

UNIVERSIDAD  
**CIENTÍFICA**  
DEL SUR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO: ¿PUEDE LA FAMILIA INFLUIR EN EL  
DESARROLLO DE UN TRASTORNO DEPRESIVO?

Trabajo de Investigación para optar el grado académico de:  
Bachiller en Psicología

Presentado por:

Vizarreta Donayre, Julio (0000-0001-7943-9929)

Ccorimanya Trujillo, Kinberly (0000-0002-4793-2476)

Ramírez Mallco, Rodrigo (0000-0002-3060-2040)

Asesor:

Mendoza Romero, María del Rosario (0000-0001-7323-3479)

Lima - Perú

2020

**ACTA DE SUSTENTACIÓN/APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE BACHILLER**

Lima, 25 de octubre de 2020.

Los integrantes del Jurado evaluador del trabajo de investigación:

Presidente: Doctor Carlos Ramón Ponce Díaz
Miembro: Magíster John Omar Espinoza Quiroz
Miembro: Magíster José Manuel Delgado Taboada

Se reúnen para evaluar el trabajo de investigación de Bachiller:

Estudio de caso: ¿Puede la familia influir en el desarrollo de un trastorno depresivo?

Presentada por los estudiantes:

- Kinberly Ccorimanya Trujillo
- Rodrigo Cecinio Ramírez Mallco
- Julio Vizarreta Donayre

Para optar al grado de Bachiller en Psicología

Asesorada por: Magister, María del Rosario Mendoza Romero

Luego de haber evaluado el informe final del trabajo de investigación de Bachiller, concluyen de manera unánime (3) calificar a:

Tesisistas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinberly Ccorimanya Trujillo</li> <li>• Rodrigo Cecinio Ramírez Mallco</li> <li>• Julio Vizarreta Donayre</li> </ul>	Nota (en letras): 15 Quince
Aprobado ( X )    Aprobado - Muy buena ( )    Aprobado - Sobresaliente ( )    Desaprobado ( )	

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.




**Doctor, Carlos Ramón Ponce Díaz**  
Presidente del Jurado



**Magíster, María del Rosario Mendoza Romero**  
Asesor



**Magíster, John Omar Espinoza Quiroz**  
Miembro 1



**Magíster, José Manuel Delgado Taboada**  
Miembro 2

## Resumen

Los episodios depresivos se hallan dentro del conjunto conocido como “Trastornos del Humor” según el CIE10, y en sus características podemos encontrar: bajo estado de ánimo, energía y actividad, reducción de la autoestima, capacidad de disfrute, interés y concentración, así como sentimientos culpabilidad, entre otros. El presente trabajo tiene como objetivo exponer un caso clínico cuya sintomatología pertenece a un trastorno depresivo, e identificar la influencia y el papel que cumple la familia en el desarrollo del mismo. Dentro de las técnicas utilizadas para la evaluación se encuentran la entrevista psicológica y observación de conducta; asimismo, los instrumentos de aplicación fueron el Test de la Figura Humana de Karen Machover, Inventario de depresión de Beck, Inventario clínico multiaxial de Millon III, Inventario de cociente emocional de Baron, Test de frases incompletas de Sacks, Escala de clima social familiar de Moos, Moos, y Trickeet, y la Escala de habilidades sociales. Con ello, se pudo concluir que, en este caso, la depresión existió en un principio como rasgo, y predispuso su desarrollo como trastorno, el tipo de relación y episodios vividos a nivel familiar, así como los fuertes conflictos; que tuvieron como detonante el proceso judicial que atraviesa actualmente con su familia. Frente a ello, resultó el desarrollo de los signos y síntomas referentes a la presentación típica de un episodio depresivo leve.

**Palabras Claves:** Caso clínico, influencia, familia, desarrollo, signos, episodio depresivo leve.

## Abstract

Depressive episodes are within the group known as "Mood Disorders" according to the ICD10, and in their characteristics we can find: low mood, energy and activity, reduced self-esteem, capacity for enjoyment, interest and concentration, as well as feelings of guilt, among others. The present work aims to present a clinical case whose symptoms belong to a depressive disorder, and to identify the influence and role played by the family in its development. Among the techniques used for the evaluation are the psychological interview and behavior observation; Likewise, the application instruments were the Karen Machover Human Figure Test, Beck's Depression Inventory, Millon III's Multiaxial Clinical Inventory, Baron's Emotional Quotient Inventory, Sacks' Incomplete Sentences Test, Family Social Climate Scale of Moos, Moos, and Trickeet, and the Social Skills Scale. With this, it was possible to conclude that, in this case, depression initially existed as a trait, and predisposed its development as a disorder, the type of relationship and episodes experienced at the family level, as well as strong conflicts; that had as a trigger the judicial process that she is currently going through with her family. Against this, the development of signs and symptoms related to the typical presentation of a mild depressive episode resulted.

**Keywords:** Clinical case, influence, family, development, signs, mild, depressive episode.

## Introducción

En la actualidad las enfermedades mentales en el Perú han ido incrementando, dado que, los episodios más frecuentes son los trastornos depresivos. Estos, son presentados por la población mayor de 12 años con una prevalencia anual del 4% en Lima rural; y, una estimación del 7,6% a nivel nacional según MINSAL (2018). Por otra parte, el CIE10 precisa que, los episodios depresivos (F32) se identifican por un estado bajo de ánimo, energía y actividad; en donde la capacidad de disfrute, interés y concentración se reduce, y es común el cansancio, así como la alteración del sueño y apetito. No obstante, la confianza y la autoestima también se reducen, y en general, se hallan ideas de culpabilidad e inutilidad (MINSAL, 2013).

Ante ello, investigaciones como las de Quinde, France y Vargas (2014), citado por Buitrago, Pulido y Guichá-Duitama (2016), han evidenciado que los conflictos familiares afectan de forma significativa el bienestar psicológico, y que pueden repercutir en la salud mental del grupo familiar en su totalidad; no obstante, son los hijos quienes podrían verse más afectados, pudiendo llegar a sentirse con gran culpa por los hechos, desarrollando pocas habilidades sociales, atravesando episodios de ansiedad, depresión, y, desencadenando con el tiempo problemas de adaptabilidad en la escuela y en el ámbito social.

De esta manera, se puede relacionar el presente estudio de caso, ya que, se evidencian conflictos familiares frecuentes, así como problemas de comunicación y un desarrollo de la autonomía familiar deficiente. Lo que ha conllevado a que la evaluada desarrolle problemas anímicos y de concentración, cambios del apetito, dificultades para conciliar el sueño, ideación suicida, fatiga, pérdida de interés, placer y poca regulación del manejo de las relaciones interpersonales; una serie de sintomatologías relacionadas a los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo.

Tras ello, los objetivos del presente reporte de caso son evaluar la personalidad del paciente, revisar la sintomatología presente e identificar la influencia de la familia en la aparición de un trastorno depresivo. Para ello, se hizo uso de la entrevista y observación psicológica, y se aplicó una batería de pruebas psicológicas de tipo proyectivo y psicométrico.

Frente a ello, se hallan diversos estudios previos que desarrollan las consecuencias de la influencia de la familia en la aparición de un trastorno depresivo.

Sánchez, Osornio y Ríos (2019) realizaron una investigación titulada “*Habilidades sociales básicas y su relación con la depresión y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de medicina*”, el cual tuvo como objetivo hallar la relación entre habilidades sociales, depresión y estrategias de afrontamiento. La muestra contó de 184 alumnos, aplicándoles el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al estrés (MAE) y la Escala de habilidades sociales de Gismero. Se realizó un análisis cuantitativo, concluyendo que, a menos habilidades básicas, mayores niveles de depresión; por otro lado, si cuentan con más habilidades sociales presentan mejores formas de afrontar situaciones.

Asimismo, Díaz y Reynoso (2018) realizaron un estudio en Chiclayo-Perú titulado como “*Los trastornos de personalidad y riesgos psicosociales en adolescentes de etapa escolar de instituciones educativas*”. Teniendo el objetivo de indagar aquellos rasgos de trastornos de personalidad y los riesgos psicosociales. La muestra fue de 360 estudiantes de secundaria. El resultado encontrado respecto al indicador de rasgos de trastorno de la personalidad fue que el noventa por ciento de estudiantes se identificó con un nivel elevado, siendo frecuente, el dependiente y paranoide. En conclusión, se halló la relación significativa existente entre riesgos psicosociales y rasgos trastornos de la personalidad.

Por otra parte, Buitrago, Pulido y Guichá-Duitama (2017) publicaron una investigación en Colombia de título “*Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá*”. Buscando como objetivo cual es la relación entre cohesión familiar y nivel de sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. Su muestra estuvo conformada por 244 estudiantes aplicándoles la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, La Escala de Cohesión Familiar de Torres de Galvis y Murelle, tomando en cuenta también la ficha de datos demográficos. Obteniendo como resultados la presencia de una relación significativa entre la sintomatología depresiva y la cohesión familiar.

En similitud, Ríos y Yamamoto (2016) realizaron un estudio de nombre “*Clima social familiar e Ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este*”. Buscando como objetivo la relación entre el clima social familiar y los pensamientos suicidas. Con un diseño no experimental, correlacional, siendo la muestra de 50 pacientes elegidos mediante un muestreo no probabilístico entre los 13 a 21 años. Las pruebas tomadas fueron la Family Social Climate Scale (FES) estandarizada por Ruiz y Guerra (1993) y la Suicidal Scale Ideation (SSI) de Beck, estandarizado por Eugenio y Zabala (2011) en el Perú. Obteniendo resultados significativos entre la relación de dimensiones de Ideación Suicida y Clima Social Familiar.

Asimismo, Torrel y Delgado (2014) realizaron un estudio en Tumbes Perú, titulado como “*Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013*”. Teniendo por objetivo buscar la relación del funcionamiento familiar entre la depresión de dicho departamento. La población estuvo compuesta por 88 adolescentes entre los 15 y 18 años. Tomando como instrumento el Test de Funcionamiento Familiar (FFSIL). Como resultados se obtuvo que, el 60.2% provenía de familias disfuncionales y el 13.6% de familias severamente disfuncionales. Obteniendo como conclusión que la funcionalidad familiar y la relación con la depresión tanto en (presencia o ausencia) en los adolescentes comprende una relación significativa.

