



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES**  
**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**TEMA:**

---

**“EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO Y LA SINTOMATOLOGÍA  
DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LOS JÓVENES DE LA  
IGLESIA GRAN CAMPAÑA DE FE CANTÓN AMBATO, PROVINCIA DE  
TUNGURAHUA”**

---

Proyecto de Graduación previa a la obtención del Título de Licenciada en Trabajo Social.

**AUTORA:**

Carolina Mercedes Villacrés Naranjo

**TUTORA:**

Dra. Mg. Anita Dalila Espín Miniguano

**Ambato - Ecuador**

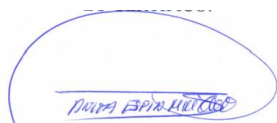
**2017**

## CERTIFICACION DEL TUTOR

**En calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: “EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO Y LA SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LOS JÓVENES DE LA IGLESIA GRAN CAMPAÑA DE FE CANTÓN AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**

de la Señorita Carolina Mercedes Villacrés Naranjo, Egresada de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato, considero que dicho trabajo de Graduación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a Evaluación del Tribunal de Grado, que el H. Consejo Directivo de la Facultad designe, para su correspondiente estudio y calificación.

Ambato, 25 de Enero del 2017



.....  
Dra. Mg. Anita Dalila Espín Miniguano

**TUTORA**

## AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO Y LA SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LOS JÓVENES DE LA IGLESIA GRAN CAMPAÑA DE FE CANTÓN AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad de la autora.

Ambato, 25 de Enero del 2017

AUTORA



.....  
Carolina Mercedes Villacrés Naranjo

CI 1804552238

## DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, 25 de Enero del 2017

AUTORA



.....  
Carolina Mercedes Villacrés Naranjo

CI 1804552238

## APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los Miembros de Tribunal de Grado, APRUEBAN el Trabajo de Investigación sobre el tema: “EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO Y LA SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LOS JÓVENES DE LA IGLESIA GRAN CAMPAÑA DE FE CANTÓN AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA”, presentado por la Srta. Carolina Mercedes Villacrés Naranjo de conformidad con el Reglamento de Graduación para obtener el Título Terminal de Tercer Nivel de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato,.....

Para constancia firman:

.....

Presidente

.....

Miembro

.....

Miembro

## **DEDICATORIA**

En primera instancia a Dios quien es mi amparo y fortaleza en todo momento, Él es el centro de todo y lo será siempre.

A mi familia por el amor y la comprensión brindada durante las etapas de mi vida, en especial a mi madre quien ha sido pieza fundamental en mi formación, a mi padre por su apoyo y tiempo invertido , y a mi abuelito un hombre que irradia gran sabiduría y conocimiento, estaré agradecida eternamente con ustedes.

A mis amigos de la IGCF con quienes he aprendido que la verdadera amistad existe y que trasciende tiempo y espacio.

Finalmente a mis amigas Daniela, Carolina y Paola, por esas horas de consejería y risas.

**Carolina Villacrés**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Carrera de trabajo Social, Docentes que aportaron en mi formación académica y humana.

A mi Tutora del Trabajo de Investigación Dra. Mg. Anita Espín , por la paciencia y conocimiento para culminar con mi investigación, y a la Lic. Mg. Tania López quien me dio la pauta para mi investigación y quien es una excelente maestra.

A mi tutora de prácticas pre-profesionales, Lic. Mg. Maribel Campoverde quien con su comprensión, disciplina y ejemplo me ayudo a desenvolverme en el campo profesional  
Gracias a la Iglesia Gran Campaña de Fe, Pastor Víctor Aldás por permitirme realizar la investigación.

Gracias a las familias de los jóvenes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad que me abrieron las puertas de sus hogares y me permitieron recabar información valiosa y confiable con la que pude realizar mí trabajo de investigación.

**Carolina Villacrés**

## PÁGINAS PRELIMINARES

	<b>Págs.</b>
TEMA: .....	I
<b>CERTIFICACION DEL TUTOR</b> .....	II
<b>AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO</b> .....	III
<b>DERECHOS DE AUTOR</b> .....	IV
<b>APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO</b> .....	V
<b>DEDICATORIA</b> .....	VI
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	VII
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	XVII
<b>ABSTRACT</b> .....	XVIII
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1

### CAPÍTULO I

#### EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
Contextualización.....	3
Macro .....	3
Meso.....	6
Micro.....	8
Árbol De Problemas.....	11
Análisis Crítico.....	12
Prognosis.....	14
Formulación del Problema .....	15
Interrogantes de la Investigación .....	15
Delimitación del objeto de Investigación.....	15
<b>OBJETIVOS</b> .....	18
General.....	18



Específicos .....	18
-------------------	----

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

Antecedentes Investigativos .....	19
Fundamentación Filosófica .....	23
Fundamentación Epistemológica .....	24
Fundamentación Axiológica .....	25
Fundamentación Ontológica .....	25
Fundamentación Sociológica .....	26
Fundamentación Legal .....	26
<b>CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR</b> .....	26
Categorías Fundamentales .....	31
Constelación de Ideas de la Variable Independiente.....	32
Constelación de Ideas de la Variable Dependiente .....	33
<b>MARCO CONCEPTUAL VARIABLE INDEPENDIENTE</b> .....	34
<b>SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD A NIVEL ESTATAL</b> .....	34
<b>PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b> .....	34
<b>NIVELES DE PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL</b> .....	35
Prevencción Primaria .....	36
Prevencción Secundaria .....	37
Prevencción Terciaria .....	37
<b>MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL SALUD</b> .....	38
Políticas de Atención Salud .....	39
<b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b> .....	39
Intervención Social.....	40
<b>ENFOQUE SISTÉMICO</b> .....	40
Macrosistema .....	41

Instituciones Estatales.....	41
Mesosistema.....	41
Instituciones Sociales.....	41
Microsistema.....	41
Familia.....	42
FACTORES BIOLÓGICOS.....	43
Evolución Humana.....	43
Factores Genéticos.....	44
Herencia.....	44
FACTORES PSICOLÓGICOS.....	44
Vínculos Afectivos.....	45
Sentimientos.....	45
FACTORES SOCIALES.....	45
Relaciones Sociales.....	46
Proceso de Socialización.....	46
Acción Social.....	46
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL.....	47
TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO.....	47
MARCO CONCEPTUAL VARIABLE DEPENDIENTE.....	51
SOCIEDAD.....	51
CONTEXTO SOCIAL.....	51
INTERACCIÓN FAMILIAR.....	51
PATRONES DE COMPORTAMIENTO.....	52
Interior del Individuo al Contexto.....	53
Externo del entorno que rodea al individuo.....	53
CULTURA.....	53
Sistemas Simbólicos.....	54

Sistemas Simbólicos Culturales.....	54
Sistemas Simbólicos Artísticos.....	54
Sistemas Simbólicos Religiosos .....	55
Creencias.....	55
Conocimiento.....	55
Experiencia .....	56
CONDUCTA .....	56
Conductas de la Familia.....	56
Comunicación .....	57
Funciones .....	57
Normas .....	58
Valores .....	58
Conducta del Individuo hacia el grupo .....	59
Consciente.....	59
Inconsciente .....	59
CONDICIONES DE ESTRÉS.....	59
Estresores Psicosociales.....	60
Estímulos Internos .....	60
Estímulos Externos .....	60
SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD .....	61

### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA**

Enfoque de la Investigación.....	67
Modalidad de la Investigación .....	67
Nivel o Tipo de Investigación.....	68
Investigación de Campo.....	68
Investigación Exploratoria .....	68

Investigación Descriptiva.....	68
Investigación Bibliográfica .....	69
Población y Muestra.....	69
<b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....</b>	<b>71</b>
Variable Independiente: Tratamiento multidisciplinario .....	71
Variable Dependiente: Sintomatología de Trastornos de Personalidad.....	73
Recolección de Información .....	75
Plan de recolección de información .....	75
Técnicas e Instrumentos de Investigación.....	76

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

ANÁLISIS GLOBAL .....	79
ANÁLISIS PARCIAL .....	83
CRUCE DE CATEGORÍAS.....	103
HALLAZGOS.....	105
Comprobación del Silogismo Hipotético en lugar de Verificación de hipótesis .....	105
Decisión.....	114
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>116</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>116</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>116</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>118</b>
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>120</b>
<b>PROPUESTA.....</b>	<b>120</b>
Datos Informativos.....	120
Antecedentes de la Propuesta.....	121
Justificación.....	122
Objetivos .....	123

Objetivo General .....	123
Objetivos Específicos .....	123
Análisis de factibilidad.....	123
Factibilidad Económica:.....	124
Factibilidad Social:.....	124
Factibilidad Operativa:.....	125
Factibilidad Técnica:.....	125
Fundamentación Legal .....	125
Fundamentación Técnico Científico .....	127
ETAPA 1 .....	140
ETAPA 2.....	140
ETAPA 3.....	140
ETAPA 4.....	141
ETAPA 5.....	141
ETAPA 6.....	141
ETAPA 7.....	142
Plan de Acción .....	159
Modelo Operativo .....	160
Administración de la Propuesta .....	163
Presupuesto .....	164
Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.....	165
BIBLIOGRAFÍA .....	168
ANEXOS .....	
PAPER.....	

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1 Árbol de problemas.....	11
Gráfico N° 2: Categorías Fundamentales .....	31
Gráfico N° 3: Categorías Fundamentales (Variable Independiente).....	32
Gráfico N° 4: Categorías Fundamentales (Variable Dependiente) .....	33
Gráfico N° 5.1 Cruce de Categorías .....	104
Gráfico N° 5.2 Cruce de Categorías .....	105
Gráfico N° 6: Administración de la Propuesta .....	162

## INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 3.1: Unidades de Observación.....	70
Cuadro N° 3.2: Variable Independiente .....	72
Cuadro N° 3.3: Variable Dependiente.....	71
Cuadro N° 3.4: Plan de recolección de información .....	73
Cuadro N° 3.5 Técnicas e Instrumentos .....	76

## INDICE DE TABLAS

Cuadro N° 5.1 Tabla de Verdad 1 .....	107
Cuadro N° 5.2 Tabla de Verdad 2 .....	108
Cuadro N° 5.3 Tabla de Verdad 3 .....	109
Cuadro N° 5.4 Tabla de Verdad 4 .....	110
Cuadro N° 5.5 Tabla de Verdad 5 .....	111
Cuadro N° 5.6 Tabla de Verdad 6 .....	112
Cuadro N° 5.7 Tabla de Verdad 7 .....	113
Cuadro N° 5.8 Tabla de Verdad 8 .....	114
Cuadro N° 6.1: Plan de Acción .....	158
Cuadro N° 6.2: Modelo Operativo .....	159
Cuadro N° 6.3: Presupuesto de la Propuesta .....	165



## RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene como objetivo mostrar la incidencia que existe entre el tratamiento multidisciplinario y la sintomatología de Trastorno de Personalidad en los jóvenes de la iglesia gran campaña de fe cantón Ambato, provincia de Tungurahua. El marco situacional responde a las conductas y comportamientos que experimentan las familias y los jóvenes que son diagnosticados con este trastorno frente al contexto en el que se desenvuelven.

En este contexto surgen los relatos de vida cruzados de los miembros de la familia de los jóvenes diagnosticados con Trastorno de Personalidad como estrategia metodológica, que permiten comprender la dinámica familiar y social en la que se desenvuelve las personas involucradas en la problemática.

En la aplicación de entrevistas semiestructuradas, mapa de redes, Ecomapa, genograma y elaboración de proyectos de vida, se obtuvo información relevante que permitió elaborar la propuesta con perspectiva a realizar una intervención socio familiar que direcciona a un tratamiento efectivo con la intervención de la disciplina de Trabajo Social en el área de salud mental, además de promover la prevención de enfermedades mentales

La propuesta de la investigación es la creación de un Protocolo de Intervención Socio-Familiar de la Iglesia Gran Campaña de Fe para prevención y conocimiento de tratamiento de Trastornos de Personalidad en los jóvenes de la congregación, de esta manera se ejecutaría una atención integral con la intervención del equipo multidisciplinario, lo que permitirá mejorar la calidad de vida tanto de los jóvenes y sus familias, para lograr esto estará inmersos diagnósticos y tratamiento de profesionales además de contar con talleres informativos,

**PALABRAS CLAVES:** Tratamiento Multidisciplinario, Sintomatología, Trastorno de Personalidad, Jóvenes, Familias

## **ABSTRACT**

The research's goal consists in show the incidence that exists between the multidisciplinary treatment and the symptomatology of Personality Disorder of young people who belongs to the church Gran Campaña de Fe from Ambato, province of Tungurahua. The situational framework responds to the behaviors experienced by families and their children, who were diagnosed with this disorder and the relation that they have with their context.

In this context, family's life story is a methodological strategy, which allows us to understand the family and the social dynamic.

In the application of semistructured interviews, map of networks, Ecomap, genogram and elaboration of life project, it was obtained relevant information that allowed to elaborate the proposal, with perspective to realize a familiar intervention that directs to an effective treatment, besides promoting the prevention of mental illnesses..

The proposal of the investigation is the creation of a Protocol of Socio-Family Intervention to the Church "Gran Campaña de Fe" for prevention and supply knowledge of treatment of Personality Disorders in the youth of the congregation, on that way the integral attention would be executed with the Intervention of the multidisciplinary team, which will improve the quality of life of both. For which will be necessary diagnoses and treatment of professionals.

**KEY WORDS:** Multidisciplinary Treatment, Symptomatology, Personality Disorder, Youth, Families.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo denominado el tratamiento multidisciplinario y la sintomatología de trastornos de personalidad en los jóvenes de la iglesia gran campaña de fe cantón Ambato, provincia de Tungurahua consta de seis capítulos.

**El Capítulo I denominado:** EL PROBLEMA, contiene: El Planteamiento del Problema, Contextualización: Macro, Meso y Micro que hace relación al origen de la problemática, Árbol de Problemas, Análisis Crítico, Prognosis, Formulación del Problema, Interrogantes de la Investigación, Delimitación del Objeto, Unidades de Observación, Justificación, Objetivos: General, y Específicos.

**Capítulo II denominado,** MARCO TEÓRICO, se señalará los Antecedentes Investigativos, se fundamenta en una visión Filosófica, Ontológica, Epistemológica, Sociológica, Axiológica, Legal, Categorías Fundamentales. Constelación de ideas de las Variables Independiente y Dependiente, Descripción Conceptual de las Variables Independiente y Dependiente, Hipótesis y Determinación de Variables.

**Capítulo III titulado,** METODOLOGIA plantea que la investigación se realizará desde el enfoque de carácter Feneomenológico-Hermeneúatico y Construccionalista, Tipo de la Investigación, Población y Muestra, Operacionalización de Variables, Técnicas e Instrumentos, Plan para la recolección de Información, Plan de procesamiento de Información.

**El Capítulo IV denominado,** ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADO consta de: el análisis de los resultados obtenidos por medio de entrevistas semiestructuradas aplicadas a las unidades de observación, para armar relatos cruzados de vida, interpretación de casos mediante métodos análisis parcial y aplicación de silogismo hipotético para la verificación de la hipótesis.

**El Capítulo V titulado:** CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES contiene: las conclusiones referentes al problema propuesto son obtenidas por medio del análisis de resultados, posteriormente las recomendaciones son formuladas para cada conclusión.

**El Capítulo VI denominado:** LA PROPUESTA plantea la solución más concreta al problema de investigación y que contiene los datos informativos, antecedentes de la propuesta, justificación, objetivos, análisis de factibilidad, fundamentación, metodología, modelo operativo, administración y previsión de la evaluación.

**Línea de Investigación:** Trabajo Social y Familia

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Tema**

EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO Y LA SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LOS JÓVENES DE LA IGLESIA GRAN CAMPAÑA DE FE CANTÓN AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **Contextualización**

##### **Macro**

La salud mental es considerada un elemento esencial conjuntamente con el bienestar físico desde los primeros siglos, y en el transcurso de la historia este ha sido un punto complicado de tratar debido a las implicaciones del tema, se conoce que en el siglo XVI, época del Renacimiento se iniciaron estudios más serios con referencia a enfermedades de la mente, estos descubrimientos apoyaron a que en la actualidad se puedan realizar diversos tratamientos para disminuir los efectos de estas enfermedades; por lo que a nivel Mundial la atención a personas con enfermedades mentales se encuentra contemplada en los objetivos de los organismos internacionales; cuando se habla de enfermedades mentales se toma como base el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y la CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) calcula que el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos y problemas mentales que no les permiten continuar con sus actividades educativas, sociales y recreativas por lo que afecta a su desarrollo integral; además los trastornos mentales (trastornos de personalidad, depresivos, afectivos, de ansiedad, entre otros) y los trastornos ligados a consumo de sustancias son las principales causas de discapacidad en el mundo.

Conjuntamente ligados a los datos proporcionados por la OMS (2013) se puede apreciar que la realidad de las personas con trastornos mentales (en mayor número trastornos de personalidad y depresivos en Europa es la siguiente: el 20% del presupuesto de salud se dedica a programas de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en tanto que los trastornos neuropsiquiátricos son la segunda causa de carga por enfermedad, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares,

A diferencia en América del Norte, en estudios realizados por (National Institute of Mental Health, 2015) en países como Estados Unidos uno de cada cuatro adultos aproximadamente 61,5 millones de estadounidenses contraen una enfermedad mental en un determinado año y uno de cada 17 aproximadamente 13,6 millones vive con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, la depresión mayor o trastorno bipolar y según el tratamiento multidisciplinario que se ofrece en las diferentes Estados se dice que más del 50 por ciento de los estudiantes con una sintomatología de enfermedad mental a partir de 14 años o más son atendidos mediante educación especial y constituyen la tasa de deserción escolar más alta de cualquier grupo de discapacidad. Cabe recalcar que Estados Unidos posee un equipo multidisciplinario constituido por 13,7 Psiquiatras, 31,1 Psicólogos 35,3 Trabajadores Sociales y 6.5 personas capacitadas en enfermería psiquiátrica por cada 100.000 habitantes.

A nivel de Latinoamérica según un estudio realizado por un equipo de especialistas en 1990 auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud se estimó que las afecciones psiquiátricas (trastornos de personalidad, depresivos, ansiedad) y neurológicas (Parkinson y el mal de Alzheimer) explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados por discapacidad observados en América Latina y el Caribe. En el 2002, esa carga había

ascendido a más del doble, es decir 22,2%, según datos obtenidos del sitio web del proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la Organización Mundial de la Salud.

Los últimos estudios realizados por la OMS (2015) muestran que los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo.

En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. OMS (2015). El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. El Atlas de Salud Mental 2011 de la OMS aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental (World Health Organization, 2014)

Posterior a exponer este panorama la realidad de los tratamientos multidisciplinarios en este aspecto tomando como referencia a países como Argentina y Chile es el siguiente: Argentina invierte el 2% de su presupuesto en salud mental, cuenta con un número de 13,3 Psiquiatras, 106 Psicólogos, 11 Trabajadores Sociales y ningún personal capacitado en enfermería psiquiátrica por cada 100.000 habitantes. En tanto que Chile provee un presupuesto del 2,3% destinado a Salud Mental, cuenta con 4 Psiquiatras, 15.7 Psicólogos, ningún Trabajador Social y ningún personal capacitado en enfermería psiquiátrica por cada 100.000 habitantes. (Organización Panamericana de la Salud, 2013)

Como se puede apreciar el tema de salud mental y todo lo que implica, como es el tratamiento multidisciplinario se encuentra descuidado en todos los países ya sean desarrollados o en vías de desarrollo.

Por lo cual la Agenda de Naciones Unidas (2016) ha puesto énfasis en atender este problema, de manera que uno de los objetivos de la agenda mundial es promover una higiene mental en todos los países miembros, con miras a tener una población que se preocupe de su salud a nivel integral y que las políticas de los diferentes estados amparen

esta decisión. Dicha decisión se tomó en la última conferencia que tuvo como asunto principal la elaboración de los objetivos del milenio.

### **Meso**

En el Ecuador con relación al tema de salud mental, se conoce que los hallazgos de enfermedades mentales se conocieron a medida que avanzaba la ciencia, puesto que en la antigüedad y por cultura a este grupo de personas se les creía endemoniadas (Vega Delgado, 2012), en materia de enfermedades mentales se encuentran incluidos los Trastornos y Síndromes explicados en el DSM, (2015) por lo que eran encerradas o llevadas con un sacerdote para que les sacaran los demonios y en el caso de quienes tenían creencias provenientes de la cultura indígena llevaban a la persona con el brujo para que solucionara el problema, sin embargo en el transcurso del tiempo se fueron adquiriendo nuevos conocimientos concernientes al tratamiento de este tipo de enfermedades hasta la actualidad en la que el gobierno ha tratado de promover un cambio en el sistema de salud

Sin embargo es necesario recalcar que Ecuador no cuenta con políticas que amparen a las personas con enfermedad mental; es decir que existe un déficit en materia de legislación para salud mental, y de acuerdo a datos presentados en el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Ecuador por la Organización Panamericana de la Salud y World Health Organization (2008) el Ecuador no muestra un punto fuerte en el tratamiento multidisciplinario debido a que cuenta con: 2,1 Psiquiatras, 29,1 Psicólogos, 0,1 Trabajadores Sociales y 0,5 personal capacitado en enfermería psiquiátrica por cada 100.000 habitantes.

Otro aspecto que es necesario resaltar es el hecho de que según esta investigación OMS-OPS (2008) no se destinaba presupuesto para la atención de este grupo sin embargo la situación cambió un poco para el año 2013 debido a que de acuerdo al Informe Regional de los Sistemas de Salud Mental Ecuador (IRSSME ,2013) asignaba un presupuesto de 1,2% del presupuesto total del Estado para la atención en salud mental.

En lo que concierne al año 2014 el Diario de noticias “El Comercio” dio a conocer que el Ministerio de Salud Pública inauguró el Plan Nacional de Salud Mental enfocándose



en cuatro lineamientos relacionados con la equidad, la promoción, la participación y la inclusión y con relación a la información emitida por la Secretaría de Planificación durante el periodo de un año y medio se realizaron recorridos por las casas de salud mental y de rehabilitación de adicciones, obteniendo como resultados que de cada 10 personas una en realidad requería un internamiento y las demás necesitaban tratamientos específicos para determinadas patologías o para adicciones.

En base a la planificación descrita anteriormente el Ministerio de Salud Pública ha tratado mediante la creación del Manual del Modelo de Atención Integral en Salud Mental (2017) informar a los establecimientos de Salud la manera en la que se debe tratar a este grupo promoviendo mediante la intervención del modelo bio-psico-social o conocido también como Tratamiento Multidisciplinario, la manera en que se debe atender, intervenir y prevenir los trastornos mentales, no obstante la falta de un equipo multidisciplinario (Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, etc.) ha provocado que la mayor parte de las acciones no puedan ser cumplidas, además el desinterés de la población en el tema de salud mental es un factor importante que ha provocado que quienes padecen de estas enfermedades y sus familias sufran discriminación y exclusión de la sociedad.

Los niveles de atención a los que hace referencia el MAISM (2017) abarcan los tres niveles de atención (Atención primaria, secundaria y terciaria), sin embargo no se han definido los dos últimos niveles debido al escaso número de profesionales que se asocian para tratar este tipo de enfermedades.

En este contexto nacional de acuerdo al Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2015) la región sierra constituida por diez provincias tiene un alto porcentaje de personas con alguna enfermedad mental que no han sido atendidas de manera integral. Siendo la región Sierra la que contiene más provincias se encuentra a la vez dividida por zonas que facilitan la descentralización de los servicios, en esta división se encuentra la zona 3 constituida por 4 provincias (Tungurahua, Cotopaxi, Pastaza y Chimborazo), este lugar posee un índice de relevancia con relación a mortalidad por diferentes causas en las que se encuentran los trastornos mentales y el alcoholismo especialmente en la Provincia de Tungurahua.

Tomando como referencia los indicadores de Salud del MSPE en esta provincia en el año 2008 existieron 20 casos reportados de personas que fallecieron por alguna enfermedad mental o posesión de sustancias, sin embargo no se toma en cuenta los casos atendidos por instancias particulares como son las atenciones que brindan Psicólogos Clínicos y Psiquiatras que operan en esta área. El problema de atención a personas diagnosticadas con Trastorno de personalidad está directamente asociado a suicidios en la Provincia de Tungurahua y Cañar, por lo que organismos pertinentes han tratado en los dos últimos años de amainar esta situación mediante la promoción de campañas en contra de los prejuicios y estigmas que impone la sociedad.

### **Micro**

El Cantón Ambato es reconocido por ser la ciudad principal de la Provincia de Tungurahua, históricamente no posee un índice alto de enfermedades mentales ni de especialistas que hayan tratado dichas afecciones con frecuencia, sin embargo en los últimos años la provincia ha alcanzado un puesto relevante en la tabla de conductas autolíticas (intentos de suicidio) y trastornos de personalidad (Bastidas Tello, 2013) expertos en el tema de salud mental han atribuido dichos problemas a los movimientos comerciales que se producen, y a la llegada de personas de ciudades aledañas y extranjeras.

A pesar de ser una ciudad concurrida, no cuenta con un centro especializado en enfermedades mentales por lo que estas con han sido tratadas con la importancia pertinente. Los diagnósticos de trastornos de personalidad han ido en aumento, de acuerdo a profesionales en esta área, Según datos obtenidos del Diario de noticias “El Comercio” (2015) las condiciones de vida y el objetivo de poseer una economía estable, las redes sociales mal utilizadas, los vicios del poder en el manejo de la conducta humana, han contribuido a que la sintomatología se presente de manera que los índices de personas con enfermedades mentales vayan en aumento en Ambato

De este contexto social es parte la Iglesia Gran Campaña de Fe ubicada en la Parroquia Huachi Loreto, misma que cuenta con 178.538 habitantes de acuerdo a datos del INEC (2014), esta Iglesia es una organización de índole religiosa y cuenta con 2500 miembros

activos de los cuales son seis las principales autoridades y a la vez existen diversos ministerios que cumplen diferentes funciones en las áreas asignadas según lo que informaron las jurisdicciones de la congregación.

La Iglesia Gran Campaña de Fe se constituyó como un centro religioso hace 39 años, en el transcurso del tiempo la iglesia ha ido acoplando sus servicios a las necesidades de quienes se reúnen en el templo, por cuanto este organismo no es ajeno a las problemáticas que presenta Ambato.

La congregación se encuentra dirigida por el Pastor General acompañado de la Junta Pastoral y Administrativa de la Iglesia, en conjunto estos organismos son los encargados de tomar las decisiones de la congregación. En el siguiente peldaño se encuentran los líderes de cada ministerio, quienes se encargan de la enseñanza, recolección de datos y necesidades en las diferentes áreas, siendo las áreas de servicio treinta y dos, a las que pueden acceder niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, previos requisitos fundamentados en las políticas institucionales, basados en la doctrina bíblica.

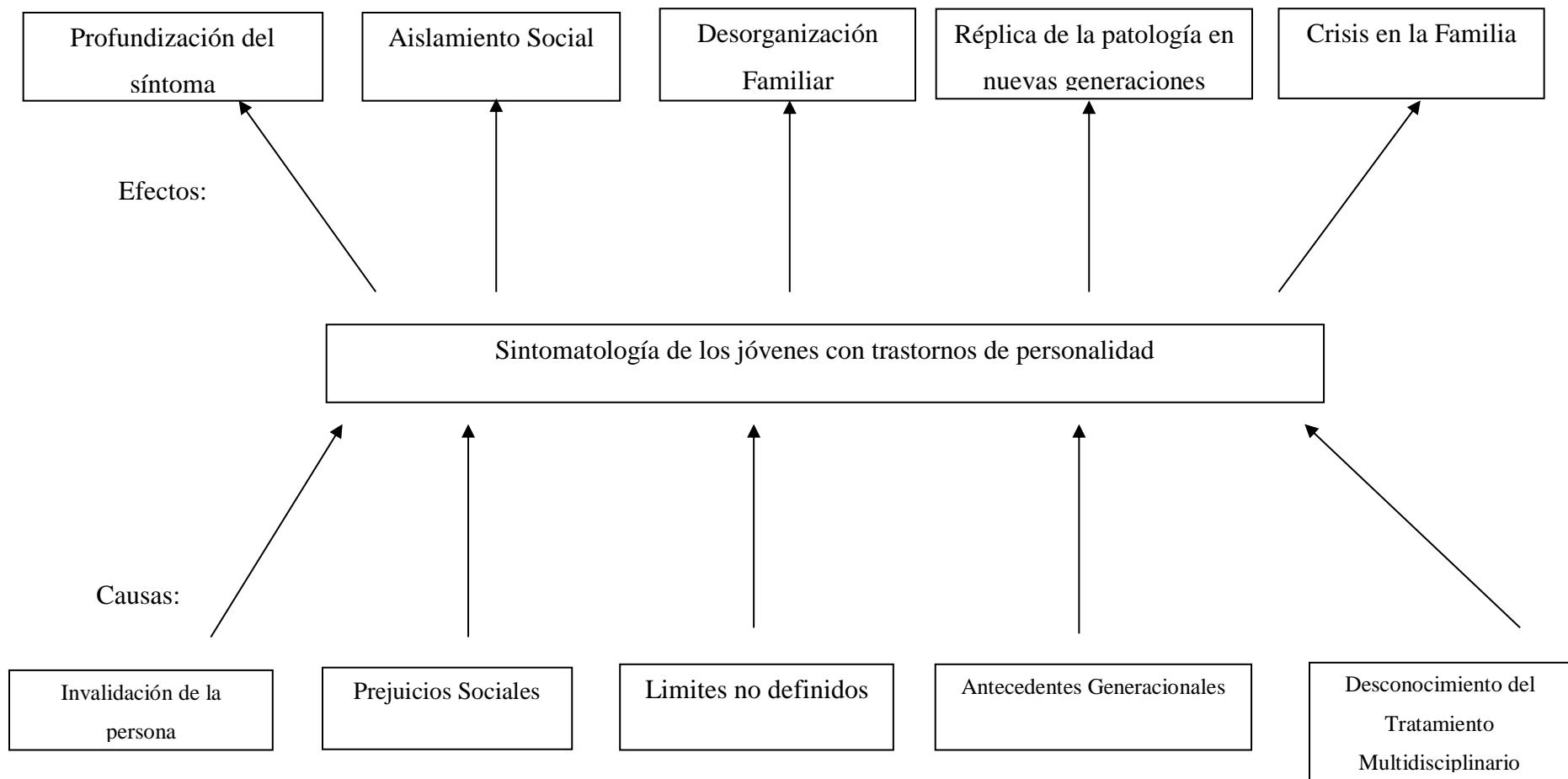
Con relación a la manera en que manejan la atención a personas que padecen algún tipo de trastorno de personalidad, en el último censo realizado por la Congregación en el año 2015 se visualizó que el 60% ha tenido problemas de familia y un 5% ha estado ligado a problemas de enfermedad mental, sin embargo quienes atienden este tipo de problemáticas refieren que el porcentaje es más alto, pero por miedo a ser etiquetados se mantienen la confidencialidad. Los Trastornos de Personalidad están presentes en jóvenes y adolescentes y en cuanto al servicio que ofrece la congregación se conoce de acuerdo a entrevista realizada a las autoridades que se trabaja el área espiritual y en ocasiones se remite a un Psicólogo, también se sabe de casos en los que algunos jóvenes han sido internados, por sus padres en centros de reposo de Ambato y Quito.

En los últimos años las familias pertenecientes a la congregación han mostrado suma preocupación por el tema de enfermedades mentales y en especial por las que afectan el área psicosocial debido a que estas se presentan con frecuencia en adolescentes y jóvenes, provocando malestar en las familias e incertidumbre por la manera en la que se debe abordar esta temática refiere un miembro de la Junta Administrativa de la Iglesia.

La manera en la que se aborda este problema en la congregación es la siguiente: la familia trata de que el adolescente/joven entre en razón con métodos poco ortodoxos, produciendo que el individuo reaccione de manera violenta y aislada a cualquier tipo de ayuda que se desee ofrecer, estas son opiniones expresadas en entrevistas realizadas a las autoridades de la institución y a profesionales que han trabajado este tema, por lo que los jóvenes de esta institución y los padres que se encuentran afrontando la problemática entran en estados de crisis y desconocen las medidas a tomar para el tratamiento con personas etiquetadas con este tipo de enfermedad.

Además la perspectiva religiosa provoca gran influencia al momento de diagnosticar la enfermedad como tal, según declaraciones del Líder Juvenil los padres acuden en mayor parte para buscar respaldo en oración y ayuno, en ciertas ocasiones solicitan ayuda de índole económico y en otros casos se pide la intervención del Pastor principal de la congregación, quien organiza vía telefónica visitas a domicilio para orar por el joven y la familia.

## Árbol De Problemas



**Gráfico N° 1 Árbol de Problemas**  
**Elaborado por:** Carolina Villacrés  
**Fuente:** Investigación Bibliográfica

## **Análisis Crítico**

En la Iglesia Gran Campaña de Fe la sintomatología de trastorno de personalidad se constituye como una problemática que afecta a jóvenes y a sus familias, independientemente del estatus social en el que se encuentren ubicados. Este evento inesperado puede ocurrir a lo largo del ciclo vital de la familia, lo que conlleva a que los miembros del sistema social más básico ingresen en una crisis que los desestabiliza en todos los aspectos de su vida.

Entre las causas que provocan sintomatología de trastorno de personalidad se encuentra la **invalidación de la persona** como sujeto y ser autónomo; es decir lo que implica que las opiniones, comentarios y sentido crítico de la persona no sean tomados en cuenta.

Además del hecho de que no se le pueda hacer partícipe activo en la toma de decisiones; si bien es cierto en diversos casos dependiendo de la patología que presente el individuo es un poco difícil que tome decisiones, pero anular por completo su participación en el contexto en donde se desenvuelve puede contribuir a que pierda esa autonomía y se vuelva dependiente de la persona que se encuentra cuidándolo o de quienes estén a su alrededor, y esto a la vez afecta a que se profundice el síntoma de manera que las reacciones ya sean de manipulación, agresividad o por el contrario timidez serán manifestadas con mayor fuerza y frecuencia de la que se estaba acostumbrado.

Conjuntamente con estos aspectos está relacionada la diferenciación de los sistemas familiares, misma que implica el hecho de que cada sistema posee **límites que pueden ser difusos**, rígidos o claros; si los límites no se encuentran definidos, el riesgo que corren tanto el individuo con trastorno de personalidad y los miembros del núcleo familiar es el desconocimiento de quien cumple cierto rol y su función de acuerdo al subsistema al que pertenezca.

Es decir que todos quedarían en la incertidumbre de lo que está sucediendo y comenzarían a asumir funciones que les corresponden a otros miembros de la familia, pasándose de un subsistema parental a un subsistema fraternal o de un subsistema fraternal a un subsistema conyugal lo que desencadenara en una completa desorganización familiar, debido a que entrarían en un estado de crisis que terminara afectando a todos ya sea a corto o a largo plazo, y con el riesgo de que la autorregulación del sistema tarde largo tiempo.

A la vez otra de las causas que provoca que la sintomatología de trastorno de personalidad afecte en el individuo y en la sociedad, es el hecho de que este sistema considerado el más grande considere a la persona un riesgo que debe controlar por lo que se puede comenzar a tener un esquema mental incorrecto de la manera de comportarse, por lo que se podría llegar a desarrollar sentimientos de miedo y rechazo a la persona y a su familia, contribuyendo a que se formen los denominados **prejuicios** y posterior a esto que la familia y el individuo sean estigmatizados de manera que no deseen interactuar con las demás personas por temor a ser discriminados y excluidos de la esfera social en donde se encuentran acostumbrados a realizar sus actividades.

Sin embargo no solamente los prejuicios juegan un papel importante en este problema ya que otro de los factores considerados de suma importancia para el análisis del mismo es el hecho de que existen **antecedentes generacionales** de la existencia de este tipo de enfermedad, que en la mayoría de los casos se desconocen o por el contrario no son tomados en cuenta previo al momento de presentarse la sintomatología del trastorno.

Por lo tanto se corre con el riesgo de que exista una réplica de la patología en nuevas generaciones debido a que todas las características que poseemos son heredadas, constituyéndose la personalidad entre los rasgos que se adoptan de los padres, de manera que si los padres poseen algún tipo de trastorno es probable que se vuelva a replicar el mismo en posteriores generaciones y si no existe esa cultura de llevar un árbol familiar en el que consten las enfermedades generacionales se continuara corriendo el riesgo de no poder prevenir los escenarios adversos de tristeza, frustración o estrés a presentarse en la familia.

Finalmente como último punto a tratarse es el hecho de que la sociedad puede **desconocer la manera de cómo tratar con este grupo de personas**, hablando específicamente la familia ignora como intervenir en el tratamiento y recuperación de un joven diagnosticado con TP, por lo cual se ven inmersos en una crisis de desajuste, provocando una profundización de la sintomatología de TP. Esto se debe a que existe poca información de los trastornos de personalidad en el contexto de nuestro país, especialmente en las áreas de prevención e intervención ya que los sistemas de salud todavía están desarrollando planes, programas y proyectos que puedan cubrir esta necesidad considerada de atención prioritaria debido a que diversas familias entran en un estado de crisis al desconocer el tipo de medidas a tomar si tienen en casa a una persona con esta sintomatología, de manera que en la mayor parte optan por la institucionalización o en casos extremos el abandono.

### **Prognosis**

En los últimos años al analizar el contexto actual en el que se encuentran inmersos los jóvenes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad y sus familias nos conlleva a estudiarlo de manera holística ya que al no dar la importancia requerida dicho problema, las oportunidades de mejorar su vida serían mínimas, y es por la creencia de que un diagnóstico de enfermedad mental es algo pasajero o típico de la edad, sin embargo la realidad es muy diferente por lo que en caso de que el problema que ha sido planteado no es resuelto podrían desatarse escenarios trágicos de desesperación, en los que la sintomatología presentada se profundice aún más provocando incertidumbre y ansiedad que son rasgos asociados a la depresión en este tipo de atmosfera los miembros de la familia desconocen su rol y las funciones que deben cumplir, eventos que se conocen como crisis.

A la vez al no investigarse la temática planteada se tiende a ocultar el problema y a la falta de información del mismo, por lo que en el momento en que reaparecen estos síntomas en generaciones posteriores la familia desconoce la manera de lidiar con ello disminuyendo la probabilidad de que los antes mencionados puedan acceder a planes, programas y



proyectos especializados que brinden atención oportuna a sus requerimientos propendiendo alcanzar una mejor calidad de vida

### **Formulación del Problema**

¿De qué manera incide el Tratamiento Multidisciplinario en la sintomatología de Trastornos de Personalidad en los jóvenes de la Iglesia Gran Campaña de Fe Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua?

### **Interrogantes de la Investigación**

1. ¿Cuáles son las causas del desconocimiento de la intervención de los padres en el tratamiento multidisciplinario de los jóvenes que presentan sintomatología de Trastorno de Personalidad de la Iglesia Gran Campaña de Fe?
2. ¿Cuál es la perspectiva de intervención social del contexto hacia los jóvenes que presentan sintomatología de trastorno de personalidad?
3. ¿Cuál será la mejor alternativa frente al problema que presentan los jóvenes con sintomatología de trastorno de personalidad y el desconocimiento de tratamiento multidisciplinario por parte de los padres?

### **Delimitación del objeto de Investigación**

#### **Delimitación de Contenidos**

**Campo:** Social

**Área:** Familiar-Salud

**Aspecto:** Tratamiento Multidisciplinario y Sintomatología de Trastorno de Personalidad

**Espacial:** La presente investigación se realizará en la Iglesia Gran Campaña de Fe ubicada en la provincia de Tungurahua, Cantón Ambato, calles Azuay y Oriente.

**Delimitación Temporal:** La investigación se realizó en el periodo Octubre 2015-Marzo 2016

**Unidades de Observación:** La Investigación se realizará a todos los involucrados

- Familias y jóvenes con Diagnóstico de TP
- Autoridades de la institución.

### **Justificación**

El Tratamiento Multidisciplinario juega un papel muy importante en la intervención familiar, especialmente en aquellas familias que pasan por crisis paranormativas como expresa Quinteros (1997) al referirse a experiencias adversas o inesperadas, porque estas se caracterizan por su asociación con grandes periodos de disfunción familiar, en los cuales cada integrante de la familia desconoce su función y los recursos para solucionar dicha crisis, siendo este el caso de familias con hijos que presentan sintomatología de trastornos de personalidad.

La realización de este estudio es fundamental para los intereses de la comunidad tomando como referencia el objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir que se enfoca en *mejorar la calidad de vida de la población* poniendo énfasis en diversos factores como son la salud, cultura, rehabilitación, protección, entre otros . Además es de suma importancia para los profesionales de Trabajo Social, en especial para quienes deseen incursionar en el área de salud, debido a que esta investigación deriva en el diagnóstico de la situación actual del sistema de intervención en salud mental, específicamente la sintomatología de trastornos de personalidad y la manera en que se ejecuta el tratamiento multidisciplinario, en el cual el Trabajador Social juega un papel trascendental con relación a la intervención con el paciente y la familia.

Esta investigación servirá para desentrañar la raíz del problema de la sintomatología que presentan los jóvenes con trastorno de personalidad y la afección en la familia cuando los integrantes de la misma desconocen el tratamiento multidisciplinario para trabajar de manera integral dicha complicación.

El beneficio que este trabajo proporcionara es contribuir a mejorar la calidad de vida de los jóvenes que tienen sintomatología de trastorno de personalidad y la de sus familias.

