Universidad Continental

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

Funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al Servicio de Psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021

Gail Estefany Taipe Mercado

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Ayacucho, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital

Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Asesor

Mg. Revilla Cruz Leonel.

DEDICATORIA

A mi madre Ofelia por brindarme su amor y su apoyo incondicional.

A mi padre Yoel por su confianza y el amor que me brinda, ellos son los que me impulsan a seguir esforzándome y cumpliendo mis metas.

A mi hermana Camelin y abuela Teodosia, que siempre están en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

Al Todopoderoso y padre celestial, que nos brindarme sabiduría, fortaleza en la elaboración de la tesis de la investigación y por las bendiciones que me brinda día a día.

A la Universidad Continental, por contribuir en mis aprendizajes psicológicos y permitirme cumplir con uno de mis objetivos académicos.

A Yoel y Ofelia por estar siempre ahí con sus consejos, comprensión, afecto, entereza, y por inculcarme muchos valores cristianos. Además, por recordarme que todo esfuerzo tiene recompensa.

Al Mg. Frank Erick Orozco Córdova por sus enseñanzas, sugerencias y paciencia para orientarme en mi formación profesional y proceso de investigación. Gracias por enseñarme que la mejor recompensa del psicólogo es la gratitud de los pacientes por nuestra labor.

Al Lic. Julio Rondinel García director del Hospital de Ayacucho, mi gratitud por brindarme las facilidades y aceptar generosamente realizar esta investigación en la institución que él dirige.

A Ludy, Daniel, Branhangh, Marcos y Mónica internos del servicio de psicología por su apoyo y dedicación para la recolección de datos.

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021. La metodología utilizada fue el enfoque cuantitativo, de diseño no experimental-transversal y del nivel descriptivo-correlacional. Asimismo, la muestra estuvo conformada por 169 pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de la institución antes mencionada y pertenece al tipo no probabilístico. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar-FACES III, para determinar el funcionamiento familiar de los pacientes y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, para precisar los patrones clínicos de la personalidad de los sujetos. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 50.3 % pertenece a un funcionamiento familiar de rango medio, con respecto a la cohesión el 41.42 % pertenece a una dimensión desligada y con respecto a la adaptabilidad el 39.64 % presenta una dimensión caótica. Referente a la intensidad de los patrones clínicos de la personalidad prevalece el nivel sugestivo, teniendo con mayor incidencia al tipo esquizoide con el 54.4 %, seguido por el agresivo (sádico) con el 49.7 %. Asimismo, el p valor (sig.) es 0,000 < 0,050 por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y acepta la hipótesis alterna (Ha) con un nivel de confianza del 95 % y error del 5 %,se utilizó el estadígrafo Rho de Spearman, donde se obtuvo que la coeficiente de correlación es de -0,269, permitiendo concluir que existe relación inversa baja entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

Palabras clave: funcionamiento familiar, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, familia, personalidad, patrones clínicos de la personalidad.

ABSTRACT

The research was carried out with the objective of determining the relationship between family functioning and clinical patterns of personality in adult patients attending the Psychology Service of a Hospital in Ayacucho, in the year 2021. The methodology used was the quantitative approach, non-experimental design-cross-sectional and descriptive level-correlational. The sample consisted of 169 adult patients who attend the psychology service of the aforementioned institution and belong to the non-probabilistic type. The instruments used were the Family Cohesion and Adaptability Assessment Scale-FACES III, to determine the family functioning of the patients and the Millon Multiaxial Clinical Inventory-III, to specify the clinical patterns of the subjects' personality. The results obtained were: 50.3 % belong to a medium-range family functioning, with respect to cohesion, 41.42 % belong to a disconnected dimension and with respect to adaptability, 39.64 % have a chaotic dimension. Regarding the intensity of the clinical patterns of personality, the suggestive level prevails, with the highest incidence being the schizoid type with 54.4 %, followed by the aggressive (sadistic) type with 49.7 %. Likewise, the p value (sig.) is 0.000 < 0.050, so the null hypothesis (Ho) is rejected and the alternative hypothesis (Ha) is accepted with a confidence level of 95 % and an error of 5 %, the statistician was used Spearman's Rho where it was obtained that the correlation coefficient is -0.269, allowing the conclusion that there is a low inverse relationship between family functioning and clinical patterns of personality in adult patients attending the Psychology Service of a Hospital in Ayacucho, in the year 2021.

Keywords: family functioning, family cohesion, family adaptability, family, personality, clinical patterns of personality.

INTRODUCCIÓN

La familia está constituida por miembros que conforman una estructura y tienen diversas funciones como la interacción y la definición de la conducta familiar (Minuchin y Fishman, 1986). Además, debemos destacar que la familia tiene una función socializadora que influye en el bienestar o en la patología y desequilibrio de las personas (Vielma, 2003). En ese sentido, la disfunción familiar va que genera alteraciones en la personalidad como lo propone Theodore Millon, quien manifiesta que dichas características generan dificultades en la conducta, pensamiento y sentimientos (Millon, 1999). Por eso mismo, es importante conocer la estructura y dinámica de la personalidad para poder entender su funcionamiento familiar y sus implicancias sociales.

Por ello, en la presente investigación se vincula las variables de funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad, ya que la familia es la principal responsable del buen ajuste del funcionamiento de la personalidad (Piña, 2001). Por otro lado, en palabras de Castillo podemos mencionar que el 5 % de la población peruana estaría sufriendo algún trastorno de la personalidad. Esta investigación es relevante porque acerca al entendimiento de las dificultades asociadas a la personalidad de los individuos. En ese sentido, los datos estadísticos del Instituto Nacional de Salud Mental (INMS) en el 2012 menciona que las familias ayacuchanas padecen violencia familiar en un 67.5 %, por lo que diariamente estarían expuestas a situaciones de crisis constante que limitaría el adecuado ajuste de la personalidad porque están expuesto a este tipo de estresores.

El estudio se realizó en un hospital de Ayacucho, teniendo la finalidad de entender desde nuestra realidad la interacción de las variables de análisis de tal forma que podamos plantear hipótesis explicativas en relación con la alteración de los trastornos de personalidad.

Asimismo, se busca conocer la prevalencia del tipo de funcionamiento familiar y como este se relaciona con los individuos evaluados.

Entre tanto, Álvarez y Maldonado (2017) presentaron la investigación relacionada con el funcionamiento familiar y la dependencia emocional. cuya muestra consta de 493 estudiantes universitarios pertenecientes a las escuelas profesionales que cursan el cuarto año. Los instrumentos que utilizaron son el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF_SIL) y la Escala de Dependencia Emocional ACCA. Se obtuvo un 19.1 % para una familia funcional y el 18.4 % es de una familia disfuncional, además el nivel de dependencia emocional se observó que el 38.2 % tienden a ser dependientes y el 1.9 % son de un nivel dependiente. De esta manera se demuestra la relación entre el funcionamiento familiar y la dependencia emocional, esto nos indica que cuando hay una deficiencia en el funcionamiento familiar hay una mayor dependencia emocional.

De lo anterior podemos inferir que es necesario realizar diversas intervenciones psicológicas, para el bien de este núcleo fundamental; de tal manera que se le favorezca su bienestar o la salud individual, en caso el funcionamiento no este equilibrada debido a situaciones de conflicto se sugiere una intervención con la familia para poder enfrentar diversas situaciones. Es importante de integrar varios conceptos en la terapia familiar y estructura del funcionamiento familiar integrando la cohesión que son los lazos emocionales y el grado de independencia de sus integrantes y la adaptación la habilidad para dar respuesta ante situaciones con tensión (López, et. al, 2011)

Una de las motivaciones para realizar dicho estudio es que en la actualidad hay diversos problemas relacionados con las familias (violencia, maltrato y abuso), los cuales tiene un impacto negativo en los niños, adolescentes y adultos; lo cual genera una alteración

en los patrones de la personalidad. Al mismo tiempo, se observó que el trastorno de la personalidad tiene un incremento en la sociedad de un 7 % (OMS, 2018).

Asimismo, en la perspectiva metodológica el estudio utilizó el enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental-transversal, caracterizándose por observar sucesos que pasan a diario y poder recolectar datos en un determinado tiempo, por último, tiene un nivel correlacional-causal donde se explica la relación de las dos variables mencionadas.

La investigación realizada contribuye a la psicología clínica y de la salud porque aportan conocimientos científicos de nuestra población en relación con nuestro tema de análisis, además corrobora la correlación de las variables, y fomenta la profundización en investigaciones sobre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad.

El alcance del trabajo está referido a que la investigación permitirá utilizar sus resultados para la población de todo el distrito de Jesús Nazareno. Así mismo, los datos serán generalizados en función de los diferentes grupos etarios y nos permitirán explicar la situación que padecen las familias de nuestro distrito. En esa línea, podemos agregar que la información proporcionada en la investigación permitirá ser una base de referencia para poder hacer intervenciones focalizadas tanto por el hospital y como por la municipalidad.

Por otro lado, observamos que la principal limitación está relacionada con los efectos de la pandemia, ya que esto impidió que más usuarios sean evaluados y que nuestros datos sean más amplios y representativos de toda nuestra región porque el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno es un establecimiento de salud referencial de toda la periferia rural de nuestro departamento.

El estudio realizado está estructurado por capítulos los cuales detallaremos a continuación. En el primer capítulo, se da a conocer el estado del arte, el motivo de la

investigación y hacia dónde se quiere llegar, se consideró lo siguiente: planteamiento del problema, formulación del problema, problemas principales, objetivos específicos, formulación de hipótesis y justificación de la investigación.

El segundo capítulo consta del marco teórico, donde se describe los antecedentes internacionales y nacionales realizadas, posteriormente se detalla la recopilación de información de distintos autores y teorías donde se describe el funcionamiento familiar (variable 1) y los patrones clínicos de la personalidad (variable 2) y los términos básicos.

El tercer capítulo explica el procedimiento del estudio buscando direccionar a que diseño, tipo y nivel metodológico pertenece, además explicamos sobre la población, la muestra y las técnicas e instrumentos de recolección utilizados.

El cuarto capítulo presentamos la descripción de los cuadros y gráficos. Además del análisis estadístico y los resultados obtenidos a través de la aplicación de los cuestionarios a nuestra unidad de análisis.

Finalmente, se concluye con recomendaciones basadas en los resultados obtenidos, con el fin que dicha investigación será útil para realizar programas preventivos y recuperativos en la familia, además ayudará a otros investigadores a seguir realizando investigaciones precisas.

ÍNDICE

DEDICATORIA....iii

AGRADECIMIENTOS....iv

RESUMEN....v

ABSTRACT....vi

INTRODUCCIÓN....vii

ÍNDICE DE TABLAS....xvi

ÍNDICE DE FIGURAS....xvii

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN....1

1.1. Planteamiento del Problema....1

1.2 Formulación del Problema....5

1.2.1. Problema principal....5

1.2.2. Problemas específicos....5

1.3 Objetivos de la Investigación....5

1.3.1 Objetivo general....5

1.4. Formulación de las Hipótesis....6

1.4.1 Hipótesis general....6

1.4.2 Hipótesis específicas....6

1.5. Justificación de la Investigación....7

1.5.1. Teórica....7

1.5.2. Metodológica....8

1.5.3. Práctica....9

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO....10

2.1 Antecedentes de la Investigación....10

2.1.1. Antecedentes internacionales 10

2.1.2. Antecedentes nacionales 12

2.2 Bases teóricas 14

2.2.1 Definición de Familia 14

2.2.2 Tipos de familia 15

2.2.2.1 Familia nuclear 15

2.2.2.2 Familias extendidas 15

2.2.2.3 Familias monoparentales. 16

2.2.3 Funciones de la familia 16

2.2.4 Influencia de la familia en la personalidad 17

2.2.5.1 Principales modelos teóricos del funcionamiento familiar 20

A. El modelo general de sistemas 20

B. Teoría estructural de Salvador Minuchin. 21

C. El Modelo Circumplejo de David Olson. 23

2.2.6 Definición de la personalidad 29

2.2.6.1 Teoría de la personalidad 30

2.2.7 Patrones clínicos de la personalidad 33

A. Esquizoide (escala 1) 33

B. Evitativo (escala 2A). 33

C. Depresivo (escala 2B). 33

D. Dependiente (escala 3). 33

G. Antisocial (escala 6A). 34

H. Agresivo (sádico) (escala 6A). 34

I.Compulsivo (escala 7). 34

J. Negativismo (pasivo-agresivo) (escala 8A). 35

K. Autodestructivo (escala 8B). 35

2.2.7.1 Ámbito estructurales y funcionales de los prototipos de personalidad 35

a. Ámbitos funcionales. 36

b. Ámbitos estructurales. 37

2.2.7.2 Teoría de la Personalidad de Theodore Millon 59

2.2.7.3 Trastornos de Personalidad según Theodore Millon. 61

2.2.8 Trastornos de personalidad según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS IV) 65

2.2.8.1 Trastornos de la personalidad: Grupo A 65

2.2.8.2 Trastornos de la personalidad: Grupo B 69

2.2.8.3 Trastorno de la personalidad: Grupo C 74

2.3 Definición de Términos Básicos 77

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 80

3.1. Identificación de las variables de investigación 80

3.1.1 Definición conceptual 80

3.1.2 Definición operacional 80

3.2 Clasificación de la investigación 83

3.2.1. Enfoque de investigación 83

3.2.2. Diseño de investigación 83

3.2.3. Nivel de investigación 83

3.3. Población y muestra 83

3.3.1. Población 83

3.3.2. Muestra 84

3.3.3. Criterios de exclusión e inclusión 84

3.3.3.1 Criterios de inclusión 84
3.3.3.2 Criterios de exclusión 85
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos 85
3.4.1. Técnica 85
3.4.2. Instrumentos 85
3.5 Procedimiento de recolección de datos 94
3.6 Proceso de Pruebas de Hipótesis y Análisis de Datos 95
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN 98
4.1 Presentación de Resultados 98
4.2 Resultados de los datos descriptivos de la población 98
4.3 Resultados inferenciales 102
4.3.1 Prueba de normalidad 102
4.3.1.1 Prueba de hipótesis general 102
4.3.1.2 Prueba de hipótesis especifica 103
4.3.1.2.1 Prueba de hipótesis específico 1 103
4.3.1.2.2 Prueba de hipótesis específica 2 104
4.3.1.2.3 Prueba de hipótesis específica 3 105
Discusión 108
Conclusiones 113
Recomendaciones 115
Referencias 116
Anexos 121
ANEXO 01. Matriz de consistencia 125
ANEXO 02: Consentimiento Informado 131