Por su parte, Gonzáles, Macuyama y Silva (2013) realizaron un estudio en Perú de título “*Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto*”, en el cual participaron 163 estudiantes. Se halló que el tipo familiar predominante fue la familia extendida con un 40.5%, del cual se identificaron niveles de disfunción muy altos; 26.4% de disfunción a nivel moderado y 24.5% de disfunción severa. Asimismo, demostró que el 50.0% de adolescentes pertenecientes a familias severamente disfuncionales, manifiestan rasgos depresivos muy definidos, así como el 46.5% de familias disfuncionales con un nivel moderado, quienes igualmente manifiestan rasgos muy definidos. Esta investigación concluyó que estas demostraciones depresivas guardan relación directa con el manejo de la familia.

Mientras que, Galarza (2012) realizó un estudio en Perú de nombre “*Relación entre el nivel de habilidades sociales y el clima social familiar de los adolescentes de la I.E.N Fe y Alegria 11, Comas-2012*”, teniendo por objetivo buscar la relación con las habilidades sociales y el clima social familiar. Constituida por una muestra de 485 alumnos del nivel secundario, tomando dos pruebas: el “Cuestionario de Habilidades Sociales” y la “Escala de Clima Social Familiar”. Obteniendo como resultado que, un mayor porcentaje de los estudiantes presentaba un nivel de medio a bajo respecto a las habilidades sociales, comprendiendo que se les dificultaría las relaciones interpersonales por lo que no se llegaría a solucionar de forma adecuada los problemas propios de la vida diaria. Concluyendo que en su mayoría de estudiantes contaban con un clima social familiar fluctuado entre medianamente favorable a desfavorable y que no contaban con un soporte ni dinámica familiar adecuado para hacer frente a los problemas propios de su edad.

Para el entendimiento más amplio del presente estudio de caso, es que consideramos de gran relevancia brindar definiciones a las terminologías asociadas a nuestro tema. Por ello se pasará a describir y explicar a continuación:

### Depresión

El CIE10 precisa que, los episodios depresivos (F32) se identifican ya sea un estado bajo de ánimo, energía y actividad; en donde la capacidad de disfrute, interés y concentración se reduce, y es común el cansancio, así como la alteración del sueño y apetito. No obstante, la confianza y la autoestima también se reducen, y en general, se hallan ideas de culpabilidad e inutilidad (MINSAL, 2013). Asimismo, para el Episodio depresivo leve (F32.0) se presentan los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Se deben cumplir los criterios generales del episodio depresivo (F32).
- B. Al menos, dos de los siguientes síntomas:
  - 1. Humor depresivo en un grado anormal para la persona, presente en casi la totalidad del día y casi a diario, apenas influido por situaciones externas y persistentes por al menos 14 días.
  - 2. Pérdida de disfrute y/o interés en actividades antes placenteras.

3. Reducción de energía e incremento de fatigabilidad.
- C. Sumado, presentes al menos uno a más de estos síntomas, para dar una suma total de cuatro como menos.
1. Pérdida de confianza o autoestima disminuído.
  2. Sentimientos de autorreproche no razonables o culpabilidad excesiva
  3. Ideas recurrentes de muerte o suicidio, o conductas asociadas.
  4. Disminución en la capacidad de pensamiento y/o concentración, indecisión y/o vacilación.
  5. Agitación o enlentecimiento (Objetivo o subjetivo).
  6. Alteraciones del sueño.
  7. Alteraciones en el apetito y cambios de peso.

La depresión viene a ser uno de los trastornos mentales con mayor crecimiento en cuanto a prevalencia a nivel internacional, pues, la Organización Mundial de la Salud (2006), evaluó que para el año 2020, la depresión pasaría a ser una causa principal de discapacidad en diferentes partes del mundo tomando como ejemplo tal como el Perú siendo un país en vías de desarrollo. Pues, a pesar de ser este un trastorno mental tratable, en su mayoría de personas que lo atraviesan, desconocen sobre ello, no lo solicitan, o no reciben el tratamiento adecuado (Navarro, Moscoso & Calderón, 2017).

Según estudios realizados alrededor del mundo, se considera que la depresión impacta en promedio a 350 millones de personas (OMS, 2012), de los cuales, diversos estudios mencionan que existe una mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres. Tal como la investigación realizada por Hoyos, Lemos y Torres (2012) en Medellín, Colombia, donde se determinó que, por cada 100 habitantes de la ciudad, el 12.5% de las mujeres sufren o han sufrido de trastorno depresivo; mientras que en los hombres el porcentaje es de 5.7%, dándonos una razón de 2,6 mujeres por 1 hombre. Asimismo, los intentos suicidas en los hombres conforman el 3.04%, frente al 5.5% de las mujeres, con una razón de 1.8 mujer por 1 hombre (Ochoa, Cruz y Moreno, 2015).

Del mismo modo, la depresión es un trastorno muy complejo en el que intervienen diversos factores de riesgo, como los biológicos y ambientales



debido a su interacción entre sí y su capacidad de generar un efecto acumulativo. Algunos de estos factores predisponen a su padecimiento, mientras que otros pueden tomar el papel como desencadenante y/o mantenimiento del trastorno (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). Es por ello, el manual DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), resalta que los “Trastornos Depresivos”, se incluye como factores de riesgo ambientales a los sucesos negativos vividos durante la infancia, especialmente si ese tipo de situaciones se ven repetidas en múltiples ocasiones; ya que, constituyen una potente influencia en el peligro de contraer un trastorno depresivo.

Por su parte, los factores ambientales, Berenzon, Asunción, Robles y Medina (2013) identifican aquellos como:

- a) Ser mujer jefa de familia, dedicarse únicamente a trabajos domésticos o tener a cargo el cuidado de una persona enferma.
- b) Pertenecer a un grupo socioeconómico de nivel bajo: debido a la mayor exposición de adversidades.
- c) No contar con empleo.
- d) Aislarse a nivel social.
- e) Tener problemas legales.
- f) Haber atravesado por episodios de violencia.
- g) La migración.

Por otra parte, según la teoría de indefensión aprendida de Seligman (1982, como se citó en Martínez y Rosales, 2019), los constantes problemas, discusiones, dificultades y traumas por los que atraviesa la persona en el transcurso de su vida, pueden tener como consecuencia una serie de sentimientos y emociones asociadas a ellas, tales como tristeza o sufrimiento, las cuales forman parte de los términos utilizados comúnmente por las mismas personas para describir casi la totalidad de las situaciones que atraviesan; enfocándose inconscientemente en los aspectos negativos y dolorosos por los que atravesaron en algún momento, e introduciéndose poco a poco en una realidad acostumbrada al sufrimiento y resignación, realidad de la cual no

deciden tomar acción de mejora, pues consideran que esta no podría ser cambiada.

## Personalidad

La personalidad viene a ser el conglomerado de características o patrones, que definirán al ser humano, esta se puede cambiar y estructurar con el paso del tiempo, debido a influencias parentales o sociales. Según Salvaggio y Sicardi (2014), cada individuo al nacer posee una personalidad “potencial”, la cual comenzará a desarrollarse en base a ciertas características y capacidades como la creatividad, intenciones, valores, entre otras; no obstante, estas características serán el indicador de los diversos elementos de la personalidad. Asimismo, los autores refieren que al hablar de una estructuración de la personalidad, hacemos alusión al momento en que la persona logra integrar estos aspectos básicos y propios de sí, que lo llevarán a tener una autonomía y pensamiento característico. De igual forma, la personalidad contendrá elementos heredados y ambientalmente adquiridos, teniendo como consideración algunos factores internos de la personalidad como el carácter, la inteligencia, el temperamento, el status y los roles sociales.

Según el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) el trastorno de la personalidad es considerado como el patrón constante e inmodificable de experiencias internas y del comportamiento, alejados notablemente de las expectativas propias de su cultura, evidenciándose cuando el sujeto llega a la adolescencia o inicia su vida adulta, muchas veces esto pertenece a lo largo del tiempo y se va conformando un malestar y perjuicio para el sujeto.

Los trastornos de la personalidad se reúnen en tres grupos, identificándose debido a su similitud en cuanto a características. Dentro de ellos tenemos:

- Grupo A: trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Las personas son vistos comúnmente como “extraños o estrafalarios”
- Grupo B: trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista de la

personalidad. Las personas son vistos comúnmente como “inestables o sensibles”

- Grupo C: trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo - compulsivo de la personalidad. Las personas son vistos comúnmente como “miedosos o ansiosos”

Es importante recalcar que, son posibles y muy recurrentes, las personas que presentan diversos tipos de trastornos de la personalidad, los cuales no necesariamente pertenecen al mismo grupo. En relación, y profundizando con uno de los trastornos, a la personalidad por dependencia se le vincula con esta incapacidad que tienen las personas quienes lo padecen, para tomar decisiones por sí mismas y mantener su autocuidado e independencia (Skodol, 2018). Por ende, cuando este rasgo de la personalidad se halla muy fuertemente enquistado en la persona, se generan daños de tipo socio-afectivos tanto para quien lo padece, así como para quien lo rodea (pareja, amigo, etc), pues se produce una dependencia en exceso.

Según Skodol (2018) existen diversos factores que pueden contribuir como causa de la personalidad dependiente; tales como:

- a) La cultura.
- b) Vivencias negativas a temprana edad.
- c) Tendencia innata a la ansiedad.
- d) Rasgos de personalidad hereditarios como la inseguridad, sumisión, etc.

No obstante, para que se pueda diagnosticar el trastorno de personalidad dependiente, los que se encuentren con aquello deben mantener la constante necesidad y excesivo deseo a ser tomados en cuenta. Según Haranburu, Esteve, Balluerka, Gorostiaga y Guerra (2011) una personalidad dependiente tiene un horizonte hacia los deseos y necesidades de las personas que ama, temiéndole el fracaso y siendo vulnerable ante la crítica de los demás. Algunas de las características más relevantes son el bajo nivel autoestima, autoconfianza y de asertividad; debido a la búsqueda y necesidad de afecto, así como el menosprecio a sí mismos.