Desde esta perspectiva, el actual trabajo de investigación se propone analizar el estudio y análisis de la problemática que tiene la institución en el presente, según el tema mencionado con anterioridad que bien puede tomarse en cuenta, con el fin de mejorar su servicio.

La investigación es factible ya que tanto las autoridades como las familias están dispuestas a abrirnos las puertas de sus hogares y la institución está dispuesta para ayudar a la solución al problema que presumiblemente afecta sobre todo a los jóvenes de la congregación.

Ante esta situación, es de suma importancia dar a conocer o informar a la sociedad Tungurahuense que nuestra provincia no es ajena a los problemas de Trastornos de Personalidad que presentan los jóvenes en la actualidad, sino que este tipo de sintomatología se ha profundizado por diversos factores que deberán ser tomados en consideración.

Es novedoso por cuanto va a permitir evidenciar los problemas que tienen las autoridades y los padres al momento de abordar la problemática y buscar la solución a la misma.

También busca promover la correcta aplicación del tratamiento multidisciplinario conjuntamente con la interacción en el círculo familiar, siendo este proyecto de gran utilidad y que puede ser tomado como base para futuras investigaciones y políticas que garanticen los derechos de este grupo de personas.

Finalmente el dotar de esta información a la sociedad tiene como finalidad producir un impacto a la población para que se involucren en garantizar los derechos y actúen razonablemente en búsqueda de soluciones ajustadas a la realidad.

## **OBJETIVOS**

### **General**

- ❖ Investigar la incidencia del desconocimiento del tratamiento multidisciplinario por parte de los padres de los jóvenes que presentan sintomatología de trastornos de personalidad pertenecientes a la Iglesia Gran Campaña de Fe.

### **Específicos**

- Determinar las causas del desconocimiento de la intervención de los padres en el tratamiento multidisciplinario.
- Analizar la perspectiva de intervención social desde el contexto hacia los jóvenes que presentan sintomatología de trastornos de personalidad.
- Establecer una alternativa significativa con perspectiva a fomentar la Intervención Socio-Familiar en la congregación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### **Antecedentes Investigativos**

Ernesto Quiroga Romero & José Manuel Errasti Pérez, (2001) Docentes de Psicología en su trabajo de investigación sobre: “TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD” Universidad de Oviedo, España Pág.402-404.

Con relación al cumplimiento del objetivo principal que fue a) Demostrar que tipo de Tratamientos son eficaces para los Trastornos de Personalidad. Esta investigación es de carácter cuantitativa debido a que esta pone énfasis en los aspectos observables susceptibles de cuantificación, y utiliza la estadística para el análisis de los datos, por lo que se aplico la estrategia aplicada denominada Cribado que consiste en la detección de la enfermedad sin signos o síntomas de dicha enfermedad y aplicada a todos los pacientes de piso. Llegaron a las siguientes conclusiones: a) “No parece existir ningún tratamiento psicológico conocido que esté «bien establecido como eficaz», puesto que ninguno tiene empíricamente demostrada su validez para tratar eficazmente ni a todos los TTPP en general, ni a ningún TP en particular”. b) “El resto de tratamientos psicológicos de los TTPP, tanto en general como en particular para cada trastorno, dados los escasos y asistemáticos estudios empíricos sobre sus resultados clínicos, parece que sólo pueden ser calificados como tratamientos «en fase experimental”

En esta investigación realizada se puede observar el escenario de los tratamientos que se han catalogado como eficaces pero solamente en ciertos trastornos de personalidad, además los investigadores refieren que los métodos utilizados para tratar otro tipo de

trastornos como es el Trastorno Límite de la Personalidad no ha sido sometido a una comprobación de resultados cien por ciento satisfactorios.

Otro de los puntos clave es el hecho de que se analiza la idea de que los tratamientos para Trastornos de Personalidad deben ser una mezcla de terapias adecuadas a la personalidad que presente cada paciente, debido a que cada persona posee diferentes rasgos, por lo tanto los investigadores manifiestan que el tratamiento se deberá adecuar al paciente, esta investigación se enlaza con el presente estudio debido a que se toma en cuenta el contexto de la persona para aplicar una intervención adecuado lo que permitirá construir los instrumentos de investigación.

En otras investigaciones realizadas a continuación se puede observar el grado de relevancia que tiene la implementación de programas de Salud Mental en nuestro país.

Psc. Cristina Delgado (2010).en su trabajo de investigación sobre: “LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL PARA JÓVENES DEL COLEGIO MIGUEL MALO GONZALEZ-GUALACEO EN EL PERIODO 2009 – 2010.” Universidad Técnica Particular de Loja, Escuela de Medicina Pág. 168.

Se plantearon los siguientes objetivos a) Promover Salud Mental para jóvenes mediante talleres en horas clase, para fortalecer el Yo de los jóvenes que les ayude a enfrentar la vida de una manera sana en el Colegio Miguel Malo González b) “Construir un modelo de promoción en salud mental para jóvenes en el Colegio Miguel Malo Cervantes” c) “Propiciar espacios de desarrollo personal en los jóvenes de la comunidad educativa Miguel Malo González” d) “Aumentar la resiliencia de los jóvenes para enfrentar conflictos promoviendo salud mental desde las aulas”. Este estudio es de carácter metodológico cualitativo por cuanto el objeto de la investigación es obtener la información y datos a partir de los sujetos de investigación y profesionales relacionados, se aplicaron entrevistas y seguimientos a 100 participantes, se trabajó con la totalidad de la población Llegando a las siguientes conclusiones: a) “El brindar un espacio de salud mental dentro de las horas clases y a todos los estudiantes, sin separarlos según sus dificultades fue de gran ayuda para vencer la

resistencia propia de participar en programas de salud mental”. b) “El haber involucrado no solo a los jóvenes que motivaron este programa sino a todos los jóvenes propicio un espacio más sano para todos y además brindo un grupo sano de identificación para los jóvenes que se encontraban atravesando situaciones conflictivas. c) Al hacer parte de este proceso a todos los estudiantes, también se colaboró a cambiar un poco la visión que tenían los docentes de los jóvenes con bajo rendimiento académico”. d) “La mayor parte de docentes estuvo dispuesto a colaborar en todas las actividades del programa de una manera activa”. d) “Fue bueno no poner como punto de mayor importancia la presencia de los representantes, ya que se evidencio ser un punto débil en el proceso y además fue claro de los jóvenes que atravesaban dificultades presentaban mayor resistencia a involucrarse en el proceso. Y esto hacia que en anteriores intentos del DOBE del plantel, los problemas se agravan debido al incumplimiento de los representantes. Por eso en este programa el rol de los representantes fue importante, más no imprescindible, lo que dio mayor seguridad a los jóvenes que no tenían el apoyo de un representante”. e) “De este proceso no solo aprendieron los jóvenes sino fue una experiencia de aprendizaje en equipo en donde el facilitador fue también parte del grupo”.

De acuerdo con la investigación realizada en cuanto a la implementación de un programa de salud mental se puede destacar el hecho de que las personas involucradas estuvieron dispuestas a colaborar con la investigación, obteniendo resultados que posiblemente causaron gran impacto en la población de estudio, debido a la respuesta a ciertas interrogantes que tanto los estudiantes como los padres de familia llegaron a tener en el transcurso del estudio aportando en gran manera a la investigación presente en la construcción de la metodología a llevar a cabo.

Finalmente es necesario conocer la manera de cómo se lleva a cabo el tratamiento a personas con trastornos de personalidad en el Cantón Ambato, por lo que se tomará como referencia el siguiente estudio.

Psc. Cl. Amaya Acurio Gonzalo Cristóbal (2012), en su trabajo de Investigación sobre “TRASTORNO BIPOLAR COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA DISFUNCIÓN BIOPSIICOSOCIAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE REPOSO SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2010 – SEPTIEMBRE DEL 2011 DE LA CIUDAD DE AMBATO” Universidad Técnica de Ambato. Pág.: 168

El autor plantea los siguientes objetivos a) “Indagar la influencia del trastorno bipolar en la disfunción biopsicosocial en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón Jesús” b) “Definir los signos y síntomas de inicio temprano del trastorno que prevalecen en pacientes del Centro de Reposo Sagrado Corazón”. c) “Analizar el grado de disfunción biopsicosocial en pacientes con trastorno bipolar”. d) “Proponer alternativas de solución psicoterapéuticas para pacientes con trastorno bipolar además de la terapia farmacológica”. Esta investigación es de carácter cuali-cuantitativo que permitirá recolección de información que será sometido a análisis estadísticos para obtener resultados que aportarán al marco teórico, por lo que el estudio se realizó mediante test psicológico aplicado a 20 personas.

Llegando a las siguientes conclusiones: a) “El trastorno bipolar influye directamente en la disfunción biopsicosocial, la sintomatología característica crea un ciclo cognitivo de pensamientos distorsionados tanto positivos como negativos, que le dificulta su discriminación, por el contenido o forma de estos, perjudicando su funcionamiento laboral, social, familiar además del estrés percibido que desencadena al trastorno, además del apoyo ideal imprescindible para que este pueda vivir con TB”. b) La sintomatología como pensamiento acelerado, circunstancial o tangencial, lucha de ideas, aparecen como el primero de los síntomas que determinan la aparición del mismo, este se evidencia con una pérdida de la necesidad de sueño, hiperactividad y aumento de energía para realizar sus actividades en el área laboral, lo que ocasiona el apareamiento de comportamientos disruptivos por el contenido del pensamiento como autoestima exaltada , pensamientos de grandeza, optimismo excesivo, cambios de estado de ánimo, verborrea, irritabilidad anormal y sostenida ya sea en la familia, laboral o social con pérdida de procesos



cognitivos, distraibilidad, disminución en la toma de decisiones y resolución de problemas lo que ocasionan problemas directos en relación familiar y desapego de la misma, con la pérdida del funcionamiento biopsicosocial en la vida de cada pacientes ya que cada uno estos síntomas son concomitantes y nunca van solos aunque empiezan por el pensamiento acelerado circunstancial o tangencial”.

Como se puede apreciar en el estudio presentado anteriormente, el grado de disfunción Biopsicosocial de las personas con Trastorno Bipolar es sumamente alto debido a que afecta en general la mayor parte de las funciones, provocando que la persona no pueda desenvolverse en su esfera social ni ejecutar las tareas que está acostumbrado a realizar diariamente lo que ayuda al presente estudio para la elaboración de instrumentos de investigación.

Finalmente, después de haber visitado la Biblioteca de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato, no se encontró un tema similar o parecido, por cuanto el trabajo investigativo se realizará en forma total.

### **Fundamentación Filosófica**

El paradigma de la investigación es Fenomenológico-Hermenéutico debido a que la Fenomenología de Husserl (1859-1938) permite acceder a la conciencia mediante la investigación directa y la descripción fiel y libre de teorías con un enfoque construccionista tomando en cuenta la teoría de la construcción social de la realidad que refiere Laird (1995) citado por Aylwin Acuña & Solar S, (2002) basado en que cada ser humano tiene una visión distinta y única de la realidad, “La persona y su proceso de conocer están profundamente enraizados por la cultura, por las condiciones del contexto y por sus propias ideas”(....) por lo tanto, el conocimiento humano es subjetivo; es un asunto de interpretación”.

Esta teoría se relaciona con la Teoría General de los sistemas, misma que responde a este trabajo investigativo. Además el paradigma fenomenológico-hermenéutico entiende la realidad de manera integral; es decir que analiza todos los aspectos del individuo, tomando en cuenta al fenómeno social sin la creación de normas debido a que analiza al sujeto desde su contexto y en base a esto se construye su realidad haciendo énfasis en la multicausalidad.

### **Fundamentación Epistemológica**

Para Ceberio y Watzlawick (1998), "el término epistemología deriva del griego episteme que significa conocimiento, y es una rama de la filosofía que se ocupa de todos los elementos que procuran la adquisición de conocimiento e investiga los fundamentos, límites, métodos y validez del mismo". La búsqueda de la verdadera ciencia, impulsa al ser humano de cada generación a buscar la coherencia y la satisfacción intelectuales (Martínez Miguélez, y otros, 2014, p.13), verdaderamente la epistemológica es el fundamento de toda ciencia para construcción de nuevos conocimientos, por lo que esta investigación proporcionará nuevos conocimientos del tema planteado.

Para otros autores, la epistemología es aquella parte de la ciencia que tiene como objeto analizar el conocimiento y la forma cómo el sujeto ha otorgado un status de cientificidad al mismo; pero a su vez, el reconocimiento que goza este tipo de conocimiento por parte de la comunidad científica.

Por lo tanto la investigación será abordada desde el enfoque hermenéutico debido a que se trabajará desde la perspectiva de los entrevistados para realizar el análisis del contexto de los mismos y posteriormente plasmar las conclusiones de la investigación de acuerdo a los parámetros establecidos en las temáticas de tratamiento multidisciplinario y la sintomatología de trastornos de personalidad. Además se toma en cuenta que "el enfoque

hermenéutico busca que los datos o las partes de un todo se presten a diferentes interpretaciones.” (Enciso Calderòn , 2013)

### **Fundamentación Axiológica**

El desarrollo integral del ser humano engloba diversos ámbitos, por lo que una rama de la Filosofía conocida como Axiología es la encargada de estudiar los valores y la utilidad que los mismos tienen para el individuo. Autores como: Wilber Marshall Hermann Lotzel Marx Scheller Nicolai Hatmann fueron los precursores para entender esta parte de quienes constituyen la sociedad, por lo que realizaron importantes aportaciones con relación al estudio de los valores.

Por cuanto los valores constituyen una parte esencial de la persona la investigación tomara como referencia la responsabilidad tanto de la familia como de la sociedad, el compromiso al cambio de pensamiento para beneficio mutuo, corresponsabilidad, respeto, solidaridad, cooperación y tolerancia en las familias y en la comunidad aportando de manera efectiva al tratamiento de las personas que padecen este tipo de sintomatología y contribuyendo al cambio positivo de la sociedad

### **Fundamentación Ontológica**

“El ser humano es la estructura dinámica o sistema integrado más complejo del universo: es decir un todo polisistémico” Enciso Calderòn (2013): es decir que al momento de realizar cualquier estudio será necesario tomar en cuenta una metodología inter y transdisciplinaria.

Es de conocimiento de todos que las personas son perceptivas a las situaciones de crisis mostrando una actitud de reconocimiento a la vida y a la preservación de la misma, asegurando de esta manera el cuidado de la familia. Este trabajo se fundamenta en que la

realidad se encuentra en constante cambio por lo que los conocimientos científicos son relativos por lo que los seres humanos se han adaptado de acuerdo a las necesidades y a los escenarios que se han presentado sin perder su autonomía y raciocinio que los caracteriza.

### **Fundamentación Sociológica**

La sociedad actual, demanda cambios en los sistemas por lo que esta investigación se fundamenta en la teoría del conflicto que refiere que “los conflictos pueden ser un mecanismo positivo que promueva al cambio social”. Las personas y sus familias no están exentas de atravesar por crisis lo que genera conflictos entre los miembros del núcleo, sin embargo el conflicto es visto como una oportunidad para llegar a un desarrollo de potencialidades y capacidades.

Por otra parte el poder es un factor clave para que se generen o no conflictos por lo que se considera un factor fundamental en esta teoría debido a que el ser humano tiene poder para construir o destruir produciendo estados de crisis para posteriormente llegar a una homeostasis con su grupo.

### **Fundamentación Legal**

#### **CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR**

##### **Derechos del Buen Vivir**

##### **Sección Séptima: Salud**

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan

el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

### **Capítulo Tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.**

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

## **LEY ORGÁNICA DE SALUD**

### **Capítulo II: De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades**

**Art. 4.-** La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

**Art. 5.-** La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y

evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.

## **LEY ORGÁNICA DE DISCAPACIDADES**

### **Título II De Las Personas Con Discapacidad, Sus Derechos, Garantías Y Beneficios**

#### **Capítulo Primero De Las Personas Con Discapacidad Y Demás Sujetos De Ley**

##### **Sección Primera De Los Sujetos**

##### **Capítulo Segundo de Los Principios Rectores y de Aplicación**

**Artículo 4.-** Principios fundamentales.- La presente normativa se sujeta y fundamenta en los siguientes principios:

1. No discriminación: ninguna persona con discapacidad o su familia puede ser discriminada; ni sus derechos podrán ser anulados o reducidos a causa de su condición de discapacidad. La acción afirmativa será toda aquella medida necesaria, proporcional y de aplicación obligatoria cuando se manifieste la condición de desigualdad de la persona con discapacidad en el espacio en que goce y ejerza sus derechos; tendrá enfoque de género, generacional e intercultural;

**Artículo 6.-** Persona con discapacidad.- Para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento. Los beneficios tributarios previstos en esta ley, únicamente se aplicarán para aquellos cuya discapacidad sea igual o superior a la determinada en el Reglamento. El Reglamento a la Ley podrá establecer beneficios proporcionales al carácter tributario, según los grados de discapacidad, con excepción de los beneficios establecidos en el Artículo 74.

**Artículo 7.-** Persona con deficiencia o condición discapacitante.- Se entiende por persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos.

## **Capítulo Segundo De Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad Sección Primera De Los Derechos**

**Artículo 20.-** Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, Documento con posibles errores, digitalizado de la publicación original. Favor verificar con imagen. No imprima este documento a menos que sea absolutamente necesario. 10 -- Suplemento -- Registro Oficial N° 796 -- Martes 25 de septiembre del 2012 establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación. La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación. La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad

**Artículo 24.-** Programas de soporte psicológico y capacitación periódica.- La autoridad sanitaria nacional dictará la normativa que permita implementar programas de soporte psicológico para personas con discapacidad y sus familiares, direccionados hacia una mejor comprensión del manejo integral de la discapacidad; así como, programas de capacitación periódica para las personas que cuidan a personas con discapacidad, los que podrán ser ejecutados por la misma o por los organismos públicos y privados especializados.

## **PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR**

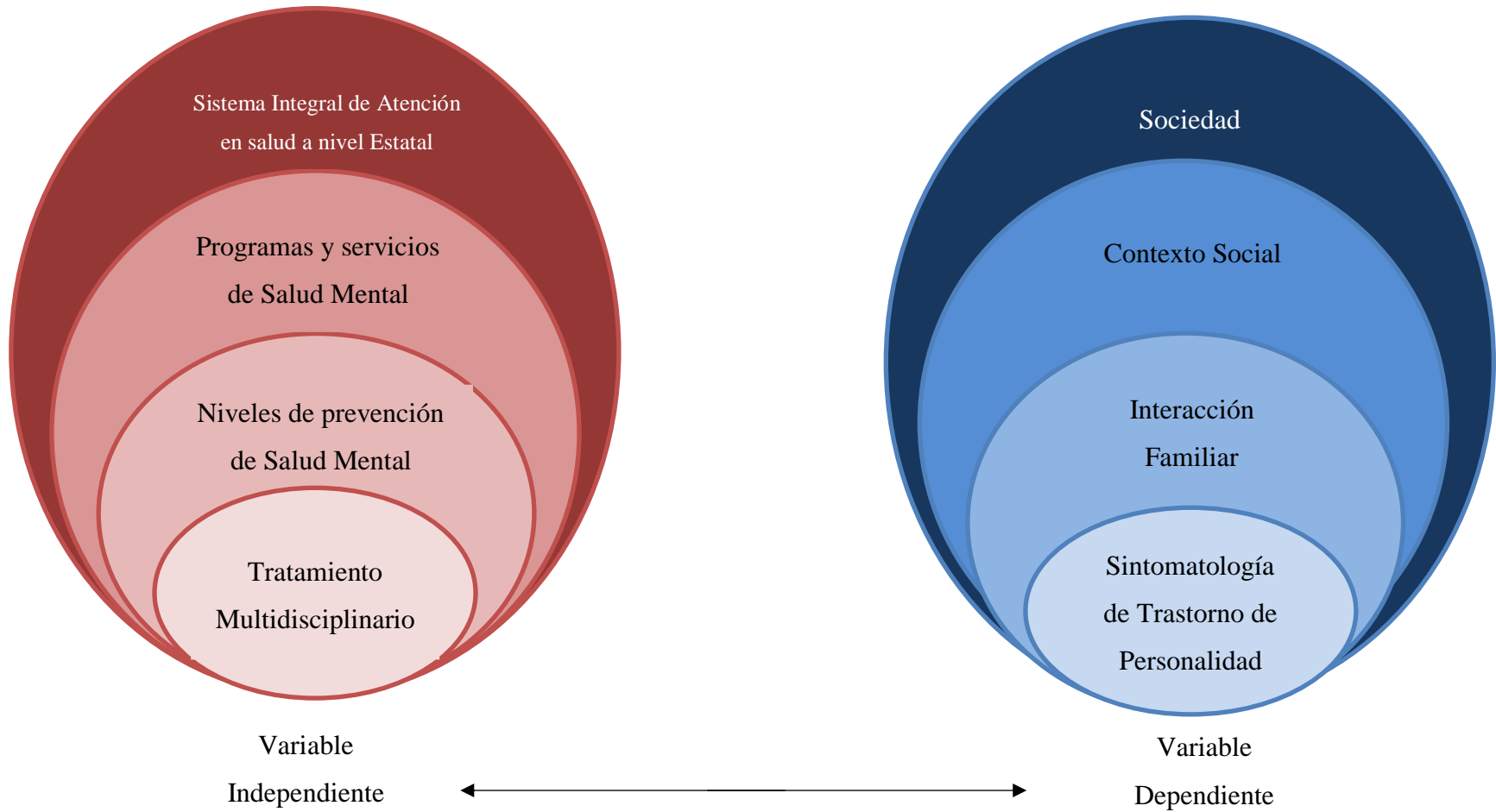
### **Objetivos del Buen Vivir**

#### **Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población**

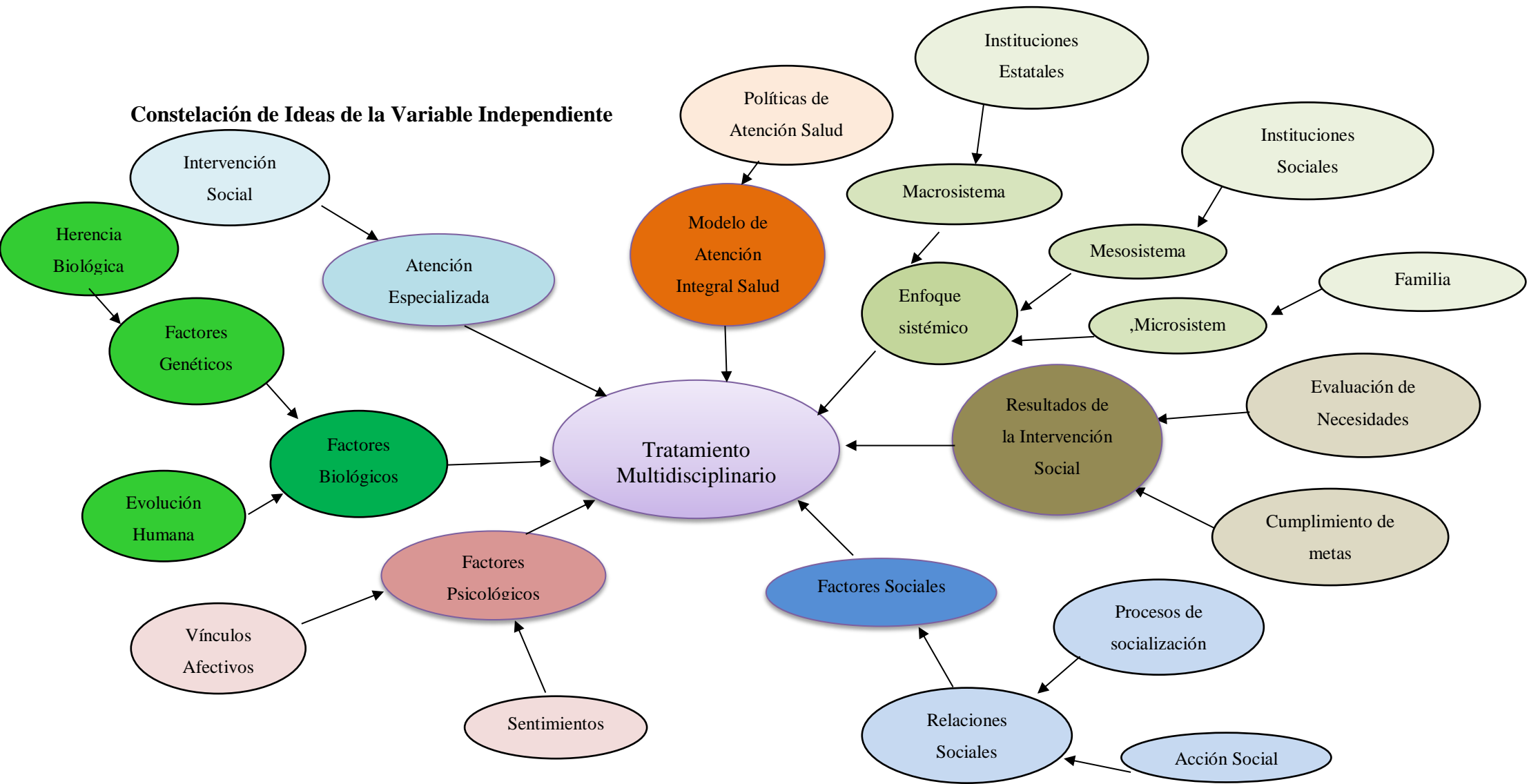
El Programa de Gobierno 2013-2017 plantea la desmercantilización del bienestar, la universalización de derechos, la recuperación del vínculo entre lo social y lo económico y la corresponsabilidad social, familiar y personal sobre la calidad de vida de las personas. La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable y Equidad Social. Para su logro, este objetivo plantea mejorar la calidad y calidez de los servicios sociales de atención, garantizar la salud de la población desde la generación de un ambiente y prácticas saludables; fortalecer el ordenamiento territorial, considerando la capacidad de acogida de los territorios y el equilibrio urbano-rural para garantizar el acceso a un hábitat adecuado y una vivienda digna; avanzar en la gestión de riesgos y fomentar la movilidad sustentable y segura



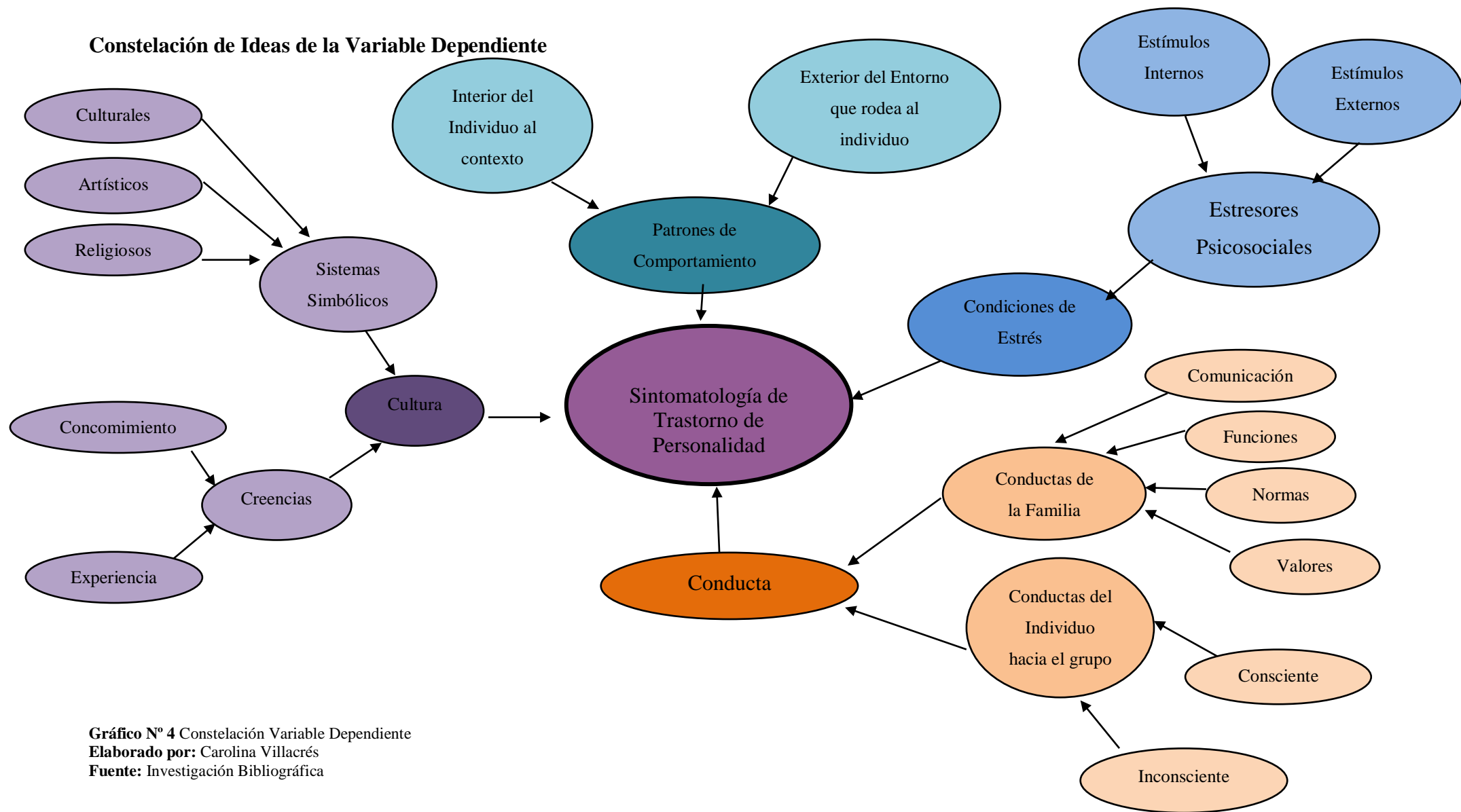
## Categorías Fundamentales



**Gráfico N° 2** Categorías Fundamentales  
**Elaborado por:** Carolina Villacrés  
**Fuente:** Investigación Bibliográfica



**Gráfico N° 3** Constelación de Variable Independiente  
**Elaborado por:** Carolina Villacrés  
**Fuente:** Investigación Bibliográfica



**Gráfico N° 4** Constelación Variable Dependiente  
**Elaborado por:** Carolina Villacrés  
**Fuente:** Investigación Bibliográfica

## **MARCO CONCEPTUAL VARIABLE INDEPENDIENTE**

### **SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD A NIVEL ESTATAL**

El Modelo de Atención Integral en Salud-FCI de Ecuador propone la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones; es decir: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales, de manera que se centra en garantizar el derecho a la salud de las personas, familias y la comunidad. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2012).

El Sistema de Atención tiene mira a mejorar la calidad de vida de la población , la cuestión se centra en la construcción de una atención equitativa para todos los aspectos que intervienen en salud, por lo que todos los aspectos (físicos, psicológicos y sociales) deben ser abordados en conjunto.

Este modelo de atención es considerado integral porque abarca todo el contexto del ser humano; es decir que toma en cuenta el microsistema (individuo), mesosistema (interacción entre dos o más microsistemas), exosistema (entornos en los que la persona no está incluida directamente) y macrosistema (valores culturales y políticos de una sociedad). Rodriguez P (2013) expresa que la Atención integral se logra cuando se planifican programas o servicios dirigidas a personas con necesidades de apoyo y que son contemplados de manera holística.

### **PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

El concepto de Salud según la Organización Mundial de la Salud fue considerado para la construcción del MAIS-FCI (Modelo de Atención Integral en Salud-Familiar Comunitario Intercultural) debido a que en el concepto propuesto por dicho organismo (OMS, 2016) se dice que la Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

En tanto para Diaz Mastellari (2016) la salud es “la expresión cualitativa del estado funcional de la vida de un individuo o conjunto de individuos.....además la calidad de sus relaciones con el resto de los sistemas integrantes del planeta y, por intermedio suyo, del Sistema Solar”, por lo que este autor explica que se considera a un individuo como “sano” en el momento en que este goza de vida y se encuentra en armonía con los demás sistemas que le rodean.

Las diferentes esferas sociales mantienen la tendencia de que una persona tiene salud cuando goza de todas sus facultades para realizar sus actividades cotidianas, esta creencia es completamente verdadera debido a que se necesita de todo esto para cumplir con las metas y objetivos encomendados y aquellos que son propuestos por sí mismo.

De este contexto la Organización mundial de la Salud (OMS) considera que la salud mental y la salud física deben estar en un balance por lo que definen a la Salud Mental como: “Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (OMS, 2013)

La salud mental es un componente importante, es un área en la que los Trabajadores Sociales no han cubierto la demanda de la población, por lo que es necesario recalcar la intervención del profesional en TS para garantizar la atención integral a los servicios de salud mental.

## **NIVELES DE PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL**

Los niveles de prevención “se caracterizan por ser barreras que ayudan a prevenir o en casos más afortunados a evitar las enfermedades” (Julio, Vacarezza, Alvarez, & Sosa,

2011) y si estas ya se encuentran presentes estas barreras trataran de frenar su evolución evitando epidemias o pandemias.

Según la OMS las enfermedades debe atenderse en distintos niveles, sin embargo dicho organismo toma en cuenta que “cada país es libre de elegir sus políticas con relación al tipo de prevención”, (OMS, 2016) pero la mayoría se adecuan dentro de los márgenes del esquema universal; es decir tres niveles.

### **Prevención Primaria**

Se dirige a grandes grupos de población y en ciertos casos a toda, teniendo como objetivo principal la sensibilización mediante campañas en las que se da a conocer el tipo de enfermedad y las medidas a tomar para prevenirla. Según Organización Mundial de la Salud, (1978) y en conferencias realizadas en los tres últimos años (OMS, 2016) la Atención Primaria

“Comprende cuando menos las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción de suministros de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales (...) se basa en el plano local como el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, auxiliares y trabajadores de la comunidad.” Págs. 4,6

El Trabajador social en este nivel se encarga de la promoción de programas que fomenten la higiene mental y la manera en que la familia puede tomar parte en el tratamiento,; es decir se encarga de la demanda inicial.

### **Prevención Secundaria**

Este nivel se caracteriza porque los usuarios son atendidos en el área de consulta externa por quienes manejan especialidades básicas, sin embargo los pacientes no requieren ningún tipo de hospitalización. El Gobierno de España, (2014) después de realizar estudios en cuanto a prevención dice que “Se busca eliminar la enfermedad en las fases iniciales”.

La OMS (2016) refiere que es necesaria “la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental”, además es necesario recalcar que con relación a enfermedades mentales este tipo de prevención es en la que se pone mayor énfasis.

En este nivel el profesional en Trabajo Social cumple con funciones enmarcadas en lo sanitario, es decir que estará bajo la cobertura de hospitales y casas de salud a donde acudan pacientes que requieran medicación u otro tipo de intervención.

### **Prevención Terciaria**

Según Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa (2011) “en la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente”.

En este nivel se atiende a pacientes que requieren necesariamente hospitalización; es decir que no es opcional el que la persona quiera o no internarse, generalmente este tipo de

pacientes llegan por remisión de los dos niveles anteriores Ministerio de Salud Pública, (2017) y quienes los atienden son profesionales con funciones específicas; es decir que cuentan con una especialización.

De acuerdo a los lineamientos y políticas establecidas por nuestro país los tres tipos de atención citados anteriormente se ejecutan de acuerdo a la necesidad de cada paciente y con el apoyo de los profesionales

Por lo tanto el profesional que ocupa el cargo de Trabajador Social al igual que en el segundo nivel estará bajo la cobertura de los diferentes centros que ofrece el Estado o el sector privado.

## **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL SALUD**

La atención integral se caracteriza por formar parte de un proceso que supera el enfoque economicista y excluyente, por lo cual centra su atención en el ser humano articulando diferentes aspectos para proporcionar un mejor servicio.

En el Ecuador el propósito del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) (2012) plantea los siguientes ejes:

- “Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir;
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISFCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;
- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano; e,



- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo”. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2012)

El Modelo de Atención en Salud engloba todos los aspectos en los que la persona requiere atención, por lo que el Trabajador Social forma parte de este sistema y debe estar dispuesto a responder a la demanda inicial en problemas de salud.

### **Políticas de Atención Salud**

Para Lechner, citado por Jiménez, (2012) “el objetivo de la política, su tarea, es la construcción del orden social, el cual se logra a partir de elaborar alternativas posibles tendientes a la transformación de las condiciones de vida actuales” dadas las pautas anteriores se concluyen que las políticas se elaboran con el fin de mejorar las condiciones de vida de la población.

En el Ecuador las políticas que amparan la atención Integral son las siguientes: Constitución de la República del Ecuador; El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013; Ley Orgánica de Salud; La Agenda Social 2009 – 2011 (MCDS, 2009); Objetivos de Desarrollo del Milenio; Visión y Misión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estos garantizan el derecho a la Salud y la protección de los grupos poblacionales.

### **ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

La atención especializada comprende todo lo referente a consultas en el área en la que el paciente desee tratarse específicamente, además del proceso de hospitalización en caso de que así la persona lo requiera. Ministerio de Salud Pública, (2017)

En el campo de la Atención especializada el Trabajador Social se encarga de apoyar las acciones que el médico tome, por cuanto se considera que una atención especializada

exitosa se debe llevar a cabo con la intervención de todos los profesionales que se requieran para proporcionar un tratamiento efectivo. Cabe recalcar que el Trabajador Social se encargará de investigar acerca del contexto social del paciente, lo cual juega un papel sumamente importante para dictaminar el tratamiento para la enfermedad y los cuidados que implica la misma, así mismo como su posterior integración y reinserción a la sociedad.

### **Intervención Social**

Etimológicamente según la Real Academia de la Lengua Española (2014) el término intervención proviene del vocablo latino *interventio* y este hace referencia a la acción y efecto de intervenir; es decir tomar parte en un asunto o a la vez interceder o mediar por alguien o algunos.

La intervención puede realizarse “en diferentes áreas del conocimiento”, Duque, (2013) debido a que se considera la aplicación de la teoría en el campo profesional. En el campo de las Ciencias Sociales se realizan intervenciones directas con los involucrados o con su contexto social.

A decir verdad esta intervención es la que realiza el Profesional en Trabajo Social de manera que interactúa con el paciente y la familia y de la misma manera con el contexto que rodea al individuo y a su familia

### **ENFOQUE SISTÉMICO**

El enfoque sistémico permite analizar los fenómenos y objetos como componentes de un todo. Por lo tanto los sistemas se encuentran relacionados entre sí, de manera que si uno sufre un cambio los demás sistemas también cambiarán.

## **Macrosistema**

“Formas de Organización Social, sistema de creencias y estilos de vida que prevalecen en una cultura.” (Consuegra, 2010).

Al tener claro lo que es un Macrosistema, se puede decir que estos constituyen las estructuras sociales más grandes, por lo que en este se encuentran las instituciones estatales que mantienen el orden en la sociedad

## **Instituciones Estatales**

Conocidas como instituciones de Estado, son aquellas que se encargan de dictaminar las políticas y las formas de gobierno para sus habitantes que se encuentran en un territorio.

## **Mesosistema**

Este sistema es el lugar del sistema en donde se interrelacionan uno o más sistemas., en este campo se encuentran la escuela, el colegio y las instituciones más cercanas al individuo. (Zamanillo, 2008). Las relaciones sociales que se forjan en este sistema pueden tener incidencia en la formación de la personalidad del individuo.

## **Instituciones Sociales**

La escuela, el colegio, la universidad, los lugares con los que el individuo se encuentra en contacto y que le permiten establecer relaciones sociales. Este tipo de instituciones pueden ser públicas (pertenecientes al Estado) o privadas.

## **Microsistema**

Interacciones que ocurren en el entorno inmediato del individuo (Consuegra, 2010). Este subsistema es el más íntimo porque se pueden ver las maneras de reacción ante una acción de los integrantes del grupo que lo constituyen. Por lo general se habla que de este sistema forma parte la Familia con sus roles, límites, normas, tipo de comunicación y otros componentes.

## **Familia**

Para (Ander Egg, 2003) la familia es “una forma de organización social necesaria que ha evolucionado al igual de la sociedad (...) es el espacio vital del desarrollo humano para garantizar su subsistencia”.

Por lo tanto la familia es parte esencial de la sociedad porque se constituye como el núcleo primordial para la fundación de la sociedad, por lo que los Estados ponen énfasis en satisfacer las necesidades de la familia y buscan asegurar el bienestar de la misma.

Existen diversos tipos de Familia entre estos están.

a) *Familias Unipersonales*: Formados por una sola persona, mujer o varón, ya sea joven (normalmente solteros), adulta (generalmente separados o divorciados), o anciana (frecuentemente viudos). (Martínez Monteagudo., 2013)

b) *Familias monoparentales*: Están constituidas por una madre o un padre que no vive en pareja y vive al menos con un hijo menor de dieciocho años. Puede convivir o no con otras personas (abuelos, hermanos, amigos...). La mayor parte de estas familias están encabezadas por mujeres. (Martínez Monteagudo., 2013)

c) *Familias nucleares*: El esposo (padre), esposa (madre) e hijos, componen la unidad familiar básica. Los hijos son la descendencia biológica de un apareja o integrantes adoptados por la pareja. (Martínez Monteagudo., 2013)

d) *Familias nucleares simples*: Formadas por una pareja sin hijos. (Martínez Monteagudo., 2013)

e) *Familias en cohabitación*: Convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio. En algunas ocasiones, este modelo de convivencia se plantea como una etapa de transición previa al matrimonio; en otras, las parejas eligen esta opción para su unión permanente. (Martínez Monteagudo., 2013)

f) *Familias extensas*: Son las familias que abarcan tres o más generaciones y están formadas por los abuelos, los tíos y los primos. Subsisten especialmente en ámbitos

rurales, aunque van perdiendo progresivamente relevancia social en los contextos urbanos. (Martínez Monteagudo., 2013)

g) *Familias reconstituidas*: Se trata de la unión familiar que, después de una separación, divorcio o muerte del cónyuge, se rehace con el padre o la madre que tiene a su cargo los hijos y el nuevo cónyuge (y sus hijos si los hubiere). (Martínez Monteagudo., 2013)

## **FACTORES BIOLÓGICOS**

El ser humano es considerado un ente complejo (Aguirre Enriquez, 2016) que posee su propia historia y se encuentra compuesto por diversos elementos, al momento de referirnos a factores biológicos estamos haciendo alusión al término *vida*.