ANEXO 03. Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar 132

ANEXO 04. Inventario clínico Multiaxial de Millon III 133

ANEXO 05. Solicitud de aprobación para la aplicación de pruebas psicológicas..... 142

ANEXO 06. Oficio de aprobación del Proyecto de Tesis..... 143

ANEXO 07. Muestra de consentimiento informado..... 144

ANEXO 08. Muestra de pruebas psicológicas aplicadas..... 145

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad..... 36

Tabla 2 Expresiones de los trastornos de personalidad en los diferentes niveles y ámbitos de la personalidad. 57

Tabla 3 Estilos de personalidad 60

Tabla 4 Puntuación de corte para la Faces III 89

Tabla 5 Variable 1: Funcionamiento familiar..... 96

Tabla 6 Estadística de fiabilidad..... 96

Tabla 7 Variable 2: Patrones clínicos de la personalidad..... 96

Tabla 8 Estadísticas de fiabilidad 96

Tabla 9 Niveles de funcionamiento familiar. 98

Tabla 10 Dimensiones del funcionamiento familiar..... 100

Tabla 11 Patrones clínicos de personalidad..... 101

Tabla 12 Categorías de funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad. . 102

Tabla 13 Correlación entre funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad. 103

Tabla 14 Correlación entre cohesión familiar y patrones clínicos de la personalidad. 104

Tabla 15 Correlación entre adaptabilidad familiar y patrones clínicos de la personalidad.105

Tabla 16 Correlación entre funcionamiento familiar y los tipos de patrones clínicos de la personalidad. 106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Circumplejo de Olson-FACES III. 28

Figura 2 Modelo de la descomposición de los prototipos de la personalidad en casos severos. 62

Figura 3 Naturaleza interactiva del sistema multiaxial 64

Figura 4 Niveles de funcionamiento familiar. 99

Figura 5 Dimensiones del funcionamiento familiar. 100

Figura 6 Patrones clínicos de la personalidad 101

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

El núcleo familiar tiene una función principal dentro de la sociedad, el cual influye en la personalidad de cada sujeto. Hoy en día, cada hogar tiene diversos tipos de familia como son las caóticas, separadas, rígidas, desligadas entre otros, que afectan la estructura de la personalidad, que genera alteraciones en los diferentes patrones clínicos. Debido a esto, podemos inferir el inicio de una problemática clínica en los sujetos de la comunidad ayacuchana, dicha problemática debería ser abordada con la finalidad de disminuir la incidencia de los cuadros clínicos, por ello, este estudio analiza esta problemática para poder realizar programas preventivos y recuperativos con la familia y el individuo.

El hablar de salud mental implica aciertos y desaciertos en nuestro país, pero últimamente es un área descuidada, ya que se prioriza por sobre la salud mental a la salud física. Además, en estos tiempos muchas personas a nivel mundial tuvieron repercusiones por la pandemia del COVID-19, tras estos hechos encontramos un aproximado de 1000 millones de personas con el diagnóstico de algún trastorno mental donde el 75 % no recibe un tratamiento. Asimismo, se observó que por cada 40 segundos una persona se suicida (OMS, 2020).

Asimismo, Zegarra, et al. (2016) realizaron una investigación donde concluyen que existe escasa importancia a nivel mundial acerca de la salud mental, manifiestan que el 40 % de los países no cuentan con políticas de estado en temas de salud mental, el 50 % no registran sus casos en registros epidemiológicos relacionados con la salud mental negativa y, por último, con un 25 % no tienen un informe sanitario anual.

Según Vega, en el 2020 en el Perú, el 33,7 % es diagnosticado con algún trastorno mental, esto quiere decir que de cada 3 personas 1 puede presentar algún tipo de trastornos mentales. En ese mismo orden de ideas podemos destacar que hace 6 meses hubo una prevalencia del 17,6 %, pese a ello un 80 % no reciben un tratamiento adecuado.

Durante decenios los diferentes sujetos expresan constantemente que la célula de la sociedad es la familia y esta afirmación es repetida durante muchos años y sigue existiendo en el inconsciente colectivo como una verdad tautológica. Pero cuánto de cierto hay en que la familia tiene un rol modelador o formador de los diferentes miembros que las componen, es decir, hasta donde la familia como tal, es responsable de formar o deformar a su prole.

En palabras de Flores y Vargas (2018), quienes realizaron una investigación en adolescentes del departamento de Huancavelica, pertenecen a una familia unida con el 47.5 % (cohesión familiar); y el 42.5 %, a la familia caótica (adaptabilidad familiar); es por lo que 67.5 % de las familias pertenecen al rango medio o intermedio, y presentan algunos problemas e inconvenientes en la relación de los miembros de familia.

Asimismo, Basurto (2019) realizó una investigación del funcionamiento familiar a estudiantes del 1° y 5° año en la provincia de Huaraz, donde encontró que el 54.4 % es de tipo nuclear constituida; el 26,7 %, estructurado; el 28.3 % se caracteriza por ser separado y se les considera en rango medio.

Por otro lado, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos de Salud Mental (DSM-V) señala que a nivel mundial los trastornos relacionados con la personalidad tienen una prevalencia la cual nos detalla a continuación: el grupo A representa 1,5 %, el grupo B con un 6,0 % y el grupo C con un 9,1 %, lo que nos evidencia que esta población no es sólo local sino tiene ribetes mundiales.

En lo que respecta a instituciones de salud en el Perú, podemos destacar el aporte del Hospital Hermilio Valdizán en el 2020 en el boletín epidemiológico de abril, donde encontramos que los trastornos de personalidad tuvieron una prevalencia con un 3.21 %, siendo 68 mujeres y 25 varones que sufren algún trastorno de personalidad.

De acuerdo con Castillo (2015) el trastorno de Borderline estaría bordeando el 5 % de la población nacional, lo cual representaría 6 600 000 habitantes, además manifestó que un sujeto diagnosticado que recibe tratamiento puede llegar a tener control en un periodo de 3 a 5 años. Donde encontramos un impacto en la familia siendo un aproximado de dos millones de personas.

Como lo manifestó López et al (2011), en México, se realizó un estudio donde la familia con individuos diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo, que reflejan diferentes tipos de familia, teniendo en primer lugar a los caóticos, quienes se caracterizan por tener una cierta dificultad en expresar sus emociones e ideas. En segundo lugar, están los rígidos que tienen la dificultad para expresar sus ideas y emociones, se concluye que los pacientes diagnosticados junto a su familia tienen una baja cohesión familiar y tienen dificultad en el manejo de su inteligencia emocional a diferencia de la alta cohesión familiar que se caracteriza por manejar y controlar sus emociones, ansiedad y depresión.

En palabras de Castillo (2015), el binomio (madre-hijo) es el vínculo más significativo de la humanidad y se fortalece desde el comienzo de nuestros días, y se transforma a lo largo de la vida y condiciona la personalidad de los individuos. En ese sentido, la relación inestable desde los primeros días de nacimiento se relaciona con el desarrollo de la personalidad Borderline.

Cabe mencionar que en Perú no es ajeno a la violencia familiar, por lo contrario, es uno de los problemas más vistos en la sociedad peruana; en ese sentido, podemos afirmar que la violencia en el hogar perturba el desarrollo de la personalidad.

Por su parte, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2020 se observó cómo un 54.8 % sufre de violencia por parte de su esposo o de su relación sentimental; en ese sentido el 53,3 % de la zona urbana tiene mayor probabilidad de sufrir violencia con una diferencia mínima en la zona rural con un 52,3 %, que sufren violencia familiar

En la misma línea es necesario mencionar que la Comisión de la Verdad y Reconciliación Nacional (CVR) determinó el 2000 que Ayacucho es un departamento que ha sufrido violencia sociopolítica desde 1980 hasta la actualidad. Este hecho contribuyó al desajuste de todas sus estructuras sociales, y familiares; por ello, las familias tuvieron que migrar y recomponerse rápidamente para buscar su homeostasis; dicho evento generó en algunos individuos trastornos de salud mental específicamente los vinculados con alteraciones de su personalidad independientemente de la familia a los que pertenecieron.

Finalmente, es importante realizar la investigación sobre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad, ya que dichas variables determinan el vínculo o la asociación que existen entre ellas porque consideramos que en la familia radica el problema y la solución a estos trastornos de personalidad. Por ello, nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación que existe entre funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el 2021?

1.2 Formulación del Problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al s servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021?
- ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y los tipos de patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021**.**

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la relación entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021.
- Identificar la relación entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021.
- Identificar la relación entre el funcionamiento familiar y los tipos de patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021.

1.4. Formulación de las Hipótesis

1.4.1 Hipótesis general

Existe una relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de p psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021.

1.4.2 Hipótesis específicas

- Existe una relación entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021.
- Existe una relación entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021.

- Existe una relación entre el funcionamiento familiar y los tipos de patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021.

1.5. Justificación de la Investigación

1.5.1. Teórica

El estudio realizado sobre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad se realiza con la finalidad de conocer cómo dicho funcionamiento repercute en el aumento o disminución de los trastornos clínicos de nuestra población, ya que el 5 % de la población sufre un trastorno de personalidad Borderline. Asimismo, un estudio relacionado con nuestras variables de la Universidad Científica del Sur manifiesta que el 30 % de la población adolescente del cono sur de Lima presenta indicadores sugestivos para un trastorno de personalidad; lo que nos hace suponer que dicha magnitud puede estar relacionada con nuestro departamento porque en tiempos de la violencia sociopolítica la población ayacuchana migro al cono sur limeño.

En esa línea del pensamiento, el funcionamiento familiar adecuado o inadecuado genera cambios en la personalidad de los hijos ya que se desarrolla el apego, el cual está fuertemente vinculado con la relación de los primeros años de vida entre la madre e hijo (Castillo, 2015).

Además, existen evidencias del vínculo entre funcionamiento familiar y personalidad, por lo que destacaremos el estudio realizado en México, donde dicho estudio menciona que el 41.7 % tiene baja adaptación, y el 70 %.5, una alta cohesión; además menciona que baja adaptación y cohesión prevalece en las personas con un 39.6 % y a la familia con un 27.3 %. Se indica que las familias con menor cohesión presentan sentimientos de soledad, desesperanza e incomprensión y tienen dificultad para afrontar y disfrutar las relaciones

sociales y las que presentan una baja adaptación presentan dificultad en establecer reglas, baja estabilidad emocional por ello tiene dificultad en resolver o tomar decisiones ante situaciones estresantes (López et al., 2011).

En relaciona a lo mencionado podemos sugerir que la carga de enfermedad de los trastornos de personalidad en el Perú estaría bordeando 0,7 % (OMS, 2018).

1.5.2. Metodológica

Los instrumentos que se utilizaran son los siguientes: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale-Faces III de Olson, Portner y Lavee (1985), adaptado al Perú por Reusche (1994) con una confiabilidad de la dimensión cohesión es de 0.77 y de la dimensión de adaptabilidad es de 0.62, para la escala total es 0.68 y está validado en nuestro país por Baso, Baso, Águila, Peralta, Mormontoy y Bennett. En caso del Inventario Clínico Multiaxial de Millón-III-MCMI-III de Millon, Davis y Millon (1997), con la adaptación española de Cardenal y Sánchez (2007), su confiabilidad fue por encima del 0,80 y consta de tres fases de validación: fase teórico-sustantiva, fase interna-estructural y fase de criterio-externo. Es por ello que será útil para aplicar a la población de adultos y comprobar la relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad. Además, los instrumentos seleccionados son importantes porque se han utilizado para medir las variables durante 25 años, esto permite que el instrumento este en constante validación o corrección. Asimismo, los índices de confiabilidad en nuestra investigación del FACES-III está por encima de ,845 y el MILLON-III es de ,965 lo que indica una adecua consistencia interna de ítems y de la aplicación de la misma.

Por tanto, el estudio se justifica en la medida que proporcionará evidencia valida que nos permitirá explicar la problemática relacionada a las variables de estudio, las cuales son un indicativo de esta problemática en nuestra región.

1.5.3. Práctica

En ese sentido, el estudio tiene como fin máximo poder hacer incidencia en la modificación e implementación de políticas públicas de intervención entre ellos tenemos al Decreto Legislativo 1443, que específica en el capítulo III, artículo 8 y enciso 8.1, que se debe coadyuvar a que la familia tenga un mejor proceso de intervención en el ámbito asistencial con el fin de disminuir los trastornos de esta índole.

Finalmente, es necesario construir un ambiente saludable en nuestra comunidad con el objetivo que nuestra sociedad sea más eficiente y saludable, asimismo es importante que la tesis sea un marco explicativo de nuestra realidad, de nuestros conflictos, pero también sea un medio de visualización de nuestra propia estructura psicológica para así poder construir programas recuperativos más ajustadas a nuestra realidad, respetando nuestra casuística epidemiológica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Se realizó el análisis de los estudios e investigaciones a nivel internacional y nacional respecto a la familia y su funcionamiento. Asimismo, se analizó los patrones clínicos de personalidad y su incidencia en la salud mental de los individuos.