## Ansiedad

La ansiedad es un estado de ánimo que puede presentarse en las distintas situaciones que la persona vivencia. Según Gutiérrez (1996, como se citó en Irarrázabal, 2012), la ansiedad se caracteriza como “normal” cuando se presenta como reacción en modo de adaptación y puede resultar beneficiosa ante alguna situación novedosa, ya que le permite a la persona tomar decisiones y afrontar el estrés que esta le genera de manera adecuada. No obstante, se considera un trastorno de ansiedad cuando la persona ya no puede controlar la situación ni afrontarla debido a que rápidamente la percibe como amenazante y se siente incapaz de enfrentarla (Quispe, 2018).

La ansiedad, según APA (2000, como se citó en Irarrázabal, 2012), deja de ser normal y pasa a un segundo tipo como fenómeno clínico cuando se vuelve un estado emocional incómodo y desagradable, es decir, cuando aparece la preocupación intensa y persistente hacia estímulos no identificados y el miedo excesivo a estímulos del contexto. Estas suelen acompañarse de síntomas como sentimientos de disforia, síntomas de tensión somática y conductas evitativas. Asimismo, este trastorno le impide a la persona llevar una vida común, sin dificultades y deteriora las funciones motoras de la persona y disminuye su disfrute por actividades que solía realizar.

## Habilidades sociales

Gismero (2000, como se citó en Mardones, 2016) define las habilidades sociales como:

“El conjunto de respuestas verbales y no verbales parcialmente independientes en situaciones socialmente específicas; a través de las cuales, un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva”. (p.6)

Por otra parte, las habilidades sociales se desarrollan de modo común, como mecanismos básicos del aprendizaje. Pudiendo incluir los reforzamientos positivos, el modelado o aprendizaje vicario, el feedback y el desarrollo de

expectativas cognitivas. Según Fernández (2009, como se citó en Ortego, López y Álvarez, 2011), los factores que pueden detallar el comportamiento social o las dificultades son diversos, entre ellos, la ansiedad está asociada a las interacciones sociales en cuanto a la relación que lleva con su entorno obstaculizando o dificultando su actuación; mientras que, la falta de motivación, para actuar apropiadamente en situaciones difíciles y presentar interés en iniciar o mantener interacciones sociales. Del mismo modo, se menciona que las personas sometidas al aislamiento social, presentarían obstáculos restrictivos que les impidan expresarse adecuadamente.

### Inteligencia Emocional

La inteligencia emocional viene a ser las competencias y cualidades en conjunto que desarrollaran una colección de habilidades y disposiciones individuales, vistas como habilidades blandas o habilidades interpersonales o intrapersonales. Pues, estas habilidades son necesarias e igual de importantes que otras, ya que le permiten a la persona desenvolverse adecuadamente en diversas áreas de su vida, debido a que involucran el reconocimiento de las emociones y sentimientos propios y ajenos, así como el manejo o afrontamiento al estrés, y van realizando esta capacidad para ir adaptándose a las diversas situaciones de la vida, entre otras capacidades (Reyes y Carrasco, 2013).

Por su parte, Baron (1997, como se citó en Ugarriza y Pajares, 2016) señala que la inteligencia emocional es la agrupación de habilidades emocionales individuales e interpersonales que predominan en las habilidades generales de toda persona afrontar las situaciones que demandan de alto contenido emocional y presiones del medio exterior. Y que, de acuerdo con el modelo la inteligencia emocional ya descrito, se compone por la “Inteligencia cognitiva evaluada por el CI”, y la “Inteligencia emocional evaluada por el CE”.

Baron propone un modelo comprendido por 5 factores:

1. Componente Intrapersonal: compuesto por los subcomponentes de autocomprensión emocional, autoconcepto, autorrealización, asertividad e independencia.
2. Componente Interpersonal: constituida por la responsabilidad social,

- empatía y relaciones interpersonales.
3. Componente de Adaptación: constituida por la resolución de problemas, flexibilidad y prueba de realidad.
  4. Componente de manejo de estrés: compuesta por el control de impulsos y la tolerancia al estrés.
  5. Componente del estado de ánimo: constituido por optimismo y felicidad.

#### Clima social familiar

Cuando hablamos de familia, hacemos referencia al grupo de personas conectadas por lazos de primer grado, tal como relaciones entre hermanos, de tipo conyugal, y sanguínea. Este grupo, cumple múltiples funciones de gran trascendencia en toda sociedad y cultura independientemente, tales como la educación de los hijos, aporte residencial, económico, socialización y sociabilidad (Chuquimajo, 2017).

De acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud, publicado por el MINSA (2012), la atención integral de salud, consta de distintos tipos de grupos familiares que se apoyan entre sí y la comunidad, tales como: a) Nuclear: compuesta por la convivencia tanto del padre como la madre, ellos pueden ser ascendencia biológica de los miembros adoptados por la familia; b) Extendida: compuesta con más de una unidad nuclear, conformada por el padre, madre, hijos y parientes surgidos como tercera generación; c) Ampliada: conformada por la madre, el padre, los hijos y otros parientes no necesariamente nucleares como sobrinos, primos, tíos y cuñados, etc.; d) Mono parental: comprendida por uno de los padres e hijos; ya sea por separación, viudez o decisiones personales y; e) Reconstituidas: conformadas únicamente por uno de los padres, el nuevo cónyuge y los hijos.

Moos (1974, citado por Castilla, 2013) nos dice que el clima social familiar va comprendido tal como el modo de interrelación de la familia hacía su funcionamiento. Esto significa la forma en que los miembros interactúan entre sí, la manera en que satisfacen las necesidades de cada miembro para su desarrollo personal, así como la manera de organizarse y estructurarse que tienen como método para su mantenimiento; por lo cual, este clima social familiar

se resalta como el estado de bienestar concluyente del trato o conexión entre los miembros o componentes.

Por otra parte, se afirma que el factor ambiental ha sido indagado como parte del clima social familiar; considerando las particularidades psicosociales e institucionales de una familia como grupo retomando aquello que surge en la dinámica familiar, desde la estructura hasta funcionalidad. Es entonces que el clima social familiar se convertirá en una zona de descubrimiento personal e identificación, y que permitirá adoptar un significado o sentido más trascendental como ser humano con la familia como nuestra base de identificación personal (Isaza y Henao, 2010). No obstante, diversos autores (Andrade, 2012; Daniel y Goldston, 2009 y Rodrigo, 2004; como se citaron en Ríos y Yanamoto, 2016), mencionan que esta dinámica familiar viene a ser un causante decisivo para el incremento o reducción de la ideación suicida; significando así, si la familia no a ensamblado estrategias de comprensión y comunicación, los factores del riesgo suicida aumentan con mayor probabilidad.

## **Método y materiales**

El presente trabajo estará desarrollado bajo un estudio de caso de tipo descriptivo, diseño no experimental y transversal, debido a que buscamos describir propiedades y características importantes frente a un contexto y sucesos específicos sin manipular el objeto de estudio y se realiza en un periodo de tiempo determinado (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014). Asimismo, consta de dos fases: la primera, es la realización de la evaluación clínica a nivel cualitativo haciendo uso de las técnicas de entrevista y observación psicológica, además del empleo de un examen mental para identificar las alteraciones en el funcionamiento general; mientras que, la segunda, es la evaluación cuantitativa en la cual se aplicaron instrumentos psicológicos como el Test de la Figura Humana de Karen Machover, Inventario de depresión de Beck, Inventario clínico multiaxial de Millon III, Inventario de cociente emocional de Baron, Test de frases incompletas de Sacks, Escala de clima social familiar de Moos, Moos, y Trickeet, y la Escala de habilidades sociales, adaptada a la población peruana por Ruíz. Con lo cual, se pretende evaluar las áreas de personalidad, relaciones interpersonales, habilidades

sociales, depresión, desarrollo emocional y familiar a través de los instrumentos y técnicas ya mencionados.

#### Aspectos éticos

Tomando en cuenta los aspectos éticos de la investigación en Psicología, tanto por el código ético y deontológico de Perú, así como el de la Universidad Científica del Sur, para dar inicio al estudio de caso fue necesaria la presentación y correspondiente firma de un consentimiento informado sobre la participación. Asimismo, siguiendo el principio de autonomía, la evaluada fue informada sobre el proceso y fines de la investigación, a la cual accedió libre y autónomamente; teniendo en todo momento acceso a las pautas y aclaraciones pertinentes sobre las opciones y alcances que dispone con su participación. Sumado a ello, se preservó la confidencialidad de datos personales, restringiendo al máximo posible el reconocimiento del participante por parte de terceros.

#### Presentación del caso V. Q. A

V. Q. A. es una mujer peruana de 40 años de edad, que nació en la ciudad de Chimbote, con grado de instrucción secundaria completo. Madre de dos hijos y actualmente casada, de religión católica y con ocupación como ama de casa. Es de tez trigueña, mide 1.45 cm. aproximadamente, ojos color marrón oscuro y cabello largo negro. Refiere que actualmente se encuentra atravesando problemas judiciales familiares, manifestando *“mi madre me ha denunciado por cosas que yo nunca le he hecho, solo porque su hijo se va a ir a la cárcel”*. Además, expresó que le ha sido muy difícil asimilar esta situación pues ha sido desalojada de su casa de un momento a otro, y no le han permitido recuperar sus pertenencias, ni la vestimenta de sus hijos. Menciona: *“hubo un momento, cuando recién me habían desalojado, y estaba en la casa de una vecina, que pensé en acabar con todo, pensé en que sería mejor que mis hijos y yo ya no estuviéramos en este mundo, me sentí muy mal”*.

#### Historia clínica

La paciente nació el 12 de noviembre de 1978 en la ciudad de Chimbote, cuando su madre tenía 36 años. Nació por parto eutócico (natural) y sin



complicaciones. Al nacer pesaba 2.500 gr. y medía 40 cm. aproximadamente. En cuanto a su desarrollo psicomotor, empezó a caminar a los 12 meses de edad, sus primeras palabras fueron a los 10 meses y controló sus esfínteres entre el año y medio y los 2 años.