Cuando se habla de historia se dice que esta es una transformación en el transcurso del tiempo y al hablar de elementos se refiere a los factores que han intervenido en dicho cambio.

### **Evolución Humana**

La evolución humana ha sido un tema de debate por tratar de entender del lugar de dónde venimos. Se conoce que la Evolución Humana consiste en “Cambios lentos y graduales en las poblaciones a lo largo de grandes periodos de tiempo” (Barahona, 2016), entonces será necesario comprender que el ser humano es el producto de cambios de acuerdo a las circunstancias temporales entre las cuales figuran la selección natural, misma que fue propuesta por Charles Darwin y se refiere “al proceso que limita la tasa reproductora o la eficacia biológica de los seres vivos en relación con características fenotípicas heredables, dando lugar a cambios en las frecuencias de los fenotipos de la población en generaciones futuras (evolución)” Soler J. , (2015); este concepto se resume en que los aspectos que son heredados juegan un papel importante para la supervivencia de las especies.

## **Factores Genéticos**

Los factores genéticos según Aguirre Enriquez (2016) en su Publicación Modelo de la Evolución Humana, se debe tener en cuenta que el término factor genético hace referencia a la información biológica que es transferida a través de las generaciones.

Esta información puede mutar o evolucionar de acuerdo a los diferentes ambientes a los que se encuentre expuesto el individuo.

## **Herencia Biológica**

Son las características (físicas, fisiológicas, morfológicas, bioquímicas, conductuales o incluso enfermedades, entre otras) de sus progenitores. (Barahona, 2016).

La herencia biológica es lo que permite conocer de dónde venimos fisiológicamente, de manera que podemos identificarnos con otros individuos como descendencia de los mismos y por ende ser clasificados dentro de un grupo.

## **FACTORES PSICOLÓGICOS**

Los seres humanos poseen factores psicológicos que están íntimamente ligados al interior de la persona, mismos que influyen en el desarrollo del individuo a lo largo de su vida.

Para Freud (1985) son de vital importancia las expresiones simbólicas de conflictos internos y que se encuentran remontados a los primeros años de vida. (Morris & Maisto, 2009)

## **Vínculos Afectivos**

El concepto de Vínculo hace referencia al “lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y de desarrollo” según Urizar ( 2016 p.1) , por otro lado Linares (2006) en su artículo *Una vision Relacional de los Trastornos de Personalidad* expresa “El más importante elemento de la experiencia relacional que se acumula para servir de base a la construcción de la personalidad individual es la vivencia subjetiva de ser amado”.

Tanto Urizar como Linares concuerdan en el hecho de que las primeras muestras de afecto juegan un papel sumamente importante en el desarrollo del individuo, de manera que los vinculos afectivos a temprana edad y en el transcurso del desarrollo del individuo marcaran la pauta para que este manifieste su conducta y comportamiento en años posteriores.

## **Sentimientos**

Se define a las emociones como “las experiencias multidimensionales con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo” (Chóliz Montañes, 2005), para entender de una manera más sencilla se define a las emociones como respuestas a estímulos con el fin de que el individuo pueda adaptarse a cierto contexto, además estas dan origen a los sentimientos.

## **FACTORES SOCIALES**

Al hacer referencia a factores sociales se toma en cuenta “el entorno en el que se desenvuelve la persona en el desarrollo de sus etapas de vida”; (Schaefer, 2012) es decir, se toma en cuenta la historia de vida familiar, educativa, laboral entre otras, que pueden contribuyen en el proceso de la formación de la personalidad.

## **Relaciones Sociales**

Según, Herrera Manuel (2002) en su estudio de la Relación Social como categoría de las Ciencias Sociales refiere que una relación social es:

Referencia de un sujeto a otro sujeto mediada por la sociedad (cultura, estilos de vida, intereses e identidades) a la que pertenecen los sujetos en relación (...) también implica intercambiar algo, una acción recíproca en la que cualquier cosa pasa de ego a alter y viceversa lo que genera un ligamento recíproco. (pág. 44)

A ciencia cierta existen diferentes definiciones con relación a este término, pero para poder entender de una manera sencilla, se puede decir que las relaciones sociales son un conjunto de personas que interactúan entre sí, estas se acercan o se alejan dependiendo de los intereses y vínculos que crean a lo largo del tiempo, tomando en consideración aspectos como la identidad cultural y el ambiente en el que se encuentra en el presente.

### **Proceso de Socialización**

Los procesos de socialización inician en la familia; la familia es reconocida como la primera escuela en donde se inician los diferentes procesos de socialización (Lara Posada & De Castro Correa, 2016), es donde se construyen los afectos, la confianza y los primeros rasgos de personalidad.

Los procesos de socialización se realizan a lo largo de la vida del individuo, dependerá de la persona las redes que llegue a tener y de las instituciones con las que se relacione, Estos procesos son necesarios para forjar la personalidad.

### **Acción Social**

La acción social se refiere al tipo de conducta subjetiva que muestra cada uno de los actores, de esta manera se establece una relación, esta relación explica la lógica de los fenómenos sociales; es decir de los comportamientos ante los factores culturales.



Weber (1921) identificó cuatro formas de acción social: Tradicional, Afectiva, Racional con Valores, Acciones con un fin racional. Todas las acciones tienen influencia en otros individuos.

## **RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL**

Al hablar de Resultados en la Intervención Social, debemos tener en cuenta aspectos como la evaluación de actividades, por lo que los resultados pueden ser a corto, mediano o largo plazo, todo dependerá de los objetivos, metas y las necesidades a satisfacer a los que se enfocan los servicios sociales.

### **Necesidades**

La RAE (2014) define la palabra necesidad como la carencia de cosas que son necesarias para la vida. Por lo tanto existen diferentes tipos de necesidades, según Maslow (1943) existen necesidades Fisiológicas; de Seguridad ; de Afiliación; de Reconocimiento y de Autorrealización.

### **Metas**

La RAE (2014) refiere que una meta es el fin al que se dirigen las acciones. La meta se delimita de acuerdo a cada actividad, por lo que por cada actividad existirá una meta. Por lo tanto para obtener resultados, es necesario tener en cuenta las metas, porque los resultados vendrían a ser el conjunto de metas que se han cumplido.

## **TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO**

Es un modelo de atención integral, hace referencia a las distintas disciplinas académicas, analiza desde distintas miradas el problema es sistémico debido a que aborda factores

biológicos, psicológicos y sociales del individuo; (Menéndez Osorio, 1998) que juegan un papel importante en el funcionamiento humano, en el contexto de la enfermedad o la percepción de enfermedad. Además coloca como actor principal al individuo afectado, familia y comunidad para obtención de mejores resultados.

### **Ventajas del Tratamiento Multidisciplinario**

Actualmente mediante el trabajo en equipo se puede dar soluciones efectivas a diversas problemáticas en todos los ámbitos. (Carvajal Escobar, 2010). Dependiendo del lugar en donde sea aplicado cambia el nombre pero no la funcionalidad. Menéndez Osorio define a la Multidisciplinariedad de la siguiente manera:

“La Multidisciplinariedad hace referencia a las distintas disciplinas, a la división de los campos científicos, al desarrollo y necesidades de las ramas del saber, a lo más específico y propio del desarrollo científico técnico y a la profundización de los conocimientos”. (pág.145)

Este mecanismo de intervención aporta de manera positiva a la intervención que debe realizarse en los usuarios, debido a que se toma en cuenta factores físicos, psicológicos y sociales mejorando la atención y proporcionando resultados duraderos.

En tanto que para Junor, Hole & Gillis, citado por MHC (Mental Health Commission) en la revista *Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice* (2006) dice que el equipo de trabajo multidisciplinario es conocido como el método más efectivo en lo clínico, especialmente en lo que refiere a salud mental, además expresa que el equipo necesita: plantear objetivos, entender y respetar las competencias de los otros miembros del equipo y el rango de autoridad que este tenga, aprender de las otras disciplinas y respetar los diferentes puntos de vista.

### **Tratamiento Multidisciplinario en la Actualidad**

La Real Academia de la Lengua Española (2016) define la palabra tratamiento como el “Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.”, de la misma manera la OMS (2013) expresa que esta palabra hace referencia a las maneras para calmar el dolor o erradicar la enfermedad de manera exitosa.

### **Beneficios de la Multidisciplinariedad**

La Multidisciplinariedad tiene como objeto unir las distintas disciplinas de los diferentes campos científicos de acuerdo a las necesidades que se presentan en las diversas áreas de saber. (Carvajal Escobar, 2010) La Multidisciplinariedad permite que los profesionales aporten con sus conocimientos y que se pueda tratar a la persona de manera integral y holística, (Sánchez, 2010) lo que permite profundizar conocimientos y pueden dar soluciones al problema de manera más concreta.

### **Características de la Multidisciplinariedad**

La multidisciplinariedad se diferencia de la interdisciplinariedad y de la pluridisciplinariedad en los siguientes aspectos (Carvajal Escobar, 2010):

- Cada disciplina conserva sus métodos
- Trabaja indagatoriamente para encontrar la solución a un mismo problema
- Las disciplinas tienen objetivos comunes, pero análisis independientes
- Es mutua y acumulativa pero no interactiva

### **Trabajo Social y Multidisciplinariedad**

El Trabajo Social es una disciplina que se relaciona con diversas áreas, en el ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar y multidisciplinar, por lo tanto es un lugar donde se reúnen diferentes profesionales, y diferentes modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. (Graces Trullenque, 2010)

La Multidisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, los trabajadores sociales en Salud Mental están integrados en un equipo multidisciplinario con un objetivo común, con la diferencia en el tipo de información y de intervención que se realiza. El equipo puede variar según las necesidades de la población que se atiende.

## **MARCO CONCEPTUAL VARIABLE DEPENDIENTE**

### **SOCIEDAD**

El hombre es un ser social por naturaleza, en el transcurso de las etapas del ciclo de vida se va insertando en la sociedad y dejando su aporte a la misma. (Schaefer, 2012) Definir el término sociedad ha sido desde los inicios bastante complejo debido a diferentes aspectos como son lo cultural, económico, religioso, contextual.

Existen varias definiciones de sociedad, sin embargo, la que más se ajusta al propósito investigativo es la de Fichter (1993) quien define a la sociedad como:

“El sistema o conjunto de relaciones que se establecen entre los individuos y grupos con la finalidad de constituir cierto tipo de colectividad, estructurada en campos definidos de actuación en los que se regulan los procesos de pertenencia, adaptación, participación, comportamiento, autoridad, burocracia, conflicto y otros”.(p.23)

### **CONTEXTO SOCIAL**

El Contexto Social “hace referencia al medio ambiente que lo rodea, siendo el más cercano la vecindad, entendida como el barrio o comunidad habitacional” (Quintero Velasquez, 1997). Cuando hablamos de contexto nos referimos al entorno por el que se encuentra rodeado el individuo, este sistema tiene bastante influencia en la persona debido a que posterior al sistema familiar que es considerado como un subsistema, este será el que aporte al individuo ciertos rasgos que formaran parte de su personalidad.

En la interacción entre el individuo y el contexto se exige que exista semipermeabilidad para que el individuo no pierda su identidad, pero tampoco busque aislarse de su contexto.

### **INTERACCIÓN FAMILIAR**

La palabra interacción hace referencia a la “Valoración de las relaciones en la estructura social, indispensable para la satisfacción de necesidades y cumplimientos de objetivos colectivos.” (Ander Egg, 2003). Sin embargo al momento en que nos referimos a interacción familiar se habla acerca de las relaciones entre los miembros que conforman el núcleo, de manera que se observan los roles, límites, normas y la permeabilidad que existe entre los diferentes subsistemas.

## **PATRONES DE COMPORTAMIENTO**

Es necesario recalcar que “el comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según sean las circunstancias que afecten al organismo.” (Reyes, 2012). Tanto en antropología como en Ciencias sociales, los patrones se consideran como modelos conductuales a seguir; es decir una manera continua que tiene la persona de: pensar, sentir, reaccionar físicamente y actuar en determinada situación; estos patrones tienen su origen en los momentos de las diferentes etapas de vida de los individuos e intervienen las personas con las que han compartido, de manera que han copiado y aprendido ciertas reacciones de sus predecesores y quienes han estado inmiscuidos en su contexto y que hayan dejado proporcionado algo significativo para el individuo.

Se dice que los patrones de comportamiento de la familia “definen tanto los límites como la estructura de la familia, siendo aquéllos repetitivos y estables, fruto de las interacciones entre todos los subsistemas familiares y de éstos con el medio. Y es muy importante subrayar que son patrones aprendidos de las familias de origen que los miembros individuales tienden a aportar cuando forman una familia nueva.” (Aylwin & Solar, 2002). Como consecuencia, los patrones de comportamiento, son reacciones de la persona, que se hacen presentes en determinadas situaciones

Estos patrones de comportamiento proveen una visión estable de la realidad, es decir todo lo que vemos y oímos lo asimilamos a nuestra manera y posteriormente lo almacenamos para utilizarlos en algún momento de nuestra vida, sea para bien o para mal, con estas

reacciones proporcionamos información del interior y del exterior del sistema familiar, a esto se denomina “transmisión de patrones transgeneracionales”.

### **Interior del Individuo al Contexto**

Los patrones de comportamiento en el interior de las familias se instituyen en base a la dinámica y la interrelación entre los miembros del núcleo familiar; (Morris & Maisto, 2009) es decir que serán determinados por las reacciones, ideas, pensamientos, emociones, sentimientos sensaciones y la permeabilidad entre los subsistemas establecidos en la familia.

### **Externo del entorno que rodea al individuo**

En lo exterior se hace referencia a los modelos de conducta que la sociedad imponen, estos se basan en función de las relaciones de poder, (Morris & Maisto, 2009) intereses, aceptación fuera de la familia , de manera que las reacciones, ideas, pensamientos, emociones, sentimientos sensaciones producidas en el contexto meso y macro.

## **CULTURA**

Para Vera Noriega & Rodriguez Carvajal, (2009) describen el concepto de Cultura como “prácticas materiales y de significación, al mismo tiempo, de continua producción, reproducción y transformación de las estructuras materiales y de significación que organizan la acción humana.” En tanto que:

“En psicología, el concepto de cultura es útil para describir la manera en la cual la narrativa biográfica adquiere sentido a través de las relaciones con los colectivos e instituciones, las cuales cuentan con un sistema de reglas y normas de inclusión y exclusión que en diferentes épocas permiten, a través de diferentes valores, aumentar las posibilidades de supervivencia y bienestar.” (pág. 100)

Para comprender este término es necesario comprender en si el contexto en el que se desarrolló el individuo, ya que como hemos visto la Cultura es el componente de las

enseñanzas aprendidas en los diferentes ciclos de vida, se toman en cuenta las creencias y los sistemas simbólicos los modos de vida, costumbres, conocimiento científico, artístico e industrial, lenguaje, rituales, leyes y valores todo esto manifestado en un individuo perteneciente a una sociedad.

### **Sistemas Simbólicos**

Los sistemas simbólicos se caracterizan por ser el conjunto de: “el aprendizaje, el pensamiento simbólico, la manipulación del lenguaje y el uso de herramientas y otros productos culturales como los valores para organizar la vida y hacer frente al entorno.” (Del Río, 2011)

Para poder entender todo lo que abarca este sistema podemos decir que esto abarca las imágenes, objetos, gestos, ideas y valores que intervienen en las relaciones personales y su interacción, de manera que constituyen un factor importante en el aspecto cultural de cada individuo.

### **Culturales**

Signos concretos seleccionados por un grupo social, el cual tiene como objetivo transmitir determinadas ideas. Las ideas y significados se vinculan, mediante los símbolos nuestras ideas y creencias se hacen tangibles. (Linares, Perspectivas Sistémicas, 2016)

Los seres humanos adquieren signos desde el momento en que nacen, los padres son los encargados de transmitir todo lo que ellos conocen y que está asociado al contexto en donde el nuevo ser se desarrollara.

### **Artísticos**

Signos que expresan la belleza y los sentimientos que afloran en el ser, y que son aprendidos. (Linares, Identidad y Narrativa: la terapia familiar en la practica clínica, 1996)



Aprender a apreciar la parte interna del ser estará asociada a lo que se aprendió con relación al concepto de belleza, por lo que dicho concepto varía de acuerdo a la cultura en la que se encuentre el individuo.

### **Religiosos**

Signos que expresan la unión entre el ser y algo que abstracto, que no se puede ver, pero se puede sentir. (Linares, Perspectivas Sistémicas, 2016)

Los seres humanos siempre han creído en la existencia de algo superior a ellos, por lo que diversos filósofos como: Platón o Sócrates e incluso Aristóteles trataban de explicar dicha existencia y de qué manera el ser humano se encuentra relacionado con el mundo intangible pero existente.

### **Creencias**

Para poder definir lo que es una creencia se analizará dicho concepto desde la perspectiva de la programación neurolingüística de esta manera Carrión (2003:382) citado por (Castillo Babilón, (2005) dice que la creencia es una “Manifestación lingüística de la experiencia, o dicho de otro modo, como expresiones subjetivas de las experiencias (...) conductas, capacidades y nuestra identidad.” En tanto que para Price H.H (1934:35) citado por Defez, (2005) caracteriza a la creencia como: un estado mental complejo formado por el acto de tener presente la proposición y el acto de asentir a ella o adoptarla”. En resumidas palabras las creencias se originan en la mente a través de una propuesta abstracta o concreta que puede ser tomada y almacenada en la mente o por el contrario puede ser rechazada.

### **Conocimiento**

La epistemología es por naturaleza la Ciencia del conocimiento, por lo que el conocimiento se enmarca en los saberes que posee una persona en base a sus cualidades intelectuales. (Pèrez Montoro, 2016)

Si bien es cierto que el proceso para llegar al conocimiento de algo o de alguien está ligado a la experiencia y a las habilidades investigativas que el ser humano posee por naturaleza acompañado de su inteligencia para interpretar los datos que se han obtenido en todo el proceso.

## **Experiencia**

Los estudios sobre historias de vida y biografías han identificado que sus creencias acerca de la enseñanza son influidas por las experiencias personales de cuando estos fueron estudiantes (Bailey Moreno , Florres Fahara , & Gonzalez Rivera, 2016)

La experiencia en si se deriva de la observación y de la vivencia de situaciones por las que las personas han pasado en determinado momento de su vida. Su asociación con las creencias se asocia en el punto en el que los modelos mentales que tienen las personas son puestos a prueba en las situaciones por las que la persona atraviesa.

## **CONDUCTA**

El término conducta proviene del latín “conductus” que significa conducir de manera que hace referencia al modo en que “un organismo se conduce en relación con los demás de acuerdo a normas morales, sociales y culturales o la conducta global de un grupo determinado hacia los otros.” (Reyes, 2012).

Por lo tanto la conducta es la manera en la que el individuo de manera *consciente, observable y repetible* actúa frente a otros individuos quienes pueden tener una cultura similar o diferente al mismo; es necesario mencionar que se diferencia del comportamiento en el hecho de que éste varía de acuerdo a las circunstancias y estímulos que presenta el entorno por lo que el comportamiento puede ser consciente o inconsciente.

### **Conductas de la Familia**

Al hacer referencia a conductas de la familia se toma en cuenta la forma en la que se conducen las relaciones entre los miembros con base en factores como la comunicación, (Barg, 2003) el cumplimiento de funciones, aplicación de normas y valores y la reacción ante crisis que se pueden presentar en cualquier etapa de la vida de los individuos inmersos en este grupo.

### **Comunicación**

La comunicación se encuentra definida de acuerdo al sistema en donde se la lleve a cabo de manera que se puede hablar de comunicación sistemas abiertos y sistemas cerrados. Tomando en cuenta que al acto de comunicarse implica un intercambio de símbolos significativos, vocales y gestuales.

Los sistemas abiertos son independientes a las influencias del ambiente, los problemas son analizados con relación a su estructura interna, sin tomar en cuenta el entorno que los rodea Ander Egg citado por Gordillo, (2007) refiere que un sistema cerrado no permite intercambios. Por lo tanto la comunicación entre sistemas puede ser complicada por cuanto no se permite intercambios

En el caso de los sistemas cerrados y se relacionan con su entorno, estos son abiertos al crecimiento y al cambio. Estos se establecen de acuerdo a jerarquías, las mismas que permiten el intercambio de funciones con el ambiente (Ander Egg, 2003). Esto posibilita el intercambio de información y ayuda a que los componentes del sistema puedan entenderse de mejor manera.

### **Funciones**

Las funciones que cumple la familia tendrán por objeto preparar al individuo para que responda ante las demandas de la sociedad, por lo que cada integrante del núcleo debe

asumir la función que le corresponde, de esta manera se pueden asociar las siguientes funciones según Schiamberg (1983) citado por (Graña, 2015)

- La socialización de los niños
- La cooperación económica y la división de las labores
- El cuidado, la supervisión, la monitorización y la interacción
- Las relaciones sexuales legítimas
- La reproducción
- La proporción de estatus: estatus social; atribuido, como el orden de nacimiento; y logrado, con base en el esfuerzo del individuo.
- Afecto, apoyo emocional y compañerismo

### **Normas**

“Las normas se consideran como la expresión observable de los valores de la familia y/o la sociedad” (Caparros Escartin, 2008) estas permiten expresar el sentir en conjunto de lo que verdaderamente cree la familia en cuanto a lo bueno y lo malo.

Las normas están destinadas para acatarse en todo momento y garantizar que la dinámica familiar se desarrolle en base a un sistema de reglas asociadas a la cultura de la familia.

### **Valores**

Según la (Real Academia de la Lengua Española, 2014) se dice que valor es la “Cualidad que poseen algunas realidades, consideradas bienes, por lo cual son estimables.” De manera que cuando se habla de valores, se tomará como referencia las cualidades que son de estima; es decir que dan buen nombre a la persona.

Por lo tanto los valores se constituyen como una parte esencial de la familia porque se actúa en base a estos en la toma de decisiones morales.

## **Conducta del Individuo hacia el grupo**

Como ha sido explicado anteriormente la conducta es la manera de conducir una relación, por lo que cuando se habla de la conducta del individuo hacia el grupo será necesario entender primeramente la cultura (Vàzquez, Hervàs, M, & Ho, 2006) de la persona con la que ha sido criado, misma que tendrá repercusión en la forma de interactuar con el entorno en el que se desenvuelva, este entorno que puede estar conformado por amigos, parientes cercanos, compañeros de trabajo y todos quienes se encuentren en un segundo y tercer nivel de interacción social.

### **Consciente**

“A través de su conciencia, el ser humano puede percibir experiencialmente sus valores, propósitos y significados a la hora de actuar o no actuar, y así, tratando de aproximarse a su inconsciente, puede hacer claridades relacionadas con la orientación de sus intenciones” (Lara Posada & De Castro Correa, 2016)

### **Inconsciente**

“Aunque se entiende que el contenido de la experiencia inconsciente se formó y viene del pasado, también se entiende que cuando dicha experiencia aparece en el presente, lo que le da forma es el significado que la persona le dé o pretenda darle a partir de lo que desee para sí de cara al futuro.” (Lara Posada & De Castro Correa, 2016)

## **CONDICIONES DE ESTRÉS**

Para Claridge citado por Rodriguez Campuzano & Frías Martínez, (2005) definen al estrés como “una respuesta normal de adaptación a una amenaza, esta podría generar patologías en caso de que sea prolongada o extensas” en tanto que para Cassidy (1999) “es una transacción entre la persona y su medio ambiente en las que se incorporan las perspectivas de estímulo y respuesta como parte de un proceso”.

En conclusión una condición de estrés es la manera en la que la persona responde ante una demanda del ambiente interior o exterior por el que el individuo siente presión, (Morris & Maisto, 2009) este es un aspecto que no se puede eludir ni evitar a lo largo de la vida.

### **Estresores Psicosociales**

El termino estresor se usa para nombrar al estímulo que provoca una respuesta de estrés. Los estresores Psicosociales los define “la evaluación cognoscitiva que el sujeto hace del estímulo” (Rodriguez & Rojas, 1998). Sin embargo para Sandin (1999) los estresores son “los agentes vitales; es decir las circunstancias que requieren un cambio en la rutina habitual del individuo.”

En conclusión podemos decir que los estresores psicosociales son los estímulos internos o externos del sujeto, mismos que son analizados y que propenden un cambio o reajuste en la rutina a la que el individuo está acostumbrado a llevar. (Morris & Maisto, 2009)

### **Estímulos Internos**

Factores que consiguen generar reacción por parte del individuo, provienen del interior del organismo, las ideas, pensamientos, sentimientos, la manera que el ser reacciona ante una situación. (Linares & Soriano, Pasos para una Psicopatología relacional, 2013)

Los seres humanos reaccionan ante situaciones, teniendo en cuenta lo que se produjo dentro de su ser, al existir cambios por dentro, el individuo transmitirá una respuesta. Por lo tanto el individuo debe estar capacitado para reaccionar ante cualquier evento en la vida diaria.

### **Estímulos Externos**

Factores que consiguen generar reacción por parte del individuo provienen del exterior del organismo, factores ambientales, factores sociales que se constituyen como elementos de cambio. (Linares & Soriano, Pasos para una Psicopatología relacional, 2013)

El ambiente y las relaciones son cambiantes, la persona deberá adaptarse a su contexto, porque es difícil que el contexto se adapte al individuo, por lo tanto debe estar pendiente de todo lo que le rodea.

## **SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD**

La Sintomatología de Trastorno de Personalidad se puede entender debido a que es un patrón permanente formado por conductas catalogadas por el contexto (historia de vida familiar y social) como desadaptadas, generalizadas, persistentes y arraigadas en condiciones de estrés, de manera que el comportamiento del sujeto se aparta de las expectativas de la cultura del mismo, por lo que el paciente sufre y hace sufrir a quienes forman parte de su contexto; es decir causan un malestar. Para el DSM-IV-TR se considera que el TP “se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto, este trastorno tiene su inicio en la adolescencia o al principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.” (López & Valdés Miyar, 2002)

### **Sintomatología**

El síntoma es aquel que es referido por el paciente, se tiene en cuenta manifestaciones subjetivas que se descubren mediante un interrogatorio. (Consuegra, 2010)

Cuando se habla de síntoma es necesario tener en cuenta las opiniones y las reseñas que expresan las personas que acuden a la consulta debido a que quien refiere el síntoma es la persona, sin embargo en ciertas ocasiones, y especialmente en la salud mental el contexto de la persona puede interferir en los diagnósticos por la confusión entre signos que presenta el paciente y que vienen a ser la parte física y tangible.

### **Trastorno**

La Universidad de Alicante ( en estudios realizados en el año 2008) manifiesta que el Trastorno puede definirse como “síndromes asociados al deterioro de una o más áreas de

funcionamiento”. El trastorno entonces se constituirá como un conjunto de signos y síntomas que se presentan de manera constante. (Consuegra, 2010)

## **Personalidad**

Son rasgos que hacen a un individuo un ser único, está conformada por sentimientos, pensamiento, actitudes y hábitos, en opinión de la (Fundación Canfranc, 2013). Sin Embargo el DSM-5 refiere que la personalidad está compuesta por diversidad de factores que son determinantes desde la etapa de gestación y los diferentes etapas del ciclo de vida de la persona.

## **Clasificación de los Trastornos de Personalidad**

Según el DSM-5 los Trastornos de Personalidad se clasifican en:

- Trastorno paranoide de la personalidad.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno disocial de la personalidad.
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno anancástico de la personalidad.
- Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.
- Trastorno dependiente de la personalidad.
- Otros trastornos específicos de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad sin especificación.

## **Diagnóstico de Trastorno de Personalidad**

Evaluar la personalidad es como evaluar la inteligencia, porque se mide algo intangible e invisible (Morris & Maisto, 2009)



## **Herramientas para Diagnosticar Trastorno de Personalidad**

La personalidad demuestra la conducta característica por lo que diversos especialistas han tomado en cuenta las teorías humanista, psicodinámica, de rasgos y de aprendizaje social. (American Psychiatric Association, 2014)

- Entrevista Personal: Se obtiene información
- Observación Directa de la Conducta: Observar acciones cotidianas
- Pruebas Objetivas: Pruebas escritas que se aplican y se califican de acuerdo a una línea estándar
- Pruebas Proyectivas: Estímulos ambiguos simples.

## **Hipótesis**

Este estudio se encuentra desarrollado desde un punto de vista cualitativo, en los estudios de corte cualitativo las hipótesis adquieren un papel distinto al que tienen en la investigación cuantitativa, las hipótesis se plantean durante el proceso, son generales o amplias, emergentes, flexibles y contextuales, (Sampieri Hernández, Fernandez Collado , & Baptista Lucio, 2010) es decir se adaptan a los datos por cuanto este método, permite analizar el discurso de las familias de los jóvenes diagnosticados con sintomatología de trastorno de personalidad y son ellos quienes construyen su realidad desde una narrativa de su percepción como individuos frente a las situaciones experimentadas, de esta manera al relatar este discurso la investigadora se encuentra inmersa; por cuanto se puede reconstruir e interpretar sus significaciones en la relación de su situación social de desconocer el tratamiento multidisciplinario aplicado a jóvenes que presenten sintomatología de trastorno de personalidad.

Por lo antes expuesto, y con el propósito de ampliar el conocimiento al respecto y aportar a la construcción contextualizada del Investigador, se propone utilizar la lógica proposicional del silogismo hipotético, que en lógica proposicional es una de las reglas de

inferencia. en lugar de la hipótesis y su comprobación, ya que, como refiere Bisquerra Alzina, (2004) citado por (García, 2015):

“La investigación cualitativa como actividad científica coherente con sus principios no puede partir de un diseño preestablecido tal y como sucede en las investigaciones de corte cuantitativo cuya finalidad es la comprobación de la hipótesis. La idiosincrasia de la investigación cualitativa (...) por ser inductivo, abierto, flexible, cíclico y emergente; (...) es capaz de adaptarse y evolucionar a medida que va generando conocimiento sobre la realidad estudiada”.

El Silogismo Hipotético es un instrumento que permite verificar el razonamiento de manera correcta, por lo que se construye en base a premisas y en el orden de sus premisas y su resultante; de esta manera nos proporciona la validez deductiva de la sentencia

La aplicación del Silogismo Hipotético tiene que ver de acuerdo a Pozo Muncio (1985) citado por (García, 2015) “son dos implicaciones de las cuales el antecedente de la una es la consecuente de la otra (el mismo enunciado), podemos construir una nueva implicación cuyo antecedente sea el de aquella implicación cuya consecuencia sea el antecedente de la otra implicación y cuyo consecuente sea el de esta última, cuyo antecedente sea consecuencia del primero”, estas premisas son aplicadas actualmente en las reglas de inferencia lógica, Escobedo Rivera, (2005) manifiesta que dichas leyes han existido desde hace 2000 años y en investigaciones de corte cualitativo esta de acuerdo con Pozo Muncio con relación al análisis de los datos mediante este tipo de análisis.

Expresado de otro modo, en la presente investigación: si existe desconocimiento de tratamiento multidisciplinario, la familia desarrolla conductas negativas, si la familia desarrolla conductas negativas entonces se profundiza la sintomatología de los jóvenes,; por lo tanto, la sintomatología de trastorno de personalidad es causa del desconocimiento del tratamiento multidisciplinario. Expresado en forma de inferencia lógica:

$a \rightarrow b$  “Si existe desconocimiento de tratamiento multidisciplinario, la familia desarrolla Conductas negativas”

$b \rightarrow c$  “Si la familia desarrolla conductas negativas, entonces existe sintomatología de TP”

---

$a \rightarrow c$  “El desconocimiento de tratamiento multidisciplinario, incide en la sintomatología de TP”

Así, continuando con las afirmaciones de Pozo Municio (1985) “las reglas de inferencia pueden ser comprobadas mediante las tablas de verdad, obteniéndose siempre una tautología es decir que los valores verdad son siempre verdaderos”; a continuación la tabla de verdad presentada a través de la comprobación de la Ley del silogismo, permitirá combinar las premisas antes citadas y su conclusión.

$A \rightarrow B$ (1)	$B \rightarrow C$ (2)	$A \rightarrow C$ (3)	$1 \wedge 2$	$(1 \wedge 2) \rightarrow 3$
V	V	V	V	V
F	V	V	F	V
V	F	F	F	V
F	F	F	F	V
V	V	V	V	V
F	V	V	F	V
V	F	V	F	V
F	V	V	V	V

La Tabla de Verdad presentada muestra los valores que se obtienen mediante las tautologías expresadas, todos los valores de verdad son verdaderos, partiendo del Modus Ponendus Ponens, mismo que afirma que si la primera premisa es verdad, la siguiente será verdadera y por ende la conclusión también lo será. Los primeros cuatro ejercicios de la tabla de verdad continúan repitiéndose a lo largo del proceso, de acuerdo a la interpretación y las leyes de silogismo hipotético.

### **Señalamiento de Variables**

**Variable Independiente:** Tratamiento Multidisciplinario

**Variable Dependiente:** Sintomatología de Trastorno de Personalidad

**Unidad de Observación**

Autoridades de la institución, jóvenes y familias, de los jóvenes diagnosticados con Sintomatología de Trastorno de Personalidad pertenecientes a la Iglesia Gran Campaña de Fe de la Ciudad de Ambato, Provincia de Tungurahua.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **Enfoque de la Investigación**

De acuerdo al paradigma seleccionado en la fundamentación filosófica Feneomenológico-Hermeneútico el enfoque de la investigación es cualitativo porque se busca comprender la perspectiva de los participantes con relación a los fenómenos que los rodean, profundizar sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados; es decir la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad.

#### **Modalidad de la Investigación**

De acuerdo al paradigma seleccionado en la fundamentación filosófica en la presente investigación se trabajará con la modalidad cualitativo descriptivo, conocido también como interpretativo, debido a que se tiene una perspectiva de la problemática desde adentro, lo que posibilita al investigador involucrarse en la realidad. Además la narrativa de la historia de vida específicamente los relatos cruzados, permitirá hacer una conexión con los sistemas familiares, de manera que ayudara a comprender los fenómenos del contexto familiar y social., por las siguientes consideraciones:

Mediante la utilización del enfoque cualitativo se analizaran valores y cualidades de las personas que están inmersos en el problema objeto de estudio con la finalidad de poder conocer y entender de mejor manera el problema.

Se observará el problema desde dentro de la Iglesia Gran Campaña de Fe para lo que será necesario involucrarse totalmente Se investigara en el lugar en donde se suscita el problema para posteriormente solucionar el mismo.

## **Nivel o Tipo de Investigación**

Para la ejecución de la investigación se utilizarán las siguientes modalidades:

### **Investigación de Campo**

Porque se estará en constante relación, diálogo y observación directa, entrevistas y encuestas con las y los involucrados lo cual permitirá la recolección de datos que servirá para la profundización en el análisis e interpretación de datos que permitirán analizar el número, pero sobretodo se determinarán las razones que causa la actual problemática en la Iglesia Gran Campaña de Fe para plantear soluciones de familias que se encuentran en crisis con el fin de conocer expectativas y necesidades,

### **Investigación Exploratoria**

El proceso de investigación se inició con el nivel exploratorio porque permite profundizar en la temática a tratar, basándose en datos obtenidos en el trabajo de campo donde se ha venido trabajando y desarrollando varias inquietudes, con el aporte y colaboración de las familias que asisten a la IGCF.

### **Investigación Descriptiva**

El tipo de investigación será descriptivo porque se someterá a un análisis en el que se mide y evalúa diversos aspectos o componentes del problema a investigar. Además se utiliza este tipo de investigación para realizar una comparación entre las variables para que a fin de la problemática que ha sido presentada se puedan especificar elementos, estructuras y su relación, como manifiesta Dankhe, (1986) citado por Hernández, Fernández y Baptista

(2014) “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”.

### **Investigación Bibliográfica**

También se trabajará con una metodología bibliográfica dado que la información de la presente investigación se encuentra en libros, revistas que contribuirán con la información necesaria para el desarrollo del marco teórico investigativas.

### **Población y Muestra**

#### **Población:**

La población motivo de la investigación está conformada por los siguientes elementos.

Dónde:

n= Tamaños de la muestra

N= Tamaños de la población (130)

P= Probabilidad de éxito 50% - 0,5

Q= Probabilidad de fracaso 50% - 0,5

Z = Variable estandarizada de distribución normal, nivel de confianza al 95% - 1,96

e = error aceptable 5% - 0,05 52

El presente estudio está considerando a 36 personas, por lo que siendo un número manejable para la investigación no se requerirá aplicar la fórmula estadística para obtención de muestra.

#### **Muestra:**

Para el cálculo de la muestra no se aplicara la fórmula del muestreo probabilístico de la población finita.

Por lo tanto se aplicaran los instrumentos de investigación científica a la totalidad de las personas por lo que no se aplicara muestreo.

<b>Unidades de Observación</b>	<b>Número</b>
Autoridades de la Institución	6
Familiares de Jóvenes diagnosticados con Trastorno de Personalidad	30
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>

**Cuadro No 3.1** Unidades de Observación

**Elaboración:** Carolina Villacrés



## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### Variable Independiente: Tratamiento multidisciplinario

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	POSIBLES PREGUNTAS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Es un modelo de atención integral, hace referencia a la Atención especializada (distintas disciplinas académica), analizando desde distintas miradas el problema tomando en cuenta un enfoque sistémico debido a que aborda factores biológicos, psicológicos y sociales del individuo; que juegan un papel importante en el funcionamiento humano, en el contexto de la enfermedad o la percepción de enfermedad. Además coloca como actor principal al individuo afectado, familia y comunidad para obtención de mejores resultados.	Modelo de Atención Integral	Políticas de Atención	Cuando se identifica un problema familiar con un joven diagnosticado con Trastorno de Personalidad dentro de la Iglesia, a quien se remite para su atención.	<b>Observación</b> <b>Entrevista</b> -Guía de Preguntas <b>Técnicas Biográficas</b> -Historias de Vida.- Relatos Cruzados Proyecto de Vida <b>Instrumentos</b> -Genograma -Mapa de Redes -Ecomapa
	Atención Especializada	Intervención Social	¿Qué tipo de tratamiento/intervención se efectuaba? ¿Quiénes participaron en el transcurso del tratamiento/recuperación del joven?	
	Enfoque Sistémico	Macrosistema	Con qué instituciones estatales están vinculados los jóvenes diagnosticados con TP	
		Mesosistema	Quiénes o qué instituciones sociales forman parte del círculo más cercano la familia	

		Microsistema	Cuál es la dinámica familiar que presenta la familia
	Factores Biológicos	Factores Genéticos	En las familias de jóvenes diagnosticados con TP, coinciden con patrones repetitivos o enfermedades asociadas en generaciones anteriores.
	Factores Psicológicos	Vínculos Afectivos	Cuál es el modelo de comunicación que utiliza la familia para interactuar entre ellos
		Sentimientos	
	Factores Sociales	Relaciones Sociales	Qué aspecto es el más problemático para establecer relaciones sociales
	Resultados	Resultado a Corto Plazo	Qué tipo de resultados observa en las familias de jóvenes diagnosticados con Trastorno de Personalidad, después de la intervención de la Iglesia
		Resultado a Largo Plazo	

**Cuadro No 3.2:** Operacionalización Variable Independiente

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** Investigación Bibliográfica

**Variable Dependiente: Sintomatología de Trastornos de Personalidad**

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	POSIBLES PREGUNTAS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Es un patrón permanente de comportamientos formado por conductas catalogadas por el contexto (historia de vida familiar y social) como desadaptadas, generalizadas, persistentes y arraigadas en condiciones de estrés, de manera que el comportamiento del sujeto se aparta de las expectativas de la cultura del mismo, de manera que el paciente sufre y hace sufrir a quienes forman parte de su contexto; es decir causan un malestar.</p>	Patrones de Comportamiento	Interior del Individuo	<p>¿En qué etapa el joven comenzó a mostrar cambios de comportamiento en casa/ iglesia?                      ¿Cuándo algo no salía bien en casa, de qué manera se solucionaban los problemas con el joven?</p>	<p><b>Observación</b>  <b>Entrevista</b>                      -Guía de Preguntas  <b>Técnicas Biográficas</b>                      -Historias de Vida.-                      Relatos Cruzados                      Proyecto de Vida  <b>Instrumentos</b>                      -Genograma                      -Mapa de Redes                      -Ecomapa</p>
		Exterior del entorno que rodea al individuo	<p>¿Cómo percibía el trato del grupo social (amigos, familia extensa, sociedad) hacia el joven antes y después del diagnóstico?</p>	
	Cultura	Sistemas Simbólicos	<p>¿De qué manera se comunicaba el joven, antes y después de recibir el diagnóstico?</p>	
	Creencias	<p>¿Qué tipo de actitudes considera Ud. como desadaptadas?</p>		

	Conductas	Conductas de la Familia	¿De qué manera reaccionaba en el momento en que el joven presentaba actitudes inusuales?
		Conductas del individuo hacia el grupo	¿Las actitudes que el joven demostraba en familia eran las mismas al estar con un grupo de personas?
	Condiciones de Estrés	Estresores Psicosociales	Qué factores contribuyen a que una persona desarrolle un trastorno de personalidad de acuerdo a su experiencia

**Cuadro No 3.3** Operacionalización Variable Dependiente

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** Investigación Bibliográfica

## Recolección de Información

Para la ejecución de la siguiente investigación será necesario contar con la información adecuada como se detalla a continuación

### Plan de recolección de información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIONES
1.- ¿Para qué?	Para alcanzar el objetivo general de la investigación que es: Investigar la incidencia del desconocimiento del tratamiento multidisciplinario por parte de los padres de los jóvenes que presentan sintomatología de trastornos de personalidad pertenecientes a la Iglesia Gran Campaña de Fe.
2.- ¿De qué personas u objetos	-Familias de los Jóvenes diagnosticados con Sintomatología de Trastorno de Personalidad. -Autoridades de la IGCF
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Tratamiento Multidisciplinario y su incidencia en la Sintomatología de Trastorno de Personalidad.
4.- ¿Quién?	La Investigadora estará a cargo de la recolección de Información, porque no se considera necesario la intervención de colaboradores.
5.- ¿Cuándo?	Octubre 2015- Agosto 2016
6.- ¿Dónde?	El lugar idóneo para la investigación es la Iglesia Gran Campaña de Fe
7.- ¿Cuántas veces?	Según el caso lo amerite
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	-Observación -Encuesta -Técnicas Narrativas
9.- ¿Con qué?	-Historias de Vida -Genograma -Mapa de Redes -Ecomapa

	-Cuestionario de Preguntas
10.- ¿En qué situación?	En la situación actual

**Cuadro N° 3.4** Plan de Recolección de la Información  
**Elaboración:** Carolina Villacrés

### **Técnicas e Instrumentos de Investigación**

Para realizar la siguiente investigación se aplicaran las siguientes técnicas e instrumentos de Investigación

#### **Observación Directa**

#### **Entrevista Semiestructurada**

-Guía de Preguntas

#### **Técnicas Biográficas**

-Historias de Vida-Relatos Cruzados

-Genograma

-Mapa de Redes

-Ecomapa

-Proyecto de Vida

Bajo el marco ético, la información solo se utilizará para fines de la investigación, por lo cual no participó ninguna persona ajena al estudio, además, los datos son confidenciales en sus particularidades.

