Escenificación</b>	<p>Es una técnica activa con la cual el terapeuta le pide a la familia que dramatice (como acción) en el aquí y ahora de la sesión la interacción a la que hayan hecho referencia antes o en el momento, con lo cual construye una secuencia interpersonal in situ, poniéndose en escena las interacciones entre los miembros de la familia. Consigna: No me lo cuente, actúelo/dramatícelo/hágalo. Es recomendable anotar en términos de secuencias interaccionales observadas.</p>
<b>Mi verdadero nombre</b>	<p>Mi verdadero nombre (Pablo Población la presenta en su texto Teoría y Práctica del juego en psicoterapia) sirve para trabajar en la integración del subsistema fraternal.</p> <p>Consigna: “Les propongo hacer como en algunas tribus en las que a cada persona se le da un nombre que remite a algún rasgo personal, entre todos deben proponer un nombre nuevo para cada uno, este debe ser aceptado por el que lo recibe”.</p> <p>Luego se recogerá por qué y que le parece a quien lo recibe. Materiales: ninguno.</p>

Fuente:

Beltrán, G. (2020) Guía del Estudiante Psicoterapia Sistémica UTB-PSC-504 IX NIVEL.

Góngora, J. N. (1992). Técnicas y programas en terapia familiar. Paidós.



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



Anexo 9

Preguntas base que ayudan en la observación

Tomadas Montero y Soria (1997)

Jerarquía

- ¿Quién toma la mayoría de las decisiones en casa?
- ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe y no hacer en casa?
- ¿Quién las hace respetar?
- ¿Quién decide lo que se premia y/o se castiga?
- ¿Quién premia y/o castiga?
- ¿En ausencia de los padres quien toma las decisiones, premia, castiga, etc.?

Centralidad

- ¿Hay algún miembro de la familia de quien se tienen más quejas?
- ¿Quién? y ¿Por qué?
- ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable más positivamente?
- ¿Quién? y ¿Por qué?
- ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable negativamente?
- ¿Quién? y ¿Por qué?
- ¿Hay algún miembro de la familia que destaque más en algún aspecto en relación a los otros?
- ¿Quién? y ¿Por qué?
- ¿Hay algún miembro de la familia alrededor del cual giren la mayoría de las relaciones familiares?
- ¿Quién? y ¿Por qué?

Periferia

- ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca este en la casa?
- ¿Quién? y ¿Por qué?
- ¿Existe alguien que casi no participe en las relaciones familiares?
- ¿Quién? y ¿Por qué?
- ¿Existe alguien que no se involucre en la resolución de los problemas familiares?
- ¿Quién? y ¿Por qué?
- ¿Existe alguien que nunca o casi nunca de opiniones al respecto a los asuntos de la familia?
- ¿Quién? y ¿Por qué?



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



Límites y Geografía

a) Subsistema conyugal

¿Mama esta siempre interesada en conocer y participar en todas las actividades que hace papa y viceversa?

¿Cómo lo demuestra?

¿Papa y mama tienen amistades en común?

¿Papa y mama tienen amistades personales por separado?

¿En relación a lo anterior existe algún problema? ¿Cual?

b) Subsistema parental-hijos

¿Papa y mama discuten en presencia de los hijos?

¿Alguno de los padres comenta con alguno de los hijos sus problemas conyugales?

¿Los hijos saben lo que deben y no hacer la mayoría de las veces?

¿Los hijos saben la mayoría de las veces por cuales comportamientos pueden ser premiados o castigados?

¿Las reglas en relación con lo que se debe hacer y no son explicadas verbalmente a los hijos?

¿Cada hijo sabe o no cuáles son sus actividades o funciones en la familia?

¿Ambos padres saben o no cuales son las actividades o funciones que deben desempeñar cada uno de sus hijos?

¿Se acostumbra que los hijos tengan que contar a uno o a ambos padres todo lo relacionado con sus vidas?

¿Hay diferencias o no en cuanto a los premios, castigos y reglas en cuanto a la edad de los hijos?

¿Se acostumbra que algún hijo premie, castigue, llame la atención, etc. a sus hermanos?

c) Al exterior

¿Existen algunas personas fuera de los padres que tengan que ver con la implantación de reglas, premios, castigos, etc.?

¿Existen algunas personas a quien algún miembro de la familia consulte para la toma de decisiones? ¿A quién? y ¿Sobre qué?

¿Existen algunas personas a quien algún miembro de la familia siempre le cuente lo que ocurre en la misma? ¿Quién? y ¿Qué le cuenta?

¿Existe alguna persona fuera de la familia nuclear que intervenga en los problemas conyugales? ¿Quién?



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



¿Qué tipo de relación tienen los miembros de la familia con: Parientes, amigos, vecinos, etc.?

d) Geografía

¿Cada miembro de la familia tiene su espacio personal? ¿Cuál? ¿Es respetado? ¿Quién no respeta el espacio de quién y cómo? Ejemplos

¿Hay espacios compartidos? ¿Cuáles y de Quienes?

¿Se respetan las propiedades individuales?

¿Quién no respeta y cómo? Ejemplos

Alianzas

¿Quién suele unirse para obtener premios, favores, dinero, que se haga algo, etc.? Ejemplos.

Coaliciones

¿Quién suele unirse para castigar, dañar, atacar, perjudicar, descalificar, etc. a otro? ¿A quién o a quienes? Ejemplos.

Conflictos

¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre papa y mama? Ejemplos.

¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre papa y/o mama y algún hijo?

¿Quién? Ejemplos.

¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre hermanos? ¿Quiénes? Ejemplos.

¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre algún miembro de la familia y alguna otra persona? ¿Quiénes? Ejemplos.

Sobreinvolucramiento

¿Existen miembros de la familia que se necesitan mutuamente para casi todo, todo se cuentan entre sí, uno es el preferido del otro y viceversa, se protegen y cuidan en exceso mutuamente, se pelean y están en competencia con frecuencia? ¿Quiénes? Ejemplos.

Padres en Función de Hijo

¿Un padre se comporta frecuentemente como si fuera un niño o adolescente, se la pasa peleando y/o jugando con sus hijos, estos no lo obedecen, hace todo lo que le manda su cónyuge? ¿Quién? Ejemplos.

Fuente:



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



Montalvo, J., & Soria, R. (1997). Estructura familiar y problemas psicológicos. *Psicología y ciencia social*, 1(2), 32-37.

Anexo 10

Evidencias Fotográficas



Entrevista a mamá de P.I.



Aplicación de Batería Psicométrica a P.I.



Tutorías modalidad examen complejo de grado; Fase Examen práctico.