Recuerda que cuando tenía 5 años, sus padres se separaron, quedándose ella al cargo de su madre, pues su padre abandonó su hogar. Durante este periodo, su madre le dijo que no quería vivir y que todo sería mejor si ella no existiera, ante esta situación la evaluada cuenta que desde aquel día, estas palabras por parte de su madre fueron muy repetitivas, generando dudas para ella tales como “¿por qué mi mamá no quiere vivir?”

Manifiesta que, cuando vivía en Chimbote, que fue hasta sus 6 años, tuvo una buena alimentación, pues su madre la acostumbró a comer de todo. Le gustaba jugar con sus amigos y con uno de sus hermanos. Sin embargo, posteriormente, al mudarse a Lima, su alimentación varió y llegó a desarrollar anemia, por lo que estuvo en tratamiento. Para entonces, ya no dormía bien, pues recuerda que le fue muy difícil acostumbrarse a la casa de sus tíos, en donde vivía. Sin embargo, a los 7 años sus tíos la internaron en el Puericultorio Pérez Aranibar junto a sus hermanos; y, durante sus primeras semanas no pudo dormir bien, se negaba a comer y pensaba en escapar y ser atropellada porque, como manifiesta, no entendía cómo sus familiares la dejaban ahí sabiendo que sus padres estaban vivos. Asimismo, comenta que pensó por días en irse de ese lugar, ya que no quería estar ahí.

Al cumplir alrededor de un mes en el Puericultorio, la trasladaron a una casa en San Bartolo junto a otras niñas, de esa casa tiene buenos recuerdos, pues refiere: *“era un lugar diferente, bonito, esa casa era muy grande, tenía piscina y todo, me gustaba que las monjas tuvieran tiempo para cada una, porque todas teníamos una monjita tutora y ella nos enseñaba bien”*. A sus 11 años, volvió al Puericultorio junto a sus compañeras y estuvo ahí hasta sus 13 años cuando salió junto a sus hermanos a petición de su padre. Entonces, ella fue a vivir a la casa de una tía y sus hermanos a la casa de otros tíos. Comenta que en la casa de su tía tenía que hacer de todo, se encargaba de hacer el

desayuno, cambiar a sus primas y llevarlas al colegio, limpiar la casa, ayudar a sus primas con sus tareas, en ocasiones cocinaba y lavaba la ropa.

Con respecto a su educación, ingresó por primera vez a un colegio a los 5 años, le fue fácil adaptarse y hacer amigos, se llevaba bien con sus compañeros. En la primaria, en cuanto a su conducta, era tranquila, responsable y prestaba atención a las clases, le gustaba el curso de religión y de historia. En su secundaria comenzó a tener problemas con sus calificaciones pues tenía muchas responsabilidades en la casa de su tía, menciona: *“a mí siempre me ha gustado estudiar, pero cuando vivía con mi tía no podía, tenía que hacer todo, es más, como yo llevaba a mis primas al colegio, yo le rogaba a la portera que me abriera la puerta porque yo llegaba a las 9 o 10 de la mañana a mi colegio y después como tenía que recogerlas igual, salía a las 12 en punto cuando la salida era a la 1 de la tarde”*.

Respecto a su educación superior, refiere que se matriculó en un instituto, pero solo estudió algunos meses pues quedó embarazada cuando tenía 20 años, recuerda que ella tenía ideas de suicidarse; sin embargo, menciona *“no me quería matar por estar embarazada si no porque mi mamá quería que aborte a mi hijo, pero yo no quería hacerlo”*. Por esta razón, comenta que se fue por una semana de su casa, y fue en ese tiempo en el cual sus ideas de acabar con su vida aumentaron; pues, sentía que si volvía a su casa, su madre la haría abortar, y ella no podría vivir en paz con ello.

La paciente comenta que su adolescencia estuvo marcada por los abusos por parte de sus familiares, pues manifiesta recuerdos de tocamientos indebidos. Considera que su vida sexual inició a los 14 años, pues como indica, es la edad en que uno de sus familiares extensos abusó sexualmente de ella. Recuerda que ese hecho se lo contó a una prima, pero esta, no le creyó. Producto de ello, se sintió muy sola y sin el apoyo de su familia, así que comenzó a visitar la casa de su padre con más regularidad, de manera que ya no pasará mucho tiempo en la casa donde vivía.

Menciona que en su casa jamás se habló de la sexualidad, pues su familia creía que era “algo malo” hablar de ese tema. Aprendió a través de la

experiencia. Recuerda que su menarquia tuvo lugar cuando tenía 10 años. Su periodo ha sido irregular y con cólicos intensos que en ocasiones la llevaban a la posta para ponerle inyecciones, aunque consumía regularmente pastillas para los cólicos menstruales. Actualmente se cuida con un dispositivo anticonceptivo.

En cuanto a la elección de parejas, refiere que, debido a su experiencia de vida, luego de su primer embarazo se negó a tener pareja. Manifiesta que no le agradaban los varones y que no se sentía cómoda cuando alguno intentaba cortejarla. Fue recién cuando su hijo cumplió los 10 años, que conoció a su actual esposo y decidió iniciar una relación con él. Está casada desde hace 1 año y 6 meses, pero conviven desde hace 10 años. Considera que el matrimonio es para siempre y que es necesario estar seguro de querer de verdad a la persona para casarse. El día de su boda estuvo junto a sus hijos, su madre, primos y tíos, así como también los acompañó la familia e hijos de su esposo.

Con su actual esposo tiene dos hijos, una de 9 años siendo mujer y su hijo de 2 años con 6 meses. Considera que en la actualidad se lleva bien con su esposo, reconoce que ambos intentan ser más comprensivos mutuamente. Lo que no le gusta de su esposo es que sea impaciente, pues según refiere: *“todo lo quiere para ya, como si yo tuviera diez manos”*; por otro lado, lo que más le agrada de su esposo son sus bromas, le gusta que la haga reír.

A la fecha se encuentra “fastidiada” según manifiesta, pues su esposo en ocasiones le pide tener relaciones sexuales, pero ella no siente deseo sexual desde hace aproximadamente 3 meses, por lo que piensa que está atravesando por la menopausia y que su esposo no la comprende. Además, está experimentando sensibilidad emocional, ya que refiere: *“últimamente todo me afecta, estoy llorando mucho, cuando mi esposo me ve, me pregunta el porqué, pero a veces no sé qué decir”*.

En la actualidad su padre lleva 23 años de fallecido producto de una enfermedad que la evaluada desconoce; sin embargo, recuerda que su papá en los últimos años de vida fue muy difícil para él, pues no podía moverse ni

cuidar de sí mismo, por lo que ella debía encargarse de su cuidado. Asimismo, menciona que con su padre siempre tuvo una buena relación. Por otra parte, la madre, actualmente cuenta 76 años de edad, siendo ama de casa, con ella no siempre se ha tenido una buena relación y actualmente se encuentran distanciadas por temas legales. La evaluada indica sentirse muy mal emocionalmente por lo sucedido con su madre, pues, cuenta que ha sido denunciada, culpada de secuestro y agresión, y ha sido despojada de su vivienda y bienes de manera repentina. Del mismo modo, explica *“no entiendo por qué mi madre me ha hecho todo esto, yo siempre la he cuidado. Cuando se enfermó, nadie la vio, mi esposo y yo la cuidamos y ella nos paga así. Siempre la he cuidado, siempre la he querido y ella me paga de esta manera y me rompe de dolor”*, esto, junto a otros manifiestos referentes al caso legal con su madre, se realizaron siempre acompañados de llanto. Del mismo modo, menciona también que producto de este problema, ha pensado en quitarse la vida junto a sus hijos, mencionando *“cuando recién me habían desalojado pensé en acabar con todo, que sería mejor si mis hijos y yo ya no estuviéramos en este mundo”*

La paciente refiere tener dos hermanos, su hermano mayor tiene 43 años y trabaja en una fábrica de plásticos; con él actualmente es con quien tiene problemas legales por violencia familiar. Su segundo hermano, tiene 42 años y con él ha mantenido una relación cercana hasta hace algunos años; sin embargo, en la actualidad están distanciados debido a los problemas legales que tiene con su otro hermano.

#### Problema actual

La evaluada indica que todo el problema comenzó luego de que su madre se mudó junto a su hijo mayor, pues posterior a ello, recibió una notificación del poder judicial, en donde la citaban a la corte para declarar sobre una denuncia de agresión intrafamiliar y secuestro hacia su madre. Durante la declaración, recuerda haberle gritado y llorado a su madre, quien se hallaba frente a ella en el juzgado, reprochando por lo sucedido y pidiendo que diga la verdad. Debido a este acto, indican que el juez dictó la sentencia de desalojo para la evaluada y sus hijos, así como las medidas de protección para la demandante, su madre. Este hecho la obligó a mudarse de hogar y cambiar drásticamente su estilo de

vida, pues el espacio de vivienda se ha visto considerablemente reducido, sumado a los problemas económicos por los que venía atravesando. También menciona que este hecho fue por decisión de su hermano, quien, según explica, ha obligado a su madre para realizar esta denuncia, con la finalidad de quedarse con la vivienda que compartían.

A raíz de todo lo ya mencionado y con la angustia e impotencia que refiere haber experimentado, tuvo ideaciones suicidas, y aunque actualmente manifiesta no pensar más en ello, su estado de ánimo se encuentra bajo y su placer o disfrute por las actividades han disminuido, así como su líbido.

### Evaluación psicológica

#### 1. Examen mental

Descripción general: Comportamiento, porte y actitud:

##### a. Apariencia general y actividad psicomotora

Paciente de 40 años, contextura gruesa y estatura promedio (1.45 aprox.), de tez trigueña y cabello a la altura de los hombros color negro. Mostraba una apariencia limpia y aseada, con vestimenta acorde al lugar en el que se encontraba. Por otra parte, no presentaba molestias físicas.

##### b. Comportamiento y actividad motora

La paciente a nivel motor se muestra flexible y ágil, pues podía caminar de manera normal y mover sus brazos de igual manera. Asimismo, se le notó sosegada e interesada, lo cual se reflejaba tanto en los gestos, como en los movimientos que empleó. Cabe resaltar que durante la primera sesión se mostró con cierta rigidez corporal y contacto visual muy escaso, conductas que fueron disminuyendo con el transcurso de las siguientes entrevistas.