<b>Tipo de Información</b>	<b>Técnicas de Investigación</b>	<b>Instrumentos de Investigación</b>
1. Información Secundaria	1.1 Lectura Científica	1.1.1 Tesis de grado, libros de Trabajo Social

2. Información Primaria	2.1 Narrativa Biográfica 2.2 Entrevista	2.1.2.Historias de Vida 2.1.2 Genograma 2.2.1.3 Mapa de Redes 2.1.4 Ecomapa 2.2.1 Guía de Preguntas semiestructurada
-------------------------	--	---

**Cuadro N° 3.5** Técnicas e Instrumentos  
**Elaboración:** Carolina Villacrés

### **Plan de procesamiento de información**

Permite dar a conocer las medidas tomadas para el procesamiento de información el mismo que fue realizado de la siguiente manera:

- a) Se inició con la recolección de un sin número de información tanto física como electrónica, misma que permita validar las variables planteadas.
- b) Proseguido por la selección de información imprescindible de los datos antes obtenidos lo cual ayudara a la estructuración de la parte teórica del proyecto investigativo.
- c) Realización de una entrevista previa para determinar la población objetiva
- d) Estructuración de entrevista semiestructurada realizadas a las familias y autoridades de la institución mediante el uso de instrumentos de trabajo social. La entrevista se validó en tres ocasiones
- e) Digitalizar la información, para este caso con la transcripción de los relatos de vida e ir conectando hechos de ambas fuentes; es decir tanto de los jóvenes como de las familias mediante el uso de los instrumentos de trabajo social.
- f) Revisión crítica de la información recogida, es decir, poner atención al lenguaje y estructura de cada historia.
- g) Descripción del contenido del texto de los participantes
- h) Análisis del contenido del texto, a través de comparar, relacionar, conectar, examinar el contexto.
- i) La interpretación de datos con la utilización de la herramienta ATLAS.Ti para producir representaciones holísticas de resultados basados en las categorías.

- j) Categorización de pasajes con textos con menos analíticos para proporcionar datos que sean significativos dando sentido al texto y hallazgos no considerados al inicio de la investigación
- k) Establecimiento de Familias de datos, agrupando de acuerdo a categorías y subcategorías de acuerdo a datos comunes presentados en la narrativa.
- l) Conexiones entre categorías y subcategorías haciendo uso de razonamiento inductivo
- m) Comprobación de Silogismo Hipotético, mediante el MPP y las tablas de verdad.
- n) Obtención de conclusiones generales que responden a los objetivos planteados.
- o) Finalmente después de la estructuración de los puntos antes mencionados se termina con una posible alternativa para la resolución de la problemática inicial.



## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

La articulación de varios métodos de análisis de datos para las historias de vida de las familias de jóvenes diagnosticados con TP, emergen para cubrir tanto los contenidos de las historias, así como la estructura de los relatos. En los diseños biográficos o conocidos como narrativos el investigador recolecta los datos de las historias de vida y experiencias para escribirlas y analizarlas, Creswell (2005) manifiesta que el diseño narrativo es un esquema de intervención, pero también se constituye como una forma de intervención. Como expresa Lainé (1998) “En el enfoque biográfico no existe un método único para el análisis de los datos.”

En este sentido, el análisis de los datos investigados, se realizó en tres momentos: 1. Análisis global de las historias de vida de las familias de jóvenes diagnosticados con TP; 2. Análisis de casos de interés según las categorías investigadas; y, 3. Cruce de categorías; hay que resaltar que por ser una investigación en mayor parte cualitativa se trabajó con categorías y subcategorías. Las limitaciones en los modelos cualitativos no existen, el estudio se orienta a la teoría fundamentada por lo que abarca elementos narrativos y fenomenológicos, que permite conocer específicamente el problema..

#### **ANÁLISIS GLOBAL**

La familia tiene un importante papel en el proceso generador de la enfermedad así como en el proceso de rehabilitación. En este sentido “la familia tiende a convertirse nuevamente en un observatorio privilegiado del vínculo social” como manifiesta Barg (2003) ya que en el momento en que aparece la sintomatología de TP la familia entra en crisis y puede reaccionar de diversas formas como se puede ver en los casos presentados como expresa Ander Egg (1984:2) “cada crisis es única y compleja”. Las crisis de desajuste según

Quintero (1997) citado por (García, 2015) corresponden a eventos imprevistos que afectan a la familia y que ocurre por fuerzas externas que no pueden ser prevenidas, en este estudio este tipo de crisis son a las que se enfrentaron todas las familias ya que ninguna tenía un plan preparado y tampoco han sido instruidos en lo referente a salud e higiene mental.

Generalmente el Trastorno de Personalidad es el producto de dinámicas y eventos suscitados a lo largo de las etapas de la vida de los individuos, especialmente en lo que concierne a las formas de comunicación que existen dentro de la familia.

Morris & Maisto, (2009) sostienen que “los trastornos de personalidad son causados por disfunciones fisiológicas”, sin embargo para Freud (1985) citado por (Linares, Perspectivas Sistémicas, 2016) es la presencia de un comportamiento o expresiones simbólicas de conflictos internos que se remontan a los primeros años de vida.

Los tipos de conductas que las familias presentan se pueden clasificar en dos tipos, la primera que puede ser la de la negación que consiste en desmentir que su sistema no se encuentra bien o la segunda que viene a ser la sobreprotección en la que la familia asfixia al paciente con atención, estas conductas se han visto reflejadas en distinta épocas por lo que Freud (1973) citado por las explica como mecanismos de defensa que los seres humanos desarrollan ante diversas situaciones y estos a su vez cumplen la función de “impedir que los impulsos inaceptables del ello alcancen la conciencia cuando el yo es incapaz de controlar los impulsos del ello” (Morris & Maisto, 2009)

Otro de los factores que se toma en cuenta al analizar las entrevistas, radica en el hecho de que la mayor parte de familias desconocen la manera en que se debe tratar con la persona y la manera en la que ellos deben intervenir para un tratamiento que tenga éxito en su desarrollo. Esta premisa se encuentra fuertemente asociada al miedo a ser etiquetados como una familia con un integrante “loco”, la postura la familia describe un escenario embarazoso al explicar y hablar abiertamente de que algún familiar padece de alguna enfermedad de este tipo por temor a ser etiquetados y sufrir de exclusión social, por lo que trataban de llevar su vida lo más normal que podían, todo esto se asocia a la

cultura pues como expresa Schaefer, (2012) “la cultura dicta como vestir, en que creer, los valores a aplicar, las tecnologías , y como debe actuar el ser humano”, en definitiva el contexto en el que se desenvuelve la familia influirá para acudir en busca de ayuda a la hora de presentarse una disfuncionalidad.

La mayor parte de quienes fueron objeto de estudio manifestaron haber acudido por ayuda en el área espiritual y el área psicológica, dejando de lado en varios casos el bienestar físico del paciente y el restablecimiento de relaciones interpersonales. Por lo tanto Caballo (2004) manifiesta que es importante tratar los trastornos a través de la terapia farmacológica que actúa en casos individuales para controlar ciertas conductas, esto se integra con lo que manifiesta Negredo, (2005) quien describe la existencia de “graves problemas a la hora de codificar el diagnóstico de un paciente cuando no cumple con criterios de ningún trastorno pero manifestaba síntomas de uno o varios de ellos”; es decir que a la hora del diagnóstico y tratamiento se debe tener en cuenta un examen integral para determinar la intervención a realizar.

En segundo plano podríamos decir que no todos los miembros participaban en las terapias; es decir que la terapia se realizaba de manera individual o solo con la participación de otro integrante del núcleo familiar por lo que muchos terapeutas refieren que la terapia no tiene efecto o si lo tiene es un resultado no tan duradero. Por lo que Batheman & Tyrer, (2004) proponen un tratamiento terapéutico en el hospital, seguido por la terapia dinámica y un aporte comunitario como tratamiento eficaz, en donde estaría inmiscuida la familia.

Por otro lado se encontró que la mayor parte de jóvenes que fueron diagnosticados son hombres y que en casos muy específicos se atribuyó el brote de la enfermedad a los eventos de maltrato escolar por lo que Albores, Saucedo, Ruiz Velasco, & Santiago, (2011) argumentan que diversas enfermedades mentales se encuentran asociadas con el bullying en gran proporción y que es probable que los síntomas se profundicen en el transcurso del tiempo, además quienes fueron sometidos a violencia doméstica tienden a desarrollar conductas repetitivas consideradas como inadaptadas con relación a este comportamiento Peña Fernandez & Graña Gómez, (2006) refieren lo siguiente “los

menores que manifiestan conductas antisociales se caracterizan en general por presentar conductas agresivas repetitivas (...) un quebrantamiento serio de las normas del hogar y escuela”. La investigación presenta la génesis de los primeros síntomas en una etapa de adolescencia e inicio de la etapa adulta por lo que diversos especialistas coinciden que es una etapa de transición en la que este tipo de trastornos pueden ser diagnosticados.

La estructura del hogar es una parte significativa debido a que la familia nuclear a pesar de estar conformada por la mayor parte de los miembros no satisface las necesidades de los jóvenes por lo que se produjeron dinámicas negativas de relación y a la vez factores de riesgo. Según Hernandez Cordoba, (2009) “la probabilidad individual y familiar de desviarse de la salud y del bienestar depende del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades”, es decir que la familia es el eje principal en el que todas las funciones deben ser cubiertas para que esta alcance un desarrollo pleno, sin embargo no estará exenta a crisis, pero sabrá reaccionar de mejor manera.

En cuanto a la comunicación con el familiar afectado, se halla poca interacción entre padres e hijos, los padres se han convertido en entes pasivos; es decir que únicamente son receptores de información, pero no manifiestan lo que necesitan, en tanto que los hijos asumen una postura activa y de inmediato debido a la existencia de redes sociales e implementos tecnológicos que alcanzaron su boom desde el año 2000 como presenta Comesaña Crespo, (2011) en su estudio acerca de la comunicación en la familia, esto conlleva a que existan límites difusos, en donde los miembros carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia al grupo, o por otra parte estos son escasos (Linares & Soriano, Revista Mexicana de Investigación Psicológica, 2013).

A nivel general los padres no han puesto énfasis en el aprendizaje de habilidades de resolución de problemas y afrontamiento de conflictos, por lo que la forma de reaccionar ante una situación produce ansiedad, en el año UNICEF, (2003) describió al hogar como el lugar en donde se encuentran conflictos no resueltos debido a que “se tiende a evitar la manifestación de los conflictos entre hijos y padres, entre pares, o entre padres y docentes

porque se tiende a relacionar el conflicto con una resolución violenta, ya sea de tipo física o psicológica”.

Un punto en común entre todas las familias son sus creencias y valores, mismos que son motivación suficiente para continuar en el procesos de rehabilitación del joven diagnosticado con TP, en algunos casos se contó con el apoyo de los miembros de la congregación, pero las familias no describieron con exactitud a la persona a la que se dirigían para solicitar apoyo y en otros casos aseguran no haber recibido la atención necesaria.

## **ANÁLISIS PARCIAL**

### **CASO 1**

Joven de 19 años, sexo hombre diagnosticado con Trastorno Antisocial de la Personalidad a la edad de 18 años. Pertenece a una familia nuclear formada por su padre, madre y dos hermanos. Es el segundo de tres Hijos

*No sé qué decir ni como sentirme cuando hablo del tema, no me gusta explicar cómo me sentí ni como me siento en este momento, lo único que viene a mi mente cuando recuerdo esta parte de mi vida es enojo porque nadie podía entender por lo que pasaba ni nadie puede comprender el dolor y el rechazo que sientes desde tu familia. En realidad no puedes confiar en nadie. Jonathan, Relato de vida (2016)*

*Siempre hemos sido una familia que cree en Dios, mi esposa y yo somos cristianos desde que éramos jóvenes, por eso podemos decir que mis hijos se criaron en un hogar cristiano. Nos casamos en 1993, le tuvimos a nuestra primera hija Cecilia, después de 3 años le tuvimos a Jonathan y después de 9 años a mi último hijo Carlitos. Me considero un padre que si le ha puesto atención a sus hijos, por estar con mi familia rechace un trabajo en el oriente y me quede en Ambato, con Jonathan si hemos hablado, desde que era niño sabíamos salir de vacaciones y jugaba con él, en la adolescencia no sabía cómo tratar con él y como fue en esa etapa en donde estuve trabajando un poco lejos y les veía cada 15 días a mi familia, deje de conversar como antes con mis hijos. Más o menos a los 14,*

*15 años fue cuando el comenzó a tener unas actitudes feas con mi esposa, por eso me regrese a trabajar en Ambato. Mi esposa me decía que mi hijo era grosero que le gritaba y no hacía caso a nadie, en ese tiempo estaba estudiando en el Colegio Bolívar, como así es uno a esa edad no le preste mayor atención y cuando era malcriado le pegaba. (...) cuando quería hablar con él se iba y pasaba en su cuarto y no le veía que salía con nadie (...) le cambiamos de colegio al Bautista y ahí se graduó, amigos no le podría decir que tenía porque nunca les traía a la casa y los profesores decían que no congeniaba con nadie. Un día conversando con él me dijo que le han sabido hacer bulllyng en el colegio y que por eso no quería saber nada de la gente, usted sabe cómo son los muchachos, le han sabido despreciar y pegarle, burlarse de él. (...) desde niños mis hijos han asistido a la Iglesia, pero él dejo de ir cuando cumplió los 15 no quería saber nada. (Padre de Jonathan, Relato de Vida, 2016)*

*Jonathan si ha tenido sus roces con mi hija mayor desde que eran niños, pero no era agresivo, con su carácter como cualquier muchacho pero de ahí no para imaginarnos que algún día iban a diagnosticarle con esa enfermedad (..) fue a los 18 que dijeron que el presentaba rasgos de esa enfermedad y que necesitaba tratamiento, pero él no quería ir donde psicólogos ni tampoco tomar nada, lo que hacíamos con mi esposo es orar y pedir ayuda a la Iglesia (...) ha habido días buenos y malos desde que mi hijo ha estado así, no le gustaba estar rodeado de personas, se sentía incómodo y prefería quedarse en la casa (...) cuando mi hija viajo a Argentina por estudios, comenzó a manifestar actitudes de fastidio a la gente, no le tenía paciencia a mi Carlitos, sabia discutir con él y le insultaba (...) con mi esposito no sabíamos que más hacer, él intentaba hablar con Jonathan pero el bien cortante decía que le dejen tranquilo. Después de 2 años que mi hija regreso comenzamos a ver que él cambio un poco su actitud y accedió a ir a las reuniones de los jóvenes en la Iglesia (...) él no ha tomado medicación ni tampoco ha estado internado, siempre hemos confiado en que Dios hará la obra, hasta el día de hoy (...) ahora le vemos que ya se lleva con chicos de la iglesia, ya conversa con los chicos y se porta mejor en la casa. (..) que el haya sido tratado por un doctor, psicólogo y un terapeuta a la vez no nunca, no hemos sabido que aquí atienden así. (Madre de Jonathan, Relato de Vida, 2016)*

*Yo creo que lo que le afectó a mi hermano fue el bullying porque se volvió bastante desconfiado y después que se pasó de colegio ya no era el mismo, sabía quedarse en la casa y no le gustaba conversar con nadie, conmigo tenía un poco de confianza pero como tuve que viajar entonces no tenía mucho contacto con él, pero siempre oraba por él (...) si hemos tenido algunos problemas con él porque si era grosero, especialmente cuando se le pedía que saliera de la casa (...) cuando regrese a Ecuador trataba de conversar con él, pero él no quería, con mi mamá mi papá y Carlitos no dejamos de asistir a la Iglesia y pedíamos por oración (..) tal vez la clave es tratar a este tipo de personas con amor, cada vez que él reaccionaba mal le trataba con benevolencia, mis papás también han sido bastante comprensivos y después él tal vez comenzó a confiar de nuevo en la gente porque él mismo comenzó a asistir al culto de jóvenes aunque todavía le cuesta hablar con la gente, pero ya no es agresivo y he visto que tiene más paciencia con el Carlitos. ( Hermana de Jonathan. Relato de Vida, 2016)*

*Yo si le quiero al Jonatán, antes él era bien bravo, me sabía gritar y a veces me pegaba, pero ahora me ayuda a hacer los deberes y cuando le veo que está enojado se me va (...) no juega conmigo, el que juega conmigo es mi papá y a veces la Ceci o mi mamá, pero aun así si le quiero al Jonathan. (Hermano de Jonathan, Relato de Vida, 2016)*

## **Análisis**

Jonathan pertenece a una familia nuclear, en la etapa de la infancia no se visualizan dificultades en el proceso de socialización, en tanto que en la etapa de adolescencia al carecer de una figura paterna presenta confrontaciones con su padre y en su ingreso al colegio fue víctima de abuso escolar, lo que según testimonio de sus padres produjo la sintomatología de trastorno de personalidad.

La familia de Jonathan cuenta con una estructura familiar en la que se pueden diferenciar los diferentes subsistemas, pero las funciones no se encuentran claras por lo que la comunicación no es tan efectiva. En cuanto a relaciones parento-filiales se aprecia un desapego a la figura paterna, posterior al regreso de su padre, en tanto que con la madre

se visualiza mejores relaciones al igual que con su hermana, y un patrón de comportamiento a la defensiva con relación a su hermano menor.

Las creencias y las normas implícitas en la familia juegan un papel fundamental con relación al tratamiento ya que tiene mayor enfoque en lo espiritual y en menor porcentaje en lo psicológico y lo social, por lo que se aprecian algunas recaídas del joven y a la vez la presencia de algunos rasgos que podrían convertirse en patologías en los miembros de la familia. Los rasgos de profundización del síntoma que presenta la familia posteriormente a recibir el diagnóstico del joven y al viaje de su hermana mayor al extranjero están asociados a que la familia desconocía la manera de interactuar e intervenir con el joven por lo que se aprecian las relaciones asimétricas existentes en la familia; es decir que la familia ingreso en una etapa mixta de crisis de desajuste y de desarrollo al mismo tiempo.

## **CASO 2**

Joven de 29 años, sexo hombre, nacido en Ambato el 27 de Octubre de 1988, es el segundo de tres hermanos, actualmente vive con su padre, madre y sus dos hermanos de 33 años y 25 años, el joven fue diagnosticado con trastorno de personalidad paranoide a los 18 años.

*A mi punto de vista yo nunca he estado enfermo, lo que pasa es que la gente siempre se pone en contra de cosas nuevas, lo que no conoce se le hace locura, verdaderamente es la gente la que no comprende, porque ellos no han pasado por lo que uno ha tenido que sufrir, ellos no saben nada ni tampoco entenderán nunca, todo es por el sistema que les rige (...) todos son hipócritas y mentirosos, aquí nadie se muere por nadie, este sistema está podrido y hasta que eso no se solucione nadie entenderá lo que pienso. Michael relato de vida (2016)*

*Nuestro hijo Michael nació un 27 de Octubre de 1988 aquí en Ambato, es el segundo de los tres hijos que tenemos, fue un niño querido y bastante mimado por su abuelito y abuelita por parte de la mamá, su infancia fue bastante triste porque yo no jugaba con él, muy pocas veces le prestaba atención y quien iba a las sesiones de padres de familia era*



*la mamá, se llevaba bien con la primera hermana, pero después que nació nuestro último hijo, nuestra hija se llevaba más con el menor porque ella le cuidaba, yo nunca me imaginé que esto iba a pasar, cuando él se portaba mal le pegaba con la correa y le insultaba, creo que eso le afectó también (..) un día me dijo que como papa yo no le había dado confianza ni respaldo, que ni a las sesiones del club de soccer en el que estaba me iba y que no me quería (..) le diagnosticaron esa enfermedad, y nosotros no sabíamos de qué se trataba ni cuáles eran los síntomas, peor como se trata con ellos, cuando estaba en la universidad tuvo conflictos con los profesores, llegaron a agredirse con palabras, por eso dejó de estudiar. (..) Para serle sincero nunca le han tratado algunos profesionales a la vez, alguna vez la psicóloga dijo que toda la familia tenía que estar en la terapia, pero por el tiempo solo mi esposa iba. (Padre de Michael, Relato de Vida 2016)*

*Nuestro hijo era bien travieso, pero cuando comenzó el colegio ya no fue lo mismo, cambió bastante, como el papá no le prestaba mucha atención, él hacía lo que quería, se iba a jugar en los nintendos que quedaban por el colegio mismo, cuando estaba en el Juan Francisco Montalvo tenía bastantes amigos y no tenía problemas con nadie, era bien amiguelo, después le cambiamos al Colegio Adventista, al inicio se llevaba con algunos chicos, y luego ya no quería salir con los que eran los amigos, después nos enteramos que le habían sabido hacer bulllyng, pegarle en la cabeza, lanzarle los borradores y obligarle a tomar trago, después les descubrieron en el curso con pornográficas (...) nosotros pensando que en ese colegio por lo que era cristiano iba a estar bien, un día hablando con él después de una discusión nos dijo que había tomado y que la abuelita le había encontrado después de eso nunca llegó borracho, ni nada de drogas. Él iba a la iglesia con nosotros pero después dejó de asistir, decía que le hostigan que la gente era mala y creía que todos querían hacerle daño, pero si tenía dos chicos que eran buenos amigos. En la Iglesia fuimos a verle al Pastor que oró por él y nos ayudó también la Psicóloga, pero él no mejoró, se puso peor, después tuvimos que llevarle a Quito para que nos dieran un diagnóstico de lo que tenía, ellos nos regresaron para Ambato y le dejamos en un lugar de descanso, ahí estuvo por 8 meses, tampoco le hizo bien (...) le tenían medicado, no parecía él, cuando íbamos le encontrábamos solo*

*durmiendo, por eso le sacamos de ahí y buscábamos ayuda en todo lado, pero nadie sabía cómo tratar con él, orábamos todos los días por él y pedíamos dirección a Dios y encontramos a una psicóloga cristiana, ella empezó a tratarle, pero siempre ha sido la mano de Dios la que le levanta día a día, ha mejorado bastante, ya no tiene esas ideas de asechanza y todavía le cuesta llevarse y confiar en la gente. (Madre de Michael, Relato de Vida, 2016)*

*Nosotros nos hicimos cristianos hace 15 años más o menos, antes éramos católicos, en la iglesia católica no le conocíamos al Señor como le conocimos acá. (...) Mi hermano asistía con nosotros a la iglesia desde que estaba en primer curso, cuando éramos niños jugábamos, pero como el pasaba más en la escuela, yo tenía que cuidarle a mi hermano menor, (...) sinceramente no sé cuándo comenzó a cambiar, pero yo creo que fue en el colegio, ahí le vi que era bien rebelde con mis papas (..) de ahí en la universidad fue cuando le vi que era medio raro les decía a mis papas que alguien le perseguía, que los compañeros querían hacerle daño y que todos eran malos, yo no sé bien lo que pasó con los profesores, por eso se retiró y mis papas comenzaron a preocuparse y pedían en la iglesia que oren por él, a donde el Pastor y la psicóloga de allá, pero él se ponía más grosero y era bien agresivo, hasta que un día cuando yo estaba con mi hermano menor nos amenazó con una navaja (..) mis papas le internaron después de eso y le sacaron después porque dijeron que la medicación le estaba haciendo daño. Con mi hermano no sabíamos que hacer y cada vez que se ponía loco nos encerrábamos en el cuarto. (Hermana de Michael, Relato de Vida 2016)*

*Yo nunca he sido muy pegado con mi hermano, es que el pasaba con los amigos cuando éramos chiquitos, con mi hermana nos sabíamos quedar en la casa y sabía pasar con ella (...) le note que cambio en el colegio le respondía a mis papas y sabía pasar solo en la computadora viendo unos videos medios feos, le gustaba esos juegos de video y como sabía pasar solo en eso mi mamá le pegaba. Yo me acuerdo que si tenía amigos cuando estaba en el primer colegio y si se llevaba con algunos guambras de la iglesia. En la universidad fue cuando se puso bien raro, no salía del cuarto y sabía pasar encerrado,*

*no sé qué sabría hacer, no salía, dejó de asistir a la iglesia y les hablaba decía a todos decía que son doble cara, ya cuando estuvo en un semestre superior de la carrera le internaron. (...) Mis papas buscaban en todos lados ayuda, pero siempre iban a la iglesia, después de algún tiempo fueron donde un Doctor que le trato con medicina alternativa y donde una psicóloga que dijeron que era cristiana, desde ahí he visto que ha mejorado bastante porque ya está estudiando de nuevo, pero si le quedan a veces esos arranques de coraje, pero ahora practica bastante la natación. (Hermano de Michael, Relato de Vida 2016)*

### **Análisis**

Michael forma parte de una familia nuclear compuesta por sus padres y sus hermanos, al ser el segundo hijo del matrimonio reciben la mayor atención por parte de sus padres y en especial de sus abuelos maternos. En su etapa de la infancia no presenta conductas ni patrones de comportamiento extraños a la cultura de la familia. Sin embargo en esta etapa se ve el incumplimiento de funciones por parte del padre del joven en lo que concierne a procesos de apego y socialización.

Los diferentes subsistemas van tomando lugar a lo largo del proceso de desarrollo de Michael, las relaciones con sus hermanos son regulares en la infancia y se ve un apego a sus abuelos maternos. La comunicación entre familia es asimétrica de manera que al momento de disciplinar a Michael el padre opta por usar insultos y una correa para infringir dolor y esperar un cambio en el joven.

Los principales cambios de conducta y de patrones de comportamiento que la familia considera como inusuales comienzan a notarse en la adolescencia y en la etapa de ingreso a la universidad, se aprecia dificultad para adaptarse a diferentes medios y temor a relacionarse con otras personas.

El tratamiento al que accedió la familia consistió en la ayuda espiritual y ayuda psicológica, posteriormente se ve que el joven también fue internado en una clínica de reposo, sin resultados exitosos, por lo que la familia opto por retirarlo del centro, las

creencias de la familia juegan un papel muy importante en el momento del tratamiento y la intervención a realizar, sin embargo afirman que desconocían la manera de interactuar con el joven y se puede apreciar conductas de profundización del síntoma en los hermanos al no saber cómo reaccionar.

### **CASO 3**

Joven de 25 años de edad, sexo hombre, nacido el 20 de Julio de 1991, es el primer hijo, actualmente reside en Ambato con sus madre, su padrastro y su hermana menor de 10 años. Fue diagnosticado con Trastorno Histriónico de la Personalidad a la edad de 21 años.

*Doy gracias a Dios porque he podido rehacer mi vida, me siento bien, aunque nunca supe en realidad que era lo que tenía, pero sabía que algo dentro de mí tenía que cambiar, ese cambio solo lo experimente al estar en contacto con Dios, ahí pude dejar todo mi odio y rencor a mi familia y personas que me hicieron daño, para mí eso fue lo más importante, ahora puedo vivir plenamente. Erick ,relato de vida (2016)*

*Erick desde niño siempre ha sido bien inquieto muy pero muy travieso, como mama no pensé que tenía algo raro, siempre ha sido muy sano. Nosotros nos mudamos acá cuando él tenía 9 años, venimos acá desde Manabí. Mi esposo y yo tuvimos algunos problemas cuando él era pequeño, como veíamos que eso no se iba a solucionar, decidimos divorciarnos cuando mi hijo tenía 11 años, 2 años después me volví a casar y le tuve a mi segunda hija. En ese tiempo Erick era incontrolable, mi familia decía que siempre trataba de llamar la atención, pero como era niño yo no hacía mucho caso de lo que me decían. Cuando él cumplió 15 años y más en la etapa del colegio me parece que fue cuando se volvió insoportable, los profesores me llamaban cada semana y después no sabía que me llamaban porque él ha sabido esconder las esquelas que le sabían dar o cambiar el número de la casa para que no llamen, como yo tenía que trabajar no sabía que pasaba, yo me enteraba en las reuniones de padres de familia. Ya no sabía cómo castigarle, hablaba con él, le pegaba con la correa, pero cada vez era peor. Perdió el año y tuve que cambiarle de colegio, en el otro colegio fue la misma historia (...) llego un punto en el*

*que no sabíamos que hacer, de manera que le llevamos con un Psicólogo que dijo que le iba a hacer un tratamiento, en lo que estaba en el tratamiento, él ha sabido tomar y si ha llegado a consumir droga (...) fue bastante duro para nosotros porque a pesar de que asistíamos a la iglesia y orábamos y pedíamos no veíamos un cambio en él, yo a me estaba dando por vencida con él, hasta que un día el mismo decidió dejar todo eso y comenzó a asistir a la iglesia, tuvo sus recaídas y más que todo por los amigos con los que se llevaba (...) de la iglesia solo recibíamos ayuda en oración y ayuno de ahí el tratamiento seguía con un psicólogo aparte, nunca asistimos a terapia de familia ni nada de eso, lo que pasa es que la gente sabe hablar mucho cuando le ven a usted en esa situación, pero no le ayudan. Ahora le veo que está mejor y que busca esforzarse, tiene buenos amigos y trabaja, no tendría nada más que decir de él. (Madre de Erick, Relato de Vida, 2016)*

*Mi hermano no se juntaba conmigo, siempre me decía que salga del cuarto y que me vaya, cuando mi mamá le decía que me cuide él sabía ir a dejarme donde mi abuelita, para mí él era un poco raro porque siempre andaba jugando sus juegos. Ahora si me llevo más con él, me lleva a comer helados y le obedece a mi mamá, aunque a veces es un poco molesto, pero aun así le quiero. (Hermana de Erick, Relato de Vida, 2016)*

*Erick es como mi hijo, él sabe que tiene mi apoyo en cuanto a esforzarse se refiere, al inicio no tuvimos una buena relación, y me parece que fue peor cuando se enteró que su mamá estaba embarazada, yo no notaba nada extraño en el muchacho pero mi esposa se quejaba bastante de él, hasta que le comenzamos a poner reglas y fue peor, hacia lo que quería (...) en los asuntos del colegio yo no estaba inmiscuido porque como es hijo de mi esposa con su primer compromiso le deje a ella, después atendí que ella necesitaba que le apoye, este chico no sentía tanto respeto por mí y sabía que si le buscaba al papa, se fue a vivir con él un tiempo, pero después regreso porque el papa tampoco le pudo mantener tanto tiempo con la vida que llevaba. Siéndole sincero el diagnóstico que nos dieron de él nos asustó mucho porque no sabíamos que era lo que tenía, aunque el doctor nos dijo que esta enfermedad no era difícil de superar a cualquiera le asusta que le digan que su hijo está trastornado, nos ayudó bastante la tecnología porque ahí consultábamos*

*maneras de cómo tratar con él y algunas cosas si nos funcionaban y otras no, finalmente dejamos todo en las manos de Dios y comenzamos a acercarnos más a la Iglesia, le tratábamos bien y cuando había que hablarle se le hablaba, fuimos viendo el cambio en él y de esa manera podemos decir que ahora él ya no tiene esa enfermedad, está bien, tiene amigos, se relaciona como cualquier chico de su edad. (Padraastro de Erick, Relato de Vida, 2016)*

### **Análisis**

Erick pertenece a una familia ensamblada, en la etapa de infancia se ven problemas entre sus padres, por lo que la disfuncionalidad de la pareja no permitió que el joven recibiera la atención correspondiente y comienza a mostrar patrones de comportamiento inusuales. En la etapa de la adolescencia se aprecian los cambios más significativos en la personalidad del joven, cambios de colegio por deserción escolar, acoso escolar de él a sus compañeros, consumo de alcohol y drogas y una rebelión a las reglas del hogar son las causas a las que se atribuye la desesperación de la familia por encontrar un tratamiento adecuado.

La familia muestra conductas defensivas ante los cambios que se presentan en el sistema por lo que la madre opta por acudir a solicitar ayuda psicológica y espiritual, además la familia se ve inmersa en críticas por parte de las otras personas en cuanto a prejuicios y estigmas del contexto que los rodea.

Las relaciones entre Erick y su padraastro son regulares, en tanto que con su madre son buenas y con su hermana son regulares debido a la diferencia de edad entre los dos.

El tratamiento consistió en la parte espiritual y psicológica, nuevamente juegan un papel importante las creencias de la familia, además la familia busco ayuda en los medios electrónicos y digitales ante el comportamiento del joven, la familia describe haber visto un cambio en Erick y ha llegado a una etapa de reajuste.

#### **CASO 4**

Joven de 20 años de edad, sexo mujer nacida el 31 de Mayo de 1996 en Ambato, es la primera hija de 4 hermanos, reside en su ciudad natal con su madre y sus dos hermanos de 12 años y de 7 años. Diagnosticada con Trastorno Histriónico de la Personalidad a la edad de 17 años.

*Mi vida fue un tanto extraña en esas circunstancias, para mí fue un cambio brusco el tener que lidiar con una familia quebrada, mi mamá por un lado, mi papa por otro y adecuarme a esos cambios no fue tan fácil (...) lo que sé es que de todo se aprende en la vida y si la vida te pone a prueba es para hacerte más fuerte, además no hay enfermedad que Dios no pueda curar, en mi opinión solo fueron momentos de desesperación y angustia nada más, pero Ud. sabe cómo a los Psicólogos les gusta exagerar. Stephanie, relato de vida (2016)*

*Mi hija tuvo una niñez muy complicada debido a los problemas que tenía con mi esposo, desde el inicio la relación con el no funciono, pero yo trataba de aferrarme a la idea de que éramos una familia y debíamos estar juntos, después de 5 años de casados el decidió irse de la casa y nos divorciamos, fueron tiempos duros porque yo me quede con ella y como todavía era una niña no entendía lo que estaba pasando. Me tomo tiempo recuperarme de eso, iba a la Iglesia constantemente y solo ahí encontraba refugio. Mi hija creció conmigo desde entonces y el papa le venía a buscar para ir al parque o llevarle de paseo, para ese tiempo él ya tenía otro hogar. Stephanie sufrió bastante con la familia que ya era de mi esposo porque la señora que se había casado con él le llamaba a amenazarle y a decirle cosas que una niña no tiene por qué escuchar, ella era muy perceptiva y no se dejaba llevar por comentarios (...) el comportamiento de ella siempre fue adecuado, yo le castigaba cuando hacía las cosas mal, le pegaba con la correa y en algunas ocasiones con lo que tenía a la mano, pero siempre fue una chica de la que no había de que quejarse, las notas de mi hija eran excelentes. Paso bastante tiempo antes de que yo empezara otra relación con otro hombre que no fuera mi esposo, me case con él y los dos niños que usted conoce son medio hermanos de Stephanie, también tiene un*

*hermano más por parte de papa. Yo siempre he considerado que ella era muy madura para su edad porque incluso cuando yo me case ella quería que sea feliz, tuve algunos problemas con mi actual esposo pero nada de lo que no exista solución. Me parece que en el colegio se notó el cambio en la actitud de ella, pero yo asumí que no era para preocuparme porque es la edad también, en el momento en el que yo le vi un poco rara es cuando comenzó a mostrar actitudes de soberbia y orgullo, ya no quería acatar las reglas de la casa y hacia lo que quería, no le importaba si le castigaba o no, entonces un día que hable con el papa le llevamos al psicólogo y que serían unos dos meses nos dio el diagnostico que usted conoce, el psicólogo nos dijo que no era algo grave y que si era posible tratarle (...) en la Iglesia solo recibía lo que es la parte de la ministración pero no el tratamiento (...) pero no hay que desconocer la oración y la preocupación que los hermanos tenían con mi familia. Ella ahora supero todo el problema que le surgió y se encuentra bien, según el psicólogo todo lo que paso fue a raíz de la separación y ella trataba de ser fuerte para mí. Gracias a Dios ella está muy bien y tiene una vida normal, no nos hemos sentido afectados con relación a los chismes de las personas porque ellos no saben por lo que una familia pasa y si continuamos congregándonos. (Padre y Madre de Stephanie, Relato de Vida, 2016)*

*Mi hermana es chévere, se lleva bien conmigo y mi hermana chiquita, nos lleva a jugar, nos trae de la escuela cuando ella está aquí, porque estudia en Quito, solo me habla cuando le grito a mi mami o no hago caso de algo que tengo que hacer, me lleva a comer helado y juega conmigo, y a veces es un poco enojona (...) me llevo más con ella que con mi hermana chiquita porque ella solo llora y molesta y después le dice a mi mama que yo le molesto, ella pasa más tiempo con mi mama y yo con mi hermana y también con mi mama y mi papa. (Hermanos de Stephanie, Relato de Vida, 2016)*

## **Análisis**

Stephanie pertenece a una familia ensamblada, en su etapa de niñez sus padres no cumplieron con sus funciones nutritivas, debido a los problemas que presentaba la pareja, la familia se encontró en riesgo debido al abandono de hogar por parte del padre, el



alejamiento fue voluntario, por lo que la familia atravesó por una crisis que tomo cierto tiempo para que el sistema vuelva a reorganizarse.

Los limites se, mostraron difusos en las etapas de desarrollo de la joven debido a la crisis, por lo que los roles no estaban bien definidos, el factor de resiliencia de la madre no fue tan estable, por lo que la joven tomo el lugar de la madre al cumplir con las funciones de protección y socialización.

Las conductas que la familia consideraba desadaptadas se muestran en la etapa de la adolescencia, además se ve que Stephanie era independiente, lo que causa problemas en el hogar porque se infringieron normas concretas y normas implícitas de la familia.

Las relaciones filiales son regulares, la diferencia de edad constituye un factor sumamente importante al momento de definir las. En cuanto a la comunicación es escasa, los vínculos más fuertes son entre madre e hija, y un desapego al padre después de la separación de la pareja.

El tratamiento está limitado en mayor escala a lo espiritual y con menor intervención en cuanto a lo psicológico, las creencias de la familia, especialmente de la madre juegan un papel fundamental en este aspecto dado que se prima la oración y la búsqueda de consejería espiritual antes que el tratamiento por parte de un psicólogo. Las causas de la sintomatología de personalidad se atribuyen a la separación temprana de los padres y a la disfuncionalidad de roles.

## **CASO 5**

Joven de 21 años de edad, sexo hombre nacido el 8 de Octubre de 1995 en Ambato, es el segundo hijo, actualmente reside en Ambato con sus padres y su hermana menor de 13 años. Fue Diagnosticado con Trastorno Límite de la personalidad a la edad de 17 años.