2.1.1. Antecedentes internacionales

Marzilli et al (2021) realizaron su investigación de "Problema de personalidad antisocial en la adultez emergente: El papel del funcionamiento familiar, la impulsividad y la empatía", teniendo como objetivo explorar la posible interacción entre los problemas de personalidad antisocial la calidad de funcionamiento familiar, impulsividad y la empatía. El estudio que se realizó fue descriptivo correlacional, y se ejecutó en 350 personas adultas, los instrumentos que se utilizaron son el Autoinforme de Adultos (ASR), la evaluación familiar (FAD), la Escala de Impulsividad de Barrat 11 (BIS-11) y la escala de reactividad interpersonal (IRI). Los resultados obtenidos fueron que los padres tienen un control conductual, impulsividad motora y preocupación empática con problemas de personalidad antisocial, además tienen una relación el control del comportamiento de los padres con los adultos emergentes que tienen problemas de personalidad antisocial. Se llegó a la conclusión que los padres que controlan el comportamiento surgen una relación en los problemas de personalidad antisocial a través de la impulsividad motora y empatía, esto ayudará a realizar la prevención y diversas intervenciones y sigan realizan investigaciones.

Khan y Kamal (2020) desarrollaron una investigación titulada "Funcionamiento familiar adaptativo y trastorno límite de la personalidad: función mediadora de impulsividad", teniendo como objetivo general indagar la relación del funcionamiento

familiar adaptativo la impulsividad y el trastorno de la personalidad límite y demostrar el papel mediador de la impulsividad entre los otros dos elementos. El diseño de investigación fue correlacional-transversal. La muestra que se utilizó fue de 408 personas y se realizó con personas diagnosticadas con trastorno de personalidad límite. Se obtuvo como resultados que el 45 % es diagnosticado con un trastorno límite con una prevalencia de 64,4 % en los hombres a diferencia de las mujeres con un 35,5 % y el 55 % tiene antecedentes en intento de suicidio. El trastorno se relaciona negativamente con el funcionamiento familiar adaptativo ($p<0,01$) y una relación positiva entre la impulsividad y trastornos límite es de ($p<0,01$), concluyendo que el funcionamiento de la familia y la impulsividad tienen un impacto en las personas con trastorno límite de la personalidad se menciona que si hay poca comunicación, frustración, enojo, diversas discusiones con la familia puede desarrollar TLP y el riesgo de situación con intento suicida que se debe realizar tratamiento psicológico.

Guzmán (2016) elaboró una investigación relacionada con las dos variables de análisis de la autora y determinó como objetivo de estudio el establecer la asociación que existe entre el funcionamiento familiar y los trastornos de personalidad. El diseño que realizó fue de tipo descriptivo con corte transversal. Su población es de 143 estudiantes de la carrera de Orientación Familiar de la Universidad de Cuenca. Se estableció que el funcionamiento familiar tiene relación con los trastornos de personalidad, donde el 12,6 % son familias disfuncionales y el 15 % presentan diferentes trastornos de personalidad. Se concluye que hay diversos componentes que inciden en la personalidad y uno de ellos es el funcionamiento familiar, por lo que sería conveniente realizar más estudios de estas dos variables y sus respectivas una intervención psicológica a los estudiantes que son diagnosticados con algún tipo de trastorno de personalidad.

López et al (2011), en su estudio sobre funcionamiento familiar, tuvo como objetivo determinar los tipos de familias con un miembro diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo. El estudio fue descriptivo, comparativo y transversal, la muestra fue de 48 pacientes y 61 familiares. Asimismo, se obtuvo tres tipos de resultado que son los siguientes: la familia con alta cohesión que pertenecen a los caóticos donde difícilmente expresan sus emociones e ideas, pertenecen a la rigidez y por último la familia con baja cohesión tiene mínima expresión de ideas y emociones de esta manera concluyeron sobre el funcionamiento familiar de las personas con este diagnóstico tiene que involucrar a la familia en la terapia para obtener mejores beneficios terapéuticos.

Fuentes et al (2018) realizaron un estudio que estableció como objetivo estudiar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes que participaron en el estudio. de una preparatoria. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal y la muestra estaba conformada 124 adolescentes de 16 años, se halló que tienen mayor prevalencia en la depresión, además el 8.0 % muestra un disfuncionamiento familiar, además el 16.9 % presenta diferentes grados de depresión. Además, se llegó a la conclusión que la falta de confianza, la incapacidad para fortalecer el crecimiento familiar y manifestar los sentimientos de los padres trae como consecuencias la falta del desarrollo psicosocial en los adolescentes.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Hurtado y Pino (2019) realizaron una investigación, la cual estableció como objetivo primordial comprobar la relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en pacientes con trastorno límite de la personalidad. La metodología que utilizó fue no experimental de tipo descriptivo correlacional con un enfoque cualitativo. Se utilizó como muestra a 30 pacientes diagnosticados con dicho trastorno. Concluyó la no existencia de una

relación entre funcionamiento familiar y resiliencia en personas con trastornos de la personalidad límite, pero se recomienda realizar estudios sobre la resiliencia, ya que el 90 % de las personas con dicho diagnóstico muestra un alto nivel de resiliencia.

Mientras que Caycho (2018) realizó la investigación en la ciudad de lima cuyo objetivo busca establecer la relación entre el funcionamiento familiar y la dependencia emocional en estudiantes de 4.° y 5.° de secundaria. El diseño que se utilizó fue no experimental, transversal de tipo correlacional. La muestra lo componen 489 el nivel secundario, específicamente de 4.° y 5.° de estudiantes. Los resultados evidencian que las familias están en un rango balanceado del funcionamiento familiar. El 37.8 % se encuentra en un nivel promedio y el 43.8 % muestra una dependencia emocional, cabe rescatar que tiene una correlación inversa, de esta manera se llegó a la conclusión que existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y dependencia emocional ya que el valor es $p<0.05$.

A su turno, Álvarez y Maldonado (2017) realizaron una investigación que tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la dependencia emocional. El estudio fue de tipo cuantitativo, un enfoque no experimental de tipo transversal correlacional. Se utilizó como muestra a 493 estudiantes de distintas escuelas profesionales que cursan el cuarto año. Se obtuvo como resultado que el 62.5 % de los estudiantes pertenecen a la familia moderadamente funcional, el 19.1 % son de una familia funcional y el 18.4 % es de una familia disfuncional, además el nivel de dependencia emocional se observó que el 43.1 % son emocionalmente estables, 38.2 % tienden a ser dependientes, el 16.8 % son estables y el 1.9 % son de un nivel dependiente. De esta manera se llegó a la conclusión que existe una relación entre el funcionamiento familiar y la dependencia emocional, esto nos indica que cuando hay una deficiencia en el funcionamiento familiar.

Por su parte, Plascencia (2018) realizó la investigación en adolescentes limeños, cuyo objetivo era determinar la relación entre el funcionamiento familiar y las conductas antisociales en los adolescentes de la Institución Educativa San Agustín durante el 2017. El estudio fue descriptivo correlacional, se tuvo como muestra 200 estudiantes de dicha institución. Se obtuvo como resultado que no existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y las conductas antisociales como lo determina la prueba estadística Chi cuadrado con un ($p<0.05$; $p=737$), pero se encontró una relación estadística entre la cohesión y adaptabilidad familiar y las conductas antisociales.

A su vez, Terrones (2014) realizó una investigación en la ciudad de Cajamarca, cuyo principal objetivo es determinar si presentan trastornos de personalidad en los alumnos del Centro de Estudios Preuniversitarios de la Universidad Nacional de Cajamarca. El método científico que se utilizó fue descriptivo, prospectivo y transversal. Se obtuvo como resultado que el 27.84 % presenta algún trastorno de personalidad. Se concluyó que el trastorno narcisista tiene un 7.57 %, siendo el mayor puntaje a diferencia del trastorno antisocial que tiene un puntaje menor de 0.27 %. Asimismo, se observó que las mujeres tienen más prevalencia en los trastornos compulsivos y el trastorno de personalidad narcisista tiene prevalencia en los varones.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Definición de Familia

Existen diversas definiciones de la familia, las cuales nos acercan a un conocimiento más certero de la misma, de su estructura y sus funciones. A continuación, desarrollaremos algunos de estos puntos de vista:

> "Según el Ministerio de Salud, la familia es la unidad básica de la sociedad y el primer espacio de socialización del ser humano en el que se generan derechos, deberes y

relaciones, orientados al bienestar y desarrollo integral de las personas y donde se aprenden valores fundamentales para la convivencia social (MINSA, 2005)

Asimismo, se entiende por núcleo familiar a la construcción de una estructura, conformada por distintas funciones que rigen la vida en convivencia, la cual se inicia en la interacción de los miembros y se define en la conducta ejercida (Minuchin & Fishman, 1986).

Por otro lado, la familia es una institución social donde interactuamos con los padres, quienes tiene la función fundamental de educar, formar, brindar afecto, además, los padres son considerados como modelos a seguir por sus hijos (Rivadeneira y Trelles, 2013).

En la investigación la definición de la familia es muy importante para la sociedad, por lo que se llega a la conclusión como el primer contacto que tienen la persona y donde se establece los roles, las reglas y las conductas de sus miembros. Finalmente, resaltaremos las definiciones que utiliza MINSA y el experto en familia Salvador Minuchin, ya que tienen una gran importancia para el conocimiento y el entendimiento de la familia en nuestra sociedad.

2.2.2 Tipos de familia

Referiste a tipos de familia implica utilizar un marco explicativo que nos acerque al conocimiento certero de sus variaciones en nuestra sociedad. Por ese motivo, desarrollaremos la propuesta de Arias (2012) quien estructuró cuatro tipos de familia.

2.2.2.1 Familia nuclear. Está formada por el papá, la mamá y los hijos, cada padre tiene un rol, en el caso del padre debe educar con autoridad y la unión de la familia a diferencia de la madre que debe educar con amor y generar una buena comunicación entre sus integrantes (Arias, 2012).

2.2.2.2 Familias extendidas. Está integrada por los padres, hijos, abuelos, tíos, primos donde comparten la misma vivencia, todos los miembros participan en la educación

de los niños, la desventaja es cuando uno de los integrantes tiene algún problema todos están involucrados en el problema. Por lo que, es necesario establecer normas y límites respecto al manejo de conflictos (Arias, 2012).

2.2.2.3 Familias monoparentales. Esta familia se caracteriza porque uno de los progenitores ya sea, el papá o la mamá asumen con responsabilidad la educación y gastos de los hijos, el otro progenitor cubre algunos gastos del hogar. Además, tiene una probabilidad que los hijos contraigan un bajo rendimiento académico, adicciones y problemas de conducta (Arias, 2012).

2.2.2.4 Familias reconstruidas. Este tipo de familias surge cuando se forma un nuevo núcleo familiar a causa de la separación conyugal o muerte de uno de los cónyuges. Es importante para un funcionamiento armónico que los miembros de la familia deban respetar la decisión de la pareja para así evitar conflictos entre padres e hijos (Arias, 2012).

2.2.3 Funciones de la familia

La familia cumple diversas funciones importantes para la sociedad y el desarrollo de la personalidad de cada integrante. Las funciones más relevantes están relacionadas con el componente biológico, económico, cultural, espiritual y educativo los cuales, repercute en la salud del individuo y de la familia (Louro, 2003).

La familia es el primer contacto de socialización para los hijos. Además, tiene un rol trascendental en el desarrollo social y psicológico del sujeto. En ese sentido, la función socializadora, educativa y prevención de conductas de riesgo coadyuva en el bienestar de sus miembros (Camacho, 2002).

En esa misma línea de trabajo, el autor antes mencionado nos refiere de cuatro funciones básicas de la familia como son la biológica, económica, cultural y psicológica (Camacho, 2004).

A. Función biológica. Es la reproducción y el derecho a la vida, donde los progenitores tienen como función cuidar la salud, seguridad y educación de sus hijos (Camacho, 2004).

B. Función económica. Son los ingresos económicos que genera la familia para poder cumplir los gastos básicos y las inversiones (Camacho, 2004).

C. Función cultural. Se les brinda algunas enseñanzas que serán útiles para su vida y su desarrollo moral, espiritual y social (Camacho, 2004).

D. Funciones psicológicas. La familia tiene que brindar afecto, protección y comunicación para pretender una buena salud mental y así evitar algunos conflictos internos y externos (Camacho, 2004).

La familia tiene diversas funciones que se cumplen a través de sus roles, de esta manera buscan satisfacer las necesidades de los miembros, brindándoles seguridad, afecto, educación, estabilidad económica, entre otros. Además, cuando cumplen con los roles que se le designa a cada miembro, tendrán como resultado una familia funcional donde desarrollan su autonomía, mejorará la socialización y la responsabilidad, asimismo se estará construyendo la personalidad de cada uno de ellos.

2.2.4 Influencia de la familia en la personalidad

Para Ortega (1987), “la colectividad social junto la comunidad familiar contribuyen al ambiente ideal para desarrollar la personalidad del individuo” (p. 112).

Por tanto, el núcleo familiar tiene una función importante en la construcción de la personalidad. Además, influye de una manera directa y duradera en sus integrantes. En el transcurso de su vida, este actúa como un agente modulador en su entorno, dependiendo del funcionamiento familiar que tiene, es por ello que cada integrante familiar contribuye con el

ejercicio o el desarrollo de sus funciones, y se logra que puedan expresarse y desarrollarse individualmente **(**Guibert y Torres, 2001).