##### c. Actitud hacia el entrevistador y el examen

La paciente, durante todas las sesiones cooperó con la entrevista y se mostró atenta a las preguntas que se le realizaban, no obstante, hubo momentos en los que se distraía por las interrupciones, debido a ruidos cercanos a su domicilio.

A lo largo de las primeras entrevistas, la paciente sólo mantenía contacto visual cuando el examinador le realizaba las preguntas, pero, con el paso de las sesiones esto cambió y pasó a mantener la entrevista con la mirada fija a los ojos del entrevistador. Cabe resaltar que el hablar de su madre era un tema que le generaba gran impacto emocional, pues en ocasiones se le enrojecían los ojos, e incluso, manifestó su tristeza a través del llanto cuando contó sobre los problemas que estaba atravesando ella. Por otra parte, siempre se mostró respetuosa y colaboradora con las entrevistas que se le realizaban.

d. Observación del ambiente

Las entrevistas se realizaron durante 45 minutos aproximadamente, en un rango de horario proporcionado por disponibilidad del paciente. Asimismo, estas se llevaron a cabo dentro de la habitación donde vivía la evaluada.

## **2. Descripción específica revisión de las funciones parciales**

Conciencia:

a. Conciencia y atención

La entrevistada era consciente del estado en el que se encontraba, por qué se llevaba a cabo la entrevista y de qué tema desea conversar, es decir, estaba lúcida. Asimismo, la paciente no mostró distraibilidad durante la sesión, pues su foco de atención se mantuvo únicamente hacia el entrevistador y las preguntas que se le realizaban, ni alguna otra alteración de la atención tales como hiperprosexia, pseudoprosexia u otras.

b. Orientación en el tiempo, lugar y persona

La paciente se encontraba consciente de la fecha en las que era evaluada, la semana, mes y el año. Por tales motivos, no se evidenció alguna alteración a nivel de orientación en el paciente.

Curso del Lenguaje:

a. Velocidad y producción del lenguaje

Se observó que la paciente no cuenta con alguna alteración en el lenguaje, siendo un lenguaje coherente, espontáneo y coloquial; tanto a las indicaciones, como a las preguntas del entrevistador y posee un discurso normal, así como un tono de voz adecuado.

Estado afectivo: Emociones, estados de ánimo, actitudes emocionales

a. Estado de ánimo dominante

La evaluada, durante las sesiones que se llevaron a cabo, se mostró generalmente triste y ansiosa, pues, como menciona, estuvo abriendo muchos aspectos importantes de su vida con nosotros. Asimismo, en paralelo a la realización de las entrevistas, comentó las dificultades que estaba atravesando en cuanto a temas entre su familia y ella.

b. Relación entre el estado de ánimo y contenido

Su estado de ánimo y contenido iban de la mano, ya que los hechos tristes que mencionaba se veían reflejados en sus expresiones, tales como enrojecimiento de ojos, leve musitación, pausas intermitentes del habla, entre otras. Cabe resaltar que, con el pasar de las entrevistas, se mostró con un semblante distinto, más dispuesta y abierta al diálogo, contrario a las primeras entrevistas en donde se mostraba mucho más reservada en cuanto al diálogo.

Pensamiento: temas de preocupación, y actitudes dominantes

a. Pensamiento

En cuanto al pensamiento del paciente, es posible, la presencia de un Pensamiento Circunstancial, pues, cuando respondía a una pregunta, mencionaba muchas otras ideas relacionadas entre sí, y las describía detalladamente. Por ello, mostraba dificultades para llegar a una conclusión en sí que pueda responder de forma más concisa a las interrogantes que se le formularon, y con ello, el tiempo que se tomaba por respuesta era mayor.

b. Temas de preocupación

El tema de mayor preocupación, según manifestación propia de la evaluada, se debía a problemas judiciales familiares, manifestando que su madre la había

denunciado por motivos que ella realmente desconoce, pues refiere que las acusaciones en su contra son falsas e infundadas.

c. Actitudes dominantes

Se observó que la paciente durante la entrevista se mostró tranquila y pasiva; no obstante, ella refiere que siempre ha sido “tranquila”, pues nunca le ha gustado estar en problemas con nadie y cuando estos suceden, en la medida de lo posible, lo evita. Menciona también que siempre le afecta mucho el tener problemas con las demás personas, y que, ahora, el atravesar tantas discusiones a nivel familiar, la mantienen muy mal emocionalmente.

Percepción:

No muestra alteraciones de la percepción y manifestando no haber experimentado alucinaciones, agnosias o algún tipo de ilusión.

a. Trastornos cuantitativos

La paciente no presenta alteración de la percepción a nivel cuantitativo.

b. Trastornos cualitativos

La paciente no presenta alteración de la percepción a nivel cualitativo.

Alteraciones de los ritmos vitales:

a. Alimentación

Su alimentación es óptima, se alimenta adecuadamente y no manifiesta rechazo a alguna comida.

b. Sueño

La paciente manifestó que tiene insomnio, pues por las noches se le dificulta muchísimo conciliar el sueño, ya que se encuentra constantemente pensando en los problemas que tiene que solucionar con su madre y hermano, así como el desalojo por el que acaba de atravesar

Memoria, capacidad intelectual



a. Memoria

Da respuesta sin dificultad alguna a los hechos personales, como: fechas memorables, la fecha de su cumpleaños, edad de su hermano o madre, o episodios que aportaron con gran relevancia la entrevista.

b. Retención y memoria inmediata

Presuntamente, la paciente no tiene dificultad para recordar hechos inmediatos, tales como el mencionar palabras que se le pidieron recordar. Ejemplo: se le pidió recordar tres palabras (piña, mesa y peso), las cuales luego de unos minutos se le consultó; de las tres palabras mencionadas pudo recordar todas sin dificultad.

c. Cálculo

Se pudo observar que el paciente no presenta alguna dificultad para realizar el cálculo. Cuando se le realizaron preguntas acerca del área lógico matemática, entre las que se pueden encontrar, ¿ordena de manera inversa la sucesión de los siguientes números 4, 9, 1,7? Manifestó “7, 1, 9, 4”, o, ¿puedes restar de 7 en 7 desde 100?, la cual tuvo como respuesta un “93, 86, 79”. Asimismo, se le realizaron preguntas con la finalidad de deletrear alguna palabra, en este caso la palabra fue “mundo”, a lo cual el paciente deletreó como “m, u, n, d, o”, una respuesta acertada, descartando así, algún problema a nivel lógico matemático en el paciente.

Comprensión de la enfermedad, grado de incapacidad:

En cuanto al aspecto psicológico del paciente, se le realizó una pequeña examinación mental (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION-FOLSTEIN), en la cual obtuvo una puntuación igual a 27, de un total de 30, lo cual significa una adecuada capacidad cognoscitiva; sin embargo, para la corroboración de los resultados y un análisis más detallado de los mismos, se aplicaron una serie de pruebas, las cuales se presentarán a continuación.

**Técnicas empleadas:**

Observación y Entrevista Psicológica

**Pruebas administradas:**

El procedimiento de administración y corrección de las pruebas aplicadas, se ha proseguido las normas establecidas en los manuales de estas:

## Pruebas Psicométricas:

- Inventario Clínico Multiaxial De Millon-III
- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Cociente Emocional (Ice de Baron)
- Escala de Habilidades Sociales
- Escala del Clima Social en la familia

## Pruebas Proyectivas:

- Test de la Figura Humana de K. Machover
- Test de Frases Incompletas De Sacks

## Resultados

### Tabla 1

#### *Resultados de las pruebas aplicadas*

Pruebas	Resultados
Inventario Clínico Multiaxial de Millon III	En el MCMI III la evaluada obtuvo, respecto a los patrones clínicos de personalidad, puntajes significativos en personalidad Dependiente (109), Pasivo-Agresivo (109) y Autoderrotista (109). Estos patrones de personalidad indicarían que la evaluada tiende a mostrar un cierto grado de dependencia ya sea con personas u objetos, puesto que suele ser insegura y evita tomar decisiones por su cuenta, además de mantener una visión auto derrotista y pesimista de sus habilidades y capacidades, ya que duda constantemente de lo que hace y se culpabiliza por las consecuencias de sus acciones, dejando de lado los aspectos positivos de su personalidad; lo que puede conllevar a una actitud Pasivo-Agresiva por estar disconforme con lo que hace y pensar en merecer lo que le está ocurriendo, pero sintiéndose culpable por la situación en la que se halla su familia. De igual manera, respecto a los indicadores de Síndromes Severos, obtuvo puntajes significativos en Desorden del Pensamiento (92) y Depresión Mayor (89), lo que también denota en su discurso a lo largo de las sesiones.
Inventario de Depresión Beck	Se obtuvo una puntuación de 37, este resultado, podría tomarse como indicador de que la evaluada estaría presentando una depresión severa, con síntomas de incapacidad en la toma de decisiones, pérdida o ausencia de interés por actividades anteriormente placenteras, aumento de la capacidad de fatiga y vitalidad, además de la presencia de tristeza y llanto, sentimientos de culpa, pérdida de interés y placer por su vida, trastornos del sueño y del apetito, ánimo o humor depresivo no habitual en el paciente y constante durante todo el día, despreocupación por su salud y aspecto físico en general, y presencia de ideaciones suicidas.
Inventario de Cociente Emocional (Ice de Baron)	De manera general la evaluada se encuentra en un nivel bajo del estado de ánimo, caracterizado por la falta de satisfacción con su vida y expresión de emociones positivas, así como la dificultad para solucionar problemas. Por otra parte, presenta regular manejo de relaciones interpersonales; sin embargo, estas relaciones se forman a nivel superficial, pues, le es complicado mantener relaciones más íntimas emocionalmente de manera satisfactoria. Asimismo, se muestra como una persona capaz de resistir eventos adversos debido a su capacidad para controlar sus expresiones. Por otra parte, le resulta difícil decidir por sí misma y dirigir sus acciones sin intervención de terceros, espera la aprobación del resto para aceptarse, respetarse y poder comprender aspectos positivos y negativos. En cuanto a su nivel de adaptabilidad, muestra muchas dificultades para identificar lo que experimenta

emocionalmente, no puede ajustar adecuadamente sus emociones pensamientos ni conductas con respecto a las situaciones cambiantes que se presentan, así como se le dificulta identificar soluciones efectivas a dichas situaciones.