*Enfermedad, ninguna, trastorno, ninguno, que me haya comportado como cualquier adolescente en etapa de rebeldía es otra cosa (...) la verdad es que en esos momentos no estaba tan bien emocionalmente, tenía novia y cuando uno le quiere y le dejan se le acaba*

*el mundo, los amigos le entienden y le apoyan, pero los papas se dedican a criticar , pero nunca le preguntan qué es lo que a unos le pasa ni porque reacciona de esa manera, en fin me siento bien y con muchas ganas de cumplir todos mis sueños. Leonardo, Relato de vida (2016)*

*Mi esposo y yo hemos sido creyentes desde jóvenes, nos conocimos en la iglesia, nos casamos ahí y nuestros hijos fueron dedicados a Dios desde niños, le tuve a mi primera hija a la edad de veinticuatro años, al segundo después de unos cuatro años y a la última después de ocho años. Lo que le paso a mi hijo, no considero que sea un TP como dijo el doctor porque después de haber hablado con algunos especialistas en el tema, eso no se puede diagnosticar de la noche a la mañana y eso fue lo que hicieron los doctores con él, a él le diagnosticaron un TP limite a la edad de diecisiete años. Cuando él era niño, siempre fue inquieto, un poco travieso, pero nada fuera de lo normal, mi esposo y yo siempre le hemos tratado bien y nunca le ha faltado nada, la familia fue y es una prioridad para nosotros por eso a mis hijos no les hemos faltado con amor ni tampoco en la parte económica, la niñez de mi hijo fue muy normal, le cambie una sola vez de escuela por motivos de mi trabajo, pero el aprovechamiento y la conducta de él eran buenos. Cuando entro al colegio cambio un poco, pero eso es normal por la etapa de adolescente, pero siempre fue un hijo respetuoso y que obedecía las reglas de casa, la razón por la que puedo decir que comenzó a comportarse mal fueron los amigos que tuvo en el colegio, yo no consideraba que eran buena influencia para él, porque le llevaban a bares, fiestas y desde que comenzó a ir con ellos cambio bastante, no llegaba a dormir en la casa, era grosero conmigo, no quería ir a la iglesia y se encerraba en el cuarto a escuchar música a alto volumen. Mi esposo le llamaba la atención y le respondía, pero como él le reprendía entonces se comportaba al menos cuando mi esposo estaba en la casa. Mi hijo tiene buenas relaciones con sus dos hermanas, y en esa época que era malcriado se llevaba bastante con la primera porque estaban en el mismo colegio y sabían conversar bastante entre ellos. Por la situación de que consumía alcohol y salía en las noches, y bajo en notas en el colegio, casi pierde el año, decidí llevarle donde un Doctor que le trato unos tres o cuatro meses, él fue quien me dio el diagnóstico de TP limite, después de haber recibido*

*ese resultado, me puse a investigar y a buscar otras opiniones que no consideraban que él tuviera eso, me explicaron que algo del rasgo de su personalidad sí tenía que ver, pero un diagnóstico así no se podía dar tan temprano en unas pocas sesiones que tuvo, así que opte por llevarle a la iglesia y orar en casa con mi esposo y mis hijas, en este tiempo hablaba con él y trataba de entenderle el porqué de su comportamiento, hasta que el mismo me dijo que la influencia de sus amigos y el tratar de ser aceptado por ellos fue lo que le llevaba a comportarse de esa manera. Esto le converse a mi esposo y de alguna manera fue mi esposo el que comenzó a hablar con él, si buscamos ayuda en la Iglesia, en el área espiritual y fueron de gran ayuda, después de un tiempo mi hijo comenzó a asistir a la iglesia y hemos visto un cambio en él. Ahora es más responsable, sabe lo que quiere y mantiene el pensamiento de que no todo es fácil en la vida y que este es un camino de lucha, lo que yo creo que fue un error era el hecho de tratar de etiquetarlo y buscar excusas para no afrontar a veces la responsabilidad como padres, especialmente en la edad de la adolescencia que es cuando ellos más nos necesitan. (Padre y Madre de Leonardo, Relato de Vida, 2016)*

*La relación que tengo con mi hermano es buena, discutimos, peleamos a veces pero ahí seguimos, yo le quiero y él me quiere a mí, somos unidos entre los tres, aunque a veces no le entienda porque es bastante la diferencia de edad (...) a veces cuando él tiene problemas me cuenta y yo le escucho, entonces es cuando puedo darle una opinión o una sugerencia, pero no trato de tomar las decisiones por él, es un buen hermano y sé que lo que le paso en el colegio le sirvió de experiencia para levantarse, además la personalidad de él es así porque es muy expresivo en las artes, yo creo que eso es lo que le hace ser un poco apasionado con las cosas que hace, bueno eso dice mi hermana mayor y mi papi. (Hermana de Leonardo, Relato de Vida, 2016)*

Leonardo pertenece a una familia nuclear formada por su hermana y sus padres, los padres describen una infancia normal, sin ausencia de figura paterna ni materna y con buenas relaciones filiales.

La etapa de la adolescencia es la que se describe como problemática debido a las malas amistades y problemas de socialización por parte del joven, además de la presión social a la que era sometido para pertenecer al grupo de su edad. En esta etapa se visualizan conductas rebeldes y quebrantamiento de normas de la familia, salidas inusuales y consumo de alcohol.

En esta etapa los padres trabajan con psicólogo que extiende el diagnóstico que a criterio de los padres no es el adecuado por el tiempo en que se diagnosticó, sin embargo ingresan en un tratamiento en el que prima lo espiritual y se ven conductas acertadas por parte de los padres al establecer canales de comunicación asertivos para restablecimiento de los vínculos.

La familia llega a una etapa de reajuste en el que participan todos los miembros de la familia y una intervención activa de la institución religiosa a la que asisten, además refieren que los estigmas no fueron de ayuda en el momento del tratamiento.

## **CASO 6**

Joven de 25 años de edad, sexo mujer, nacida el 22 de Julio de 1991 en Ambato, es la octava hija de 8 hermanos, reside en su ciudad natal con sus padres. Diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad a la edad de 24 años.

*Fue lo más duro que he tenido que pasar, una persona llega, te dice cosas bonitas, hace cosas que nadie había hecho por ti hasta ese momento y caes, le das la capacidad de hacerte daño y sin pensarlo dos veces lo hace, ni amigos ni familia saben cómo estas, pero para ellos siempre tienes que estar bien, no llorar porque se preocupan (...) la respuesta es dejar atrás lo que paso , levantarse y continuar sin importar lo que digan.*  
Estefanía Relato de Vida (2016)

*Soy madre de ocho hijos, Estefanía es la última, a ella no le ha faltado nada durante toda su vida, siempre le hemos dado lo que ha necesitado en lo económico se podría decir. Ella ahora se encuentra bastante bien después de dos años de haber conocido uno*

*diagnóstico de TP Limite de personalidad, recientemente termino su carrera de medicina y esperamos que sea una buena doctora. Cuando mi hija estaba en la primaria tuvimos algunos inconvenientes con mi esposo porque él era bastante mujeriego y en algunas ocasiones yo estaba dispuesta a divorciarme de él, pero por ella y mis tres hijos no lo hice, le podría decir que en la niñez de mi hija no hubo nada del otro mundo, era una niña bien animada, consentida por el papa, cuando se portaba mal le castigábamos con la correa y en la escuela ella mantenía un aprovechamiento muy bueno. Cuando entro al Colegio como cualquier adolescente comenzó a cambiar un poco en su actitud, pero eso es de la edad mismo, uno como ya ha pasado sabe, pero nunca tuvo problemas de conducta ni de aprovechamiento, era buena estudiante y aquí en la casa obedecía lo que se le decía que haga, como ella es la menor no era tan bien llevada con los hermanos porque hay bastante diferencia entre ellos, pero ella a quien más respeta es a mi hija que vive en el exterior, con ella siempre ha mantenido una buena relación, porque con los demás si ha tenido sus encontrones. Me parece que el cambio de actitud de ella se vio más en la universidad, casi en la mitad de la carrera, según lo que dijo el médico le había afectado una ruptura amorosa, eso fue lo que dijo que había desatado en lo que a ella le dio, más o menos le diagnosticaron eso cuando ya iba a terminar la carrera. El comportamiento de ella cambio bastante, se encerraba en el cuarto, no quería hablar con nadie, se enojaba por todo y por la carrera casi no pasaba en la casa, bajo de peso bastante y tenía un semblante bien triste. (...) nosotros no sabíamos cómo actuar ni a quien acudí, somos creyentes en Dios, pero no nos metemos en las iglesias evangélicas, fue una amiga de mi hija la que le llevo y en algo si le pudo ayudar, pero nosotros no somos miembros de esa iglesia. (...) una doctora fue la que nos guio para el tratamiento a ella, porque nosotros no teníamos idea de lo que pasaba ni cómo se podía detectar los síntomas de eso rápido. Fueron dos años de lucha en los que yo me enferme por verle de esa manera (...) ya termino su carrera, pero todavía tiene rasgos bien marcados de lo que le dio, continua asistiendo al tratamiento y solo yo me involucre en darle seguimiento a ella, el papá no se preocupa de eso porque dice que es mi obligación, pero no le hace faltar nada en la casa, mi hija que vive en el exterior ella también me ayudo bastante*

*aconsejándole. Hubiera sido bueno saber cómo se descubre eso a tiempo porque no se sabe que se debe hacer ni a quién acudir y lo que yo puedo decir de esta experiencia tan amarga es que si es necesario poner atención a los hijos en todo lo que hacen, a veces uno por estar pendiente del dinero se descuida de ellos.*(Madre de Estefanía, Relato de Vida, 2016)

*El caso de mi hija fue duro de aceptar, como padre uno está acostumbrado a que la mujer cuide a los hijos y se haga cargo del hogar, porque como siempre la han enseñado a uno que el hombre es quien tiene que mantener el hogar, yo no le podría contar mucho de lo que le paso a ella porque no le conozco mucho a mi hija, siempre le he dado todo lo que necesita, pero hablar con ella o pasar tiempo con ella no lo he hecho y en la actualidad no lo hago porque no ha sido así nunca, pero ella me respeta y si me obedece, no le podría decir más acerca de ella, lo que sé es que ya está bien.*(Padre de Estefanía, Relato de Vida, 2016)

*Mi hermana fue bien mimada desde cuando era niña, mi papa nunca le hizo faltar nada y de todos los hijos ella fue la que menos sufrió, porque le dio eso, no sé , yo no creo en esos diagnósticos de los doctores, para mí solo fue capricho de ella, imagínese cualquiera con una desilusión amoroso entonces terminaría en el hospital. Lo que yo podría decir es que le falto mano dura de parte de mis padres, porque solo así uno aprende a ser fuerte y prepararse para la vida.*(Hermana de Estefanía, Relato de Vida, 2016)

### **Análisis**

Estefanía pertenece a una familia nuclear, compuesta por sus padres y ella, sus demás hermanos ya tienen sus propios hogares, sin embargo Estefanía mantiene relaciones estrechas con su hermana que vive en el extranjero. La diferencia de edad entre sus padres y ella es significativa debido al cambio de generación lo que crea conflicto en las relaciones entre la familia. El padre en la etapa de la infancia no cumple con las funciones correspondientes además de mantener relaciones afectivas con otras mujeres. En tanto que

la madre muestra conductas de aceptación y resignación a la conducta de su esposo, sin embargo es ella quien brinda protección a Estefanía en esta etapa.

En la etapa de adolescencia la familia no percibe conductas ni patrones de comportamiento desadaptadas a diferencia de la etapa de adultez en la que Stephanie muestra conductas que los padres consideran inusuales. En esta etapa la comunicación no es simétrica de manera que la joven no mantiene interacción con sus padres.

Los padres adjudican el comportamiento inusual al rompimiento de una relación afectiva entre la joven y su pareja, lo que afectó en sus estudios de universidad.

En cuanto al tratamiento que recibió la joven consistió en mayor parte en la parte psicológica, la institución religiosa no intervino en su mayoría debido a que las creencias de los padres eran diferentes a las de dicha institución. Finalmente se aprecia que el factor de resiliencia de Estefanía aportó en gran manera para superar la dificultad, pero en cuanto a intervención de la familia es mínima.

## **CASO 7**

Joven de,33 años de edad, sexo hombre, nacido el 22 de Junio de 1983 en Ambato, es el segundo hijo de 3 hermanos, reside en su ciudad natal con su tía materna. Diagnosticada con Trastorno Esquizoide de la Personalidad a la edad de 19 años.

*No quiero hablar de eso, (..) eso ni siquiera existe, puro charlatán que se hace dinero con sus terapias que a la final no sirven para nada, ni ellos saben de lo que hablan (...) días difíciles todos tenemos y estar en la cuerda floja no quiere decir que estás loco, solo tuviste momentos malos de los que aprendiste. Gerardo Relato de Vida (2016)*

*Mi sobrino ha vivido conmigo desde cuando tenía veintidós años, no conozco mucho acerca de la niñez de él porque solo venía a visitarme por corto tiempo, pero no podría decirle que tenía algún comportamiento extraño. Del colegio tampoco conozco como fue la situación, la mamá se quejaba bastante de él porque decía que no es tan buen estudiante, terminé la secundaria y se puso a trabajar porque los papás no tenían dinero*

*para que ingrese a la universidad y el tampoco mostraba empeño para estudiar, yo le puedo contar a partir de que vino a vivir conmigo. Vino a vivir conmigo porque dijo que los papás no le entendían y le habían dicho que busque donde vivir, como familia más cercana vino a vivir conmigo y a trabajar en una de despensa de aquí de la ciudad, si ha tenido algunos problemas por la manera en la que trata a la gente, tiene dificultades para relacionarse con la gente y es bien callado, casi no tiene amigos y anda solo. El diagnostico que le habían dado fue después de que había terminado el colegio y tuvo problemas con el papá, como la mamá le tenía paciencia decidió llevarle donde un psicólogo y él le había dicho que tiene TP Esquizoide y por eso se la hacía difícil relacionarse con las personas y era desconfiado con la familia. El mayor problema que llego a tener fue tal vez cuando trato de entablar amistad con chicas y como ellas le veían raro no se acercaban mucho, no es agresivo, lo que si tiene es bastante desconfianza de la gente. Con la familia del casi no conversa, cuando viene la mama a verle si le trata bien, pero el saludo no pasa de una o tres palabras. No podría contarle mucho acerca de él, porque como le digo no paso mucho tiempo con él por mi trabajo y el no habla mucho tampoco, hubo una época en la que el comenzó a ir a la reunión de jóvenes de la iglesia y después dejo de ir sin dar razón. No sé qué planes tenga para el futuro y tampoco sé si está recibiendo algún tratamiento, él dice que no está enfermo y que eso de los médicos es solo para sacar dinero a la gente. De la iglesia si se ha recibido ayuda en la oración y si preguntan por él, pero de ahí nada más. Yo no sé cómo reaccionar a veces con él, si me ha dado que pensar por tanta noticia que se ve, que son tranquilos muchachos que no hablan y después se suicidan, no sé si habrá tratamiento ni si hay cura para eso como dicen que eso es del alma y que solo Dios puede sanar eso, lo que hago yo es orar por él y tratar de estar en paz.(Tía materna y Madre de Gerardo, Relato de Vida, 2016)*

### **Análisis**

Gerardo pertenece a una familia extensa formada por su tía materna, la tía materna da pocas referencias en relación a la infancia de Gerardo debido a que el joven no vivió con ella en su niñez, sin embargo lo describe como un joven normal sin ningún



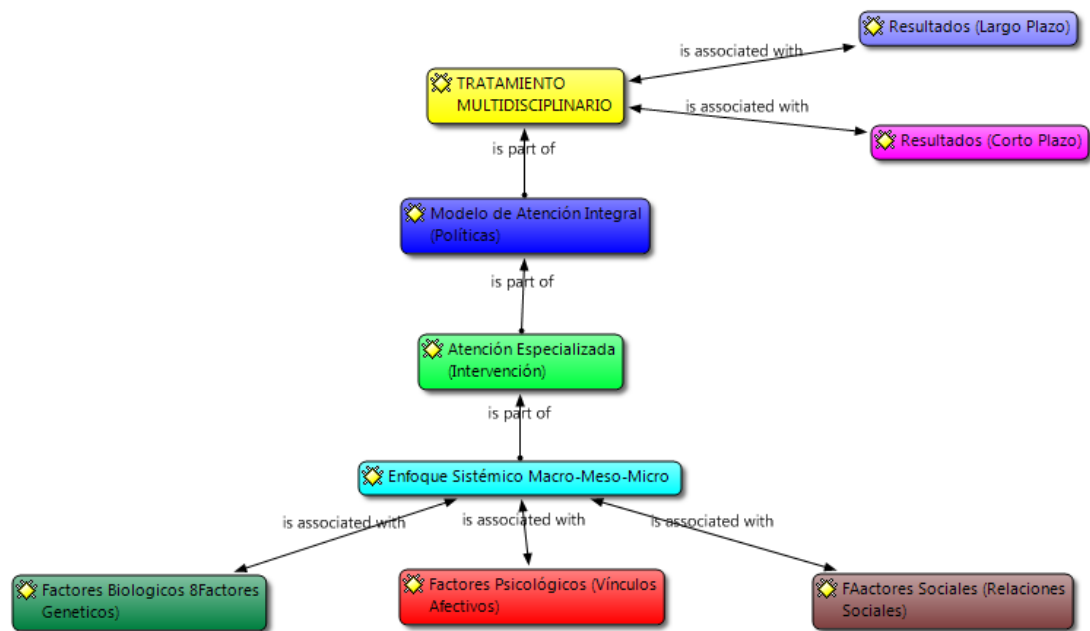
comportamiento extraño, tampoco se conoce la etapa de adolescencia, pero refiere que el joven no presentaba interés por sus estudios.

Según criterios de su familia Gerardo es callado y tiene problemas de socialización con el contexto que lo rodea. Además refiere que no tiene buenas relaciones con su padre a diferencia de su madre con la que mantiene una mejor comunicación. El joven se ha mantenido distante con la Iglesia después de no poder relacionarse con los jóvenes de la congregación.

El tratamiento e intervención es psicológico, pero refiere que en la actualidad no asiste a ningún establecimiento que brinde este servicio, de manera que las opciones son acudir en busca de oración y consejería en la iglesia

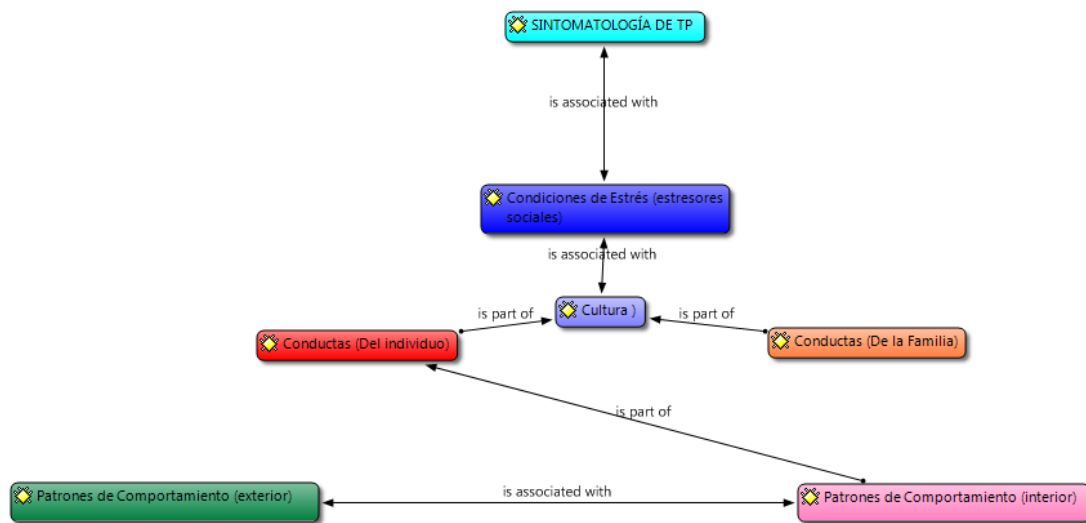
### **CRUCE DE CATEGORÍAS**

Como se puede observar en el Grafico 5.1 el tratamiento multidisciplinario se asocia a los resultados a largo y corto plazo, al mismo tiempo el Tratamiento multidisciplinario forma parte de un Modelo de atención integral y Atención Especializada que va de la mano con un enfoque sistémico (macro, meso, micro) y están asociados con factores biológicos, sociales y psicológicos.



**Gráfico No 5.1** Cruce de Categorías  
**Elaborado por:** Carolina Villacrés

Como se puede observar en el Gráfico 5.2 La sintomatología de TP está relacionada con las condiciones de estrés que presenta el contexto, las conductas de la familia hacia el individuo y las conductas del individuo hacia el contexto; estas a su vez se vinculan con otros aspectos como son: los patrones de comportamiento externo e interno de los cuales forman parte la cultura en relación a creencias y sistemas simbólicos.



**Gráfico No 5.2** Cruce de Categorías  
**Elaborado por:** Carolina Villacrés

## HALLAZGOS

La etapa en la que se presentan los principales cambios o como se conoce la sintomatología de personalidad es en la etapa de la adolescencia, los padres relacionan problemas de este periodo de desarrollo a la génesis del síntoma. En casos concretos el trastorno generó otro tipo de patologías en la familia como el desgaste emocional, aparición de cuadros depresivos, problemas entre la pareja, violencia doméstica, escenarios de pánico, situaciones de estrés que interrumpían con la rutina diaria y diversidad de conductas negativas asociadas a la profundización de síntoma dentro del sistema familiar.

### Comprobación del Silogismo Hipotético en lugar de Verificación de hipótesis

Posterior al análisis de las Historias de Vida de las familias de los jóvenes que presentan sintomatología de TP incluidas en esta investigación, y al reconstruir e interpretar sus significaciones, con el objeto de aumentar el conocimiento y formar un argumento válido,

se utilizó la regla de inferencia del silogismo hipotético para construir y establecer relaciones entre las premisas de investigación.

Se utilizó el Silogismo Hipotético para elaborar conclusiones firmes que permitirán obtener recomendaciones fundamentadas, estas serán comprobadas mediante las tablas de verdad, como expresa Pozo Muncio (1985) “las reglas de inferencia pueden ser comprobadas mediante las tablas de verdad, obteniéndose siempre una tautología; es decir que los valores verdad son siempre verdaderos”; a continuación se presentan las tablas de verdad a través de la comprobación de la Ley del silogismo, y su conclusión.

Premisa a: Desconocimiento de Tratamiento Multidisciplinario (premisa conocida como premisa universal)

Premisa b: Familia Desarrolla conductas negativas ( premisa que conocida como particular)

Premisa c: Sintomatología de Trastorno de Personalidad (Conclusión)

Para realizar la comprobación se toma en cuenta la inferencia deductiva, esta analiza los posibles resultados de acuerdo a las premisas, declarando que solo hay una posible situación, en dicho caso se dice que la situación única es la conclusión.

$a \rightarrow b$  “Si existe desconocimiento de tratamiento multidisciplinario, la familia desarrolla Conductas negativas”

$b \rightarrow c$  “Si la familia desarrolla conductas negativas, entonces existe sintomatología de TP”

---

$a \rightarrow c$  “El desconocimiento de tratamiento multidisciplinario, incide en la sintomatología de TP”

En este caso se encuentra aplicado el Modus Ponendo Ponens, (MPP) este permitirá la creación de las tablas de verdad que permiten establecer una inferencia válida. Esta inferencia es la única aceptada en las ciencias matemáticas. El MPP se utiliza para analizar que si la premisa a es verdad, la premisa b es verdad, y por lo tanto la premisa c será verdad.

En la Construcción de Tablas de Verdad se realiza la descripción asignando valores verdaderos y falsos, sin embargo de acuerdo a las leyes de inferencia se toma en cuenta las

definiciones con las que se trabaja en cálculo lógico, por lo tanto se trabaja con argumentos lógicos.

### TABLA DE VERDAD No 1

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si existe desconocimiento de TM entonces existen familias que desarrollan conductas negativas	V
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si existe familias que desarrollan conductas negativas existe sintomatología de TP.	V
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si existe desconocimiento de TM entonces existe sintomatología de TP	V
4	$1^{\wedge}2$	Es verdad que si existe desconocimiento de TM. entonces existe familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP.	V
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Es verdad que si existe desconocimiento de TM. entonces existe familias que desarrollan conductas negativas. Entonces si existe familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP entonces es verdad que si existe desconocimiento de TM, existen sintomatología de TP.	V

**Cuadro No 6** Tabla de Verdad No 1

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### Interpretación

En la tabla número 6 se explica mediante el MPP que si la primera premisa es verdad, (Desconocimiento del Tratamiento Multidisciplinario) se afirmará que la segunda premisa también es verdad ( Familia desarrolla conductas negativas), por lo tanto la premisa final será verdad (existencia de STP).

## TABLA DE VERDAD No 2

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si existe desconocimiento de TM entonces no existen familias que desarrollan conductas negativas	F
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si no existen familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP.	V
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si existe desconocimiento de TM entonces existe sintomatología de TP	V
4	$1 \wedge 2$	Si existe desconocimiento de TM. entonces no existe familias que desarrollan conductas negativas y si no existen familias que desarrollan conductas negativas existe sintomatología de TP.	F
5	$1 \wedge 2 \rightarrow 3$	Siendo falso que existiendo desconocimiento de TM. no existen familias que desarrollan conductas negativas y no existiendo familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP entonces es verdad que si existe desconocimiento de TM, existe sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 7** Tabla de Verdad No 2

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### Interpretación

En la tabla número 7 se explica mediante el MPP que si la primera premisa es verdad, (Desconocimiento del Tratamiento Multidisciplinario) pero la segunda premisa es falsa ( Familia desarrolla conductas negativas), y en el desarrollo de la explicación al existir dos negaciones (numeral 5) el valor final será verdadero por lo tanto la premisa final será verdadera (existencia de STP).

### TABLA DE VERDAD No 3

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si existe desconocimiento de TM entonces existen familias que desarrollan conductas negativas	V
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si existen familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	F
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si existe desconocimiento de TM entonces no existe sintomatología de TP	F
4	$1 \wedge 2$	Si existe desconocimiento de TM, entonces y hay familias que desarrollan conductas negativas y si hay familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	F
5	$1 \wedge 2 \rightarrow 3$	Siendo falso que existiendo desconocimiento de TM, y hay familias que desarrollan conductas negativas y si hay familias que desarrollan conductas negativas y no existe sintomatología de TP entonces es verdadero que es falso que existiendo desconocimiento de TM, no exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 8** Tabla de Verdad No 3

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### Interpretación

En la tabla número 8 se explica mediante el MPP que si la primera premisa es verdad, (Desconocimiento del Tratamiento Multidisciplinario) la segunda premisa es verdadera (Familia desarrolla conductas negativas), pero la tercera premisa es falsa, y al encontrarse doble negación en el proceso (numeral 5) la premisa final será verdadera (existencia de STP).

## TABLA DE VERDAD No 4

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si existe desconocimiento de TM entonces no existen familias que desarrollan conductas negativas	F
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si no existen familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	F
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si existe desconocimiento de TM entonces no existe sintomatología de TP	F
4	$1 \wedge 2$	Si existe desconocimiento de TM. entonces no existen familias que desarrollan conductas negativas y no existen familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	F
5	$1 \wedge 2 \rightarrow 3$	Siendo falso que existiendo desconocimiento de TM y no existen familias que desarrollan conductas negativas y si no hay familias que desarrollan conductas negativas, no existe sintomatología de TP entonces es verdadero que si existe desconocimiento de TM, no exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 9** Tabla de Verdad No 4

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### Interpretación

En la tabla número 9 se explica mediante el MPP que si la primera premisa es verdad, (Desconocimiento del Tratamiento Multidisciplinario) y la segunda premisa es falsa (Familia desarrolla conductas negativas), entonces la tercera premisa es falsa, y al encontrarse doble negación en el proceso (numeral 5) la premisa final (existencia de STP).



## TABLA DE VERDAD No 5

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si no existe desconocimiento de TM entonces existen familias que desarrollan conductas negativas	V
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si existen familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP.	V
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si no existe desconocimiento de TM entonces existe sintomatología de TP	V
4	$1 \wedge 2$	Es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM. existen familias que desarrollan conductas negativas y que existiendo familias que desarrollan conductas negativas haya sintomatología de TP.	V
5	$1 \wedge 2 \rightarrow 3$	Es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM existan familias que desarrollan conductas negativas y que existiendo familias que desarrollan conductas negativas haya sintomatología de TP entonces es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM entonces exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 10** Tabla de Verdad No 5

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### Interpretación

En la tabla número 10 se explica mediante el MPP que si la primera premisa es falsa, (Desconocimiento del Tratamiento Multidisciplinario) y la segunda premisa es verdadera ( Familia desarrolla conductas negativas), entonces la tercera premisa es verdadera, y al encontrarse que al ser la primera premisa falsa, pero las dos siguientes son verdaderas y en base al MPP (numeral 5) la premisa final será verdadera (existencia de STP).

## TABLA DE VERDAD No 6

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si no existe desconocimiento de TM entonces no existen familias que desarrollan conductas negativas	F
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si no existen familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP.	V
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si no existe desconocimiento de TM entonces existe sintomatología de TP	V
4	$1 \wedge 2$	Es falso que no existiendo desconocimiento de TM, no existan familias que desarrollan conductas negativas y que no existiendo familias que desarrollan conductas negativas exista sintomatología de TP.	F
5	$1 \wedge 2 \rightarrow 3$	Siendo falso que no existiendo desconocimiento de TM, no existan familias que desarrollan conductas negativas y que no existiendo familias que desarrollan conductas negativas exista sintomatología de TP entonces es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 11** Tabla de Verdad No 6

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### Interpretación

En la tabla número 11 se explica mediante el MPP que si la primera premisa es falsa, (Desconocimiento del Tratamiento Multidisciplinario) y la segunda premisa es falsa (Familia desarrolla conductas negativas), entonces la tercera premisa es falsa, y al encontrarse que todas las premisas son falsas (numeral 5) se obtiene que la asignación de valores negativos nos da como resultado uno positivo al negar todas las premisas la entonces la premisa final será verdadera (existencia de STP).

## TABLA DE VERDAD No 7

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si no existe desconocimiento de TM entonces existen familias que desarrollan conductas negativas	V
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si existen familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	F
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si no existe desconocimiento de TM entonces no existe sintomatología de TP	V
4	$1^{\wedge}2$	Es falso que no existiendo desconocimiento de TM. entonces existan familias que desarrollan conductas negativas y que existiendo familias que desarrollan conductas negativas no exista sintomatología de TP.	F
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Siendo falso que no existiendo desconocimiento de TM existan familias que desarrollan conductas negativas y que existiendo familias que desarrollan conductas negativas, no exista sintomatología de TP entonces es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM, no exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 12** Tabla de Verdad No 7

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### Interpretación

En la tabla número 11 se explica mediante el MPP que si la primera premisa es falsa, (Desconocimiento del Tratamiento Multidisciplinario) pero la segunda premisa es verdad ( Familia desarrolla conductas negativas), entonces la tercera premisa es falsa, y al encontrarse que existe una doble negación, pero la segunda premisa es verdad (numeral 5) se obtiene que la asignación de valores negativos nos da como resultado uno positivo al poner dos valores positivos, entonces la premisa final será verdadera (existencia de STP).

## TABLA DE VERDAD No 8

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si no existe desconocimiento de TM entonces no existen familias que desarrollan conductas negativas	F
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si no existen familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	V
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si no existe desconocimiento de TM entonces no existe sintomatología de TP	V
4	$1^{\wedge}2$	Es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM. no existan familias que desarrollan conductas negativas y que no existiendo familias que desarrollan conductas negativas entonces no exista sintomatología de TP.	V
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Siendo verdadero que no existiendo desconocimiento de TM, no existan familias que desarrollan conductas negativas y que no existiendo familias que desarrollan conductas negativas, no exista sintomatología de TP entonces es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM, no exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 13** Tabla de Verdad No 3

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

## Interpretación

En la tabla número 11 se explica mediante el MPP que si la primera premisa es falsa, (Desconocimiento del Tratamiento Multidisciplinario) la segunda premisa es falsa (Familia desarrolla conductas negativas), entonces la tercera premisa es falsa, sin embargo se afirma que si la primera premisa es falsa entonces las demás también serán falsas y por la acumulación de valores negativos la tercera premisa es verdadera (existencia de STP).

## Decisión

De acuerdo a la regla de inferencia a través de las tablas de verdad, se adquirió una tautología, es decir que todos los valores de verdad son verdaderos, en otras palabras, el desconocimiento del Tratamiento Multidisciplinario de las familias de los jóvenes diagnosticados con Sintomatología de Trastorno de Personalidad provoca que dichas familias desarrollen conductas negativas y por lo tanto estas conductas incidan en la sintomatología de Trastorno de Personalidad; por lo tanto, “*el desconocimiento de*

*Tratamiento Multidisciplinario incide en la Sintomatología de Trastorno de Personalidad”.*

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

- Se comprobó la lógica proposicional del silogismo hipotético aplicado en relación a la incidencia del desconocimiento de un tratamiento multidisciplinario por parte de los padres de los jóvenes que presentan sintomatología de Trastorno de Personalidad, siendo un resultado relevante debido a que los padres al desconocer el tratamiento multidisciplinario desarrollaban conductas negativas y consecuentemente en el momento en que la familia presentaba dichas conductas la sintomatología de trastorno de personalidad se profundizaba causando alteraciones y cambios que influían directamente en el núcleo familiar.
- En los relatos de vida narrados por los integrantes de la familia de los jóvenes diagnosticados con Sintomatología de Trastorno de personalidad los padres y familia refieren haber acudido en busca de ayuda a profesionales de la salud mental, entidad religiosa e instituciones afines que forman parte del contexto con el que se desenvuelven, con el propósito de obtener respuestas con relación al tratamiento e intervención que debían seguir conjuntamente con el joven posterior al diagnóstico de TP, sin embargo afirmaron que dichos servicios no les proporcionaron la información requerida, en ciertos casos no era lo que buscaban o sencillamente fue escasa, lo que les llevo a desarrollar conductas negativas y consecuentemente esto provocaba que la sintomatología de trastorno de personalidad se profundizara causando alteraciones y cambios que influían directamente en el núcleo familiar , estos cambios provocaban crisis de desajuste en las familias y estas al estar ligadas a sus creencias y por miedo a ser juzgados por la sociedad buscaron apoyo en la entidad religiosa únicamente en el área espiritual, dejando de lado en mayor parte los aspectos bio-psico-social

- En el desarrollo del marco teórico, se demuestra que existe investigación posterior y relacionada con Sintomatología de Trastorno de Personalidad y tratamientos, lo que permitió fundamentar la investigación para el desarrollo de la propuesta.
- La metodología aplicada tiene un enfoque Fenomenológico-Hermenéutico y construccionista, debido a que cada ser humano tiene una visión distinta y única de la realidad y permite formular alternativas de solución, por lo que se trabajó de manera cualitativa, con el fin de realizar un estudio detallado con los actores directos e indirectos, para evidenciar la incidencia del Tratamiento Multidisciplinario y la Sintomatología de Trastorno de Personalidad en los jóvenes, y de esta forma optimizar la atención integral a través de la promoción y potencialización de un equipo multidisciplinario, ayudando a mejorar la calidad de vida de los jóvenes y sus familias.
- Las familias que fueron objeto de investigación no manifestaron formar parte de una cultura de prevención en lo referente a salud mental; es decir no acuden con un profesional en el momento en el que ingresan en crisis por algún problema que no pueden superar, porque temen ser víctimas de prejuicios sociales posterior a que su contexto se entere de su asistencia a sitios que ofrecen estos servicios.
- La mayor parte de jóvenes que fueron diagnosticados con TP son hombres y en casos específicos se atribuye el brote de la enfermedad a eventos de maltrato escolar a los que fueron sometidos y en otras ocasiones la corrección disciplinaria infringida por los progenitores profundizaba la sintomatología en lugar de promover el cambio de conductas que los familiares consideraban como inadaptadas, de manera que los tipos de conductas que las familias presentan son de negación de que algo en su sistema no se encuentra bien y de sobreprotección.
- La estructura del hogar es una parte significativa en la familia ya que a pesar de estar conformada por la mayor parte de los miembros, los mismos no ejercen sus funciones

correspondientes lo que deriva en dinámicas negativas de relación y a la vez factores de riesgo para los demás miembros

- Las creencias y valores de la familia fueron motivación suficiente para iniciar en el procesos de rehabilitación del joven diagnosticado con TP, en algunos casos se contó con el apoyo de los miembros de la congregación, pero las familias no describieron con exactitud a la persona a la que se dirigían para solicitar apoyo y en otros casos aseguran no haber recibido la atención necesaria.

## **RECOMENDACIONES**

- Se debe tomar en cuenta la necesidad de un proceso estructurado en el que se involucre a la familia con la institución y los profesionales de la misma para realizar una intromisión exitosa, reforzando el área de Asistencia Social con énfasis en el departamento de Trabajo Social en cuanto a promoción e intervención social, debido a que la familia desconoce los servicios a los que puede acceder al formar parte de la institución.
- Se recomienda que la Congregación fomente programas de salud mental dirigidos a adolescentes, jóvenes y sus familias miembros de la congregación para prevención de futuros diagnósticos y conocimiento de tratamiento multidisciplinario.
- Trabajar con grupos de apoyo en los que familias con situaciones familiares puedan compartir sus experiencias para enriquecimiento de conocimiento y erradicación de prejuicios sociales a personas diagnosticadas con enfermedades mentales.
- Programar talleres informativos por medio del equipo multidisciplinario, dirigido tanto a padres e hijos con relación a normas de comportamiento y disciplina para evitar escenarios de violencia.



- Promover el acompañamiento familiar en escenarios de crisis familiares para que los miembros del núcleo puedan conocer sus roles y funciones a cumplir.
- Agregar en el desarrollo del marco teórico proyectos de investigación elaborados en países de Hispanoamérica, con el objetivo de introducir puntos de vista distintos para argumentar y validar la propuesta de manera propositiva.
- Utilizar la fundamentación filosófica basada en la modalidad cualitativa debido a que permite obtener resultados en base a la construcción de la realidad de los sujetos de estudio.
- Incluir en los talleres informativos temas de interés en cuanto al proceso de rehabilitación del paciente, motivando a las familias a que formen parte del mismo y a la vez informando acerca de la estructura organizacional con la que cuenta la organización para que puedan acceder a los servicios.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **Datos Informativos**

**Tema:** “Protocolo de Intervención Socio-Familiar de la Iglesia Gran Campaña de Fe para prevención y conocimiento de tratamiento de Trastornos de Personalidad en los jóvenes de la congregación”

**Beneficiarios:** Familias miembros de la congregación

**Beneficiarios Directos:** Jóvenes miembros activos de la Congregación

**Beneficiarios Indirectos:** Iglesia Gran Campaña de Fe e Iglesias Filiales

**Provincia:** Tungurahua

**Cantón:** Ambato

**Tiempo estimado para la Ejecución:** 12 meses

**Equipo Técnico Responsable:** la propuesta será realiza por el Departamento de ayuda Social y por parte de la investigadora Carolina Mercedes Villacrés Naranjo, estudiante de Trabajo Social.

**Costo:** \$5046,08

## **Antecedentes de la Propuesta**

La presente propuesta se plantea posterior al proceso minucioso y prolongado en el que estuvieron involucrados los actores directos e indirectos en la investigación acerca de “El Tratamiento Multidisciplinario y la sintomatología de Trastornos de Personalidad en los jóvenes de la Iglesia Gran Campaña de Fe Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua” donde se pudo determinar que la manera en la que se lleva un tratamiento incide en la sintomatología que presentan los jóvenes diagnosticados con trastorno de personalidad, debido a que la familia entra en crisis de desajuste causando un cambio en la dinámica familiar, alterando los roles y funciones de cada integrante, debido a que la familia de dichos jóvenes son el contexto más cercano. Este proceso es bastante complejo por lo cual la familia asume un papel fundamental en el proceso de diagnóstico y tratamiento del trastorno de personalidad, de manera que se toma en cuenta la manera en que reacciona la familia antes, durante y después de la crisis.

La mayor parte de quienes fueron diagnosticados son hombres jóvenes y pertenecen a familias disfuncionales, en las cuales las funciones de los diferentes subsistemas no se cumplen causando que los límites entre estos sean difusos en su mayoría y en menor porcentaje rígidos, lo que no permite llegar a un estado de reajuste y a la vez por miedo al estigma social se desconozca la manera de intervenir con la persona para su tratamiento.

El diagnóstico de una sintomatología de trastorno de personalidad puede provocar diversos problemas asociados a la interacción social; es decir que los jóvenes que son diagnosticados con Trastorno de Personalidad no se acoplan a la estructura social a la que su contexto está acostumbrado, por lo que sus familiares ingresan en una etapa de desesperación, negación y temor a ser juzgados, además de correr el riesgo de que ellos también adquieran conductas inadecuadas con la persona y en casos recurrentes a desarrollar rasgos clínicos asociados a trastornos y enfermedades mentales.

De esta manera revisados y analizados los datos sobre la incidencia del tratamiento multidisciplinario y su incidencia en la sintomatología de Trastorno de personalidad en jóvenes de la Iglesia Gran Campaña de Fe-Ambato, se distinguen ciertos factores que generan incidencia en la sintomatología de Trastorno de Personalidad, por lo que serán

tomados en cuenta en el desarrollo de la propuesta., donde debe prevalecer la intervención de la familia en el tratamiento conjuntamente con el contexto que lo rodea y el equipo multidisciplinario que ofrece sus servicios en la institución, dicho tratamiento debe estar direccionado en un enfoque integral, holístico y sistémico para los jóvenes y sus familias.