Para el individuo, la familia transmite amor, satisfacción, apoyo y bienestar, pero también trae insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad, donde esta situación nos puede provocar alteraciones emocionales, desequilibrio y distintas enfermedades (Louro, 2003).

Por su parte, Nardone, Gianotti y Rocchi (2003) señalan que la familia es el eje principal de la vida donde se desarrolla vínculos afectivos, además Cava y Musitu (2004) mencionan que la familia nos enseña valores, creencias, normas y diversas conductas. Asimismo, señalan que de acuerdo con el tipo y rango de funcionamiento familiar se desarrollarán diversos rasgos y/o estilos de personalidad.

La personalidad se desarrolla a través de la socialización, donde el niño capta las diferentes manifestaciones de su entorno como son las actitudes, los valores y las costumbres del entorno. Es así como los progenitores realizan una función educadora importante, ya que brindan información sobre las actitudes y valores adecuados para la comunidad familiar. Los padres deben respetar la privacidad, sentimientos, opiniones, autonomía e independencia para la toma de decisiones de sus hijos y les transmita una estabilidad emocional (Morales, 2010, como se citó en Guzmán)

La familia es la fuente de aprendizaje y medio de socialización. Cuando uno de los miembros experimenta alguna situación de felicidad, tristeza o irritabilidad, es la familia encargada de orientarlo y guiarlo de tal forma que fortalezca su personalidad. Por el contrario, si los individuos tienen una inadecuada relación y no cuenta con el apoyo familiar se puede generar algunos comportamientos inapropiados que afecta a la personalidad y al núcleo familiar.

De esta manera podemos afirmar que los vínculos de la familia terminan siendo trascendentales en la construcción de la identidad y personalidad del sujeto.

2.2.5 Funcionamiento familiar

El término en mención es utilizado para denotar la vivencia dentro de la familia, así también para identificar los conflictos, roles y la resolución de conflictos para las dificultades en el hogar.

Definimos como el funcionamiento de la familia "como el vínculo que se da entre la estructura de la familia y los niveles y tipos de comunicación, los afectos, las valoraciones cotidianas, mitos existen en los subsistemas" (Ortiz, 2013, p. 9).

En ese sentido, la capacidad de funcionalidad familiar está dada por la relación entre los afectos que surgen de la cohesión y las condiciones individuales para adaptarse a los cambios (adaptabilidad) con la finalidad de solucionar las situaciones problemáticas (Olson, 1985).

Asimismo, el ciclo de vida familiar se realizan variaciones en los roles y se enfrentan a diversas situaciones, es ahí en la cual quieren lograr un equilibrio para la tranquilidad de los miembros.

Así mismo, encontramos otras definiciones importantes para nuestro estudio:

La funcionalidad de la familia tiene que ver con la manera de enfrenta y supera distintos problemas que se presentan, donde el individuo perteneciente a una familia cumple con una función de acuerdo con su edad, además tener un buen funcionamiento familiar nos conserva con buena salud (Ortega, Fernández y Osorio, 2003).

La funcionalidad de la familia está relacionada con el nivel de satisfacción de los integrantes, el cual está conformado por la adaptación, participación y afecto (Moreno et, al 2012).

De lo anteriormente expuesto se concluye que el funcionamiento en el hogar está relacionado con el afecto entre cada uno de sus integrantes y su manera de afrontar los conflictos, lo cual los hace únicos y diferentes antes la sociedad. Suele ocurrir que en situaciones donde no existe armonía entre los miembros hay una probabilidad que se genere ciertas dificultades en el vínculo y su estructura, repercutiendo en el comportamiento de cada miembro.

2.2.5.1 Principales modelos teóricos del funcionamiento familiar

A. El modelo general de sistemas. En palabras de Ludwig Von Bertalanffy en 1937, explica la funcionalidad de los subsistemas mediante lo planteado en su teoría George Friedrich Hegel, también denominada teoría general de sistemas. Además, define que la familia se comunica con los integrantes y con su comunidad. En ese sentido, su interacción es ordenada y jerarquizada, de esta manera se puede identificar los subsistemas dentro de la familia. Además, Von Bertalanffy refiere que el sistema familiar debe ser entendido como un colectivo de la sociedad (Quintero, 1997).

Los principios básicos para analizar la dinámica familiar son los siguientes: a) totalidad es el vínculo entre los integrantes que conforman la unidad básica de la sociedad. Por ejemplo, como un niño interactúa con su núcleo familiar y viceversa de esta manera se puede modificar la organización y el desarrollo familiar. b) Equifinalidad está referido a como núcleo familiar mantiene su interacción con el entorno, sus normas, límites y jerarquías es así como mantiene la estabilidad y conservación de su identidad. Es un sistema abierto que está constantemente cambiando de información con su entorno, es primordial que sea adaptable para permanecer vivo, cuidar la salud y la formación de nuevos sistemas familiares. Cada familia crea y comparte sus propios ritos, creencias y costumbres con la finalidad que interactúen sus integrantes. d) Retroalimentación consiste en comprender el sistema dentro

de su entorno, es necesario regularizar las respuestas ante los estímulos del exterior, pretende mantener su homeostasis interna, la cual conserva la identidad de la familia. e) La centralización es quien asume la autoridad del empoderamiento en la familia (Quintero, 1997).

B. Teoría estructural de Salvador Minuchin. Esta teoría resalta el valor de la estructura y la relación entre los integrantes que viven en un hogar, donde se establece el cómo, cuándo, dónde y con quien se relacionan los individuos. Esta estructuración tiene como fin estabilizar la conducta del sistema familiar (Moreno, 2014).

Para Minuchin, la familia es una estructura con canales de comunicación abiertos, los cuales están en constante evolución, frente a ello se buscan nuevas estrategias para fortalecer el vínculo y la comunicación llegando a fortalecer el crecimiento de cada miembro de la familia (Eguiluz, 2004)

b.1 Los subsistemas. Están conformado por los vínculos afectivos entre sus miembros y se clasifican en los subsistemas conyugales, parentales y filiales, los cuales tienen diferentes funciones (Moreno, 2014)

b.1.1 Subsistema conyugal. Este dado por la unidad y autoridad que ejerce la pareja, cumplen con un rol y la función de apoyarse mutuamente en las necesidades, intereses y deseos de cada uno (Moreno, 2014).

b.1.2 Subsistema parental. Está conformada por la pareja e hijos y cada padre tiene un rol para el cuidado de los hijos donde deben desarrollar el vínculo afectivo y su autonomía. Además, aprenderán a expresar sus necesidades e ideas (Moreno, 2014).

b.1.3 Subsistema filial. Está conformado por los hermanos, en este subsistema los hermanos más pequeños deben aprenden a apoyar, cooperar, divertirse, competir y resolver

diversos problemas según la interacción que tienen con los hermanos mayores (Moreno, 2014).

b.2 Los límites. Es el contacto entre la familia y su mundo exterior, este regulariza la comunicación entre los subsistemas y permite que puedan desarrollar sus funciones adecuadamente. Los tipos de límites que son rígidos, claros o difusos (Moreno, 2014).

b.2.1 Límite rígido. Este tipo de limite se caracteriza porque en los subsistemas hay una mínima comunicación que genera en sus integrantes un menoscabo en su compromiso y pertenencia, formando familias desligadas o separadas (Moreno, 2014).

b.2.2 Límite difuso. En este límite existe una constante comunicación entre los subsistemas, en el cual los hijos son dependientes de los padres esto trae como consecuencias la dificultad de relacionarse con su entorno. Asimismo, no cuentan con un espacio íntimo, ya que su prioridad es la familia y no cuentan con un orden para interactuar (Moreno, 2014).

b.2.3 Límite claro. Está caracterizado por una comunicación adecuada entre los subsistemas y cada miembro de la familia es independiente, tienen una relación muy cercana y apoyo constaste de la familia (Moreno, 2014).

b.3 La alianza y coaliciones. En este sentido, podemos mencionar sobre la dimensión alianza a esa relación entre dos o más integrantes del núcleo familiar en pro de intereses o cuerdos previos sin importar la edad o el sexo. Por otro lado, a diferencia de la coalición que consiste en un conflicto con uno de los miembros de la familia (Moreno, 2014).

b.4 La jerarquía. Consiste en que los adultos tienen la autoridad para establecer y se cumplan las normas establecidas de esta manera puedan desarrollar y mantener una buena relación emocional. Podemos encontrar a los padres permisivos que no tienen las normas establecidas, no tienen control de sus hijos y prefieren evitar conflictos también a los padres

autoritarios ellos tienen normas muy establecidas y son estrictos esto genera como consecuencia la deficiencia de la relación afectiva (Moreno, 2014).

La teoría de Minuchin tiene como fin principal modificar la estructura familiar en las diversas etapas del ciclo vital, además es importante establecer los límites, roles, funciones y jerarquías entre miembros de la familia. Se debe tener un grado de flexibilidad para adaptar algunas situaciones y etapas de desarrollo del individuo, de esta manera logramos mejorar la relación y comunicación.

C. El Modelo Circumplejo de David Olson. A finales de los setenta luego de realizar el análisis de la teoría y terapia familiares se identifican dos dimensiones en la dinámica familiar que son los siguientes: cohesión y adaptabilidad. Entendemos que la cohesión está relacionada al vínculo emocional y la adaptabilidad al rol y cambios que se realizan en la familia (Olson et, al 1979).

Dentro de las variables de adaptabilidad y cohesión hay un equilibrio fluido se le llamada morfogénesis que significa cambio y el morfostasis, que significa estabilidad dentro de estos fluidos es la comunicación que nos permite generar habilidades relacionadas con la empatía, escucha activa y el apoyo entre los miembros, esto nos permite compartir las necesidades, diferencias y sentimientos de la familia y tener un buen funcionamiento familiar es ahí que nace el modelo Circumplejo (Olson et, al 1979).

Funciones de la familia según el Modelo Circumplejo de Olson

a) Apoyo mutuo. Se caracteriza por los roles, vínculos emocionales y apoyo en diversas situaciones como lo físico, económico, social y emocional entre los miembros de la familia. Además, comparte diferentes actividades entre ellos (Aguilar, 2017).

b) Autonomía e independencia. Esta función es importante para que la familia logre el desarrollo personal de cada miembro, los roles que se les designaron deben ser claros y

definidos que ayuda a los integrantes a socializar dentro y fuera de la familia (Aguilar, 2017).

c) Reglas. Esta función se debe caracterizarse por normas estables y flexibles para así poder realizar alguna modificación en caso suceda algún evento manifiesto o sobreentendidos (Aguilar, 2017).

d) Adaptabilidad a los cambios de ambiente. En este componente, el núcleo familiar pasa por diversas variaciones y los integrantes del hogar se va adaptando a las situaciones como lo económico, social, cultura, entre otros. Es, por ello, que la familia se va reconstruyendo en cada situación con la finalidad de fortalecer su funcionamiento familiar (Aguilar, 2017).

e) La familia se comunica entre sí. Esta función es importante porque permite estar en constante comunicación es ahí donde se va fortaleciendo los vínculos emocionales y construyendo un buen funcionamiento familiar (Aguilar, 2017).

En el modelo tenemos las dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar.

c.1* C*ohesión familiar. Caracterizado por el nivel de integración en los individuos del hogar en el cual se analiza por la relación afectiva, los límites, el tiempo, interés y creación que tiene el núcleo familiar. Además, encontramos cuatro niveles que son los siguientes:

c.1.1 Cohesión desligada. Se caracteriza por la primacía del "yo", demuestra una extrema distancia afectiva, falta de compromiso familiar, tienen una mínima interacción y afecto, en ocasiones realizan actividades en familia, pero prefieren hacer actividades recreativas individuales y así mismo cada uno toma sus decisiones (Olson et, al 1979).

c.1.2 Cohesión separada. Se refiere al tipo de cohesión donde prima el "yo" y un "nosotros", consta de una mínima unión, comparten un tiempo mínimo con la familia, tienen una cierta lealtad entre los miembros, prefieren realizar actividades individualmente y los intereses que tienen son diferentes (Olson et, al 1979).

c.1.3 Cohesión Conectada. En este tipo de cohesión prima el "nosotros" y el "yo", es el lazo emocional e intereses comunes, la familia se involucra con más frecuencia respetando la privacidad de cada integrante, los límites son claros, realizan algunas actividades familiares, las decisiones lo toman todos los miembros, tienen intereses comunes y los amigos de los miembros interactúan con la familia (Olson et, al 1979).

c.1.4 Cohesión amalgamada. En este tipo de cohesión prima el "nosotros", refieren que tienen un vínculo emocional fuerte y son unidos, no logran tener un tiempo y espacio privado, comparten tiempo con la familia y las decisiones e intereses lo realizan de manera conjunta (Olson et, al 1979).

c.2 Adaptabilidad familiar. Es la capacidad familiar para corregir sus componentes estructurales, roles y funciones con la situación que se presente y examina la capacidad de liderazgo, autorregulación, disciplina, roles y reglas. Además, tiene cuatro niveles que son los siguientes (Olson et, al 1979).

c.2.1 Adaptabilidad caótica. Se caracteriza porque el núcleo familiar no tiene un buen liderazgo y son muy flexibles, la disciplina no es estricta, las decisiones de los padres son importantes, los roles no son claros y las reglas cambian constantemente (Olson et, al 1979).

c.2.2 Adaptabilidad flexible. Familia caracterizada por un liderazgo igualitario y en ocasiones permiten cambios, la disciplina es más severa, los roles son divididos entre todos los miembros y suele flexibilizar las reglas. Además, se realizan modificaciones siempre en cuando sea necesario (Olson et, al 1979).

c.2.3 Adaptabilidad estructurada. La familia presenta un liderazgo es absorbente, los progenitores imponen sus puntos de vista, las actividades de sus miembros ya están prestablecidos con anterioridad y en ocasiones se comparten y las reglas se deben ejecutar y solo en ocasiones se deben cambiar (Olson et, al 1979).