Escala de Habilidades Sociales	Con los resultados obtenidos, de modo general la evaluada obtuvo un nivel bajo de habilidades sociales de los cuales son los siguientes: en cuanto a la autoexpresión de situaciones sociales, se evidencia tener poca facilidad para las interacciones en diferentes situaciones sociales, de trabajo, en espacios, en grupos comunitarios y juntas sociales para manifestar las opiniones y sentimiento propios. En la defensa de los derechos propiamente, se evidencia poca denotación de conductas asertivas ante otras personas no conocidas en defensa de los propios derechos. Se evidencio expresión de enojo o desacuerdo en cuanto a la dificultad para manifestar discrepancias y el preferir callar lo que a le molesta. Así mismo se indica poca destreza para alejar amistades, relaciones e interacciones que no se desea conservar.
Escala de Clima Social en la Familiar	Se evidencia un inadecuado clima social familiar, caracterizado por una mala relación entre los miembros de la familia pues no se comunican asertivamente entre ellos así mismo no todos tienen la libertad de expresar sus opiniones y sentimientos, por lo que ocasiona que se encuentren en constantes situaciones de conflicto donde han llegado a lastimarse física y psicológicamente y hasta iniciar un proceso legal. Así mismo, existe un inadecuado crecimiento personal de cada miembro que integra la familia, ya que no han desarrollado adecuadamente su autonomía pues han presentado conflictos debido a que solo un miembro de la familia debe cumplir con las labores del hogar y es la responsable de velar por el bienestar de los demás miembros, además de que no se evidencia, así mismo el ámbito familiar, la práctica de valores éticos y religiosos, pues suelen ser irrespetuosos y agresivos entre sí. Finalmente, se puede observar que existe inestabilidad en el clima familiar, ya que no cuentan con una adecuada organización familiar pues las responsabilidades de la familia recaen en uno solo de sus miembros y no de manera equitativa.
Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover	Los resultados obtenidos del Test de la Figura Humana de Karen Machover, positivamente destaca que es una persona educada, moralista, y con sus valores bien marcados. Sin embargo se puede concluir que la evaluada tiene rasgos de personalidad dependiente, siendo ello lo más destacable en la evaluación. Aparte de ello resaltan rasgos de personalidad depresiva y melancólica. Tiene dificultades para adaptarse al cambio, por lo que busca mantenerse en su zona de confort así no sea positivo para ella. Del mismo modo, se muestra desconfiada de su propia productividad con sentimientos de deficiencia, deseos de aprobación social y facilidad de manipular.
Test de completamiento de Frases Incompletas de Sacks	Se observan problemas relativos a los vínculos amorosos que pueda formar, así como falta de decisión y conductas de sumisión; estos, provocados por el trato de niña al que se mantiene acostumbrada, lo cual se expresa mediante mecanismos regresivos y actitudes infantiles. Asimismo, proviene de una familia de padres negligentes, que la obligan a buscar atención en personas externas, generando rasgos dependientes; conductas que generan en ella problemas de seguridad, dificultades con las figuras de autoridad y un gran remordimiento por hechos realizados en el pasado. Además, destaca la necesidad de la evaluada hacia una figura paterna, siendo una de las áreas de conflicto más resaltantes en la evaluación.

## Discusión

Los resultados del trabajo permitieron identificar el predominio de la familia en el desarrollo de un trastorno depresivo. Encontrando respuesta en los sucesos adversos, a nivel familiar, que la evaluada ha pasado a lo largo de su vida, y que concluyen en la sintomatología correspondiente a un trastorno depresivo. Sánchez, Osornio y Ríos (2019), obtuvieron como resultado que a menos habilidades sociales básicas, mayores niveles de depresión; lo que explica que, las interacciones con el entorno nos brindan un mejor nivel de afrontamiento y menores niveles de depresión. Esto pudo contrastarse y relacionarse con los resultados en la Escala de Habilidades Sociales, que resultó con un nivel bajo de habilidades sociales y poca facilidad para las interacciones en situaciones sociales, así como para manifestar sus opiniones y sentimientos; explicado también en su historia actual, presente de sintomatología referente a un trastorno depresivo.

Martínez y Rosales (2019) relacionan a la teoría de la Indefensión Aprendida como explicación a que los traumas, problemas y demás hechos adversos desencadenan una serie de emociones y sentimientos negativos asociados, que introducen a las mismas personas, en un sufrimiento y resignación constante. Explicados y manifiestos como consecuencia observable en su vivencia, la cual se halló marcada por episodios de gran carga emocional, desde la separación de sus padres, internamiento en un Puericultorio y sucesos de abuso físico y sexual durante su adolescencia, que continuaron en el rechazo de su madre hacia su primer embarazo y por el cual decidió irse de casa, así como el problema actual de juicio; llegando a desencadenar una afectación negativa y resignación a superar las adversidades, pues fue evidenciados en el Inventario de Depresión de Beck y el Test de la Figura Humana dado los resultados. Por su parte, Buitrago, Pulido y Guichá-Duitama (2017), evidencian cómo la sintomatología depresiva se relaciona con la cohesión familiar, explicando que, a mayor grado de separación y desconexión familiar, mayores índices de sintomatología depresiva. Evidentes en los resultados alcanzados de la Escala de Clima Social Familiar, donde se identificó un inadecuado clima social familiar, caracterizado por una mala relación en medio de los miembros de la familia; también por las dificultades y problemas familiares presentes desde

la niñez, tales como la separación temprana de sus padres y experiencias de internamiento en el puericultorio, eventos que generaron en ella una sensación manifiesta de desconexión familiar y soledad, con repercusión en su estado anímico, sueño y alimentación.

Asimismo, Ríos y Yanamoto (2016), demostraron la existencia significativa entre la relación de ideación suicida y un clima social familiar desfavorable, manifestado en las relaciones conflictivas y su proveniencia de una familia desestructurada, conflictos que continuaron cuando pasó a vivir con sus tíos en Lima. Asimismo, en la actualidad se hacen más evidentes los conflictos familiares debido a los resultados del Test de Frases Incompletas de Sacks, donde se evidencian problemas con los padres caracterizados por la negligencia: así como consecuencia del problema judicial que atraviesa directamente con su familia nuclear, y de los cuales manifiesta haber presentado ideas de acabar con su vida.

El manual DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), identifica dentro del factor de riesgo ambiental, a aquellos sucesos adversos que se atraviesan durante la infancia y que se ven repetidos en diversas ocasiones, pues refiere que los factores pueden influir, de gran medida, en contraer un trastorno depresivo. En relación con el presente estudio de caso, se identifican problemas a nivel familiar desde la infancia de la evaluada, situaciones adversas que, con el paso de los años continuaron sucediendo y que evidencian el impacto psicológico mediante las entrevistas y evaluaciones realizadas. Explicando bajo la literatura expuesta por el DSM-V, el factor influyente, en este caso, para el desarrollo de un trastorno depresivo.

Según los criterios diagnósticos del CIE10, este caso presenta un Episodio depresivo leve, pues, cumple con los criterios correspondientes al mismo. Para ello, se requirió de la información en conjunto obtenida por medio de la entrevista, observación y pruebas aplicadas; aunque el inventario de depresión de Beck arrojó resultados propios a depresión severa, estos no se pudieron reflejar en los resultados del resto de pruebas ni en la entrevista y observación; por lo cual, en base al análisis general de la información, se pudo obtener el diagnóstico adecuado.

## Conclusiones

- Durante su niñez, se fueron formando los primeros sentimientos de culpa y resentimiento, tanto a sus progenitores, como a sí misma.
- En el área de personalidad se evidencian rasgos dependientes y tendencias depresivas, con sentimientos de culpa e inseguridad, así como conductas de sumisión y desvalimiento.
- Se encuentran disturbios manifiestos en una relación disfuncional y distante con los padres y hermanos, con conflictos no resueltos.
- La depresión como rasgo se halla presente a lo largo de la historia del caso, y evidencia ante el afrontamiento de eventos específicos en su historia.
- La familia propició el desarrollo de un trastorno depresivo debido a los eventos adversos atravesados, y su impacto a nivel emocional.
- Los signos y síntomas evidenciados no responden mejor a ningún trastorno distinto al depresivo.
- El presente caso cumple con los criterios diagnósticos propios del CIE10 y referentes a un Episodio depresivo leve.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. Editorial médica panamericana: Madrid, España
- Berenzon, S., Asunción, M., Robles, R. & Medina- Mora, M. (2013). *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México*. Scielo, 55(1). Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011)
- Buitrago, J., Pulido, L. y Guichá, A. (2017). *Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá*. Psicogente, 20(38), 296-307. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00296.pdf>
- Castilla, M. (2013). *Clima familiar en estudiantes de la institución educativa secundaria Ángela Moreno de Gálvez de Tarma*. Recuperado de <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1741/CLIMA%20FAMILIAR%20EN%20ESTUDIANTES%20DE%20LA%20INSTITUCION%20EDUCATIVA%20SECUNDARIA%20ANGELA%20MORENO%20TARMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chuquimajo, S. (2017). *Personalidad y Clima social familiar en adolescentes de familia nuclear, biparental y monoparental*. Revista de Investigación en psicología, 20(2), 347. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/321984346\\_Personalidad\\_y\\_clima\\_social\\_familiar\\_en\\_adolescentes\\_de\\_familia\\_nuclear\\_biparental\\_y\\_monoparental](https://www.researchgate.net/publication/321984346_Personalidad_y_clima_social_familiar_en_adolescentes_de_familia_nuclear_biparental_y_monoparental)
- CIE-10. (1992). *Trastornos del Humor. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra.
- Díaz, C., y Reinoso, J. (2018). *Trastornos de personalidad y riesgo psicosociales en adolescentes en etapa escolar de nivel secundario de instituciones*



*educativas de un distrito de Chiclayo 2016*. Repositorio Académico USMP. Recuperado de <https://1library.co/document/q059oo9y-trastorno-personalidad-psicosociales-adolescentes-secundario-instituciones-educativas-chiclayo.html>