### **Justificación**

La presente propuesta trata de dar una respuesta a la problemática estudiada sobre la incidencia del Tratamiento Multidisciplinario en la Sintomatología de Trastorno de Personalidad, permitiendo la elaboración de un protocolo que contiene estrategias de Intervención en Trabajo Social, mismo que promueve una atención Integral a los jóvenes diagnosticados con TP o que presenten dicha sintomatología; ésta permitirá implementar el accionar del profesional en Trabajo Social conjuntamente con el equipo multidisciplinario para brindar una atención adecuada y mejorar la calidad de vida de este grupo de personas y familiares, de la misma manera se promueve la intervención de la familia en el tratamiento para obtener mejores resultados. Además los familiares tendrán acceso a información acerca del tratamiento y servicios que presta la institución, contando con la apertura de los profesionales de cada área para contestar a sus inquietudes y apoyar en el proceso de mejoramiento del paciente

Cabe recalcar que la prevención en salud mental ha sido un aspecto olvidado y que es necesario hacer énfasis en la promoción de una higiene mental para mejorar relaciones interpersonales y alcanzar un bienestar integral para el desenvolvimiento en todas las áreas.

Es por ello que se considera que la creación de este protocolo de estrategias de Intervención en Trabajo Social de la Iglesia Gran Campaña de Fe, tiene gran importancia e impacto al incorporarse en el Departamento de Asistencia Social, debido a que es una herramienta que aporta de manera teórica y práctica, que proporcionara apoyo en los procesos de recepción de la problemática, intervención en la misma y participación familiar, que ayudara a disminuir los conflictos familiares, generando corresponsabilidad entre el equipo multidisciplinario, paciente y familia.

Por lo que se trata de una propuesta realizable y factible en vista de que se cuenta apertura de la Institución, el Departamento de Ayuda Social y el apoyo del área de Trabajo Social.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Creación de un Protocolo de intervención en Trabajo Social para prevención y tratamiento de trastornos de Personalidad y sus familias en la Iglesia Gran Campaña de Fe

### **Objetivos Específicos**

- Planificar los contenidos que intervengan en el Protocolo de Intervención de Trabajo Social.
- Proponer nuevas alternativas de intervención de Trabajo Social con jóvenes diagnosticados con sintomatología de Trastorno de Personalidad y sus familiares.
- Fortalecer el equipo multidisciplinario para mejorar el proceso de intervención y seguimientos a los jóvenes y familiares.

### **Análisis de factibilidad**

La presente propuesta es viable debido que se cuenta con el apoyo de los directivos de la Iglesia, como también del Área de Asistencia Social de la Iglesia Gran Campaña de Fe de Ambato, quienes demuestran gran interés en incorporar un protocolo de Intervención de Trabajo Social para jóvenes con diagnóstico de sintomatología de Trastorno de Personalidad y familiares, debido a que el propósito es priorizar una Atención Integral para mejorar la calidad de vida de todos los involucrados.

En esta propuesta se necesita acceso a los equipos de multimedia para las capacitaciones y reuniones brindadas por el equipo multidisciplinario de la IGCF, cabe mencionar que la Institución cuenta con el equipo tecnológico necesario y se encuentra a disponibilidad cuando se lo requiera; es decir que dicha propuesta es realizable donde la autora y el Área

de Asistencia Social se encargaran de la socialización y difusión de los beneficios del protocolo de Intervención de Trabajo Social, para que sea admitido y conocido por los jóvenes diagnosticados con TP, jóvenes que presenten sintomatología de TP y familiares.

### **Factibilidad Económica:**

La factibilidad económica incluye el análisis de costos y beneficios asociados a cada alternativa de la propuesta, es decir que la inversión que se está realizando es justificada por la ganancia que se generara, en este caso el aspecto económico será asumido por la Iglesia Gran Campaña de Fe, el cual creara beneficio social al grupo involucrado de forma directa e indirecta.

### **Factibilidad Social:**

La unificación de un Protocolo de intervención de Trabajo Social en el área de Asistencia Social en donde el profesional de TS realiza su intervención. Estamos hablando, por consiguiente, de la intervención del Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y el análisis y el diagnóstico del estado mental de una persona; el tratamiento y la asistencia y la rehabilitación de un trastorno mental. proporciona, como función primaria, cuidados en salud mental. un médico, un psiquiatra, un psicólogo clínico, una enfermera, un trabajador social aquellas personas admitidas en una prestación en salud mental. Social del individuo, que permitirá brindar una atención especializada a través de estándares nacionales e internacionales fomentando el mejoramiento de la calidad de vida contemplada en el Plan Nacional del Buen Vivir; la factibilidad social se encuentra relacionada con la corresponsabilidad, cooperación, igualdad y concientización de la población. Esta busca lograr que la sociedad participe en el proceso, impulsando la integración, visibilización y apoyo a los jóvenes diagnosticados con TP, jóvenes que presenten sintomatología de TP y sus familias, debido a que este grupo en repetidos escenarios son, excluidos e invisibilizados por el entorno social.

### **Factibilidad Operativa:**

Esta direccionado a los recursos humanos y materiales que intervienen en las actividades a desarrollar dentro en la propuesta, en la que el trabajo realizado por la investigadora, conjuntamente ligado al apoyo del equipo multidisciplinario y el involucramiento de los actores directos e indirectos en la operación del proyecto se identificará las actividades pertinentes para cumplir los objetivos planteados.

### **Factibilidad Técnica:**

En este aspecto se integran todos los recursos, los cuales pueden ser de gran utilidad en el proceso de la elaboración de las estrategias, con el fin de presentar la realidad de los jóvenes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad o Sintomatología de Trastorno de Personalidad y sus familiares, por lo que será preciso la aplicación de actividades donde se encuentren inmersos los jóvenes, el equipo multidisciplinario y familiares, demostrando la eficiencia, eficacia y el nivel de trabajo al construir el protocolo destinado a solucionar la problemática planteada en la investigación.

### **Fundamentación Legal**

- Constitución de la República del Ecuador
- Plan del Buen Vivir
- Ley de Salud
- Ley Orgánica de Discapacidades

### **Constitución de la República**

#### **Sección segunda**

Salud Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral,

tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

### **Plan Nacional del Buen Vivir**

Objetivo 3 Mejorar la Calidad de Vida de la Población

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas

3.2.a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.

### **Ley Orgánica de Salud**

#### **CAPITULO III**

De las enfermedades no transmisibles Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas



enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

## **Fundamentación Técnico Científico**

### **Definición de Protocolo**

Para (López Gómez, y otros, 2007) “Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica” en tanto que para (Suárez & Vargas, 2010) , “El protocolo es una síntesis que ordena y jerarquiza los puntos más relevantes tratados durante un evento académico (...) Es, en primer lugar, una descripción objetiva de los temas, hechos o sucesos acaecidos durante la sesión o reunión y, en segundo lugar, un texto escrito de registro que describe, de manera precisa, el desarrollo de los aspectos fundamentales de un trabajo realizado.”

Los protocolos de Intervención en el área de Trabajo Social contienen lineamientos técnicos en cuanto a la atención debido a la complejidad que implica la interacción multidisciplinaria de los distintos profesionales de manera que el mismo facilite la coordinación con el equipo y la intervención con el usuario garantizando de esta manera la calidad de la intervención.

### **Objetivos del Protocolo**

Los objetivos se definen como los resultados que una institución desea alcanzar, por lo que en este se puede afirmar que los objetivos son los resultados que la institución desea alcanzar mediante la ejecución de un plan, programa o proyecto. Un concepto claro de lo que son los objetivos es referido por (Hurtado & Toro, 2007) quienes refieren que “los objetivos son los enunciados claros, amplios y precisos de las metas que se persiguen”.

Por lo tanto los objetivos de un Protocolo son las formulaciones claras de los resultados que mediante el proceso de construcción y ejecución del protocolo se desea alcanzar.

### **Propiedades de un Protocolo**

El protocolo debe ser completo, legible, reciclable, responsable y flexible para lo cual (Ortiz Segarra, 2013) refiere que debe constar de los siguientes componentes:

Componentes Externos:

- 1.-Correspondencia
- 2.-Aporte Científico
- 3.-Aporte Social

Componentes Internos:

- 1.-Manejo de la Teoría: Correlación Marco Teórico, correspondencia, originalidad, objetivos.
- 2.-Manejo del Método: Explicación de los pasos a seguir, técnicas e instrumentos
- 3.-Semántica: Coherencia, consistencia y redacción de los contenidos a mostrar.
- 4.-Componentes Operativos

### **Beneficios de un Protocolo de Intervención de Trabajo Social**

- Informar y orientar sobre expectativas de Tratamiento
- Establecer un vínculo adecuado con el usuario y familia
- Asesorar sobre posibles recursos
- Reforzar del papel de la familia como figura clave de apoyo y acompañamiento en el proceso de atención
- Elaborar Informes
- Coordinar con entidades y recursos adecuados a las necesidades de los usuarios para favorecer la aceptación y apoyo a los mismos.
- Detectar situaciones o estresores sociales facilitadores de recaída y darlos a conocer al equipo técnico.

### **Condiciones necesarias**

- Participación Activa
- Colaboración
- Trabajo en Equipo multidisciplinario

- Intervención de la familia en el proceso

## **Trastorno de Personalidad**

El Trastorno de Personalidad se entiende como un patrón permanente de comportamiento que afecta diversos aspectos de la personalidad y en situaciones frecuentes está acompañado de alteraciones personales y sociales consideradas raras por su cultura que no permiten que la persona diagnosticada continúe con su rutina diaria. Dichos Trastornos tienden a presentarse en la infancia o en la adolescencia y continúan en la edad adulta, por lo que es necesario que un diagnóstico adecuado se pueda iniciar desde los 15 años.

Según el DSM-5 LOS Trastornos de Personalidad se clasifican en:

- Trastorno paranoide de la personalidad.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno disocial de la personalidad.
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno anancástico de la personalidad.
- Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.
- Trastorno dependiente de la personalidad.
- Otros trastornos específicos de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad sin especificación.

## **Sintomatología de Trastorno de Personalidad**

El síntoma es definido como las implicaciones subjetivas que son manifestadas por el paciente. La (Facultad de Ciencias de la Salud-UNER, 2010) refiere que el síntoma “Es toda manifestación de enfermedad que el paciente refiere, pero que no se puede comprobar objetivamente. Se lo puede fingir, modificar o cambiar.”

Al hacer referencia a una sintomatología de TP se toma en cuenta los factores que manifiesta el paciente antes de entregar un diagnóstico, tomando en cuenta factores externos e internos.

### **Familia**

Para (Ander Egg, 2003) la familia es “una forma de organización social necesaria que ha evolucionado al igual de la sociedad (...) es el espacio vital del desarrollo humano para garantizar su subsistencia”.

Por lo tanto la familia es parte esencial de la sociedad porque se constituye como el núcleo primordial para la fundación de la sociedad, por lo que los Estados ponen énfasis en satisfacer las necesidades de la familia y buscan asegurar el bienestar de la misma.

### **Crisis Familiar**

Las crisis implican la posibilidad de adaptarse a situaciones transaccionales propias de cada sistema, la familia al considerarse un sistema, a viene acompañado constantemente de crisis, que pueden ser superadas o es posible que el sistema se estanque., de acuerdo a (Ander Egg, 2003) las crisis pueden ser de desajuste o desgracias inesperadas, de desvalimiento, estructurales o vitales.

### **Equipo multidisciplinario**

Para Junor, Hole & Gillis, citado por MHC (Mental Health Commission) en la revista Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice dice que el equipo de trabajo multidisciplinario es conocido como el “método más efectivo en lo clínico”, especialmente en lo que refiere a salud mental, además expresa que el equipo necesita: plantear objetivos, entender y respetar las competencias de los otros miembros del equipo y el rango de autoridad que este tenga, aprender de las otras disciplinas y respetar los diferentes puntos de vista.

El equipo multidisciplinario tiene como objeto extender una atención integral a las personas que se encuentren afectados por algún inconveniente independientemente de la rama de conocimiento en la que se debe tratar, debido a que se establece como un conjunto de profesionales de diferentes áreas quienes son responsables de su campo de acción e interactúan con el ser humano para brindar atención de calidad y por ende garantizar su calidad de vida.

## **Trabajo Social**

La Federación Internacional de Trabajo Social define al Trabajo Social como:

“una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social.” (ADASU, 2014) Pág. 1.

Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

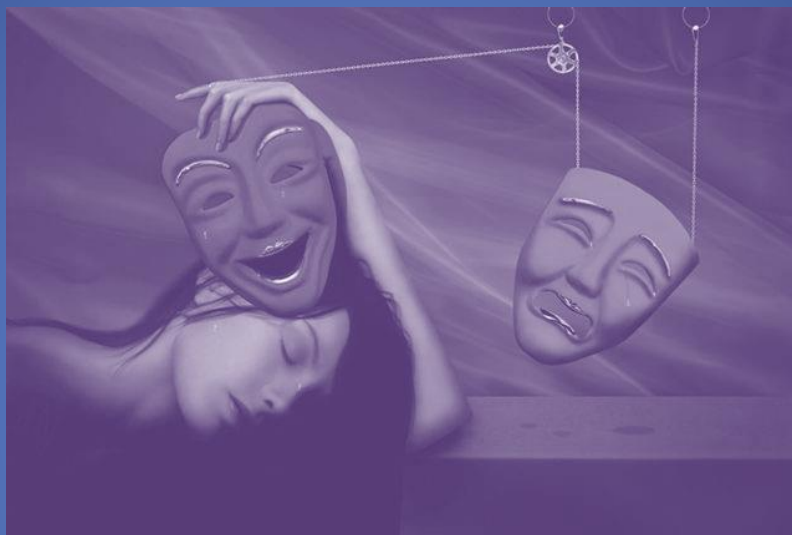
El Trabajo Social es una disciplina social en la que el ser humano se constituye como el actor principal para resolver sus problemas y de esta manera alcanzar su bienestar de manera integral.

## **Intervención Social**

Se puede hablar de intervención Social en el momento en que el profesional pone sus conocimientos en acción para proponer alternativas de solución a cierta problemática social, usando herramientas e instrumentos que fueron estudiados en la academia. Según (ADASU, 2014) dicho término hace referencia a “la intromisión en el medio ambiente incluyendo diversos sistemas sociales, donde las personas se encuentran en un entorno geográfico y natural, que tiene una profunda influencia en la vida de las personas.

Mediante el uso de metodología participativa del trabajo social se centra en “involucrar a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.”

PROTOCOLO DE TRABAJO SOCIAL PARA JÓVENES DIAGNOSTICADOS CON  
TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y SUS FAMILIAS



Autora: Carolina Villacrés

Aplicado a jóvenes diagnosticados con Trastorno de Personalidad de la Iglesia Gran  
Campaña de Fe

2016

## **CONTENIDO:**

**Antecedentes**

**Objetivo**

**Marco Normativo:**

**Alcance:**

**Objeto de Estudio:**

**Responsable:**

**Recursos Humanos:**

**Intervención del Trabajo Social:**

**Función del Trabajador Social:**

**Etapas de Intervención:**

**Técnicas e Instrumentos:**

**Talleres:**



## ANTECEDENTES

El tratamiento multidisciplinario se considera la opción más adecuada para la intervención integral en personas que requieren solucionar ciertas problemáticas presentadas en el área de salud.

El diagnóstico o Sintomatología de Trastorno de personalidad se constituye como una enfermedad que pone en riesgo la vida de quien la adquiere y su familia por sus implicaciones negativas en la rutina diaria del individuo y del contexto que lo rodea.

## OBJETIVO

Garantizar el acceso a un tratamiento integral para jóvenes diagnosticados con Trastorno de personalidad.

## MARCO NORMATIVO

### CAPÍTULO IV DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS MIEMBROS

ART. 4.- DERECHOS: A más de los establecidos en el Art. 10 del Estatuto, los miembros de la I.G.C.F. gozarán de los siguientes derechos:

a) De los beneficios que la institución ofrece a sus miembros, tales como: capacitación permanente, oración, cobertura espiritual, **ayuda social**, entre otros.

ART.40 .- DEL USO DE LOS FONDOS DE LA I.G.C.F. Los fondos de La I.G.C.F. permitirán financiar los siguientes rubros y actividades de acuerdo al presupuesto anual:

a) Gastos ocasionados en las actividades espirituales y ministeriales celebradas en la I.G.C.F. b) Campañas de evangelización y de fortalecimiento espiritual. c) Cursos de capacitación y de adiestramiento.

## ALCANCE

La presente investigación se la realiza debido a las diversas dificultades que tienen los padres de los jóvenes que han sido diagnosticados con TP en el tratamiento de dicha enfermedad, para lo cual se ha elaborado esta propuesta con el fin de dar a conocer las maneras de intervención para tratar al joven de manera integral.

## RESPONSABLES

Área de Trabajo Social

- Personal Administrativo
- Familias de la IGCF
- Jóvenes diagnosticados con TP o con presencia de Sintomatología de TP
- Especialistas que trabajan en la institución (psicólogos, médico, entre otros)

## INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

a) **Atención a la Demanda Inicial:** En esta primera fase el o la profesional realiza la recepción y la acogida. La recepción, que es el primer contacto que tiene el joven diagnosticado con TP o sintomatología de TP o su familia con el centro, se realiza generalmente por parte del personal administrativo e incluye la toma de datos iniciales y la asignación de una primera cita con un profesional.

La acogida es esa primera entrevista con un técnico/profesional. El Trabajador Social, al igual que otros profesionales del equipo multidisciplinario, tiene el primer contacto con el paciente, a través de esta primera entrevista de acogida el Trabajador Social deberá tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Escucha activa.
- Recabar información imprescindible.
- Comprobar si existe algún motivo de prioridad en la atención.

- Dar información y orientar sobre las actuaciones posibles, canalizando aquellas demandas que no correspondan al centro hacia los servicios más adecuados.
- Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico, que favorezca la retención

**b) Valoración Interdisciplinar:** Todo paciente debe ser valorado teniendo en cuenta las áreas sanitaria, psicológica, social y ocupacional, de forma que, a través del análisis de la información referente a estas 4 áreas, el Trabajador Social deberá tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Situación familiar del paciente
- Trayectoria formativo educación-laboral
- Situación económica y grado de autonomía personal
- Red social del paciente
- Nivel de arraigo, participación e integración social
- Características del tipo de ocio del paciente y la gestión de su tiempo libre,
- Situación judicial actual y posibles antecedentes
- Características del medio y el entorno en el que se desenvuelve el paciente

**c) Evaluación multidimensional** y diseño del Programa Personalizado de Intervención. Las diferentes perspectivas profesionales obtenidas sobre el paciente deben concluir en una Evaluación multidimensional del mismo, que se realiza por parte del equipo. A partir de los resultados de esta evaluación, el equipo diseña un programa personalizado de intervención adecuado a la situación del paciente, que deberá incluir:

- Los objetivos que se pretenden conseguir con la intervención.
- Las actividades a desarrollar para la consecución de dichos objetivos.
- Los recursos de apoyo que se consideran necesarios.

**d) Desarrollo del Programa Personalizado de Intervención:** Se inicia el proceso de intervención o desarrollo del mismo, que implica la puesta en práctica de la metodología, las estrategias y las actuaciones específicas, que resulten necesarias en cada caso y la implicación de los recursos de apoyo al tratamiento.

**e) Seguimiento de Proceso:** El desarrollo de dicho programa incluye, el seguimiento y la evaluación continua del mismo por parte del equipo terapéutico, de forma que puedan introducirse las modificaciones necesarias en función de la evolución del paciente.

**f) Evaluación Final y Programa de Prevención:** La evaluación se realizara de manera global al finalizar el tratamiento o se dará por finalizada en caso de que la familia o el paciente desee abandonar el tratamiento, dejando por constancia los informes pertinentes.

El programa de prevención estará destinado a todos los miembros de la Congregación con el objeto de proporcionar información a través de talleres y grupos focales en donde se pueda dar a conocer las implicaciones de los TP en la vida de las personas.

### **Función del Médico**

Diagnosticar a los pacientes, en caso de que el médico no sea especialista en el área de psiquiatría, deberá remitir a un profesional experto en el tema de salud mental . Una vez conocido el tratamiento farmacológico, el profesional de la salud ayudará a que los pacientes se adapten a las obligaciones y a la convivencia sana con el medio que los rodea, con la ayuda los medicamento, en caso de que lo amerite.

### **Función del Psicólogo**

Diagnosticar en diferentes sesiones el estado mental en el que se encuentra el individuo a través de entrevistas, observación directa, test subjetivos y otras herramientas e instrumentos que se usan previo diagnóstico de enfermedad mental. Además debe analizar los. Tipos de terapia que ayudan a los pacientes a cambiar sus hábitos, costumbres e ideas.

Función de

### **Función del Trabajador Social**

El Trabajo Social es “una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la

liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social” (ADASU, 2014)

El Trabajador Social, al igual que el resto de los profesionales, que forman parte del equipo multidisciplinario, tiene un papel fundamental que cumplir en el proceso de atención integral con relación al Tratamiento del paciente. (International Federation of Social Workers, 2017)

En esta Área el Trabajador Social cumplirá con las siguientes funciones:

- Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares.
- Valoración socio-familiar.
- Diagnóstico social.
- Planificación de la intervención social.
- Promoción de campañas de prevención de enfermedades acompañado del equipo multidisciplinar
- Diseño de estrategias de acción con mira a modificar la realidad social a través de la relación de ayuda a las personas en un proceso de empoderamiento y prevención de disfunciones y la dinamización de recursos institucionales y comunitarios.

Etapas de intervención						
ETAPA	Actividad	Objetivo	Metodología	Contenido a Trabajar	Estrategias del Trabajador Social	Técnicas e Instrumentos de Apoyo
ETAPA 1	Atención a la Demanda Inicial	Detectar riesgos asociados a la enfermedad	Enfoques humanista, holístico e integral	-Información de Recursos de Salud  -Participación del paciente y familia en el tratamiento farmacológico	-Informar y orientar sobre expectativas de tratamiento. - Establecimiento de un vínculo terapéutico -Asesoramiento sobre recursos -Recepción y elaboración de informes. - Intervención en crisis fuera de agenda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas Semiestructuradas</li> <li>• Informes Sociales</li> <li>• Historial Clínico</li> <li>• Mapa de Redes</li> <li>• Ecomapa</li> </ul>
ETAPA 2	Seguimiento Multidisciplinario	Restablecer el contacto con la realidad	Enfoques sistémico e integral.	-Recursos que faciliten el contacto social e interés del paciente en el tratamiento	-Escuchar activamente -Recabar información imprescindible -Establecer vínculo terapéutico -Organizar reuniones con el equipo multidisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas Semiestructuradas</li> <li>• Informes Sociales</li> <li>• Historial Clínico</li> <li>• Mapa de Redes</li> <li>• Ecomapa</li> <li>• Grupo de acogida</li> </ul>
ETAPA 3	Intervención Activa de la Familia	Mantener relaciones familiares adecuadas y satisfactorias	Enfoques sistémico e integral.	-Roles Familiares -Normas, Límites -Responsabilidades familiares. -Tipo de comunicación -Resiliencia -Respuesta ante conductas negativas del paciente	-Clarificar y redefinir sistemas de comunicación, roles y responsabilidades familiares. -Elaborar nuevos discursos que favorezcan la interacción familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genograma</li> <li>• Entrevistas Individuales</li> <li>• Entrevistas Familiares</li> <li>• Grupo Focal</li> <li>• Visita a Domicilio</li> </ul>

					-Orientar a respuestas bien formuladas ante conductas negativas del paciente.	
ETAPA 4	Intervención con el Entorno Social más próximo	Mantener relaciones sociales saludables	Enfoques sistémico e integral.	Capacidad para establecer vínculos sociales	-Valoración de redes Sociales con las que cuenta el paciente -Informar acerca de actividades que faciliten la socialización del paciente -Buscar grupos de actividades que interesen al paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecomapa</li> <li>• Mapa de Redes</li> <li>• Dinámicas Grupales</li> <li>• Grupos de Acogida</li> </ul>
ETAPA 5	Intervención con el Entorno Social Laboral	Fomentar la motivación en actividades laborales o de formación educativa	Enfoques humanista, holístico e integral	-Formación Realizada -Experiencia Laboral -Opciones de Empleo	-Apoyar en el análisis del nivel y capacidad para que el usuario pueda ser empleado por alguna institución -Analizar conjuntamente con el paciente habilidades, potencialidades y dificultades para ejercer algún cargo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista Individual</li> <li>• Recursos del Sector público</li> </ul>
ETAPA 6	Intervención con el entorno Social Ocasional	Organizar actividades recreativas para disfrute de tiempo libre	Enfoques sistémico e integral.	-Actividades saludables en el tiempo libre	-Orientar a la familia para que apoyen a actividades de ocio del paciente -Detectar obstáculos o dificultades para ejercer el tiempo de ocio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista Familiar</li> <li>• Red de Apoyo Social</li> <li>• Grupos de la Congregación</li> <li>• Centros y recursos de ocio público o privado</li> </ul>

					-Evaluar las actividades de recreación y ocio	
ETAPA 7	Talleres de Prevención	Organizar talleres con enfoque en la higiene mental	Enfoques humanista, holístico e integral	Talleres efectuados por el equipo multidisciplinario en promoción de Higiene Mental	Promocionar servicios que posee la institución en cuanto a salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas de Socialización</li> <li>• Cronograma de Actividades</li> <li>• Hojas de Registro</li> <li>• Planificación del Taller</li> </ul>



## TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas e Instrumentos a utilizar son aquellas que el Trabajador Social requiere para las cumplir con las actividades programadas en cada Etapa.

A continuación se muestran los modelos de Fichas a utilizar., Aclarando la Técnica y el instrumento y dejando como constancia que en el caso del Diario de Campo será el profesional quien adecue dicho instrumento en su quehacer profesional.

Técnica: Escucha empática

Instrumento: Ficha de Entrevista Preliminar.

**IGLESIA GRAN CAMPAÑA DE FE  
DEPARTAMENTO DE AYUDA SOCIAL**



**Ficha De Entrevista Preliminar**

**Cuestionario de Preguntas**

**1.-DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar y Origen \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nivel de Instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Discapacidad: Si \_\_\_ No \_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

**2.-IDENTIFICACIÓN DOMICILIARIA**

Domicilio: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Medio de Transporte que usa: \_\_\_\_\_

**3.-RAZÓN DE CONSULTA**

**Motivos de Ingreso**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Remitido por:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Observaciones**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Técnica: Escucha empática

Instrumento: Ficha de Visita Domiciliaria

**IGLESIA GRAN CAMPAÑA DE FE  
DEPARTAMENTO DE AYUDA SOCIAL**



**Ficha de Visita Domiciliaria**

**1.-DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar y Origen \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nivel de Instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Discapacidad: Si \_\_\_ No \_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

**2.-IDENTIFICACIÓN DOMICILIARIA**

Domicilio: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Medio de Transporte que usa: \_\_\_\_\_

**3.-INGRESOS Y EGRESOS ECONÓMICOS**

Ingresos

Persona que aporta	Ingreso Mensual	Cuanto aporta para gastos del hogar
Total		

Egresos

Aspecto	Cantidad	Aspecto	Cantidad
Alimentación		Vestimenta	
Salud		Recreación	
Transporte		Crédito	
Educación		Renta	
Servicios Básicos		Préstamos	
Recreación		Otros	
Abonos o Créditos			

Total de Egresos: \_\_\_\_\_

**4.-VIVIENDA**

Tenencia de la Vivienda

Propia \_\_\_ Rentada \_\_\_ Prestada \_\_\_

Mobiliario

TV\_\_\_ Estéreo\_\_\_ DVD/Blue Ray\_\_\_ Computadora\_\_\_ Cocina\_\_\_ Refrigeradora\_\_\_ Microondas\_\_\_ Lavadora\_\_\_

### 5.- SALUD

Servicios Médicos con los que cuenta la familia

IESS\_\_\_ Seguro Privado\_\_\_ Centro de Salud\_\_\_ Médico Particular\_\_\_ Hospital\_\_\_ Otros\_\_\_

Frecuencia con la que asiste al médico

Semanal\_\_\_ Mensual\_\_\_ Trimestral\_\_\_ Semestral\_\_\_ Anual\_\_\_

Enfermedades Frecuentes en la familia

Enfermedad	Descripción de la Enfermedad	Quien la Padece
Respiratorias		
Gastrointestinales		
Dermatológicas		
Neurológicas		
Catastróficas/Degenerativas		
Hipertensión		
Obesidad		

### 7.-RECREACIÓN

Actividades familiares de fin de semana

Cine\_\_\_ Visitar parientes\_\_\_ Iglesia\_\_\_ Deportes\_\_\_ QQDD\_\_\_ Otras\_\_\_ TV\_\_\_ Videojuegos\_\_\_ Hacer tareas\_\_\_

### 8.-DINÁMICA FAMILIAR

Roles\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Límites\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Normas\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comunicación\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8.-GENOGRAMA

9.-DIAGNÓSTICO SOCIAL

---

---

---

---

---

-

10.-OBSERVACIONES

---

---

---

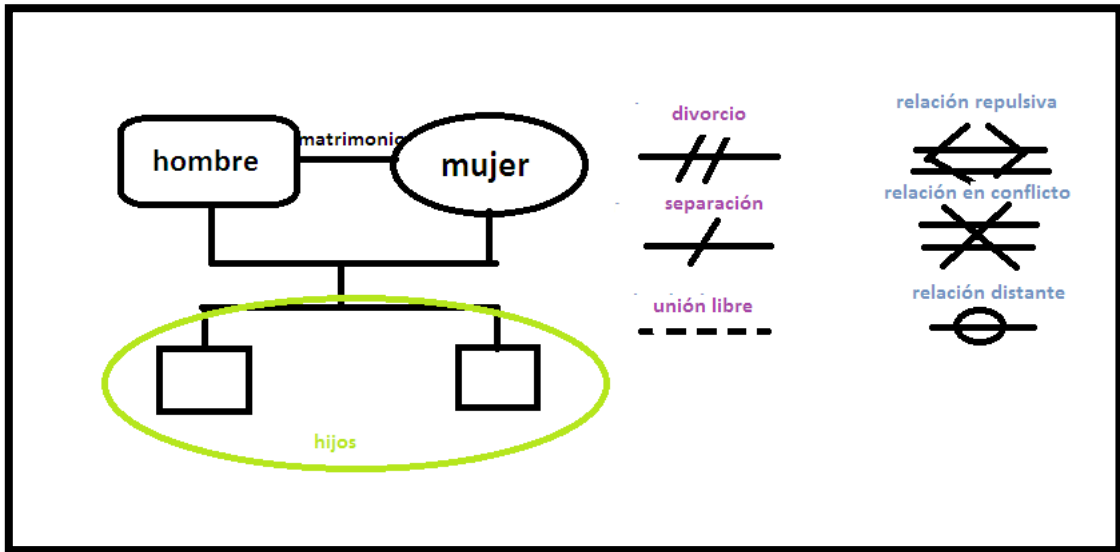
Fecha de Aplicación

DD	MM	AA			

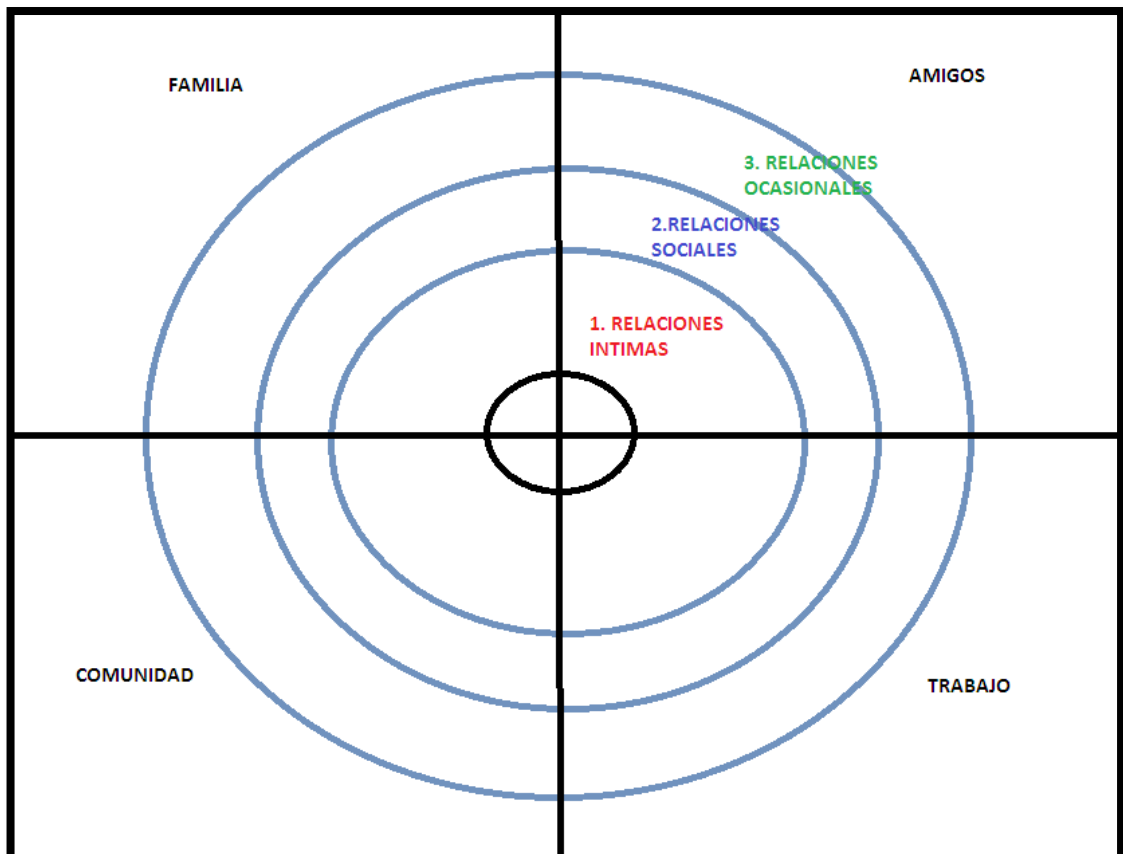
Firma Visitador Domiciliario

Firma Coordinador de Departamento

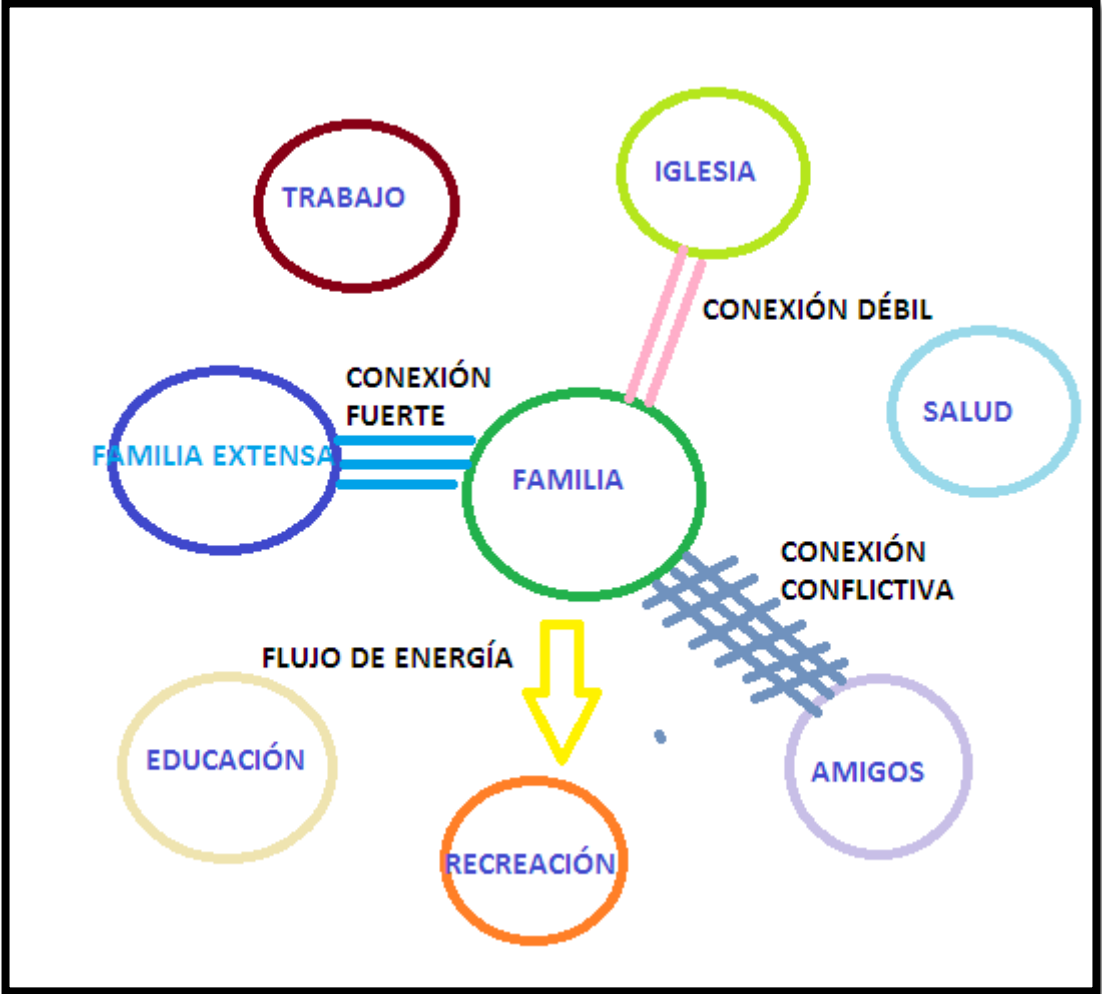
Instrumento: Genograma Familiar



Instrumento: Mapa De Redes



Instrumento: Ecomapa



Técnica Observación, Escucha Activa  
Instrumento: Informe Social



**IGLESIA GRAN CAMPAÑA DE FE  
DEPARTAMENTO DE AYUDA SOCIAL**

**INFORME SOCIAL**

**Para:** \_\_\_\_\_

**De:** \_\_\_\_\_

**Elaborado por:** \_\_\_\_\_

**Fecha de informe:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES:**

---

---

---

---

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

**Nombres y apellidos:**

Edad:

Instrucción:

Dirección Domiciliaria:

Referente:

**Nombres y apellidos del padre:**

Edad:

Cedula de identidad:

Instrucción:



Estado civil:

Ocupación:

Dirección Domiciliaria:

Referente:

**Nombres y apellidos de la madre:**

Edad:

Cedula de identidad:

Instrucción:

Estado civil:

Ocupación:

Dirección Domiciliaria:

Referente:

## **METODOLOGIA**

---

---

---

## **NUCLEO DE CONVIVENCIA**

---

---

---

---

## **SITUACION FAMILIAR**

---

---

---

**RELACIONES FAMILIARES**

---

---

---

**SITUACION ECONOMICA**

---

---

---

**SITUACION DE VIVIENDA**

---

---

---

**SITUACION EDUCATIVA**

---

---

---

**SITUACION DE SALUD**

---

---

---

**CONCLUSIONES:**

---

---

---



# TALLERES

## Preparación de Talleres de Intervención con Jóvenes diagnosticados con TP o que presenten sintomatología de TP y sus familias

### TALLER No 1

#### DIAGNÓSTICO DE TP ¿QUÉ HAGO?

Tema: Tratamiento de Trastorno de Personalidad

Objetivo.- Promover la intervención de la familia en el tratamiento del joven diagnosticado con TP o que presente sintomatología de TP

Pasos	Contenido	Tiempo	Materiales	Método/Técnica	Responsable	Observaciones
1	Inauguración y Registro	5 min.		1. Expresión Oral		
2	Presentación breve de los participantes y sus expectativas acerca del Taller	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas de Papel Bond</li> <li>• Lápices</li> </ul>	1. Dinámica de presentación "La Noticia"	Equipo Multidisciplinario	El animador entregará a cada participante una hoja pidiéndole que anoten su nombre y las tres noticias más felices de su vida. En caso de no saber escribir se realizará la participación de manera oral
3	Presentación de los/las facilitadoras	5 min.		1. Empatía	Equipo Multidisciplinario	
4	Presentación y Ejecución	25 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyector</li> <li>• Video</li> <li>• Laptop</li> </ul>	1. Introducción al Tema	Equipo Multidisciplinario	

	del Taller(Objetivos y métodos de Trabajo)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diapositivas</li> <li>• Pizarra</li> <li>• Marcadores tiza</li> <li>• Líquida</li> <li>• Extensiones de cable</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Elaboración de Lluvia de Ideas</li> <li>3. Exposición del tema</li> <li>4. Retroalimentación</li> </ol>		
5	Participación de la Ciudadanía	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pliegos de papel periódico</li> <li>• Marcadores de colores</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración de Historias de vida</li> <li>2. Exposición del relato de vida</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	
6	Evaluación	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuestas</li> <li>• Hojas de Evaluación</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresión escrita</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	
7	Cierre	3 min.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresión Oral</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	

## TALLER No 2

### MI FAMILIA Y LA SOCIEDAD

Tema: Programa Especializado en Intervención para personas diagnosticadas con TP

Objetivo.- Restablecer el contacto de la familia con la Sociedad para detectar redes de apoyo

Pasos	Contenido	Tiempo	Materiales	Método/Técnica	Responsable	Observaciones
1	Bienvenida y Registro	5 min.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresión Oral</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	
2	Presentación de los/las	3 min. min.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresión Oral</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	

	facilitadoras					
3	Integración para trabajo en equipos	5 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Globos</li> </ul>	1. Dinámica de Integración “Completa la Historia”	Equipo Multidisciplinario	El animador divide el grupo en equipos con el mismo número de personas, que habrán de reunirse en lugares distintos dentro del espacio (interior o exterior) en el que se desarrolla la dinámica.
4	Presentación y Ejecución del Taller(Objetivos y métodos de Trabajo)	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyector</li> <li>Laptop</li> <li>Extensiones de cable</li> <li>Pizarra</li> <li>Marcadores tiza líquida</li> <li>Parlantes</li> <li>Diapositivas</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Introducción al Tema</li> <li>Elaboración de Lluvia de Ideas</li> <li>Exposición del tema</li> <li>Retroalimentación</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	
5	Participación de los asistentes	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Video</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Visualización de anécdotas</li> <li>Foro de Conversación</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	
6	Evaluación	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuestas</li> </ul>	1. Expresión escrita	Equipo Multidisciplinario	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Hojas de Evaluación</li> </ul>			
7	Cierre	3 min.		1. Expresión Oral	Equipo Multidisciplinario	