c.2.4 Adaptabilidad rígida. Este tipo de adaptabilidad se muestra un liderazgo autoritario y el control lo tienen los progenitores, la disciplina es rígida, las decisiones que se toman se les comunica, las funciones de cada uno de los individuos son estrictos y las reglas se deben cumplir y no se puede realizar cambios (Olson et, al 1979).

c.3 Rangos. El rango se obtiene a partir de la cohesión y adaptabilidad donde encontraremos 16 tipos de familia y se clasificara en el rango balanceado, medio y extremo (Olson et, al 1979).

c.3.1 Rango Balanceado. Es el rango más adecuado y donde se desarrollan relaciones afectivas que facilitan a los individuos del núcleo familiar la capacidad de adaptación en diferentes situaciones y con una adecuada comunicación (Olson et, al 1979).

c.3.1.1 Flexible-separada. Este rango consta de liderazgo igualitario que permite realizar ciertos cambios, no tienen intereses comunes, pero les agrada pasar el tiempo (Olson et, al 1979).

c.3.1.2 Flexible-conectada. En este punto la disciplina es rigurosa, los puntos de vistas de sus miembros son respetadas estén de acuerdo o no y lo primordial es compartir tiempo en familia (Olson et, al 1979).

c.3.1.3 Estructurada-separada. Este rango de liderazgo varía entre ser dictador y ser democrático que establecen los padres hacia los hijos y son claros y deben ser leales a la familia (Olson et, al 1979).

c.3.1.4 Estructurada-conectada. En este rango los progenitores imponen sus puntos de vista, la disciplina suele ser democrática, pasar tiempo en familia es muy importante, cuidan la privacidad de cada miembro, son leales y tienen una cercanía emocional con la familia (Olson et, al 1979).

c.3.2 Rango medio. Tienen algunas dificultades con las dimensiones que usualmente

son ocasionadas por el estrés (Olson et, al 1979).

c.3.2.1 Caótica-separada. En este tipo de rango, la disciplina es mínima y trae consecuencias, tienen una mínima expresión de afecto hacia los miembros de la familia y se involucra mínimamente (Olson et, al 1979).

c.3.2.2 Caótica-conectada. En este rango, las funciones no son claras y es importante respetar las actividades privadas de cada miembro sin dejar de compartir actividades en familia (Olson et, al 1979).

c.3.2.3 Rígida-separada. Este rango se caracteriza porque los padres son los líderes y tienen control familiar, comparten actividades comunes, respetan la privacidad de cada miembro y es poco usual que participe un amigo en actividades familiares (Olson et, al 1979).

c.3.2.4 Rígido-conectada. En este tipo de rango familiar las reglas se cumplen estrictamente y no hay cambios, las decisiones se realizan entre todos los miembros y los acuerdos y beneficios se basan en la familia (Olson et, al 1979).

c.3.2.5 Rígido-desligada. En lo concerniente a este rango podemos mencionar que las reglas en ocasiones pueden cambiar, comparten funciones y roles, la familia se relaciona mínimamente ya que las necesidades y gustos son diferentes (Olson et, al 1979).

c.3.2.6 Flexible-amalgamada. El rango en mención permite realizar cambios y cada uno depende de cada miembro (Olson et, al 1979).

c.3.2.7 Estructurada-desligada. En este rango se evidencia que los padres toman las decisiones, comparten en ocasiones actividades familiares y tienen un vínculo afectivo distante (Olson et, al 1979).

c.3.2.8 Estructurada-amalgamada. Este rango establece que las reglas se deben cumplir estrictamente. En ocasiones muy importantes se puede realizar cambios, no logran tener un adecuado vínculo afectivo (Olson et, al 1979).

c.2.3 Rango extremo. Este tipo de funcionalidad de la familia es menos adecuado (Olson et, al 1979).

c.2.3.1 Caótica-desligada. En este tipo de rango existen constantes cambios en las reglas, las determinaciones de los progenitores suelen ser vehementes y tienen cierta distancia afectiva entre los miembros (Olson et, al 1979).

c.2.3.2 Caótica-amalgamada. La característica predominante de este rango es la ausencia de una disciplina adecuada, las reglas están establecidas y las decisiones son realizadas en grupo con las indicaciones que realizan los padres (Olson et, al 1979).

c.2.3.3 Rígido-desligada. En este rango, los roles están establecidos, los progenitores imponen sus puntos de vista, tienen poca interacción y los intereses de los miembros son diferentes (Olson et, al 1979).

c.2.3.4 Rígido-amalgamada. Finalmente, en este acápite la disciplina es estricta, y por la ausencia para compartir tiempo en familia (Olson et, al 1979).

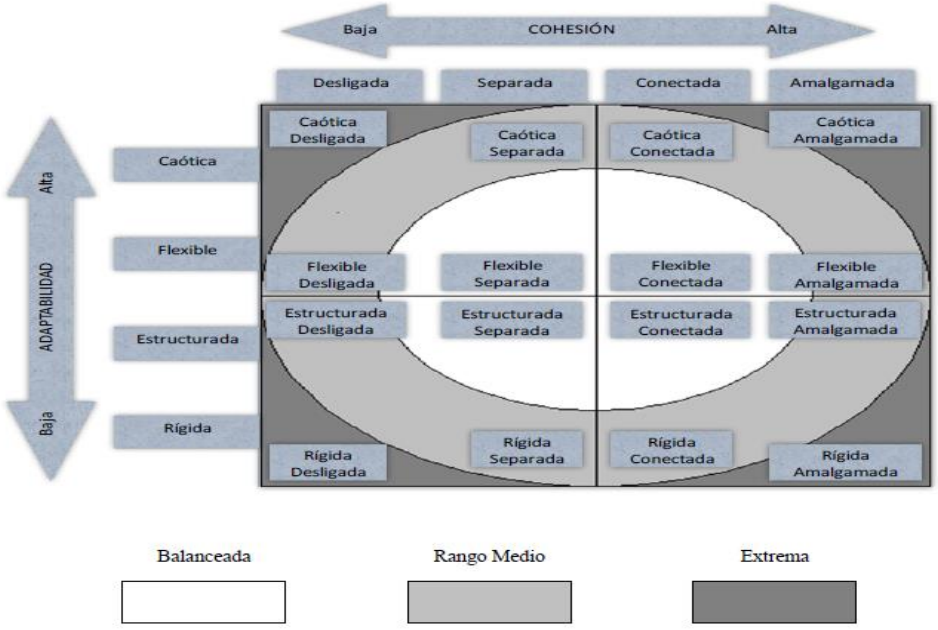


Figura 1. Modelo Circumplejo de Olson-FACES III. *Nota:* Los ejes representan las dimensiones de cohesión y flexibilidad y a partir de ellos se genera la clasificación de los dieciséis tipos familiares.

El Modelo Circumplejo de Olson nos facilita realizar un diagnóstico familiar basada en la perspectiva sistémica que nos ayuda para realizar una intervención integral, además considera que la comunicación es primordial para fortalecer el vínculo emocional y las diversas estrategias para adaptarse a diversas situaciones que se les presente. Asimismo, es muy necesario explicar a la familia sobre la importancia que tiene el funcionamiento de sus miembros y por los procesos que pasan.

2.2.6 Definición de la personalidad

Theodore Millon define la personalidad como "un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona" (Millon, 2006, p. 2).

La personalidad está constituida por patrones de conductas, emociones y pensamientos que realiza el individuo para adaptarse a diversas situaciones cotidianas (Moreno, 2007). Asimismo, se define que la personalidad se caracteriza por tener patrones de pensamientos, sentimientos y conductas que los diferencian de los demás individuos y persevera mucho tiempo (Moreno, 2007).

La personalidad presenta diversas características predominantes del individuo, que no tiene un determinado tiempo, excepto cuando se presenta un suceso muy impactante que pueda modificar y conlleve a una personalidad disfuncional. Además, debemos entender que la personalidad es la esencia de cada individuo (Fleist y Feist, 2007).

Asimismo, la personalidad es un patrón que se desarrolla mediante la interacción entre percepción, atención, cognición, emoción, afecto, acción y conducta a través de las experiencias e interacciones de esta manera se forma la personalidad (Izquierdo, 2002).

A modo de conclusión puedo decir que la personalidad con el pasar del tiempo varía en definiciones, en ese sentido podemos decir que es un patrón de conducta que incluye pensamientos, sentimientos y emociones de un individuo ante situación que se le presenta, que nos diferencia de los demás individuos y ayuda adaptarse a la sociedad.

2.2.6.1 Teoría de la personalidad

En el transcurso del tiempo se desarrollaron diversas teorías de personalidad en la cual se explica la personalidad en diferentes enfoques.

A. Psicoanálisis clásico. El psicoanalista Sigmund Freud menciona que hay tres estructuras de personalidad que son los siguientes: el *ello* se refiere a los procesos primarios y el proceso del placer que debe ser satisfecho inmediatamente, ya que está relacionado con la libido. El *yo* es lo racional y lo consciente del individuo esto ayuda a adaptarse a la sociedad y pueda enfrentar ciertas dificultades. El *superyó* constituye los límites que tiene la sociedad y donde se desarrolla la culpa. Además, menciona las cinco etapas psicosexuales para el desarrollo de la personalidad que son los siguientes: la etapa oral, anal y fálica, esto sucede los primeros cinco años de vida a diferencia de la etapa latencia que es la calma frente a los impulsos sexuales y finalmente es la etapa genital que son los cambios fisiológicos esto ocurre en la adultez (Cloninger, 2003).

B. Teoría Personológica de los Rasgos. Para Gordon Allport, la personalidad es "la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente" (p. 221). Además, Allport comenta que los rasgos son principales para la personalidad que es posible estudiar de madera ideográfica que significa rasgos individuales y nomotética que viene hacer los rasgos comunes, para tener evidencias de los rasgos se toma en cuenta las siguientes fuentes como los siguientes: lenguaje, conducta, documentos y cuestionarios. Al hablar de rasgos, mencionamos los rasgos

cardinales son muy generales y vienen a ser los actos que influyen a la persona, los rasgos centrales son más comunes y se observa en su comportamiento y los rasgos secundarios son pocas ocasiones que se sucede (Cloninger, 2003, p. 221).

Además, Allport menciona que la personalidad se desarrolla a través del *proprium* que son las etapas de la personalidad donde se forma una sola unidad y se va desarrollando durante la vida y las etapas son los siguientes: **a) El sentido corporal** describe lo corporal, **b) la autoidentidad** conoce su nombre entre otros, **c) la valoración del yo** es la autoestima y se siente orgullo de sus logros, **d) las extensiones del yo** son las posesiones personales, **e) la autoimagen** reconocer lo malo y lo bueno y promueve las metas, **f) el agente racional** es la manera cómo afronta la vida, **g) la lucha propia** es la motivación y al que conoce ósea su manera de ser. Finalmente, Allport indica que el recién nacido no tiene personalidad, ya que aún no encuentra el mundo donde vivirá a diferencia de la herencia es importante para la personalidad ya que se logra observa en la infancia y consta de actividades y emociones, Además el desarrollo de la personalidad no se investigó y en enfoque de Allport es ecléctico (Cloninger, 2003).

C. Teoría Cognoscitiva del Aprendizaje Social. Albert Bandura es líder del enfoque cognitivista del aprendizaje social, antes esto se menciona que el aspecto cognitivo es la capacidad más importante del ser humano y que conforma la personalidad.

Asimismo, desarrolló su teoría basándose a las creencias y expectativas que tiene el individuo de su entorno y las llamo cognición, además argumentó que los niños son influenciados por conductas que observa de su alrededor ya sea por adultos en la vida real o por la televisión, es por ello, que propuso cuatro procesos de aprendizaje que son los siguientes: a) la atención significa que es lo que desea aprender y las diversas formas que aprenderá (atractivos). b) La retención es importante que lo aprendido no se le olvide y

podemos utilizar la imaginación y el lenguaje y podemos utilizar el aprendizaje kinestésico. c) La reproducción significa que debemos comprobar lo que se aprendió y d) la motivación es el motivo el por qué aprendieron y la promesa que hacen. Además, menciona que el determinismo recíproco viene a ser la influencia que se encuentra entre la persona, ambiente y conducta (Cloninger, 2003).

D. Teoría Centrada en la Persona. Carl Rogers se basó en la teoría de la motivación personal que llevan a los individuos a la realización. Es, por ello, que Rogers se centró en el análisis del individuo frente a su desarrollo personal; motivado por la tendencia de superación el cual está determinado por los factores externos. Para una mayor descripción de la teoría se tomó a una persona sana, la cual sería una persona plenamente funcional. Esta terapia centrada en el individuo destacó tres factores para asegurar el éxito de dicha terapia: a) el aprecio positivo incondicional consiste cuando el paciente se siente aceptado, b) la congruencia es la interacción entre el paciente y psicoterapeuta, c) la comprensión empática que consta de comprender la experiencia. Finalmente, esta teoría puede medirse empíricamente, es decir, que su análisis se da en el campo práctico (Cloninger, 2003).

E. Psicología Humanista y la Jerarquía de las Necesidades. Podemos mencionar lo siguiente: fisiológicas, de seguridad, sociales de amor y de pertenencia, de estima y de autorrealización. Es, por ello, que las cuatro primeras etapas refieren que la persona jerarquiza sus necesidades desde componentes fisiológicas, de crecimiento, hasta la etapa de la autorrealización. Maslow solicita que se interesen más en los valores humanos (Cloninger, 2003).

Las teorías de la personalidad son muy importantes para comprender los procesos y características psicológicas de manera individual y colectiva, nos facilita a comprender, describir, explicar, predecir y realizar algunas mejoras en la personalidad del individuo.