Galarza, C. (2012). *Relación entre el nivel de habilidades sociales y el clima social familiar de los estudiantes de la I.E.N. Fe y Alegría 11, Comas-2012*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de <https://docplayer.es/76341587-Relacion-entre-el-nivel-de-habilidades-sociales-y-el-clima-social-familiar-de-los-adolescentes-de-la-i-e-n-fe-y-alegría-11-comas-2012.html>

Gonzáles, J., Macuyama, T., Silva, Z. (2013). *Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto*. Enferm Herediana. 6(2), 66-77). Recuperado de <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/factoresfamiliarsqueinfluyenenlasmanifestacionesdepresivasenadolescentes.pdf>

Haranburu, M., Esteve, J., Balluerka, N., Gorostiaga, A. y Guerra, J. (2011). *Trastorno de la personalidad por dependencia: etiología y tratamiento*. Psicología.com, (15). Recuperado de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/trastorno-de-la-personalidad-por-dependencia-etilogia-y-tratamiento/>

Hoyos, E., Lemos, M. y Torres, Y. (2012). *Factores de Riesgo y de protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín*. International Journal of Psychological Research, 5(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539013>

Isaza, L. y Henao, G. (2010). *Relaciones entre el clima social familiar y el desempeño en Habilidades Sociales en niños y niñas entre dos y tres años de edad*. Acta Colombiana de Psicología. Recuperado de <https://studylib.es/doc/7729678/espa%C3%B1ol>

Irarrázabal, N. (2012). *Evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la universidad de Chile*. (Tesis de Pregrado):

Universidad de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117100/TESIS%20Ps.%20Nataila%20Irrar%C3%A1zabal.pdf?sequence=1>

Mardones, C. (2016). *Tipologías modales multivariadas en habilidades sociales en el marco de la personalidad eficaz en contextos educativos de educación secundaria chilenos y españoles*. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/40551/1/T38154.pdf>

Martínez, M. y Rosales, C. (2019). *La indefensión aprendida: un asunto de interés para el estudio de procesos psicológicos y sociales*. Revista Electrónica Sinergias Educativas, 4(1). Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/331640229\\_La\\_Indefension\\_Aprendida\\_un\\_asunto\\_de\\_interes\\_para\\_el\\_estudio\\_de\\_procesos\\_psicologicos\\_y\\_sociales](https://www.researchgate.net/publication/331640229_La_Indefension_Aprendida_un_asunto_de_interes_para_el_estudio_de_procesos_psicologicos_y_sociales)

Ministerio de Salud. (2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental. Perú 2018*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>.

Ministerio de Salud. (2012). *Aportes para la operativización del Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización*. Recuperado de [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/GPC\\_575\\_Depresion\\_infancia\\_Avaliat\\_compl\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl_0.pdf)

MINSAL. (2013). *Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas: Chile*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

Navarro, J., Moscoso, M., Calderón, G. (2017). *La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática*. Liberabit, 23(1), 57-

74- Recuperado de <http://ojs3.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit/article/view/15/52>

Ochoa, C., Cruz, A. y Moreno, N. (2015). *Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual?* Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 6(1), 113-135. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5123749.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (9 de octubre del 2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento* (Comunicado de prensa). Recuperado de [https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental\\_health\\_day\\_20121009/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_work\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf)

Ortego, M., López, S., Álvarez, M. y Aparicio, M. (2011). *Las habilidades sociales. Ciencias Psicosociales* Universidad de Cantabria: España. Recuperado de [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1485/course/section/1935/tema\\_08-2011.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1485/course/section/1935/tema_08-2011.pdf)

Quispe, L. (2018). *Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz, diciembre 2017*. (Tesis de Bachiller: Universidad San Juan Bautista). Recuperado de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1467/T-TPMC-LUCERO%20SOLEDAD%20QUISPE%20ERASMO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Reyes, C y Carrasco, I. (2013). *Inteligencia emocional en estudiantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es>

Rios, G. y Yamamoto, A. (2016). *Clima social familiar e Ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este*. (Tesis de

Pregrado, Universidad Peruana Unión). Recuperado de [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/146/Gabriela\\_Tesis\\_bachiller\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/146/Gabriela_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Salvaggio, D. y Sicardi, E. (2014). *La personalidad*. Ficha de la Cátedra Psicología de las Organizaciones: Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/2410>

Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Sanchez, A., Osornio, L., y Ríos, M. (2019). *Habilidades sociales básicas y su relación con la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de Medicina*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Revista electrónica de psicología Iztacala, 22(2). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192d.pdf>

Skodol, A. (2018). *Trastornos de personalidad dependiente*. University of Arizona College of Medicine. Recuperado de <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-personalidad-dependiente>

Torrel, M. y Delgado, M. (2013). *Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013*. Ciencias y Desarrollo Universidad Alas Peruanas, 17(1). Recuperado de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/1102>

Ugarriza, N., y Pajares, L. (2016). *La Evaluación de la Inteligencia Emocional a través del Inventario de Bar-on ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes*. Recuperado de [https://www.academia.edu/11994813/Ugarriza\\_and\\_Pajares\\_Muy](https://www.academia.edu/11994813/Ugarriza_and_Pajares_Muy)

# ANEXOS

## Anexo 1: Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento se solicita su participación en un trabajo de investigación. Se le explicará en este documento sobre los objetivos y procedimientos de su participación en esta investigación, con la finalidad que Ud. libremente decida. Esta investigación está siendo realizada por estudiantes de la Carrera de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Sur para la realización de un trabajo de investigación para el curso "Evaluación y Diagnóstico Psicológico".

El objetivo es que a partir de las entrevistas, observación y aplicaciones de pruebas psicológicas, se pueda identificar y por tanto concluir, de qué manera influye la familia en el desarrollo de un trastorno depresivo. Se le invita a participar en el presente estudio de caso, debido a que Ud. cumple con la sintomatología referente a un trastorno depresivo, y solicitó, voluntariamente, participar de la presente investigación. La información obtenida, será de gran utilidad para ayudar a la realización del trabajo de investigación en mención.

### CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

La participación de Ud. es confidencial y anónima. La participación en este estudio es, así mismo, totalmente voluntaria; es decir, no tiene que participar de este estudio si no lo desea. En el caso acepte participar, se le brindará una copia de este documento. Asimismo, si Ud. desea retirarse de la investigación, podrá hacerlo en cualquier momento sin ninguna dificultad o perjuicio. Lo importante es que se sienta cómodo(a) y seguro(a) con la decisión sobre su participación en la investigación.

### AFIRMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Se me ha explicado acerca de esta investigación y yo [Redacted], con DNI [Redacted], autorizo mi participación. Si tengo alguna duda con respecto a mis derechos como participante, alcances del presente trabajo, y de más información, puedo comunicarme con los responsables: Julio Vizarreta Donayre, con DNI [Redacted]; Rodrigo Ramírez Mallco con DNI [Redacted]; y Kinberly Ccorimanya, con DNI [Redacted].

Lima, 28 de Setiembre del 2019.


[Redacted Signature]

Firma del participante


**Anexo 2: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III**

NOMBRE		V	
Tiempo de enfermedad		I	
TEST	VALIDO	PORCENTAJE	
<b>La vida emocional siempre es un problema</b>			
<b>Trastorno clínico de personalidad</b>		<b>Devl-</b>	<b>DE</b>
<b>1</b>	Esquizoide	9	63
<b>2A</b>	Esclitico	8	62
<b>2B</b>	Depresivo	10	68
<b>3</b>	Depresivo	7	47
<b>4</b>	Histrionico	12	36
<b>5</b>	Narcisista	14	67
<b>6A</b>	Narcisista	8	62
<b>6B</b>	Agresivo-narcisista	14	68
<b>7</b>	Compulsivo	9	28
<b>8A</b>	Neurótico (pasivo-agresivo)	9	60
<b>8B</b>	Autodestructivo	7	63
<b>Algunos rasgos de personalidad</b>		<b>Devl-</b>	<b>DE</b>
<b>S</b>	Esquizotípica	10	66
<b>C</b>	Límite	9	63
<b>P</b>	Paranoide	11	69
<b>Síndromes clínicos</b>		<b>Devl-</b>	<b>DE</b>
<b>A</b>	Trastorno de Ansiedad	9	83
<b>H</b>	Trastorno Somatoforme	8	68
<b>H</b>	Trastorno Bipolar	10	72
<b>D</b>	Trastorno Dicotímico	6	60
<b>B</b>	Depresión del alcohol	8	75
<b>T</b>	Depresión de ansiedad	9	73
<b>R</b>	Trastorno de fobia psicógena	8	65
<b>Síndromes clínicos graves</b>		<b>Devl-</b>	<b>DE</b>
<b>SS</b>	Trastorno del pensamiento	12	78
<b>CC</b>	Depresión mayor	9	67
<b>PP</b>	Trastorno delirional	8	80
<b>Escala Modificadora</b>		<b>Devl-</b>	<b>DE</b>
<b>Z</b>	Sinceridad	102	102
<b>T</b>	Deficiencia Social	11	53
<b>Z</b>	Devaluación	21	81
<b>T</b>	Validar	>	>

**Anexo 3: Inventario de depresión de Beck (BDI)**



Cuestionarios y  
escalas de valoración  
en salud mental

**BDI** 


**Identificación** \_\_\_\_\_ **Fecha** 21-10-19

*En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.*

1.
  - No me siento triste.
  - Me siento triste.
  - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
  - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.
  - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
  - Me siento desan. **Reducir el documento**
  - Siento que no tengo que esperar nada.
  - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3.
  - No me siento fracasado.
  - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
  - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
  - Me siento una persona totalmente fracasada.
4.
  - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
  - No disfruto de las cosas tanto como antes.
  - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
  - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
  - No me siento especialmente culpable.
  - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
  - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
  - Me siento culpable constantemente.
6.
  - No creo que esté siendo castigado.
  - Me siento como si fuese a ser castigado
  - Espero ser castigado.
  - Siento que estoy siendo castigado.
7.
  - No estoy decepcionado de mí mismo.
  - Estoy decepcionado de mí mismo.
  - Me da vergüenza de mí mismo.
  - Me detesto.



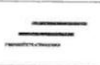


**BDI** 

Identificación ..... Fecha .....