### TALLER No 3

#### CORDÓN DE TRES DOBLECES ES MAS FUERTE

Tema: Intervención integral con jóvenes diagnosticados con TP y sus familias

Objetivo.- Proporcionar información de técnicas útiles para la intervención con jóvenes diagnosticados con TP para prevenir conductas negativas de la Familia y

Contexto

Pasos	Contenido	Tiempo	Materiales	Método/Técnica	Responsable	Observaciones
1	Bienvenida y Registro	3 min.		1. Expresión Oral	Equipo Multidisciplinario	
2	Presentación de los/las facilitadoras	3 min. min.		1. Expresión Oral	Equipo Multidisciplinario	
3	Integración para trabajo en equipos	5 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hojas de Papel Bond</li> <li>Lápices</li> </ul>	1. Dinámica de Integración “Reconstrucción del Mundo”	Equipo Multidisciplinario	El coordinador cuestionará la realidad de los valores de cada uno y su filosofía de vida. También se propende animar a discutir con

						bases y tomas de decisiones por consenso.
4	Presentación y Ejecución del Taller(Objetivos y métodos de Trabajo)	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyector</li> <li>• Laptop</li> <li>• Extensiones de cable</li> <li>• Parlantes</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introducción al Tema</li> <li>2. Presentación de la situación actual</li> <li>3. Exposición de dinámicas de interacción para mejorar relaciones</li> <li>4. Retroalimentación</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	
5	Participación de la Ciudadanía	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesas</li> <li>• Sillas</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conformación de equipos de Trabajo</li> <li>2. Presentación de Rol Play</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	
6	Evaluación	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuestas</li> <li>• Hojas de Evaluación</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresión escrita</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	
7	Cierre	3 min.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresión Oral</li> </ol>	Equipo Multidisciplinario	



## Plan de Acción

N°-	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
1	Promover la intervención de la familia en el tratamiento del joven diagnosticado con TP o que presente sintomatología de TP	Mediante este taller se busca que la familia tenga un panorama claro del tratamiento a seguir	Tratamiento Multidisciplinario con personas diagnosticadas con TP	Talento Humano  Materiales	Investigadora y Área de Trabajo Social	1 hora
2	Restablecer el contacto de la familia con la Sociedad para detectar redes de apoyo	Mediante este taller permitirá a las familias identificar las redes de apoyo con las que se puede trabajar	Restablecimiento de vínculos sociales entre la familia y Redes de Apoyo	Talento Humano  Materiales	Investigadora y Área de Trabajo Social	1 hora
3	Proporcionar información de técnicas útiles para r conductas negativas de la Familia y Contexto	Mediante este taller se fomentara la interacción familiar.	Intervención Integral para personas diagnosticadas con TP	Talento Humano  Materiales	Investigadora y Área de Trabajo Social	1 hora

**Cuadro N° 14** Plan de Acción  
**Elaborado por:** Carolina Villacrés  
**Fuente:** Investigadora

## Modelo Operativo

<b>Etapas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Metas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsables</b>
<b>1.-Preparacion</b>	- Delimitación de los temas. - Elaboración del material	-Compilar información de las temáticas de la propuesta, utilizando datos actuales y de interés. Con el 100% de efectividad	-Talento Humano Equipo Multidisciplinario Autoridades de la institución -Materiales Libros Documentos de Internet Artículos académicos	1 semanas	- Equipo Multidisciplinario - Investigadora
<b>2.- Planificación</b>	-Planificación de actividades.	-Planear las actividades que va a contener la propuesta con el 90% de éxito	-Talento Humano Equipo Multidisciplinario Autoridades de la institución -Materiales de Oficina Resmas de Papel Computadora Impresora Cartuchos de Tinta	3 semanas	- Equipo Multidisciplinario - Investigadora
<b>3.- Organización</b>	-Ejecución del protocolo	-Tener aceptación de los participantes en un 100%	-Talento Humano Equipo Multidisciplinario Autoridades de la institución -Materiales de Difusión Trípticos Computadora Esferos Resma de Papel	2 semana	- Equipo Multidisciplinario - Investigadora

			Elementos para las dinámicas de los talleres		
<b>4.- Dirección y Funcionamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinación del trabajo con pacientes renales y familias.</li> <li>- Organización de talleres para los pacientes y sus familias.</li> </ul>	-Atención integral a los jóvenes diagnosticados con TP y sus familias en un 100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Talento Humano</li> <li>Equipo Multidisciplinario</li> <li>-Materiales</li> <li>Fichas</li> <li>Registros</li> <li>Copias</li> <li>Esferos</li> <li>Computadora</li> </ul>	2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo Multidisciplinario</li> <li>- Investigadora</li> </ul>
<b>5.- Ejecución de la Propuesta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivación al equipo multidisciplinario para tener el primer contacto.</li> <li>- Reunión con el equipo multidisciplinario</li> <li>- Elaboración de informes mensuales y de seguimientos</li> </ul>	- Proveer atención a los jóvenes diagnosticados con TP y sus familias de manera integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Talento Humano</li> <li>Equipo Multidisciplinario</li> <li>-Materiales</li> <li>Trípticos</li> <li>Computadora</li> <li>Esferos Resma de Papel</li> <li>Elementos para las dinámicas de los talleres</li> <li>In Focus</li> <li>Cartulinas</li> <li>Pliegos de papel periódico</li> </ul>	3 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo Multidisciplinario</li> <li>- Investigadora</li> </ul>
<b>6.- Evaluación</b>	- Evaluar el desempeño. De manera parcial y global	Monitorear al 100% las actividades planteadas en el protocolo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talento Humano</li> <li>Equipo Multidisciplinario</li> <li>Autoridades de la Institución</li> </ul>	2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo Multidisciplinario</li> <li>- Investigadora</li> </ul>

	-Ejecutar acciones correctivas en el proceso de ejecución del protocolo.		Materiales Fichas de Evaluación		
--	--	--	------------------------------------	--	--

**Cuadro N° 15:** Modelo Operativo  
**Elaborado por:** Carolina Villacrés  
**Fuente:** Investigadora

## Administración de la Propuesta

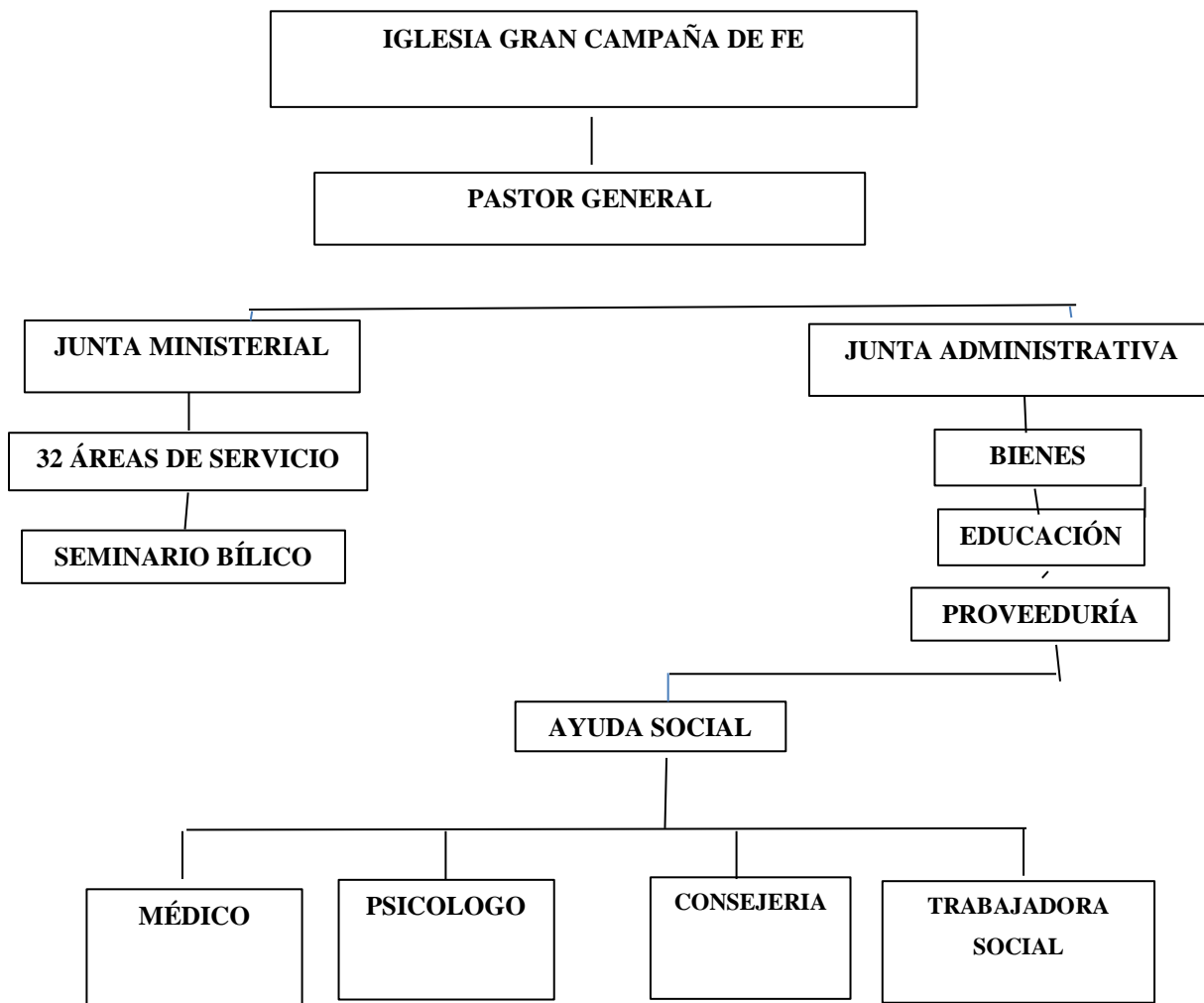


Gráfico N°6

Administración de la Propuesta

Elaborado por: Carolina Villacrés

Fuente: Investigadora

## Funciones de Trabajo social

El Trabajador Social es un profesional que cuenta con técnicas e instrumentos necesarios para intervenir ante las problemáticas existentes en el medio social

- Entrevistas preliminares individuales y familiares

- Orientación en procesos de Tratamiento
- Elabora ración de informes sociales y de seguimiento
- Realizar Visitas Domiciliarias
- Seguimiento de casos.
- Participación en las reuniones de equipo
- Intervención en crisis.
- Diseñar y realizar actividades de prevención e información
- Manejo de técnicas e instrumentos
- Elaboración diagnóstico social y familiar
- Evaluación de Actividades

## Presupuesto

### Presupuesto de la propuesta

ITEM	DETALLE	META		COSTO UNITARIO MENSUAL	SUBTOTAL	COSTO TOTAL DEL PROYECTO
		UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD			
<b>A. TALENTO HUMANO</b>						
<b>A1</b>	Medico	No.	1	750,00	750,00	750,00
<b>A2</b>	Psicólogo	No.	1	750,00	750,00	750,00
<b>A3</b>	Consejero Espiritual	No.	1	750,00	750,00	750,00
<b>A4</b>	Trabajador Social	No.	1	750,00	750,00	750,00
					<i>Subtotal A</i>	<b>3000</b>
<b>B 1. GASTOS INVERSIÓN</b>						
<b>B1</b>	Computadora*	No.	1	700,00	700,00	700,00
<b>B2</b>	Parlantes	No.	1	80,00	80,00	80,00
<b>B3</b>	Cables	No.	4	25,00	75,00	75,00
					<i>Subtotal B</i>	<b>855,00</b>
<b>B 2. EQUIPO DE TRABAJO</b>						
<b>C1</b>	Flash memory*	No.	2	30,00	30,00	30,00

<b>C2</b>	Proyector de imágenes*	No.	1	700,00	700,00	700,00
<i>Subtotal C</i>						<b>730,00</b>
<b>C. GASTOS OPERATIVOS</b>						
<b>D1</b>	Esferos	Caja	1	5,60	5,60	5,60
<b>D2</b>	Hojas de papel Bond A4	Resma	5	4,50	4,50	22,50
<b>D3</b>	Lápices	Caja	1	4,70	4,70	4,70
<b>D4</b>	Marcador de Tiza Líquida	Caja	1	7,50	7,50	7,50
<b>D5</b>	Marcadores de Colores	Caja	1	4,80	4,80	4,80
<b>D6</b>	Marcador Permanente	Caja	1	8,70	8,70	8,70
<b>D7</b>	Papelotes	No.	10	0,35	3,50	3,50
<b>D8</b>	Copias	Copias	100	0,02	2,00	4,00
<b>D9</b>	Cartulinas	Funda	3	1,50	1,50	4,50
<b>D10</b>	Globos	Funda	2	1,80	1,80	3,60
<b>D11</b>	Grapadora	Caja	1	1,00	1,00	1,00
<b>D12</b>	Perforadora	Caja	1	2,50	2,50	2,50
<b>D13</b>	Archiveros	Paquete	2	1,80	1,80	14,40
<i>Subtotal D</i>						87,30
<b>SUBTOTAL A + B + C + D</b>						<b>4672,30</b>
<b>Imprevistos 8%</b>						373,78
<b>COSTO TOTAL</b>						<b>5046,08</b>
<b>SON:</b> Cinco mil cuarenta y seis con ocho centavos						

Cuadro N° 16: Presupuesto de la propuesta

Elaborado por: Carolina Villacrés

Fuente: Investigadora

## Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
<b>1.- ¿Quiénes solicitan evaluar?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jóvenes diagnosticados con TP o STP</li> <li>• Familias</li> <li>• Equipo Técnico</li> <li>• Autoridades</li> </ul>
<b>2.- ¿Por qué evaluar?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para verificar si se están cumpliendo los objetivos planteados.</li> <li>• Para identificar los factores externos que podrían estar afectando a los resultados esperados.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para realizar reajustes y toma de decisiones.</li> </ul>
<b>3.- ¿Para qué evaluar?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar estrategias</li> <li>• Mejorar técnicas, herramientas, estrategias y procedimientos utilizados.</li> <li>• Reajustar la propuesta.</li> </ul>
<b>4.- ¿Que evaluar?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo general y los específicos</li> <li>• Actividades</li> <li>• Recursos</li> <li>• Rendimiento de los Profesionales</li> </ul>
<b>5.- ¿Quién evalúa?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigadora</li> <li>• Autoridades IGCF</li> </ul>
<b>6.- ¿Cuándo evaluar?</b>	Antes, durante y después del proceso de aplicación a la presente propuesta
<b>7.- ¿Cómo evaluar?</b>	<p>Se utilizaran diferentes herramientas y técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación</li> <li>• Escucha Activa</li> <li>• Empatía</li> <li>• Fichas</li> </ul>
<b>8.- Fuentes de información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos</li> <li>• Revistas</li> <li>• Internet</li> <li>• Artículos científicos y</li> <li>• Periódicos.</li> </ul>
<b>9.- ¿Con qué evaluar?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario previamente estructurado.</li> <li>• Encuestas</li> <li>• Entrevistas</li> </ul>

**Cuadro N° 17:** Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

**Elaborado por:** Carolina Villacrés

**Fuente:** Investigadora



**Glosario de términos:**

**TM:** Tratamiento Multidisciplinario

**TP/TTPP:** Trastorno de Personalidad

**STP:** Sintomatología de Trastorno de Personalidad

**PPI:** Programa Personalizado de Intervención

**TS:** Trabajo Social

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**DSM-IV:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

**CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades

**MAI:** Modelo de Atención Integral

**IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**MAIS:** (Manual de Atención Integral Salud)

## BIBLIOGRAFÍA

1. ADASU. (7 de Julio de 2014). *Asociación de Asistentes Sociales de Uruguay*. Obtenido de <http://www.adasu.org/prod/1/487/Definicion.Global.del.Trabajo.Social..pdf>
2. Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. (9 de Septiembre de 2014). *andes*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/noticias/cada-40-segundos-hay-suicidio-mundo-ecuador-esta-debajo-media-mundial-segun-oms.html>
3. Aguirre Enriquez, E. (3 de Junio de 2016). *rac.es*. Obtenido de <http://www.rac.es/ficheros/doc/00349.pdf>
4. Alberdi Sudupe, J., Taboada, O., Castro Dono, C., & Vásquez Venstosos, C. (11 de Junio de 2006). *scamfyc.org*. Obtenido de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
5. Albores, L., Saucedo, J. M., Ruiz Velasco, S., & Santiago, E. R. (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública Mex., LIII*, 3. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000300006#tx](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300006#tx)
6. Almada, M. d. (7 de Febrero de 2011). *Foremses Argentina*. Obtenido de <http://www.forensesargentina.com.ar/pdf/ASPECTOS-PSIQUIATRICOS-DEL-SUICIDIO.pdf>
7. American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
8. Amezcua, M. (2000). *Como realizar un protocolo de investigación*. Recuperado el 8 de Octubre de 2016, de Protocolo: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/como\\_realizar\\_un\\_protocolo\\_de\\_investigacion.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/como_realizar_un_protocolo_de_investigacion.pdf)

9. Ander Egg, E. (2003). *Diccionario del Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen.
10. Asamblea Nacional Constituyente-Ecuador. (3 de Marzo de 2014). *Asamblea Nacional*. Obtenido de República del Ecuador:  
[http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf)
11. Asamblea Nacional del Ecuador. (3 de Marzo de 2016). *Asamblea Nacional*. Obtenido de República del Ecuador:  
<http://ppless.asambleanacional.gob.ec/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/701b24fd-e501-4f01-84ae-d89028467b1d/Proyecto%20de%20Ley%20C%C3%B3digo%20Org%C3%A1nico%20de%20Salud%20Tr.%20243376.pdf>
12. Aylwin, N., & Solar, M. O. (2011). *Trabajo Social Familiar*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
13. Ayuntamiento de Madrid. (10 de Octubre de 2012). *Plan Nacional Sobre Drogas*. Obtenido de Gobierno de España:  
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>
14. Barahona, A. (3 de Junio de 2016). *comoves*. Obtenido de <http://www.comoves.unam.mx/assets/revista/32/origen-y-evolucion-del-ser-humano.pdf>
15. Barg, L. (2003). *Los Vínculos Familiares* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
16. Bastidas Tello, G. (20 de Diciembre de 2013). Psiquiatría para el 2014. *El Heraldo*, págs. 12-29.
17. Batheman, A., & Tyrer, P. (2004). Psychological treatment for personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, X, 378-388.

18. Bautista Fuentes, J., & Quiroga, E. (2005). *Psicothema*. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3123.pdf>
19. Bismarck , P. (2005). *Porque no sè amarte de otra manera*. San Pablo: Soipa Ediciones.
20. Bisquerra, A. (2004). *Metodología de la Investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
21. Caballo, V. E. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad*. Madrid, España: Síntesis S.A.
22. Carvajal Escobar, Y. (2010). Interdisciplinariedad, desafío para la educación superior. *Luna Azul*(31), 156-169.
23. Castillo Babilón, A. (2005). Las Creencias en la Programación Neurolinguistica. *Cultura*, 134.
24. Ceberio, M., & Watzlawick, P. (1998). *La Construcción del Universo*. Barcelona: Herder.
25. Chóliz Montañes, M. (2005). *Psicología de la Emoción: el proceso emocional*. Obtenido de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
26. Comesaña Crespo, J. M. (2011). Bases para construir una comunicación positiva en la familia. *Revista de Investigación en Educación, IX*, 91-98.
27. Consejo de Discapacidades. (25 de Septiembre de 2012). *República del Ecuador*. Obtenido de [http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley\\_organica\\_discapacidades.pdf](http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf)
28. Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología* (Segunda ed.). Bogota, Colombia: Ecoe Ediciones.
29. Defez, A. (2005). ¿Qué es una creencia? *Logos Anales del Seminario de Metafísica*, 5.

30. Del Río, Á. (27 de Enero de 2011). *AntropoloGUs*. Obtenido de <https://antropologus.wikispaces.com/file/view/Simbolica.pdf>
31. Diaz Mastellari, M. (2016). *Infomed*. Recuperado el 8 de Abril de 2016, de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/salud1\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/salud1_1.pdf)
32. Duque, A. V. (2013). *Metodología de la Intervención Social*. Manizales: Epi-Logos.
33. El Comercio. (8 de Febrero de 2015). *El Comercio*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/tendencias/suicidio-prevencion-diagnostico-depresion-sicologia.html>
34. Enciso Calderòn , C. (8 de Octubre de 2013). *PREZI.COM*. Obtenido de El Paradigma Hermenéutico, la investigación cualitativa: <https://prezi.com/3idx6un3nezq/el-paradigma-hermeneutico-la-investigacion-cualitativa/>
35. Engel, G. (1999). De lo Biomédico a lo Biopsicosocial. *Publicación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 40-41.
36. Escobedo Rivera, J. (18 de Julio de 2005). *PARADIGMAS EPISTEMOLÓGICOS E INFERENCIAS LÓGICAS*. Obtenido de <http://iussp2005.princeton.edu/papers/50177>
37. Facultad de Ciencias de la Salud-UNER. (12 de Abril de 2010). Obtenido de <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/spm/SEMIOLOGIA.pdf>
38. Fundación Canfranc. (26 de Marzo de 2013). <http://www.fundacioncanfranc.org/>. Obtenido de <http://www.fundacioncanfranc.org/wp-content/uploads/2012/03/PDF-TEMA-2-La-Personalidad.pdf>

39. García, N. (1 de Noviembre de 2015). *Repositorio Universidad Técnica de Ambato*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/13726/1/FJCS-POSG-069.pdf>
40. Gobierno de España. (2014). Estrategia de promoción de la Salud. *Informes, estudios e Investigación*, 155-181.
41. Gobierno Nacional de la República de Ecuador. (2013). *Buen Vivir*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/>
42. Gordillo, N. A. (2007). Metodología, método y propuestas metodológicas en Trabajo Social. *Tendencia y Retos*, XII, 119-135.
43. Grupo El Comercio. (31 de Julio de 2014). *Ecuador presenta el primer Plan Nacional de Salud Mental*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/tag/plan-de-salud-mental>
44. Güell, P. (2008). ¿Qué se dice cuando se dice cultura? *Revista de Sociología*, 37-64.
45. Hayes, N. (2002). *Dirección de Equipos de Trabajo*. Madrid: Thomson.
46. Hernandez Cordoba, A. (2009). *Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve*. Santa Fe: El Buho.
47. Hernández Pedreño, M. (2008). *Exclusión Social y Desigualdad*. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.
48. Hernández Pedreño, M. (5 de Junio de 2016). [/www.um.es/](http://www.um.es/). Obtenido de <http://www.um.es/documents/1967679/1967852/Libro-Exclusion-social-desigualdad-08.pdf/b3392fe8-ca07-44d4-8833-2a2124a3b190>
49. Herrera Gómez, M. (2002). *La Relación Social con o categoría de las Ciencias Sociales*. Granada, España: Reis.

50. Hurtado , I., & Toro, J. (2007). *Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempos de Cambio*. Caracas: El Nacional.
51. International Federation of Social Workers. (2017). *IFSW*. Recuperado el 4 de Enero de 2017, de <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>
52. Jiménez, W. G. (2012). El concepto de política y sus implicaciones en la ética pública: reflexiones a partir de Carl. *CLAD Reforma y Democracia*, 2-4.
53. Julio, V., Vacarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de Atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, 11-14.
54. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (Septiembre de 2007). *1 de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida*. Obtenido de <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/#5>
55. Kohn, R., Levav , I., Caldas de Almeida , J., Vicente , B., Andrade , L., Caraveo-Anduaga, J., . . . Saraceno, B. ( 2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*, 18(4/5):229–40.
56. La Hora. (14 de Septiembre de 2015). *La Hora*. Obtenido de [http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101863415/-1/Alarmante\\_aumento\\_de\\_suicidios\\_en\\_Tungurahua.html#.VqGySJrhCM8](http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101863415/-1/Alarmante_aumento_de_suicidios_en_Tungurahua.html#.VqGySJrhCM8)
57. Lillo, N., & Rosellò, E. (2004). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Madrid: Narcea S.A Ediciones.
58. Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa: la terapia familiar en la practica clinica*. Barcelona: Paidós.

59. Linares, J. L. (2006). *Las Formas del Abuso: la violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Barcelona: Paidós.
60. Linares, J. L. (2012). Terapia Familiar Ultramoderna. *Mosaico*, 130-136.
61. Linares, J. L. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
62. Linares, J. L. (3 de Junio de 2016). *Perspectivas Sistémicas*. Obtenido de <http://www.redsistemica.com.ar/personalidad.htm>
63. Linares, J. L., & Ortega, J. (2008). *Terapia Familiar: Aprendizaje y Supervisión*. Barcelona: Trillas.
64. Linares, J. L., & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una Psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 119-146.
65. Linares, J. L., & Soriano, J. A. (17 de Septiembre de 2013). *Revista Mexicana de Investigación Psicología*. Obtenido de [http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAAahUKEwjCwf7Hud\\_IAhXIbB4KHZQ3DBM&url=http%3A%2F%2Fwww.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com%2Farticulos%2Frender%2F157%2F1&usg=AFQjCNHn5NmLWHU7bQVv9qnS3o](http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAAahUKEwjCwf7Hud_IAhXIbB4KHZQ3DBM&url=http%3A%2F%2Fwww.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com%2Farticulos%2Frender%2F157%2F1&usg=AFQjCNHn5NmLWHU7bQVv9qnS3o)
66. LinkedIn Corporation. (4 de Noviembre de 2012). *SlideShare*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/danieldonet/taller-riesgo-suicida>
67. López Gómez, A., Garita Arce, C., Clark Spence, I., Angulo Castro, J. M., Alvarado Rosales, M. D., Muóz Chacón, P., . . . Obando Salazar, Y. (1 de Octubre de 2007). *BINASSS: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social*. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf>
68. López, A., Garita, C., Clark, I., Angulo, J., Alvarado, M., Muñoz, P., . . . Obando, Y. (1 de Octubre de 2007). *Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social*.



Obtenido de BINASSS:

file:///C:/Users/user/Downloads/PROTOCOLOS%20DE%20INTERVENCION/metodologia07.pdf

69. López, J., & Valdés Miyar, J. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
70. Menéndez Osorio, F. (1998). Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en Salud Mental. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 145-150.
71. Mental Health Commission. (Enero de 2006). *Mental Health Commission*. Obtenido de <http://www.mhcirl.ie/file/discusspamultiteam.pdf>
72. Ministerio de Salud Pública. (2008). *Indicadores Básicos de Salud*. Quito: Publicaciones MSP Ecuador.
73. Ministerio de Salud Pública. (2017). *Salud Mental*. Recuperado el 23 de Enero de 2017, de <http://www.salud.gob.ec/salud-mental/>
74. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2012). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 8 de Marzo de 2016, de [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
75. Mondragòn, J., & Trigueros, I. (2005). *Asistente Social /Trabajador Social de la Generalitat Valenciana*. Sevilla: MAD.
76. Morris, C., & Maisto, A. (2009). *Psicología*. Naucalpan de Juarez, México: Pearson.
77. National Institute of Mental Health. (Noviembre de 2015). *NIH*. Obtenido de Health and Education: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHmhfr2013/NSDUHmhfr2013.pdf>

78. Negrodo, A. (13 de Septiembre de 2005). *Universidad de la Laguna*. Obtenido de Sección de Psicología y Logopedia:  
<http://psicologia.ull.es/admiguel/tptexto.pdf>
79. OMS. (Diciembre de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Salud Mental: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
80. OMS. (Enero de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Prevención: <http://www.who.int/es/>
81. Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención Primaria de Salud. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud* (págs. 4-6). Ginebra: Publicaciones Organización Mundial de la Salud.
82. Organización Mundial de la Salud. (Miércoles de Septiembre de 2004). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Recuperado el 2015 de Mayo de 2015, de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
83. Organización Panamericana de la Salud. (2013). *WHO-AIM: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington D.C: Ediciones OPS.
84. Organización Panamericana de la Salud; World Health Organization. (2008). *IESM-OMS: Informe sobre el sistema de Salud Mental en Ecuador*. Quito: Publicaciones OMS.
85. Ortiz Segarra, J. (28 de Noviembre de 2013). *Repositorio Institucional*. Obtenido de Universidad de Cuenca:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4732/1/guia%20protocolo%20investigacion.pdf>
86. Peña Fernandez, M. E., & Graña Gómez, J. L. (2006). Agresión y Conducta Antisocial en la Adolescencia, Una Integración Conceptual. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, VI, 9-23.

87. Peñafiel, K. (10 de Febrero de 2014). *Repositorio de la Universidad Técnica de Ambato*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23174/1/FJCS-TS-193.pdf>
88. Perspectivas Sistémicas Online. (2006). *Terapia Familiar y de Pareja*. Santiago: Mediterráneo. Obtenido de <http://www.redsistemica.com.ar/personalidad.htm>
89. Pozo Municio, J. I. (18 de Enero de 2010). *Teoria y Reglas de Inferencia a la solucion de problemas causales*. Recuperado el 5 de Octubre de 2016, de Repositorio UAM: [file:///C:/Users/admin/Downloads/26496\\_pozo\\_juan\\_ignacio.pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/26496_pozo_juan_ignacio.pdf)
90. Quintero Velasquez, A. M. (1997). *Trabajo Social y Procesos Familiares*. Buenos Aires: Lumen/HVmanitas.
91. Quiroga Romero, E., & Errasti Pérez, J. M. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces pra los Trastornos de Personalidad. *Psicothema*, 402-403.
92. Real Academia de la Lengua Española. (Octubre de 2014). *Real Academia Española*. Obtenido de Diccionario de La Lengua Española: <http://dle.rae.es/?id=LxRmruS>
93. Reyes, R. (8 de Abril de 2012). *Psicología*. Obtenido de <http://comoporque.blogspot.com/2012/04/diferencia-entre-conducta-y.html>
94. Rodriguez Campuzano, M., & Frías Martínez, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 175-177.
95. Rodriguez, G., & Rojas, M. E. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: UNAM.
96. Rodriguez, P. (2013). La Atención Integral y Centrada en la Persona. *Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, 25-40.

97. Roizblatt, A. (2005). *Terapia Familiar y de Pareja*. Santiago: Mediterráneo Ltda.
98. Sánchez, E. (2010). Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, transdisciplinariedad. *Archivos de Bronconeumología*, 50-52.
99. Sánchez, M. (2004). *Manual de Trabajo Social*. México D.F: Plaza y Valdès S.A.
100. Schaefer, R. T. (2012). *Sociología*. Santa Fe: Mc Graw Hill.
101. Soler, J. (8 de Junio de 2015). *sesbe.org*. Obtenido de [http://sesbe.org/sites/sesbe.org/files/recursos-sesbe/SN\\_adaptacion.pdf](http://sesbe.org/sites/sesbe.org/files/recursos-sesbe/SN_adaptacion.pdf)
102. Sputnik . (17 de Julio de 2015). *Sputnik Mundo*. Obtenido de America Latina: <http://mundo.sputniknews.com/americalatina/20150717/1039456031.html>
103. Suárez, M., & Vargas, O. (9 de Febrero de 2010). *Protocolo*. Recuperado el 8 de Octubre de 2016, de Protocolo: [https://www.google.com.ec/?gfe\\_rd=cr&ei=y3P5V82XJtLAgAT\\_m4HIAg#q=que+es+protocolo+Mónica+Lucia+Suárez+y+Oscar+Orlando+Vargas&start=0](https://www.google.com.ec/?gfe_rd=cr&ei=y3P5V82XJtLAgAT_m4HIAg#q=que+es+protocolo+Mónica+Lucia+Suárez+y+Oscar+Orlando+Vargas&start=0)
104. Trigueros, I., & Mondragòn, J. (2005). *Trabajo Social Temario General*. Sevilla: MAD.
105. UNICEF. (27 de Agosto de 2003). *Unicef.ed*. Obtenido de <http://www.unicef.cl/centrodoc/tesuenafamiliar/11%20Resolver.pdf>
106. Universidad de Alicante. (11 de Enero de 2008). *Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante*. Obtenido de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3683/2/Tema1.pdf>
107. Urizar, M. (3 de Junio de 2016). *avpap.org*. Obtenido de <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/DesarrolloAfectivoAVPap.pdf>
108. Vázquez, C., Hervàs, G., M, S., & Ho, Y. (Enero de 2006). *Psicología Conductual*. Obtenido de [http://www.researchgate.net/profile/Gonzalo\\_Hervas/publication/228338310\\_Inter](http://www.researchgate.net/profile/Gonzalo_Hervas/publication/228338310_Inter)

venciones\_clnicas\_basadas\_en\_la\_psicologa\_positiva\_fundamentos\_y\_aplicacion  
es/links/0912f51017d097c6fb000000.pdf

109. Vázquez, C., Ring, J., & Àvila, M. D. (Enero de 2006). *Psicología Conductual*.  
Obtenido de  
[http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/1990-Psicopatologia%20personalidad.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1990-Psicopatologia%20personalidad.pdf)
110. Vega Delgado, G. (2012). *Historia y psiquiatría: paradigmas históricos de la medicina ecuatoriana. Concepción histórica de la salud-enfermedad mental en Ecuador*. Guayaquil: Publicaiones UDLA.
111. Vera Noriega, J., & Rodriguez Carvajal, C. (2009). La Psicología Social y el Concepto de Cultura. *Psicologia & Sociedade*, 100-101.
112. Vera, J. À., & Rodrìguez, C. K. (2009). La Psicología Social y el Concepto de Cultura. *Psicologia & Sociedade*, 100-107.
113. Vera, J. À., & Rodrìguez, C. K. (21 de Enero de 2009). *Scielo*. Obtenido de  
<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/12.pdf>
114. Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de aAtención, de prevención y atención primaria de salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, 12-13.
115. World Health Organization. (2014). *Mental Health Atlas* . Ginebra: Ediciones OMS.
116. Zamanillo, T. (2008). *Trabajo Social con Grupos y Pedagogìa Ciudadana*. Madrid: SINTESIS.

# ANEXOS

## Anexo 1



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**



### **GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A FAMILIAS DE JÓVENES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD**

La presente Guía de entrevista tiene como objetivo determinar cómo incide El Tratamiento Multidisciplinario y la Sintomatología de Trastorno de Personalidad en los jóvenes diagnosticados con TP pertenecientes a la IGCF, por lo que se le solicita que la información proporcionada sea veraz, debido a que su apoyo en esta investigación resulta de suma importancia para cumplir con el objetivo planteado.

#### **Fase Exploratoria**

1. Saludo Cordial
2. Motivo de la Entrevista
3. Explorar las expectativas de la Familia
4. Uso de Técnicas para una buena comunicación
5. Manejo de Instrumentos para recolección

#### **Fase de Recopilación de la Información**

1. Inicio de la Entrevista
2. Preguntar si desea ser grabado en audio
3. Preparar Material de Apuntes (Diario de Campo)
4. Parafrasear la pregunta y permitir que la persona se exprese

#### **Preguntas**

Cuando se identifica un problema familiar con un joven diagnosticado con Trastorno de Personalidad dentro de la Iglesia, a quien se remite para su atención.