2.2.7 Patrones clínicos de la personalidad

Millon los define como estilos de personalidad que se clasifican en tres niveles como leve, moderado y severo, los individuos tienen algunos rasgos de la personalidad que expresan ciertas dificultades en la conducta, pensamiento y sentimientos. Asimismo, los patrones de personalidad están relacionados con los trastornos de personalidad (Millon, 1999).

Tenemos once patrones de personalidad que se encuentra en el Eje II y son los siguientes (Millon, Davis y Millon, 2007):

A. Esquizoide (escala 1). Se caracteriza por la tendencia a ser apáticos, desganados, distantes, no se integran a la sociedad, falta de deseo y no experimenta el placer ni el dolor intenso. Asimismo, sus emociones y necesidades son mínimas y no experimentan la sensación de recibir una recompensa y afecto (Millon, Davis y Millon, 2007).

B. Evitativo (escala 2A). Este tipo de individuos presenta la tendencia a estar alerta y preparado ante situaciones de peligro, son desconfiados con las personas de su entorno, controlan sus impulsos y deseos afectivos, de esta manera evitan tener dolor y angustia que anteriormente ya experimentaron y prefieren retirarse y tener una distancia interpersonal (Millon, Davis y Millon, 2007).

C. Depresivo (escala 2B). Este patrón se caracteriza porque los sujetos tienen una tendencia a manifestar una rendición y hartazgo por el entorno, así mismo el no poder recuperar algún momento la alegría y esté presente el dolor (Millon, Davis y Millon, 2007).

D. Dependiente (escala 3). Este tipo de personalidad presenta la tendencia a que otras personas les brinden protección, seguridad y consejos ante diversas situaciones. Asimismo, esperan que otros decidan por ellos y se someten a cumplir los deseos de un tercero para

mantener su afecto, esto se debe a que tuvieron padres sobreprotectores (Millon, Davis y Millon, 2007).

E. Histriónico (escala 4). Este acápite hace referencia a los individuos que tiene una tendencia a ser el centro de atención, evitan la indiferencia de su entorno, suele demostrar seguridad y confianza en sí mismos, con el objetivo de ocultar el miedo a la independencia y su lucha por ser aceptado y aprobado y, por último, buscan afecto y aprecio en su entorno (Millon, Davis y Millon, 2007).

F. Narcisista (escala 5). Los individuos que puntúan dentro de esta escala presentan tendencia a ser egoístas y sobrevalorarse esperando que su entorno reconozca lo especial que es y puede exigir extremadamente a su entorno en diversas situaciones para su beneficio propio (Millon, Davis y Millon, 2007).

G. Antisocial (escala 6A). Los sujetos que se hallan circunscritos dentro de esta categoría suelen presentar una tendencia afrontar las expectativas de dolor y las agresiones de terceros inventando situaciones para su beneficio propio, no comparte las opiniones de su entorno, desea ser autónomo, su aspiración es de venganza y recompensa de la situación que sucedieron. Finalmente, son irresponsables, impositivos y deshonestos con su entorno (Millon, Davis y Millon, 2007).

H. Agresivo (sádico) (escala 6A). Las personas quienes son predominantes de este patrón suelen tener una tendencia a ser hostiles, abusivos, dominantes y sienten placer al humillar y violar sus derechos y los sentimientos de los demás. Pueden realizar roles que son aprobados por la sociedad de esta manera ocultan sus malas intenciones (Millon, Davis y Millon, 2007).

I. Compulsivo (escala 7). Los sujetos presentan una tendencia a ser amenazados para aceptar las indicaciones, suele actuar de manera prudente y perfeccionista con temor de

ser rechazado por la sociedad. Suelen contener sus resentimientos y mostrarlo como un conformismo, asimismo, controlan sus sentimientos de rebeldía e ira y se logra tener una pasividad que en ocasiones se le hace difícil controlarlos porque siente que todo tiene límite (Millon, Davis y Millon, 2007).

J. Negativismo (pasivo-agresivo) (escala 8A). Las personas que se encuentran en este acápite presentan una tendencia a tener conflicto al momento de decidir entre las recompensas que le ofrecen lo que ellos mismos desean y esta es la lucha constante en su vida diaria, experimentan con frecuencia ciertas dudas entre el desafío, la obediencia y la posición agresiva. Demuestran una conducta de ira de manera inesperada y es acompañada en ciertos momentos por la culpa y la vergüenza (Millon, Davis y Millon, 2007).

K. Autodestructivo (escala 8B). Finalmente, los sujetos con estas características presentan la tendencia agudizar su dolor y angustia recordando sus experiencias desagradables, su forma de actuar es de manera muy humilde e inferior ante una persona con el fin de obtener algún beneficio y es fóbico al placer y manifiesta una tendencia de auto culpa frustrando sus logros potenciales con toda la intención (Millon, Davis y Millon, 2007).

Los patrones antes mencionados afectan a las personas en diversas situaciones de su vida y lo manifiestan con algunos patrones marcados, es por ello, que debe asistir a intervenciones psicológicas consecutivas y en ocasiones pueda necesitar apoyo de ciertos medicamentos.

2.2.7.1 Ámbito estructurales y funcionales de los prototipos de personalidad

Según Millon, el planteamiento integral implica que la personalidad es multireferencial, quiere decir que la personalidad debe ser evaluada de manera ecléctica y se debe estudiar los componentes de funcionalidad y estructuralidad del sujeto (Millon, Davis y Millon, 2007).

Tabla 1

Ámbitos funcionales y estructurales de la personalidad.

Ámbito funcional	Ámbito estructural
Nivel comportamental	
Comportamiento observable Comportamiento interpersonal	
Nivel fenomenológico	
Estilo cognitivo	Autoimagen Representación objétales
Niveles intrapsíquicos	
Mecanismo de defensa	Organización morfológica
Nivel biofísico	
	Estado de ánimo/ Temperamento

Nota. Los criterios diagnósticos se diferencian en función del nivel de datos que son los siguientes: Comportamental, fenomenológico, intrapsíquicos y biofísico.

a. ***Ámbitos funcionales.*** Se refiere a los procesos de comportamiento social y cognitivo, y al mecanismo inconsciente que maneja, coordina, controla la acción y reacción de la vida. Encontramos cuatro ámbitos que se describen a continuación (Millon, Davis y Millon, 2007).

a.1 Comportamiento observable. Son hechos que se perciben en el comportamiento y se van registrando cómo se comporta el individuo, que es lo demuestra involuntariamente y que es lo que quiere que su entorno piense de él o ella, esto nos proporciona una información clínica muy valiosa (Millon, Davis y Millon, 2007).

a.2 Comportamiento interpersonal. Es la manera como se relaciona el individuo con su entorno, cómo sus acciones afectan a los demás, ya sea con intención o no, así como las estrategias que pueda realizar para que puedan satisfacer sus necesidades y la forma de cómo enfrentar los conflictos de esta forma en el aspecto clínico pueden construir imágenes como el individuo se relaciona con su entorno de manera respetuosa, aversiva, antagonista, entre

otros. Asimismo, encontraremos este aspecto en el nivel comportamental (Millon, Davis y Millon, 2007).

a.3 Estilo cognitivo. Es como el individuo centra su atención, codifica y procesa la información, organiza sus pensamientos y la manera de ordenar y comunicar sus reacciones e ideas a otros. Además, observaremos las características que tiene y como se sintetiza los signos y síntomas del individuo de esta manera será posible identificar en que estilo se encuentra: Empobrecido, pensamiento distraído o caprichoso, etc. Y este estilo se encuentra en el nivel fenomenológico (Millon, Davis y Millon, 2007).

a.4 Mecanismos de defensa. Son derivados del nivel intrapsíquicos como el mecanismo de autoprotección, gratificación de necesidades y solución de problemas que pueden ser reconocidos de manera consciente a diferencias de otros mecanismos que son complicados para distinguir y describir, para poder evaluar necesitamos analizar los problemas centrales y las regulaciones psicodinámicas del sujeto (Millon, Davis y Millon, 2007).

b. Ámbitos estructurales. Se refiere a los recuerdos, actitudes, necesidades, miedos, conflictos que están arraigadas en el sujeto y que son duraderas. Tiene un carácter preventivo en el comportamiento inadecuado y de las estructuras de desadaptativos de la persona. Encontramos cuatro aspectos estructurales de la personalidad y son los siguientes: (Millon, Davis y Millon, 2007).

b.1 Autoimagen. Este punto refiere que los individuos comprenden quienes son, pero no son conscientes de su claridad, precisión y complejidad que tiene cada individuo, tienen ciertas diferencias y tienen experiencias cambiantes (Millon, Davis y Millon, 2007).

b.2 Representaciones objétales. Son las experiencias impactantes que genera un rasgo interno compuesto por recuerdos, actitudes y afectos que son la base para actuar en

diversas situaciones estos hechos nos ayuda analizar el aspecto clínico utilizando algunos términos como denominación de superficialidad, irritabilidad, indiferencia, entre otros (Millon, Davis y Millon, 2007).

b.3 Organización morfológica. Hace mención a la fuerza como una estructura, a la consistencia interna y al funcionamiento idóneo de la persona. Las características a cada uno de los prototipos de personalidad la cual describimos como inmaduros y desligados (Millon, Davis y Millon, 2007).

b.4 Estado de ánimo/temperamento. Consiste en que las emociones extremas tienen más facilidad para describirlas a diferencia de los ánimos y sentimientos más sutiles la cual ocurre con más frecuencia en el individuo. Lo relacionamos con la teoría que suelen ser significativos con los extremos referidos a la actividad-pasividad o de placentero-doloroso (Millon, Davis y Millon, 2007).

Tabla 2

Expresiones de los trastornos de personalidad en los diferentes niveles y ámbitos de la personalidad.

	Nivel comportamental		**Nivel fenomenológico**			**Niveles intrapsíquicos**		**Nivel biofísico**
Ámbito / Trastornos de personalidad	**Comportamiento observable**	**Comportamiento interpersonal**	**Estilo cognitivo**	**Autoimagen**	**Representaciones Objétales**	**Mecanismo de defensa**	**Organización Morfológica**	**Estado de ánimo/ temperamento**
Esquizoide	Impasible	Desvinculado	Empobrecido	Autosuficiente	Escasas	Intelectualización	Indiferenciada	Apático
Evitativo	Ansioso	Aversivo	Distraído	Alineada	Vejatorias	Fantasía	Frágil	Angustiado
Depresivo	Abatido	Indefenso	Pesimista	Inútil	Abandonadas	Ascetismo	Disminuida	Melancólico
Dependiente	Incompetente	Sumiso	Ingenuo	Inepta	Inmaduras	Introyección	Rudimentaria	Pacifico
Histriónico	Dramático	Buscador de atención	Frívolo	Gregaria	Superficiales	Disociación	Inconexa	Inconstante
Narcisista	Arrogante	Explotador	Expansivo	Admirable	Artificiales	Racionalización	Espuria	Despreocupado
Antisocial	Impulsivo	Irresponsable	Desviado	Autónoma	Degradadas	Impulsividad actuación	Indisciplinada	Insensible
Agresivo (Sádico)	Precipitado	Áspero	Dogmático	Combativa	Perniciosas	Aislamiento	Tendente a la erupción	Hostil
Compulsivo	Disciplinado	Respetuoso	Constreñido	Escrupulosa	Ocultas	Formación reactiva	Compartimentada	Solemne
Negativista	Resentido	No cooperador	Escéptico	Descontenta	Vacilantes	Desplazamiento	Divergente	Irritable
Autodestructivo	Abstinente	Deferente	Inseguro	Desmerecedora	Desacreditadas	Exageración	Invertida	Disfórico

Nota. Resumen general de los niveles y ámbitos de la personalidad.

2.2.7.2 Teoría de la Personalidad de Theodore Millon

En la década del 60, Millon realizo la construcción de su teoría donde incluye las estructuras biológicas y la repercusión del entorno. El cual la denomina la Teoría de Aprendizaje Biosocial, cuyo rol principal es las diversas formas del aprendizaje (Morales de Barbenza, 2003).

Para desarrollar la teoría propuesta por Millon, se basaron en tres preguntas fundamentales que son las siguientes preguntas: ¿qué refuerzo busca la persona?, ¿dónde los puede ubicar? y ¿qué acciones debe realizar para obtenerlo?, luego se desarrollaron las tres dimensiones (Millon, 1998)

La teoría se genera de acuerdo con la interacción ambiental y orgánica, la primera interacción se realiza desde los primeros años de vida hasta el último día, algunas personas que tiene un parecido en lo biológico tienen diversas personalidades y síndromes esto depende de las situaciones vividas, además se puede dar la posibilidad o limitar las experiencias y el aprendizaje de un individuo (Millon, 1998).

Millon menciona las siguientes dimensiones: actividad-pasividad esto indica que el individuo toma iniciativa en diversas situaciones, el placer-dolor se refiere que la motivación ayuda a realizar actividades agradables y alejarse de situación de desagradables y por último la distinción sujeta-objeto que somos nosotros mismos (Millon, 1998)

Asimismo, para Millon, los individuos buscan tener placer y evitar el dolor la cual lo llama como refuerzo que lo encontramos en uno mismo y en otros individuos, después de ello presenta las tres polaridades:

- ✓ El cómo de la conducta instrumental, que implica la actividad-pasividad
- ✓ El dónde de la fuente del refuerzo si es él mismo estimulo (independiente) y si es otro (dependiente).

- ✓ El qué de la naturaleza de refuerzo, el cual varía entre lo placentero y lo doloroso.