8.
  - No me considero peor que cualquier otro.
  - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
  - Continuamente me culpo por mis faltas.
  - Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.
  - No tengo ningún pensamiento de suicidio.
  - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
  - Desearía suicidarme.
  - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10.
  - No lloro más de lo que solía.
  - Ahora lloro más que antes.
  - Lloro continuamente.
  - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11.
  - No estoy más irritado de lo normal en mí.
  - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
  - Me siento irritado continuamente.
  - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12.
  - No he perdido el interés por los demás.
  - Estoy menos interesado en los demás que antes.
  - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
  - He perdido todo el interés por los demás.
13.
  - Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
  - Evito tomar decisiones más que antes.
  - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
  - Ya me es imposible tomar decisiones.
14.
  - No creo tener peor aspecto que antes.
  - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
  - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
  - Creo que tengo un aspecto horrible.



**BDI** 

Identificación ..... Fecha .....

15.  Trabajo igual que antes.  
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.  
 No puedo hacer nada en absoluto.
16.  Duermo tan bien como siempre.  
 No duermo tan bien como antes.  
**Ampliar el documento**  Una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17.  No me siento más cansado de lo normal.  
 Me canso más fácilmente que antes.  
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18.  Mi apetito no ha disminuido.  
 No tengo tan buen apetito como antes.  
 Ahora tengo mucho menos apetito.  
 He perdido completamente el apetito.
19.  Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
 He perdido más de 2 kilos y medio.  
 He perdido más de 4 kilos.  
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI  NO
20.  No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.  
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.  
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.  
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21.  No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo  
 Estoy menos interesado por el sexo que antes  
 Estoy mucho menos interesado por el sexo  
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

**37**

Depresión grave

**Anexo 4: Inventario de cociente emocional de Baron (ICE DE BARON)**

**Informe psicológico del Inventario de Conciencia Emocional de Baron**

I) DATOS PERSONALES:

Nombre: V|

Edad: 40 años

Fecha de nacimiento: 12/11/1978

Fecha de evaluación: 6/11/2019

II) RESULTADOS:

	PUNTAJES		CATEGORIA
	BRUTO	CONV.	
CE INTRAPERSONAL	139	84	Baja, necesita mejorar
CE INTERPERSONAL	98	99	Promedio
CE ADAPTABILIDAD	76	70	Muy baja, necesita mejorar
CE MANEJO DE TENSION	63	97	Promedio
CE ANIMO GENERAL	48	64	Marcadamente Baja, necesita mejorar
CE TOTAL	398	82	Baja, necesita mejorar

**ICE DE BARON**

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado de Inst. \_\_\_\_\_  
 Edad: 40 Procedencia: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

MARQUE SU RESPUESTA DE ESTA MANERA: ●

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

**Anexo 5: Escala de habilidades sociales**

**ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES**

**NOMBRE:** [Redacted]  
**EDAD:** 40  
**INST. EDUCATIVA:** [Redacted]  
**GRADO:** [Redacted] **FECHA:** 28-10-19  
**MOTIVO DE EVALUACION:** [Redacted]  
**EXAMINADOR:** [Redacted]

**Compartir**  
**INSTRUCCIONES :**

A continuación aparecen frases que describen diversas situaciones, se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si le describe o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible. Para responder utilice la siguiente clave:

- A = No me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B = No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra
- C = Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así
- D = Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos

**Encierre con un círculo** la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado.	<input checked="" type="checkbox"/> A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.	A B <input checked="" type="checkbox"/> C D
7. Si en un restauran no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
8. A veces no se que decir a personas atractivas al sexo opuesto.	<input checked="" type="checkbox"/> A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no se que decir.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mi mismo	A B <input checked="" type="checkbox"/> C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	<input checked="" type="checkbox"/> B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	<input checked="" type="checkbox"/> A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B <input checked="" type="checkbox"/> C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no se como negarme.	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto	A B C <input checked="" type="checkbox"/> D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	<input checked="" type="checkbox"/> A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	<input checked="" type="checkbox"/> B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	A B <input checked="" type="checkbox"/> C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.	A <input checked="" type="checkbox"/> C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	<input checked="" type="checkbox"/> B C D

22. Cuando un familiar cercano me molesta , prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C <del>D</del>
23. Nunca se como "cortar " a un amigo que habla mucho	A B C <del>D</del>
24. cuando decido que no me apetece volver a salir con una personas, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	<del>A</del> B C D
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C <del>D</del>
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	<del>A</del> B C <del>D</del>
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita	<del>A</del> B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico	A B C <del>D</del>
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo	A <del>B</del> C D
30. Cuando alguien se me "cuela" en una fila hago como si no me diera cuenta.	A B C <del>D</del>
31. Me cuesta mucho expresar mi ira , cólera, o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados	A B C <del>D</del>
32. Muchas veces prefiero callarme o "quitarme de en medio "para evitar problemas con otras personas.	A B C <del>D</del>
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B <del>C</del> D
TOTAL	

**Anexo 6: Escala de clima social en la familia (FES)**

**ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES) DE R. H. MOOS**

**INSTRUCCIONES**

A continuación, te presentaremos una serie de frases, las mismas que usted leerá y decidirá si a su parecer es una afirmación verdadera o falsa en relación con su familia.

Si usted considera que la afirmación es verdadera o casi siempre verdadera en relación con su familia, marque con una **X** en la letra **V**, o de lo contrario, considera que es falsa o casi siempre falsa, marque con una **X** en la letra **F**.

Si considerase que una afirmación es verdadera para algunos miembros de la familia y para otros falsa, marque la alternativa de acuerdo con como usted considere dicha afirmación.

Es recomendable que siga la secuencia numérica de las afirmaciones para evitar equivocaciones.

Nº	FRASES O AFIRMACIONES	F	V
<b>INDICADORES DE COHESIÓN</b>			
1	En mi familia nos apoyamos y ayudamos realmente, unos con otros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Los miembros de mi familia guardan a menudo sus sentimientos para sí mismos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	En nuestra familia peleamos mucho.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	En general algún miembro de la familia decide por su cuenta.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	A menudo hablamos de temas políticos o sociales en la familia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Pasamos en casa la mayor parte del tiempo libre.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INDICADORES DE EXPRESIVIDAD</b>			
10	En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos pasando el tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12	En casa hablamos directamente de lo que nos parece y queremos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	En mi familia nos esforzamos mucho por mantener la independencia de cada uno.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	<input checked="" type="checkbox"/>	V
16	Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.)	F	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.	<input checked="" type="checkbox"/>	V
18	En mi casa no rezamos en familia.	F	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>INDICADORES DE CONFLICTO</b>			
19	En mi casa somos muy ordenados y limpios	<input checked="" type="checkbox"/>	V
20	En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir	F	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa	<input checked="" type="checkbox"/>	V
22	En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todos	F	<input checked="" type="checkbox"/>
23	En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo.	F	<input checked="" type="checkbox"/>
24	En mi familia cada uno decide por sus propias cosas	<input checked="" type="checkbox"/>	V
25	Para nosotros es muy importante el dinero que gane cada uno.	F	<input checked="" type="checkbox"/>
26	En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.	<input checked="" type="checkbox"/>	V
<b>INDICADORES DE AUTONOMÍA</b>			
27	Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte	<input checked="" type="checkbox"/>	V
28	A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	V
29	En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos	F	<input checked="" type="checkbox"/>
30	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones	F	<input checked="" type="checkbox"/>
31	En mi familia estamos fuertemente unidos	<input checked="" type="checkbox"/>	V
32	En mi casa comentamos nuestros problemas personales	<input checked="" type="checkbox"/>	V
33	Los miembros de mi familia casi nunca expresan cólera	<input checked="" type="checkbox"/>	V
34	Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere	F	<input checked="" type="checkbox"/>
35	Nosotros aceptamos que haya competencia y que "gane el mejor"	<input checked="" type="checkbox"/>	V
36	Nos interesa poco las actividades culturales	F	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>INDICADORES DE ACTUACIÓN</b>			
37	Vamos con frecuencia al cine, excursiones y paseos	<input checked="" type="checkbox"/>	V
38	No creemos en cielo o el infierno	<input checked="" type="checkbox"/>	V
39	En mi familia la puntualidad es muy importante	<input checked="" type="checkbox"/>	V
40	En la casa las cosas se hacen de una forma establecida	<input checked="" type="checkbox"/>	V
41	Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca un voluntario	F	<input checked="" type="checkbox"/>
42	En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	F	<input checked="" type="checkbox"/>
43	Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras	F	<input checked="" type="checkbox"/>
44	En mi familia, las personas tenemos poca vida privada o independiente.	F	<input checked="" type="checkbox"/>
45	Nos esforzamos por hacer las cosas cada vez un poco mejor	<input checked="" type="checkbox"/>	V
<b>INDICADORES DE INTELLECTUAL CULTURAL</b>			
46	En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales	F	<input checked="" type="checkbox"/>
47	En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones	<input checked="" type="checkbox"/>	V

**Anexo 7:** Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover







**Anexo 8:** Test de frases incompletas de Sacks (FIS)**III. Interpretación****• PADRE Y FIGURA DE AUTORIDAD**

- 1. siento que mi padre rara vez... *“no me pegó”* (1)
- 16. si mi padre quisiera solamente *“estar juntos”* (2)
- 31. Deseo que mi padre... *“estuviera a mi lado”* (2)
- 46. Pienso que mi padre es... *“mi mejor amigo”* (1)

**PUNTAJE: 6**

**Resumen interpretativo:** La evaluada presenta un conflicto emocional en esta área. Se podría explicar debido al abandono del padre a una edad temprana.

**• MADRE**

- 14. mi madre... *“dolor”* (2)
- 29. Mi madre y yo... *“separadas”* (2)
- 44. Pienso que la mayoría de las madres... *“quieren a sus hijos”* (0)
- 59. Me gusta mi madre, pero... *“que cambie y me quiera”* (2)

**PUNTAJE: 6**

**Resumen interpretativo:** La evaluada considera a la figura materna como una persona que la ha abandonado, brindándole nulo apoyo, incluso perjudicándola con la demanda aun existente. Existe un conflicto emocional en esta área.