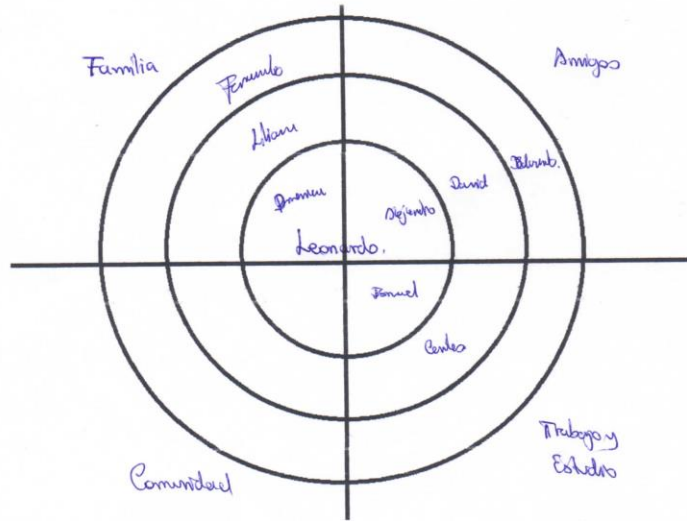
¿Qué tipo de tratamiento/intervención se efectuaba? ¿Quiénes participaron en el transcurso del tratamiento/recuperación del joven?
Con qué instituciones sociales están vinculados los jóvenes diagnosticados con TP
Quiénes forman parte del círculo más cercano la familia
Cuál es la dinámica familiar que presenta la familia
En las familias de jóvenes diagnosticados con TP, coinciden con patrones repetitivos o enfermedades asociadas en generaciones anteriores.
Cuál es el modelo de comunicación que utiliza la familia para interactuar entre ellos
Qué aspecto es el más problemático para establecer relaciones sociales
Qué tipo de resultados observa en las familias de jóvenes diagnosticados con Trastorno de Personalidad, después de la intervención de la Iglesia
¿En qué etapa el joven comenzó a mostrar cambios de comportamiento en casa/ iglesia? ¿Cuándo algo no salía bien en casa, de qué manera se solucionaban los problemas con el joven?
¿Cómo percibía el trato del grupo social (amigos, familia extensa, sociedad) hacia el joven antes y después del diagnóstico?
¿De qué manera se comunicaba el joven, antes y después de recibir el diagnóstico?
¿Qué tipo de actitudes considera Ud. como desadaptadas?
¿De qué manera reaccionaba en el momento en que el joven presentaba actitudes inusuales?
¿Las actitudes que el joven demostraba en familia eran las mismas al estar con un grupo de personas?
Qué factores contribuyen a que una persona desarrolle un trastorno de personalidad de acuerdo a su experiencia



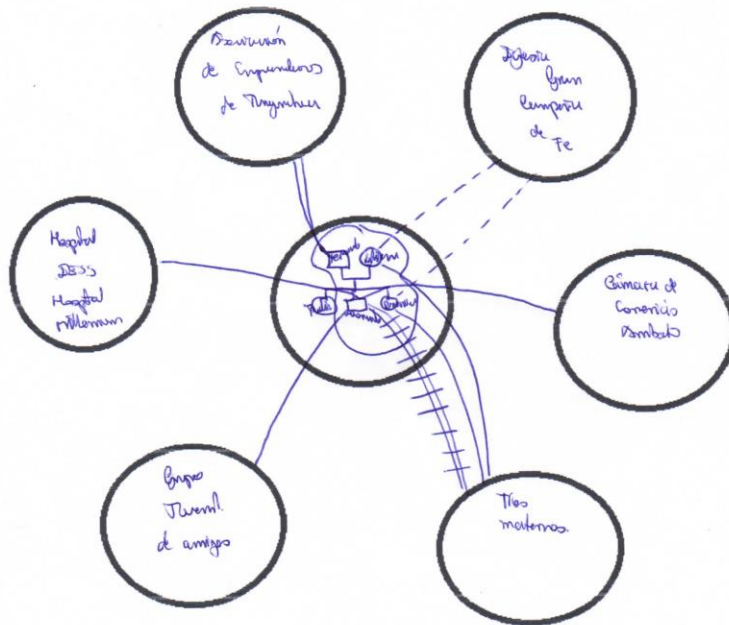
**Anexo 2**  
**Fotografías**

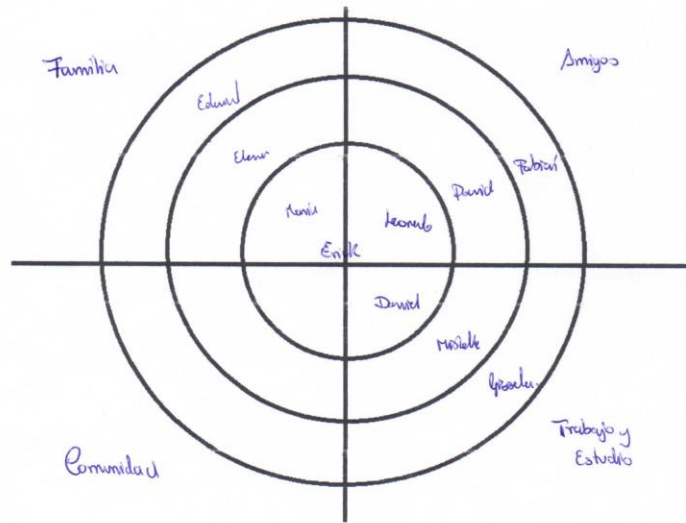


### Anexo 3

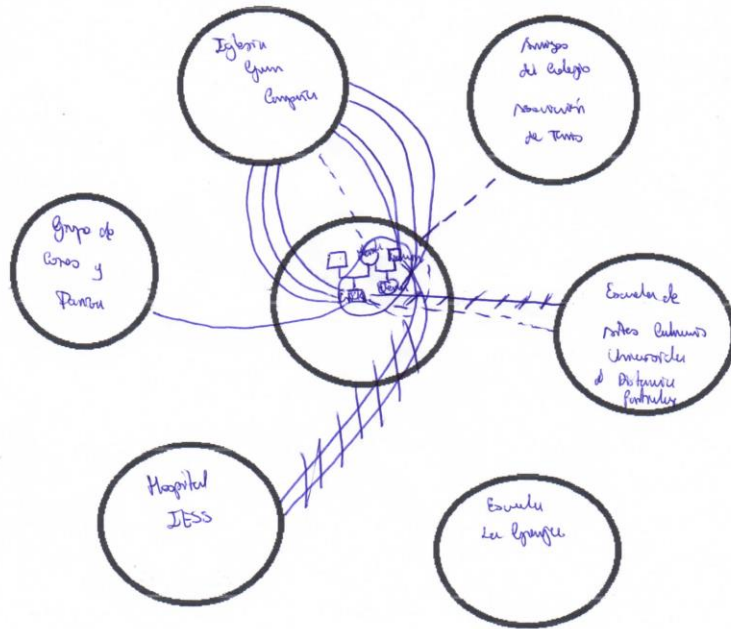


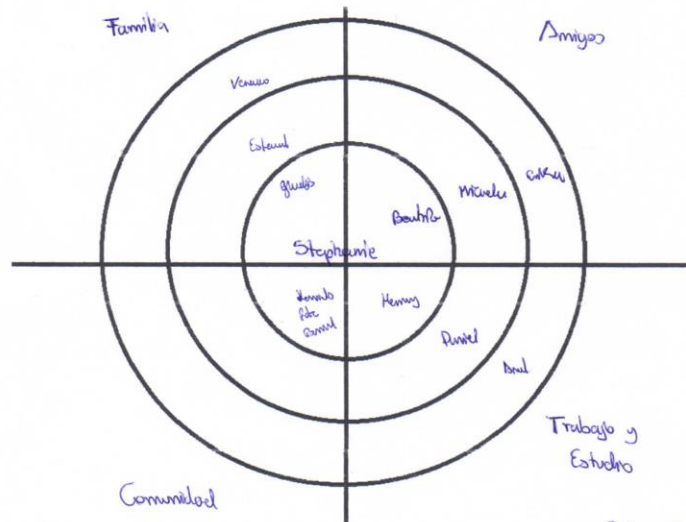
Elaborado: 05/08/2016  
Hora: 20:00 pm



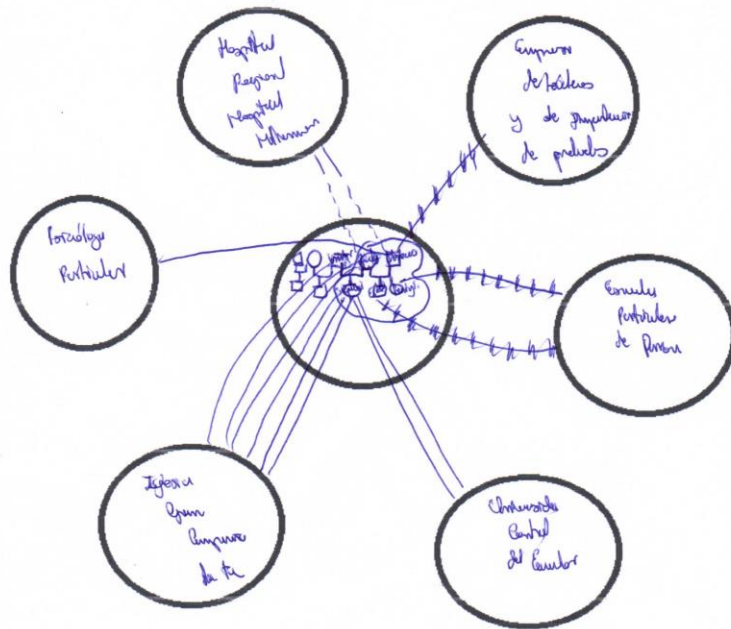


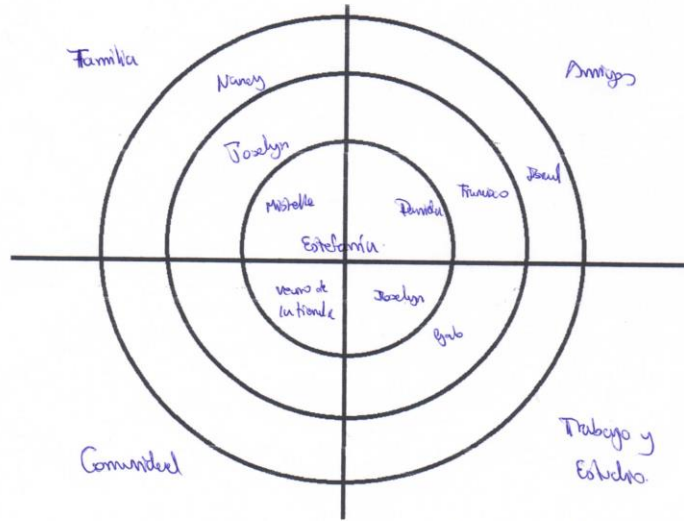
Elaborado 20/05/2016  
Hora 15:00 pm



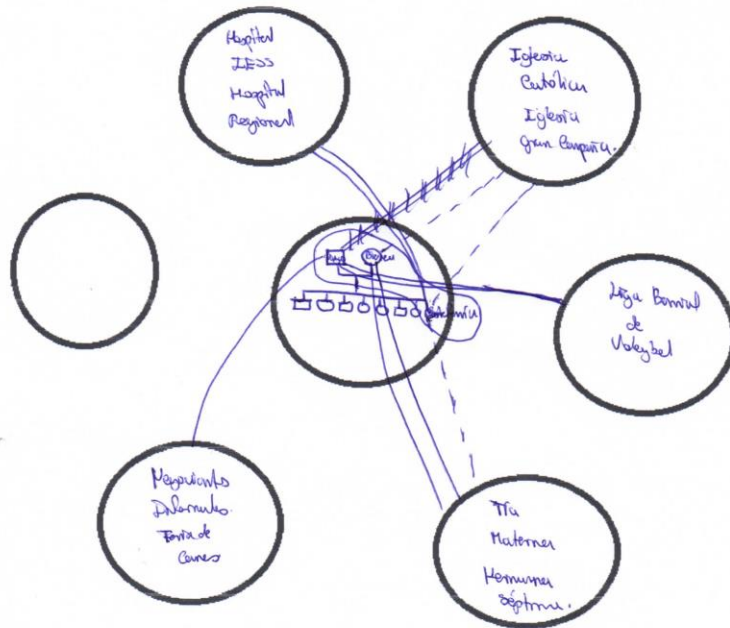


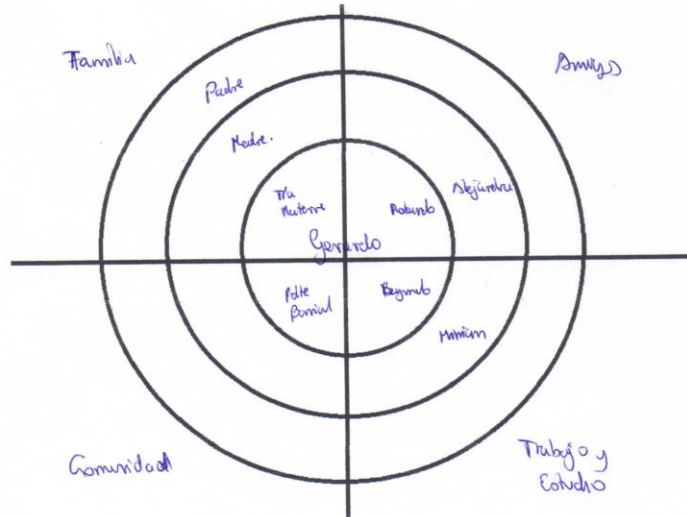
Elaborado: 16/10/2016  
 Hora: 16h45 pm.



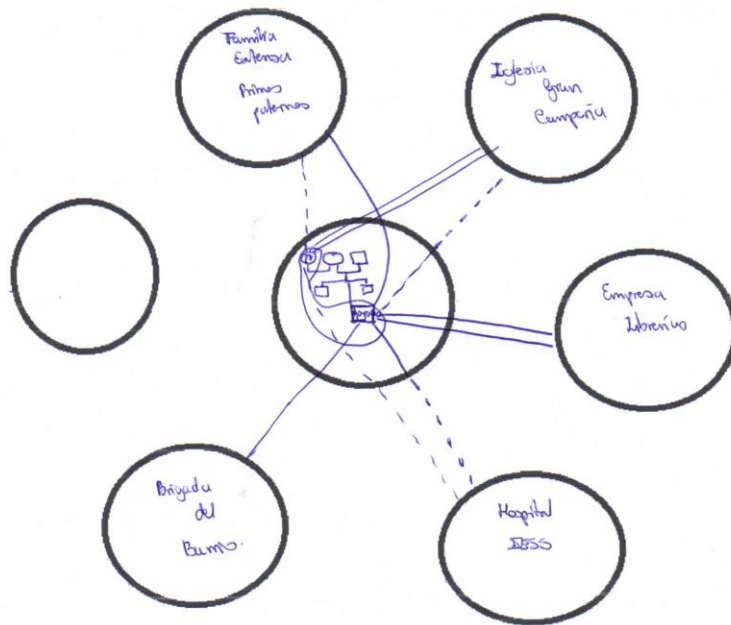


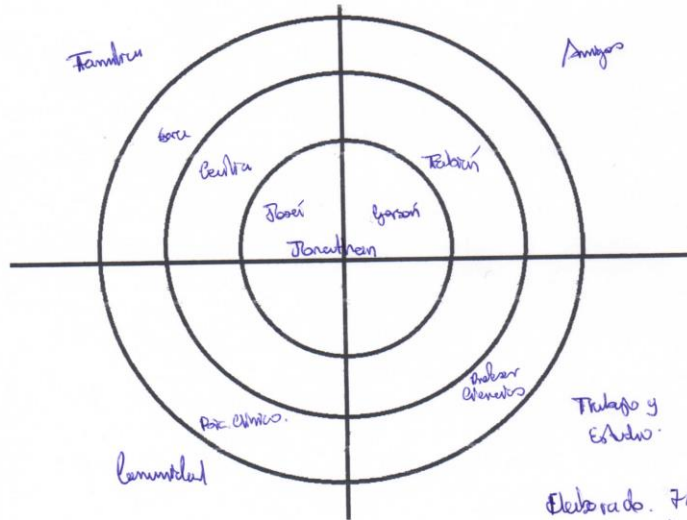
Elaborado 23/06/2016  
Hora 17:00.



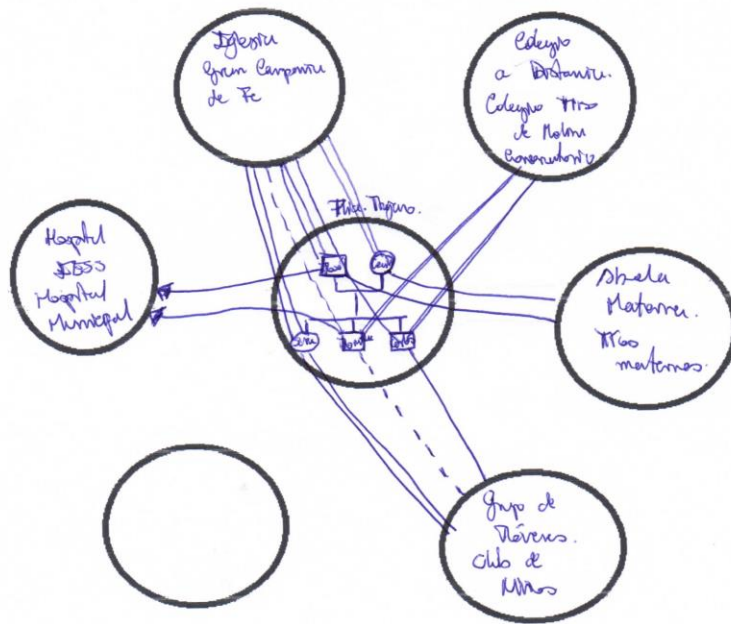


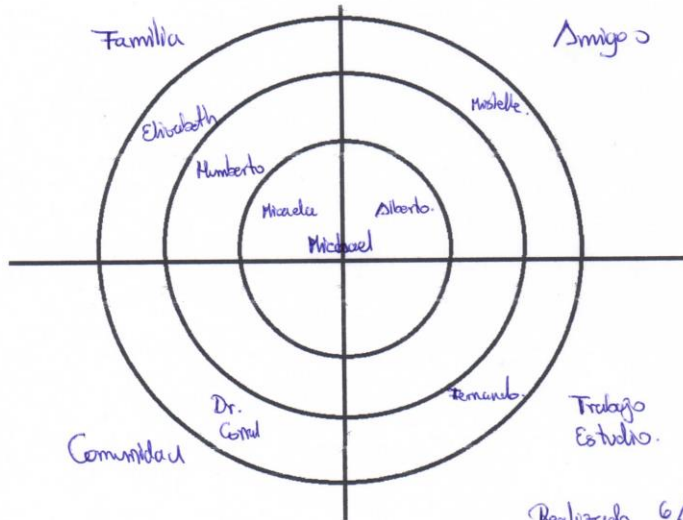
Elaborado 16/06/2016  
 Hora: 19h07 pm.



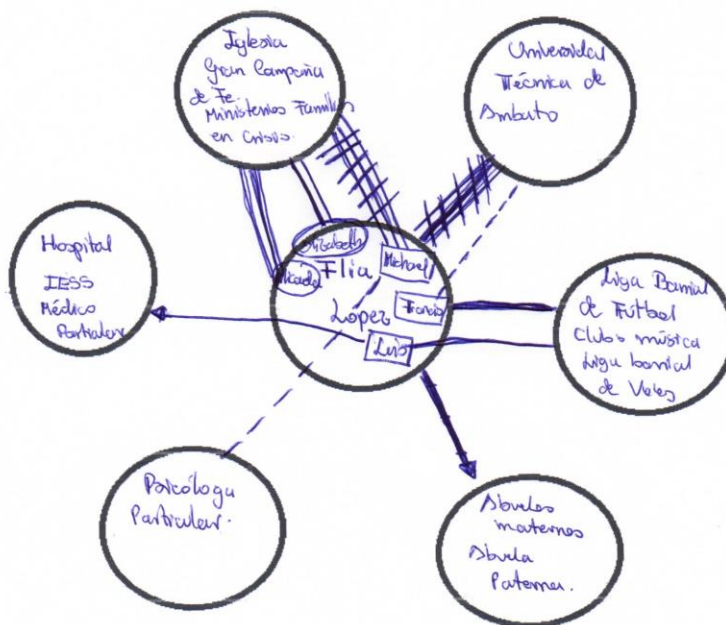


Elaborado: 7/12/2016  
 Hora 18:00 pm.





Realizado 6/12/2016  
 Hora: 19:00 pm





## Anexo:5 Proyecto de Vida

**Proyecto de Vida**

Me gustaria q' en un futuro pueda haber terminado mi especialidad debido a q' en mi vida he visto muchas necesidades q' pasan las personas y las mueren a muchas veces la carencia para poder acceder a la salud y creo q' este meo concierne a seguir una persona y ganar de colaborar con las personas para ser el 1% q' necesita el mundo para un cambio, así

**Perspectiva**

Deliberando la vida que me ha sido asignada puedo afirmar que es muy comoda y placentera ya que no me hace falta nada y tengo mucha amor. Dios es quien mantiene mi vida plena y feliz, aunque se que muchos vean no es facil, simplemente amarlo y sentirse es el motor capaz de efectuar el cambio en mi y me llevo a ser mejor.

Asi como en todo ser humano, esta vida tambien ha sido marcada por momentos difisiles, pero son estos los que ayudan a forjar el caracter personal, dig' gracias por todo lo que te vida.

A mi juicio determino que tengo tanto amor para dar que he decidido servir, para poder de mas ser todo aquello que puedo dar. Quiero ser medico, y no solo eso sino demostrar que la mejor manera de proyectar amor es servir sin reservas, haciendo al mundo un lugar mejor.

La vida es difisil, sobrellevar porque hay ocasiones en que parece existir que haber obstáculos, es difisil enfrentarlo (al menos para mi lo es) pero si un sueño es posible, y de la mano de Dios TODO ES POSIBLE

**MI Proyecto de Vida**

MI proyecto de vida tiene objetivos sencillos, como la mayoría de personas me tiene objetivos a una misión personal, las más basados en Dios, mi familia y trabajo y amigos.

Principalmente me gustaría desempeñar un papel importante en mi profesión para poder tener independencia económica para ayudar a mis padres en un futuro y poder darme una vida digna en caso de tener hijos, disfruto este proceso con la compañía de los amigos y todas las personas con las que tengo que relacionarme, otro de mis objetivos es viajar para desarrollar mis capacidades y habilidades fortaleciendo mis defectos y mis miedos superar todos los obstáculos que me encuentre en el camino y mejorando todos los aspectos de mi vida y siempre teniendo a Dios como principal protagonista de mi vida.

**Mis Proyectos**

Antes de mi proyecto de vida la primera decisión en el ámbito de cada área y en algunas áreas en mi proyecto de vida pienso en poder hacer mis estudios, tener un título de graduación y tener un trabajo digno de mi vida en los estudios de mi nivel, dentro de mis proyectos a largo plazo pienso en seguir en buen progreso en lo que me gusta hacer y lo tengo por ideas de vida o profesión que son Ciencias Forenses y Neurociencias, por ello se que de hoy voy a ser más responsable más responsable en los estudios y hospitales cercanos para lo que sea con los reglas preestablecidas y lo que me sea merecido.

Aunque mi proyecto general es tener buena carrera profesional y tener mi propia clínica en algún momento ayudar a mucha gente.

**Proyecto De Vida 5 años**

**\* Desarrollo Personal**

1- Gestionar de Ing.	4- Aprender a Conducir
2- Aprender una profesión en futuro	5- Aprender a Misionar
3- Aprender más idiomas	6- Escalar al paraíso
- Idiomas: Inglés, Francés, Italiano, Español	7- Ir a la universidad

**\* Ser Trabador**

- Psicología	1- Aprender a cocinar
- Sociología	

**Aprendizaje Permanente**

- Leer muchos libros	- Finanzas - Contabilidad
	5- Viajar al extranjero

**\* Desarrollo Vocacional**

- \* Tener una pasión en forma de carrera...
- \* Continuamente mejor con las personas que me rodean
- \* Aprender a mejorar. Esperar mejor a mi persona.

**\* Desarrollo Laboral**

- Trabajar en una computadora de ventanilla (de parte)
- Tener mi propia taller automotriz
- Leer y escribir libros
- producir algunos componentes del automóvil (Repuestos)

**\* Desarrollo Espiritual**

- Aprender más de Dios
- Buscar por una nueva biblia
- poder controlar la mayoría de mi espíritu

**Proyecto de vida**

**Autobiografía**

Nací el 1 de octubre del año 1995 en la ciudad de Arequipa. A los 5 años comencé con mis estudios primarios en la Institución Centro Escolar Escalante. La misma que se transformó en un segundo hogar años más tarde por las experiencias compartidas entre profesores y alumnos.

A los 11 años comencé mis estudios secundarios en el colegio "Nuestra Señora del Carmen" donde descubrí diferentes talentos y capacidades que desde muy joven empezaban a manifestarse en áreas como la música, el fútbol y por su puesto, especialmente en mis estudios.

A los 14 años me gradué como Bachiller en contabilidad y administración. Hoy en día tengo un grupo de música cristiana y trabajo con mis amigos en el comercio de Calzado.

**Proyecto de vida a mediano plazo**

MI Proyecto de vida a mediano plazo es terminar mis estudios y una carrera universitaria para buscar un empleo en el que pueda seguir mejorando mi familia en áreas como la música que es mi principal objetivo.

**Proyecto de vida a largo plazo**

En sus un momento relacionado musical e filmacionalmente, haber cumplido una meta que me propuse ya hace algún tiempo atrás que es sacar a mi familia adelante con la ayuda de Dios y cumplir el propósito como familia con mi banda que es, por medio de las canciones predicar a la juventud que no cree en Dios.

## **PAPER**

# **“TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO Y SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LOS JÓVENES DE LA IGLESIA GRAN CAMPAÑA DE FE CANTÓN AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**

Carolina Mercedes Villacrés Naranjo

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

## **Resumen**

The research's goal consists in show the incidence that exists between the multidisciplinary treatment and the symptomatology of Personality Disorder of young people who belongs to the church Gran Campaña de Fe from Ambato, province of Tungurahua. The situational framework responds to the behaviors experienced by families and their children, who were diagnosed with this disorder and the relation that they have with their context.

In this context, family's life story is a methodological strategy, which allows us to understand the family and the social dynamic.

In the application of semistructured interviews, map of networks, Ecomap, genogram and elaboration of letters, it was obtained relevant information that allowed to elaborate the proposal, with perspective to realize a familiar intervention that directs to an effective treatment, besides promoting the prevention of mental illnesses.

The proposal of the investigation is the creation of a Protocol of Socio-Family Intervention to the Church “Gran Campaña de Fe” for prevention and knowledge of Personality Disorders treatment of youth who belongs to the congregation, on that way the integral attention would be executed with the Intervention of the multidisciplinary team, which

will improve the quality of life of both. For which will be necessary diagnoses and treatment of professionals.

**KEY WORDS:** Multidisciplinary Treatment, Symptomatology, Personality Disorder, Youth, Families.

## **Introducción**

El Tratamiento Multidisciplinario se caracteriza por ser la mejor opción para realizar una intervención integral en personas diagnosticadas con Trastorno de Personalidad (TP). Los Trastornos de Personalidad son diagnosticados en el paso de la adolescencia a la juventud, debido a que son etapas complejas en las que el ser humano asume responsabilidades mayores a las que tenía, por lo que es necesario recalcar que la sintomatología de trastorno de personalidad (STP) está presente en el pre diagnóstico, el diagnóstico y tratamiento posterior, por cuanto es difícil para las familias manejar la situación de transición y cambio, de manera que en la mayor parte de casos los progenitores toman decisiones poco acertadas con relación al tratamiento que deben seguir sus hijos.

Cuando la familia desconoce el proceso a seguir con uno de sus miembros diagnosticado con Trastorno de Personalidad, la familia ingresa en crisis de desajuste, esta no le permite continuar con su rutina diaria y produce un sin número de escenarios de incertidumbre y desesperación, acudiendo a instancias donde presten apoyo psicológico y espiritual, dejando de lado la parte física y social del individuo.

Actualmente Ecuador no posee una Ley Orientada a la prevención y tratamiento de enfermedades mentales por lo que es difícil para quienes son diagnosticados y sus familiares acceder a servicios que brinden cobertura integral para la intervención en este contexto. Es por ello que mediante la investigación se busca aportar elementos orientados a proponer políticas que amparen a este grupo de personas

Por lo cual el propósito general del presente artículo es investigar la incidencia del desconocimiento del tratamiento multidisciplinario por parte de los padres de los jóvenes que presentan sintomatología de trastornos de personalidad pertenecientes a la Iglesia Gran Campaña de Fe, destacando los aspectos más relevantes.

## **Metodología**

**Sujetos:** para la realización de esta investigación se realizó con una población de estudio de 36 personas entre las cuales están inmersas los familiares y las autoridades de la Iglesia Gran Campaña de Fe-Ambato.

**Técnicas:** Observación, Entrevista Semiestructurada, Relato de Vida Cruzado

**Instrumentos:** cuestionario, cámara fotográfica, cuaderno de notas, diario de campo, mapa de redes, ecomapa, genograma

**Procedimiento:** Se inició con la recolección de un sin número de información tanto física como electrónica para validar las variables planteadas, después se elaboró el cuestionario para realizar la entrevista semiestructurada acompañada de instrumentos de trabajo social digitalizando la información y posterior elaboración de un análisis global y un análisis parcial que aportaron para la realización del cruce de categorías y presentar los hallazgos de la investigación

## Resultados

**TABLA DE VERDAD No 1**

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si existe desconocimiento de TM entonces existen familias que desarrollan conductas negativas	V
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si existe familias que desarrollan conductas negativas existe sintomatología de TP.	V
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si existe desconocimiento de TM entonces existe sintomatología de TP	V
4	$1^{\wedge}2$	Es verdad que si existe desconocimiento de TM. entonces existe familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP.	V
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Es verdad que si existe desconocimiento de TM. entonces existe familias que desarrollan conductas negativas. Entonces si existe familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP entonces es verdad que si existe desconocimiento de TM, existen sintomatología de TP.	V

**Cuadro No 6** Tabla de Verdad No 1

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

**TABLA DE VERDAD No 2**

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si existe desconocimiento de TM entonces no existen familias que desarrollan conductas negativas	F
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si no existen familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP.	V
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si existe desconocimiento de TM entonces existe sintomatología de TP	V
4	$1^{\wedge}2$	Si existe desconocimiento de TM. entonces no existe familias que desarrollan conductas negativas y si no existen familias que desarrollan conductas negativas existe sintomatología de TP.	F
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Siendo falso que existiendo desconocimiento de TM. no existen familias que desarrollan conductas negativas y no existiendo familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP entonces es verdad que si existe desconocimiento de TM, existe sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 7** Tabla de Verdad No 2

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### TABLA DE VERDAD No 3

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si existe desconocimiento de TM entonces existen familias que desarrollan conductas negativas	V
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si existen familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	F
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si existe desconocimiento de TM entonces no existe sintomatología de TP	F
4	$1^{\wedge}2$	Si existe desconocimiento de TM. entonces y hay familias que desarrollan conductas negativas y si hay familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	F
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Siendo falso que existiendo desconocimiento de TM. y hay familias que desarrollan conductas negativas y si hay familias que desarrollan conductas negativas y no existe sintomatología de TP entonces es verdadero que es falso que existiendo desconocimiento de TM, no exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 8** Tabla de Verdad No 3

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### TABLA DE VERDAD No 4

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si existe desconocimiento de TM entonces no existen familias que desarrollan conductas negativas	F
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si no existen familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	F
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si existe desconocimiento de TM entonces no existe sintomatología de TP	F
4	$1^{\wedge}2$	Si existe desconocimiento de TM. entonces no existen familias que desarrollan conductas negativas y no existen familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	F
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Siendo falso que existiendo desconocimiento de TM y no existen familias que desarrollan conductas negativas y si no hay familias que desarrollan conductas negativas, no existe sintomatología de TP entonces es verdadero que si existe desconocimiento de TM, no exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 9** Tabla de Verdad No 4

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### TABLA DE VERDAD No 5

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si no existe desconocimiento de TM entonces existen familias que desarrollan conductas negativas	V
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si existen familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP.	V
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si no existe desconocimiento de TM entonces existe sintomatología de TP	V
4	$1^{\wedge}2$	Es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM. existen familias que desarrollan conductas negativas y que existiendo familias que desarrollan conductas negativas haya sintomatología de TP.	V
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM existan familias que desarrollan conductas negativas y y que existiendo familias que desarrollan conductas negativas haya sintomatología de TP entonces es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM entonces exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 10** Tabla de Verdad No 5

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### TABLA DE VERDAD No 6

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si no existe desconocimiento de TM entonces no existen familias que desarrollan conductas negativas	F
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si no existen familias que desarrollan conductas negativas entonces existe sintomatología de TP.	V
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si no existe desconocimiento de TM entonces existe sintomatología de TP	V
4	$1^{\wedge}2$	Es falso que no existiendo desconocimiento de TM. no existan familias que desarrollan conductas negativas y que no existiendo familias que desarrollan conductas negativas exista sintomatología de TP.	F
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Siendo falso que no existiendo desconocimiento de TM, no existan familias que desarrollan conductas negativas y que no existiendo familias que desarrollan conductas negativas exista sintomatología de TP entonces es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 11** Tabla de Verdad No 6

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### TABLA DE VERDAD No 7

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si no existe desconocimiento de TM entonces existen familias que desarrollan conductas negativas	V
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si existen familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	F
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si no existe desconocimiento de TM entonces no existe sintomatología de TP	V
4	$1^{\wedge}2$	Es falso que no existiendo desconocimiento de TM. entonces existan familias que desarrollan conductas negativas y que existiendo familias que desarrollan conductas negativas no exista sintomatología de TP.	F
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Siendo falso que no existiendo desconocimiento de TM existan familias que desarrollan conductas negativas y que existiendo familias que desarrollan conductas negativas, no exista sintomatología de TP entonces es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM, no exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 12** Tabla de Verdad No 7

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

## TABLA DE VERDAD No 8

No	Representación Fórmula	Descripción de la Representación	Resultado
1	$A \rightarrow B$ (1)	Si no existe desconocimiento de TM entonces no existen familias que desarrollan conductas negativas	F
2	$B \rightarrow C$ (2)	Si no existen familias que desarrollan conductas negativas entonces no existe sintomatología de TP.	V
3	$A \rightarrow C$ (3)	Si no existe desconocimiento de TM entonces no existe sintomatología de TP	V
4	$1^{\wedge}2$	Es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM. no existan familias que desarrollan conductas negativas y que no existiendo familias que desarrollan conductas negativas entonces no exista sintomatología de TP.	V
5	$1^{\wedge}2 \rightarrow 3$	Siendo verdadero que no existiendo desconocimiento de TM, no existan familias que desarrollan conductas negativas y que no existiendo familias que desarrollan conductas negativas, no exista sintomatología de TP entonces es verdadero que no existiendo desconocimiento de TM, no exista sintomatología de TP.	V

**Cuadro N° 13** Tabla de Verdad No 3

**Elaboración:** Carolina Villacrés

**Fuente:** García, N (2015)

### Decisión

De acuerdo a la regla de inferencia a través de las tablas de verdad, se adquirió una tautología, es decir que todos los valores de verdad son verdaderos, en otras palabras, el desconocimiento del Tratamiento Multidisciplinario de las familias de los jóvenes diagnosticados con Sintomatología de Trastorno de Personalidad provoca que dichas familias desarrollen conductas negativas y por lo tanto estas conductas incidan en la sintomatología de Trastorno de Personalidad; por lo tanto, “*el* desconocimiento de Tratamiento Multidisciplinario incide en la Sintomatología de Trastorno de Personalidad”.

### Discusión

- Se comprobó la lógica proposicional del silogismo hipotético aplicado en relación a la incidencia del desconocimiento de un tratamiento multidisciplinario por parte



de los padres de los jóvenes que presentan sintomatología de Trastorno de Personalidad, siendo un resultado relevante debido a que los padres al desconocer el tratamiento multidisciplinario desarrollaban conductas negativas y consecuentemente en el momento en que la familia presentaba dichas conductas la sintomatología de trastorno de personalidad se profundizaba causando alteraciones y cambios que influían directamente en el núcleo familiar.

- En los relatos de vida narrados por los integrantes de la familia de los jóvenes diagnosticados con Sintomatología de Trastorno de personalidad los padres y familia refieren haber acudido en busca de ayuda a profesionales de la salud mental, entidad religiosa e instituciones afines que forman parte del contexto con el que se desenvuelven, con el propósito de obtener respuestas con relación al tratamiento e intervención que debían seguir conjuntamente con el joven posterior al diagnóstico de TP, sin embargo afirmaron que dichos servicios no les proporcionaron la información requerida, en ciertos casos no era lo que buscaban o sencillamente fue escasa, lo que les llevo a desarrollar conductas negativas y consecuentemente esto provocaba que la sintomatología de trastorno de personalidad se profundizara causando alteraciones y cambios que influían directamente en el núcleo familiar , estos cambios provocaban crisis de desajuste en las familias y estas al estar ligadas a sus creencias y por miedo a ser juzgados por la sociedad buscaron apoyo en la entidad religiosa únicamente en el área espiritual, dejando de lado en mayor parte los aspectos bio-psico-social.
- En el desarrollo del marco teórico, se demuestra que existe investigación posterior y relacionada con Sintomatología de Trastorno de Personalidad y tratamientos, lo que permitió fundamentar la investigación para el desarrollo de la propuesta.
- La metodología aplicada tiene un enfoque Fenomenológico-Hermenéutico y construccionista, debido a que cada ser humano tiene una visión distinta y única de la realidad y permite formular alternativas de solución, por lo que se trabajó de manera cualitativa, con el fin de realizar un estudio detallado con los actores directos e indirectos, para evidenciar la incidencia del Tratamiento

Multidisciplinario y la Sintomatología de Trastorno de Personalidad en los jóvenes, y de esta forma optimizar la atención integral a través de la promoción y potencialización de un equipo multidisciplinario, ayudando a mejorar la calidad de vida de los jóvenes y sus familias.

- Las familias que fueron objeto de investigación no manifestaron formar parte de una cultura de prevención en lo referente a salud mental; es decir no acuden con un profesional en el momento en el que ingresan en crisis por algún problema que no pueden superar, porque temen ser víctimas de prejuicios sociales posterior a que su contexto se entere de su asistencia a sitios que ofrecen estos servicios.
- La mayor parte de jóvenes que fueron diagnosticados con TP son hombres y en casos específicos se atribuye el brote de la enfermedad a eventos de maltrato escolar a los que fueron sometidos y en otras ocasiones la corrección disciplinaria infringida por los progenitores profundizaba la sintomatología en lugar de promover el cambio de conductas que los familiares consideraban como inadaptadas, de manera que los tipos de conductas que las familias presentan son de negación de que algo en su sistema no se encuentra bien y de sobreprotección.
- La estructura del hogar es una parte significativa en la familia ya que a pesar de estar conformada por la mayor parte de los miembros, los mismos no ejercen sus funciones correspondientes lo que deriva en dinámicas negativas de relación y a la vez factores de riesgo para los demás miembros
- Las creencias y valores de la familia fueron motivación suficiente para iniciar en el procesos de rehabilitación del joven diagnosticado con TP, en algunos casos se contó con el apoyo de los miembros de la congregación, pero las familias no describieron con exactitud a la persona a la que se dirigían para solicitar apoyo y en otros casos aseguran no haber recibido la atención necesaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Albores, L., Saucedo, J. M., Ruiz Velasco, S., & Santiago, E. R. (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública Mex.*, *LIII*, 3. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000300006#tx](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300006#tx)
2. Almada, M. d. (7 de Febrero de 2011). *Foremses Argentina*. Obtenido de <http://www.forensesargentina.com.ar/pdf/ASPECTOS-PSIQUIATRICOS-DEL-SUICIDIO.pdf>
3. Ander Egg, E. (2003). *Diccionario del Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen.
4. Aylwin, N., & Solar, M. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile.
5. Ayuntamiento de Madrid. (10 de Octubre de 2012). *Plan Nacional Sobre Drogas*. Obtenido de Gobierno de España: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>
6. Barg, L. (2003). *Los Vínculos Familiares* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
7. Batheman, A., & Tyrer, P. (2004). Psychological treatment for personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, *X*, 378-388.
8. Bautista Fuentes, J., & Quiroga, E. (2005). *Psicothema*. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3123.pdf>
9. Bismarck, P. (2005). *Porque no se amarte de otra manera*. San Pablo: Soipa Ediciones.
10. Bisquerra, A. (2004). *Metodología de la Investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
11. Caballo, V. E. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad*. Madrid, España: Síntesis S.A.
12. Comesaña Crespo, J. M. (2011). Bases para construir una comunicación positiva en la familia. *Revista de Investigación en Educación*, *IX*, 91-98.

13. Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología* (Segunda ed.). Bogota, Colombia: Ecoe Ediciones.
14. Engel, G. (1999). De lo Biomédico a lo Biopsicosocial. *Publicación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 40-41.
15. Escobedo Rivera, J. (18 de Julio de 2005). *PARADIGMAS EPISTEMOLÓGICOS E INFERENCIAS LÓGICAS*. Obtenido de <http://iussp2005.princeton.edu/papers/50177>
16. Gobierno Nacional de la República de Ecuador. (2013). *Buen Vivir*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/>
17. Hernandez Cordoba, A. (2009). *Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve*. Santa Fe: El Buho.
18. Hernández Pedreño, M. (2008). *Exclusión Social y Desigualdad*. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.
19. Hernández Pedreño, M. (5 de Junio de 2016). */www.um.es/*. Obtenido de <http://www.um.es/documents/1967679/1967852/Libro-Exclusion-social-desigualdad-08.pdf/b3392fe8-ca07-44d4-8833-2a2124a3b190>
20. Herrera Gómez, M. (2002). *La Relación Social con o categoría de las Ciencias Sociales*. Granada, España: Reis.
21. Hurtado , I., & Toro, J. (2007). *Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempos de Cambio*. Caracas: El Nacional.
22. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (Septiembre de 2007). *1 de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida*. Obtenido de <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/#5>
23. Kohn, R., Levav , I., Caldas de Almeida , J., Vicente , B., Andrade , L., Caraveo-Anduaga, J., . . . Saraceno, B. ( 2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*, 18(4/5):229–40.
24. Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa: la terapia familiar en la practica clinica*. Barcelona: Paidos.
25. Linares, J. L. (2006). *Las Formas del Abuso: la violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Barcelona: Paidos.
26. Linares, J. L. (2012). Terapia Familiar Ultramoderna. *Mosaico*, 130-136.
27. Linares, J. L. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna: la inteligencia terapeutica*. Barcelona: Herder.

28. Linares, J. L. (3 de Junio de 2016). *Perspectivas Sistémicas*. Obtenido de <http://www.redsistemica.com.ar/personalidad.htm>
29. Linares, J. L., & Ortega, J. (2008). *Terapia Familiar: Aprendizaje y Supervisión*. Barcelona: Trillas.
30. Linares, J. L., & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una Psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 119-146.
31. Linares, J. L., & Soriano, J. A. (17 de Septiembre de 2013). *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. Obtenido de [http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAAahUKEwjCwf7Hud\\_IAhXIbB4KHZQ3DBM&url=http%3A%2F%2Fwww.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com%2Farticulos%2Frender%2F157%2F1&usg=AFQjCNHn5NmLWHU7bQVv9qnS3o](http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAAahUKEwjCwf7Hud_IAhXIbB4KHZQ3DBM&url=http%3A%2F%2Fwww.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com%2Farticulos%2Frender%2F157%2F1&usg=AFQjCNHn5NmLWHU7bQVv9qnS3o)
32. Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención Primaria de Salud. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud* (págs. 4-6). Ginebra: Publicaciones Organización Mundial de la Salud.
33. Organización Mundial de la Salud. (Miércoles de Septiembre de 2004). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Recuperado el 2015 de Mayo de 2015, de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
34. Peña Fernandez, M. E., & Graña Gómez, J. L. (2006). Agresión y Conducta Antisocial en la Adolescencia, Una Integración Conceptual. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, VI, 9-23.
35. Perspectivas Sistémicas Online. (2006). *Terapia Familiar y de Pareja*. Santiago: Mediterráneo. Obtenido de <http://www.redsistemica.com.ar/personalidad.htm>
36. Pozo Municio, J. I. (18 de Enero de 2010). *Teoría y Reglas de Inferencia a la solución de problemas causales*. Recuperado el 5 de Octubre de 2016, de Repositorio UAM: [file:///C:/Users/admin/Downloads/26496\\_pozo\\_juan\\_ignacio.pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/26496_pozo_juan_ignacio.pdf)
37. Quintero Velasquez, A. M. (1997). *Trabajo Social y Procesos Familiares*. Buenos Aires: Lumen/HVmanitas.
38. Quiroga Romero, E., & Errasti Pérez, J. M. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para los Trastornos de Personalidad. *Psicothema*, 402-403.
39. Real Academia de la Lengua Española. (Octubre de 2014). *Real Academia Española*. Obtenido de Diccionario de La Lengua Española: <http://dle.rae.es/?id=LxRmruS>
40. Reyes, R. (8 de Abril de 2012). *Psicología*. Obtenido de <http://comoporque.blogspot.com/2012/04/diferencia-entre-conducta-y.html>

41. Rodríguez Campuzano, M., & Frías Martínez, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 175-177.
42. Rodríguez, G., & Rojas, M. E. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: UNAM.
43. Roizblatt, A. (2005). *Terapia Familiar y de Pareja*. Santiago: Mediterráneo Ltda.
44. Sánchez, M. (2004). *Manual de Trabajo Social*. México D.F: Plaza y Valdès S.A.
45. Vázquez, C., Hervás, G., M, S., & Ho, Y. (Enero de 2006). *Psicología Conductual*. Obtenido de [http://www.researchgate.net/profile/Gonzalo\\_Hervas/publication/228338310\\_Intervenciones\\_clinicas\\_basadas\\_en\\_la\\_psicologia\\_positiva\\_fundamentos\\_y\\_aplicaciones/links/0912f51017d097c6fb000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Gonzalo_Hervas/publication/228338310_Intervenciones_clinicas_basadas_en_la_psicologia_positiva_fundamentos_y_aplicaciones/links/0912f51017d097c6fb000000.pdf)
46. Vázquez, C., Ring, J., & Àvila, M. D. (Enero de 2006). *Psicología Conductual*. Obtenido de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/1990-Psicopatologia%20personalidad.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1990-Psicopatologia%20personalidad.pdf)
47. Vera Noriega, J., & Rodríguez Carvajal, C. (2009). La Psicología Social y el Concepto de Cultura. *Psicología & Sociedad*, 100-101.
48. Vera, J. À., & Rodríguez, C. K. (2009). La Psicología Social y el Concepto de Cultura. *Psicología & Sociedad*, 100-107.
49. Vera, J. À., & Rodríguez, C. K. (21 de Enero de 2009). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/12.pdf>
50. Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, 12-13.
51. Zamanillo, T. (2008). *Trabajo Social con Grupos y Pedagogía Ciudadana*. Madrid: SINTESIS.