Por otro lado, después de revisar las dimensiones, esto se deriva a los ocho patrones de personalidad básicos y se incluye en relación con el componente natural (placeres contra dolores), la fuente (sí interior en contra posición con lo exterior) y la conducta instrumentalizada (actividad en oposición con la pasividad), en caso se realice la unión de estas dimensiones se puede desarrollar un trastorno de personalidad severa (Millon, 1998)

La idea del refuerzo viene a ser la recompensa, satisfacción o placer esto permite desarrollar la bipolaridad y dos puntos importantes como el ambivalente y el desligado que se relaciona con la búsqueda de reforzadores (Morales de Barbenza, 2003).

Millon alude que existen ochos estilos de personalidad (Morales de Barbenza, 2003).

Tabla 3

Estilos de personalidad

	Fuentes de refuerzo			
	Sí mismo-otros	Si mismo u otros	Ni el sí mismo ni otros	
	Estilos de personalidad			
Conducta instrumental	independiente	dependiente	ambivalente	desvinculados
Activo	enérgico	sociable	susceptible	inhibido
Pasivo	seguro	cooperativo	deferentes	introvertido

Además, se buscó reformular la teoría manteniendo los principios de aprendizajes biosocial con el fin de establecer su modelo y mencionar cuatro fases para el desarrollo de la personalidad. Asimismo, ayudó a formular el modelo de carácter evolutivo y ecológico dentro de ello tenemos a la existencia, adaptación, replicación, abstracción (Morales de Barbenza, 2003).

a. *Existencia.* Es la promoción y constancia de nuestra vida donde utilizamos el placer y el dolor, busca la satisfacción y evita situaciones negativas y busca un equilibrio emocional (Morales de Barbenza, 2003).

b. *Adaptación.* Consiste en encontrar la bipolaridad de la actividad y pasividad, se trata de una acomodación pasiva y la modificación activa para la supervivencia que se inicia desde los 12 meses hasta los 6 años (Morales de Barbenza, 2003).

c. *Recopilación*. Consiste en el amor hacia sí mismo y por los demás, encontramos la bipolaridad en sí mismo-otros (Morales de Barbenza, 2003).

d. *Abstracción.* Es la capacidad del individuo en manejar los hechos y datos de la realidad (Morales de Barbenza, 2003).

En ese sentido Millon, en su libro *Personality disorders in modern life,* comenta que la teoría de la personalidad debe ser integradora y de manera holística, esto quiere decir que se debe considerar la conducta, emociones, pensamientos y otros conflictos del individuo. La personalidad se debe analizar desde diferentes perspectivas (Morales de Barbenza, 2003).

2.2.7.3 Trastornos de Personalidad según Theodore Millon.

Millon hace mención que los aprendizajes erróneos y de las disfuncionalidades, son alteraciones en la personalidad que están centradas en la ansiedad callada y son consecutivas, así como frustraciones constantes y conflictivas que afectan a muchos individuos que son considerados como trastornos leves y que son parte de la vida del hombre. Por ello, las alteraciones de la personalidad son rasgos marcados que llega a afectar a la vida del individuo con diversas consecuencias. Además, se puede obtener tres niveles de gravedad que son los siguientes: Leve, moderada y grave (Sánchez, 2003)

Por ello, presenta los prototipos básicos de personalidad, donde manifiesta la personalidad de tipo evitativo y esquizoide deriva del esquizotípico cuando llega a ser de

gravedad, de esta manera sigue describiendo los prototipos de la personalidad (Sánchez, 2003).

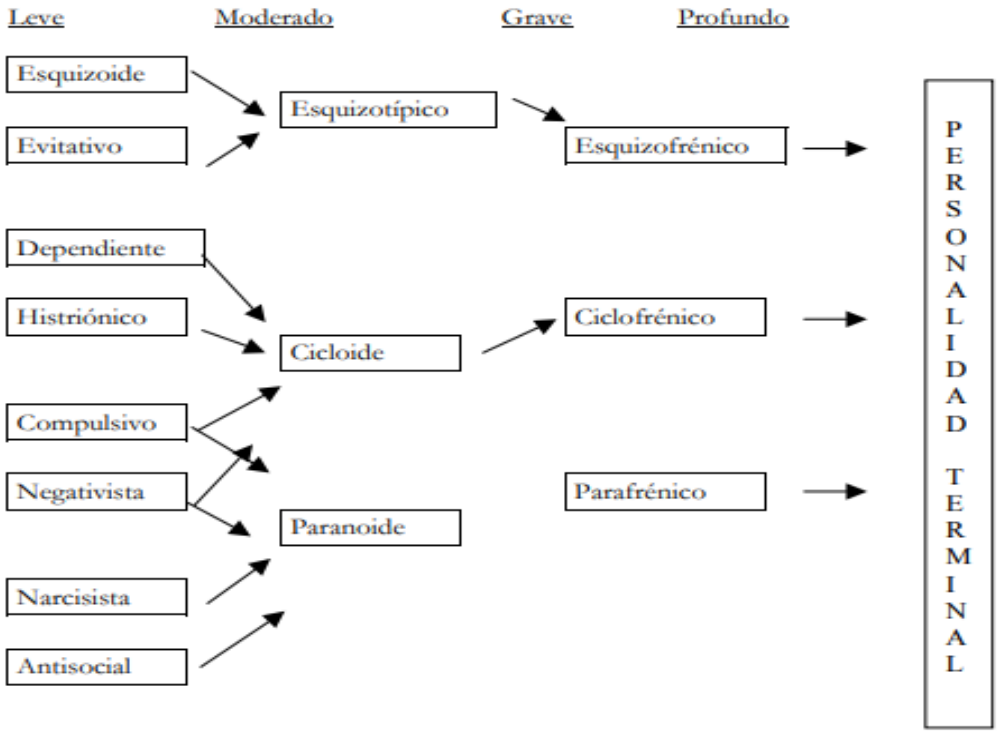


Figura 2. Modelo de la descomposición de los prototipos de la personalidad en casos severos. *Nota*: Se muestra las etapas de la personalidad, desde el nivel leve hasta el grave, por ejemplo, que la personalidad de tipo esquizoide y evitativo derivan en un estilo esquizotípico cuando llegan al nivel de gravedad. Tomada de Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología, p. 165.

Es así como Millon explica sobre los prototipos de la personalidad de la siguiente manera: personalidad asocial llamada esquizoide, evasiva como esquizoide, sumisa llamada inadecuada, histriónica como histérica, narcisista fue incluida por Millon, agresiva llamada antisocial, resignada llamado obsesivo-compulsivo y por último negativista llamada como explosivo y pasivo (Sánchez, 2003).

Para establecer los ochos prototipos de la personalidad indicó que están relacionados con su entorno, es así como menciona sobre los individuos normal que logran adaptarse y

brindan respuestas a su entorno y los individuos con personalidades patológicas muestra conductas severas y no logran adaptarse al entorno (Sánchez, 2003).

Para poder mejorar la teoría, se revisó el DSM-III-R es ahí donde se integró los trastornos sádico y masoquista, posteriormente lo excluyeron, pero a diferencia Millon lo considera parte del trastorno de personalidad. Posteriormente, se realizó el estudio del DSM-IV donde agregó un desorden depresivo de personalidad, pero el DSM-IV sigue estudiando (Sánchez, 2003)

Se menciona qué modelo evolutivo se encarga de la estructuración de los componentes integrativos de la persona y se considera que dichos trastornos se desarrollan con actividades de la vida diría, esto nos conlleva al placer versus dolor y cómo el individuo se adapta o adapta al medio (pasivo vs activo) y busca las estrategias para enfrentarlas donde se utiliza otros-uno mismo) (Cardenal et. al, 2007).

Las alteraciones en los componentes de la personalidad son situaciones comunes donde el individuo tiene deficiencia, desequilibrios o ciertas dificultades en su entorno a esto se llama funcionamiento desadaptativo (Sánchez, 2003).

Existen tres polaridades que se caracterizan en placer-dolor, pasivo- activo, otro-sí mismo; en ese sentido dichos criterios son de mucho beneficio en la clasificación de la patología de la personalidad, así podemos explicar la estructuración y los estilos de la identidad personal es así como los siguientes: la personalidad deficiente tiene dificultad en integrar sus polaridades, por ejemplo, la personalidad esquizoide tiene una dificultad en experimentar el placer y el dolor.

Además, Millon menciona que la naturaleza interactiva del sistema multiaxial es una perspectiva integrativa se basa en el Eje I, Eje II y Eje IV relacionado a los síndromes clínicos, trastornos de personalidad y estresores psicosocial (Cardenal et. al, 2007).

Según la perspectiva integradora, la personalidad viene hacer multideterminada y multireferencial, esto quiere decir que se debe analizar desde otras perspectivas. Además, es necesario estudiar los ámbitos funcionales y estructurales; es, por ello, que los trastornos de personalidad están basados a su teoría y se describe de la siguiente manera: comportamiento observable, comportamiento interpersonal, estilo cognitivo, mecanismo de defensa, autoimagen, representaciones objétales, organizaciones morfológicas y el estado de ánimo-temperamento. Es así que se llegó a la conclusión que los ámbitos funcionales y estructurales son muy importantes de observar y analizar en las diversas perspectivas psicológicas, lo cual ayudaría en la intervención psicológica y se les brindaría diversas alternativas para enfrentar situaciones que se le presente.

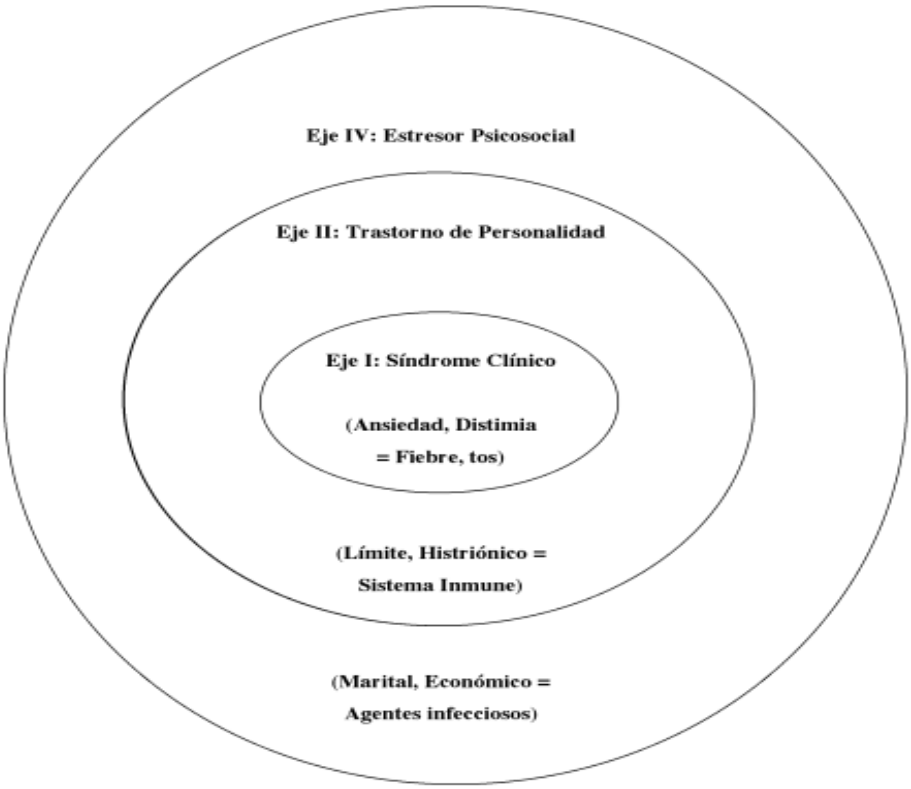


Figura 3. Naturaleza interactiva del sistema multiaxial. *Nota:* Millon para su teoría enfatizo el eje I y eje II y el eje IV. Tomado de Trastorno de la personalidad. Más allá del DSM-IV.

2.2.8 Trastornos de personalidad según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS IV)

Los trastornos de personalidad son estables y rígidos en las experiencias internas y el comportamiento del individuo que afecta a su entorno y familia, están clasificados en tres grupos: Los del grupo A se caracterizan por ser excéntricos; del B, dramáticos y emocionales; por último, los del C, ansiosos o temerosos (DSM –IV, 2002).

Asimismo, las características generales para el diagnóstico son los siguientes: estables y rígidos en las experiencias internas y va afectando en el comportamiento del individuo, el entorno, familia y en las diferentes áreas como lo cognitivo, afectivo, en la actividad interpersonal o el control de sus impulsos, que debe afectar como mínimo dos áreas. Los patrones son constantes y en el transcurso del tiempo va afectando a su vida personal y social, se puede diagnosticar en la etapa de la adolescencia e inicios. Finalmente, "se debe descartar alguna enfermedad como el consumo de sustancias y algunas situaciones médicas" (DSM –IV, 2002, p. 766).

Es así como los trastornos de personalidad pertenecen al Eje II que consta de uno o más patrones que son duraderos en la vida del individuo a diferencia del Eje I que se presenta en alguna etapa de la vida suelen ser manejables con algunas intervenciones psicológicas y psiquiátricas.

2.2.8.1 Trastornos de la personalidad: Grupo A

Son individuos que se caracterizan por ser excéntricos y desconfiados, además tienen dificultad para entablar conversaciones con su entorno, son tímidos, fríos y poco racionales.

2.2.8.1.2 Trastorno de la personalidad paranoide 301.0 (F60.0)

Los individuos que padecen este trastorno son muy desconfiados, piensan que serán lastimados por su entorno, tienen dificultad en establecer amistades porque piensan que los

traicionan y son sensibles a las críticas. El género que tiene más prevalencia es el de los varones, ya que están más propensos a ser etiquetadas clínicamente como trastorno de la personalidad paranoide.

La prevalencia es del 0.5 y 2.5 % de la población con dicho trastorno, además el 10 - 30 % se encuentran en hospitales psiquiátricos y 2-10 % están de forma ambulatoria (DSM-IV, 2002)

Características diagnósticas

A.1 Afirman que su entorno les hará algún daño o los van a engañar sin tener alguna prueba que lo compruebe.

A.2 La mayoría del tiempo están preocupados sobre la lealtad de sus amigos y de la sociedad, está constantemente buscando pruebas minuciosas y llega a hostigar a su entorno, en caso de que observe que sus amigos o su familia son leales se sorprende demasiado y va aumentando las ideas que lo lastiman.

A.3 Temen que la información que les comparta a sus amigos o familia lo utilicen para lastimarlo, evitan contestar preguntas muy personales.

A.4 En las situaciones, dejen entrever alguna situación que sea desagradable o amenazante.

A.5 Guardan mucho rencor y no olvidan alguna ofensa o desprecio que creen haber pasado ya que están muy alertas a las malas intenciones de su entorno.

A.6 Cuando se sienten amenazados o en peligro suele contestar con rapidez ya que están muy alertas de los hechos de su entorno porque sienten que le lastimaron.

A.7 Son personas extremadamente celosas y desconfían de su pareja mencionando que le es infiel sin tener una prueba alguna, pero puede crear pruebas para confirmar dicha

infidelidad y de esta manera obtener el control de su pareja además realiza constantes preguntas el que realizó durante el día.

No podemos diagnosticar cuando los patrones de conducta aparecen en otras alteraciones mentales tales como la esquizofrenia, ansiedad o depresión o efectos fisiológicos respecto a la neurología (DSM-IV, 2002).

2.2.8.1.2 Trastorno de la personalidad esquizoide 301.20 (F60.1)

Los individuos que padecen este trastorno prefieren realizar sus actividades solos, no expresan sus sentimientos, no suelen tener sentido del humor y en ocasiones parecen distraídos, no presta atención a los hechos que suceden en su entorno. Con estas características en ocasiones se les dificulta encontrar trabajo.

Características diagnósticas

A.1 Los individuos diagnosticados con este trastorno no tienen interés en tener intimidad, no les interesa iniciar relaciones personales y no soy expresivos con su familia y amigos.

A.2 Les agrada pasar el tiempo solos y con frecuencia realizan actividades solitarias ya que no desean interactuar con otras personas.

A.3 Tienen una preferencia a los juegos abstractos como los videojuegos, entre otros que se realicen de manera individual.

A.4 Escaso interés en tener experiencias sexuales, además evitan tener sensación de experiencias sensoriales, corporales o interpersonales.

A.5 No logran tener amigos íntimos, pero tienen un familiar muy cercano que pertenecen al primer grado.

A.6 No les interesa las opiniones de su entorno sobre el mismo.

A.7 Prefieren mantener distancia con su entorno y suelen no responder de manera adecuada. Además, son pocos expresivos con su entorno en algunas situaciones cuando se siente muy cómodo comparte alguna expresión agradable en un tiempo corto.

No se puede diagnosticar cuando los patrones de conducta aparecen en cuadros clínicos compatibles con esquizofrenia, trastornos depresivos o efectos fisiológicos respecto a la neurología (DSM, 2002).

2.2.8.1.3 Trastorno de la personalidad esquizotípico 301.22 (F21)

Los individuos que padecen este trastorno prefieren realizar sus actividades solos, expresas muy pocos sus sentimientos, no suelen tener sentido del humor y en ocasiones parecen distraídos, no prestan atención a su entorno y en el aspecto del lenguaje tienen algunas dificultades en las palabras que no se logra entender eso les trae dificultad en encontrar trabajo. La prevalencia es de un aproximado de 0.3 % de la población (DSM-IV, 2002).

Características diagnósticas

A.1 Son individuos que tienen ideas de referencia, son supersticiosos por hechos paranormales ajenos de su realidad, llegan a sentir que tienen poderes especiales para anticipar situaciones y el poder de leer pensamientos de su entorno.

A.2 Tiene una alteración perceptiva como estar viendo a una persona o escuchar una voz y las frases u oraciones que utiliza son extrañas e incoherentes.

A.3 Las respuestas que realiza son concretas o abstractas.

A.4 Son celosas y tienen ideas paranoicas, por ejemplo, piensan que sus compañeros comentan situaciones desagradables a su jefe.

A.5 No lograr manejar el aspecto afectivo y las habilidades de interacción y cuando lo realizan es de manera inadecuada.

A.6 Son considerados individuos excéntricos por su comportamiento poco común como la manera de vestirse, la falta de atención a las situaciones cotidianas por ejemplo compartir unas bromas con sus amigos y evitar contacto visual con la ropa mal planchada entre otros.

A.7 Cuando se encuentran con personas desconocidas son muy ansiosos, en caso se presenta la oportunidad de poder interactuar lo realiza por un determinado tiempo corto.

Recordemos que no podemos diagnosticar cuando los patrones de conducta aparezcan en el trascurso trastorno mental esquizofrenogeno, trastorno depresivo o efectos fisiológicos respecto a la neurología o un trastorno generalizado del desarrollo (DSM-IV, 2002).

2.2.8.2 Trastornos de la personalidad: Grupo B

Los sujetos que pertenecen al grupo B, buscan insistentemente captar la atención, son muy emotivos en su día a día.

2.2.8.2.1 Trastorno de la personalidad antisocial 301.7 (F60.2)

Las personas que padecen esta patología suelen ser dominantes, tienen un rechazo a los derechos y deberes que deben cumplir, suelen ser crueles, sádicos, violentos y no sienten culpa. Para realizar un diagnóstico es necesario que cumplan 18 años y como mínimo tres criterios de diagnóstico.

La prevalencia de este cuadro clínico en la población general es el 3 % son hombres y el 1 % son mujeres (DSM-IV, 2002).

Características diagnósticas

A.1 No logran respetar y acoplarse a las normas legales de la sociedad, es por ello que realizan robos, destruyen propiedades privadas entre otros.

A.2 Usualmente no les agradan los deseos, derechos y sentimientos de las personas y tiene la facilidad de engañar y manipular.

A.3 Son personas impulsivas con dificultad de planificar el futuro y actúan sin pensar las consecuencias que pueden suceder, por ejemplo, no dejar de consumir alcohol.

A.4 Son irritables y agresivos pueden llegar a los golpes como llegar a maltratar a su pareja e hijos y no muestran preocupación sobre la seguridad de la sociedad.

A.5 Llegan a consumir drogas y a tener comportamientos sexuales que son muy peligrosos, son individuos irresponsables, por ejemplo, pueden conducir con una velocidad muy alta entre otros.

A.6 Las consecuencias de no ser responsable como el despido de su trabajo constantemente y no tener remordimientos por los actos que realizan (DSM-IV, 2002, p. 784).

2.2.8.2.2 Trastorno de la personalidad límite 301.83 (F60.3)

Las personas que padecen esta patología suelen ser dramáticos, inestables, sensibles o erradicar dependientes, las conductas autodestructivas y realizar tareas con este diagnóstico son complicados.

La porción de personas que sufren el trastorno de personalidad límite en la población global es del 2 %, el 10 % pertenecen atendidos en forma ambulatoria y el 20 % se encuentran internados en centros psiquiátricos (DSM-IV, 2002)

Características diagnósticas

A.1 Son individuos inestables en los aspectos interpersonales, de autoimagen y de la afectividad. Además, son sensibles a los sucesos de su entorno en caso perciban un rechazo o la pérdida de algo importante para ellos, lo que les ocasiona cambios en su autoimagen,

afecto, cognición y comportamientos. Temen a ser abandonados, esto puede ocasionar autolesiones o intentos de suicidio y cuando se presenta algún cambio sienten mucha ira.

A.2 Tienen un patrón de inestabilidad e intensidad, los individuos con este diagnóstico idealizan a sus parejas o algún familiar que se ocupen de ellos compartiendo muchas cosas íntimas y tiempo, pero en el momento que la persona no le preste atención inmediatamente los devalúa.

A.3 Alteración en la identidad caracterizada por la constaste inestabilidad de la autoimagen, los cambios repentinos y dramáticos son notorios, por ejemplo, cambian sus objetivos, valores, amistades y metas profesionales. Además, llegan al punto de suplicar ayuda y de vengarse de algún suceso que paso con la persona, las cuales pueden ocasionarles problemas en el aspecto personal, académico o laboral.

A.4 Tienen impulsos que les afecta peligrosamente como apostar dinero, no controlan los gastos que realiza, consumen diversas sustancias, practican sexo no seguro o conducen con mucha velocidad.

A.5 Manifiestan constantemente diversos comportamientos, intentos o amenaza de suicidio estos son hechos que se manifiestan con un 8 a 10 %, los actos de automutilación que son los cortes o quemaduras son más frecuentes ya que realizan en un momento apresurado por temor a la separación o rechazo además sienten placer al realizarlo. Es necesario aclarar que las amenazas e intentos son frecuentes y es el motivo principal para asistir a tratamiento.

A.6 En ocasiones presentan una inestabilidad afectiva como disforia episódica intensa, ansiedad o irritabilidad que suele durar horas o varios días. El ánimo básico de tipo disfórico es detenido por episodios de ira, angustia o desesperación.

A.7 Expresan una ira inapropiada e intensa y tienen dificultad de controlarla, demuestran sarcasmo extremo o expresiones verbales. En ocasiones, la ira es ocasionada cuando sienten que la persona que se encarga de ellos muestra poco interés o los abandona y sienten pena, culpa y que son malos.

A.8 En algunos momentos, atraviesan un estrés extremo, hay una probabilidad que se presenten ideas paranoicas de corta duración o síntomas disociativos que son causados por un abandono real o imaginario que tiende a durar minutos o horas, luego los síntomas disminuyen cuando reciben ayuda de la persona que los apoya (DSM-IV, 2002).

2.2.8.2.3 Trastorno de la personalidad histriónica 301.50 (F60.4)

Las personas que padecen esta patología se definen porque exageran su expresión, emociones y tienden a ser muy manipuladores a través de las amenazas o los intentos de suicidio. Asimismo, sienten que las personas no los aman y buscan la manera para ser el centro de atención utilizando la seducción. La prevalencia del trastorno de la personalidad histriónica es 2 al 3 % en la población general y el 10 al 15 % asisten al centro de salud mental (DSM-IV, 2002, p. 797)

Características diagnósticas

A.1 Los individuos con este diagnóstico no logran estar cómodos o se sienten desvalorizados cuando no le prestan atención suficiente.

A.2 Son vigorosos, dramáticos y les agrada llamar la atención, les agrada conocer a nuevas personas y demostrar que son seductores. Sin embargo, estas cualidades van disminuyendo e inician realizando diversas actividades como contar historias, contar chistes entre otros con el fin de ser nuevamente el centro de atención.

A.3 Son muy provocadores y seductores con personas que les produzca una atracción sexual o romanticismo y ellos piensan que es una oportunidad para las relaciones sociales, laborales y profesionales.

A.4 Las expresiones emocionales son de manera superficial y están en constaste cambios, además les interesa mucho utilizar su apariencia para captar la visión de los demás.

A.5 La manera de expresarse es subjetiva con una expresión dramática, suelen ser vagos y no son claros es por ello, que no se logra comprender lo que quiere expresar con exactitud.

A.6 Son dramáticos, teatrales y tienen una expresión excesiva de la emoción, por ejemplo, abrazan a las personas que recién conocen, sollozando constantemente algunas situaciones o momentos de mal genio y sus emociones duran un corto tiempo, esto ocasiona que finjan sus sentimientos.

A.7 En sus opiniones y sentimientos son muy influenciados por su entorno, en ocasiones pueden brindar mucha confianza especialmente con autoridades pensando que ellos les pueden solucionar todos sus problemas.

A.8 Consideran a las personas que interactuaron, en algunas ocasiones, como mejores amigos (DSM-IV, 2002 p. 795).

2.2.8.2.4 Trastorno de la personalidad narcisista 301.81 (F60.81).

Los individuos con el trastorno narcisista sienten que su entorno debe estar pendiente de ellos, sus relaciones interpersonales suelen ser conflictivas y no suelen ser empáticos con su entorno. Además, el inicio del desarrollo de este trastorno es en la etapa adulta. La prevalencia que tiene la patología narcisista en la población global es del 1 % de personas diagnosticadas (DSM-IV, 2002 p. 799).

Características diagnósticas

A.1 Tienen la sensación de ser grandiosos y muy importantes, suelen exagerar en sus capacidades y cualidades.

A.2 Creen que son superiores y únicos, además esperan que su entorno opine los mismo y que puedan compararlos con las personas que tengan talentos o sean únicos como ellos.

A.3 Su autoestima es alta, esto depende con quien se está relacionando usualmente son personas con cargos muy importantes como los siguientes: médicos, abogados, docentes entre otros y piensan que los pueden contratar en algún trabajo.

A.4 Deben estar en constante atención y admiración de su entorno, porque puede afectar a su autoestima y piensan constantemente si están realizando bien las cosas y como su entorno lo observa.

A.5 Piensan que deben ser muy bien atendidos, en caso no suceda se sienten enojados y confundidos, por lo que está sucediendo.

A.6 Ausencia de sensibilidad para los deseos y necesidades de su entorno y aceren de tener empatía (DSM-IV, 2002, p. 799).

2.2.8.3 Trastorno de la personalidad: Grupo C

2.2.8.3.1 Trastorno de la personalidad evitativo 301.81 (F60.81)

Las personas diagnosticadas con la patología evitativo tienen una baja autoestima, temor al rechazo de su entorno, pocas amistades y evitan participar en eventos nuevos por temor de pasar alguna situación vergonzosa. El inicio de este trastorno es en la etapa de la adultez. La proporción de personas que padece este trastorno son adultos con el 1 % y el 10 % asisten a los centros de salud mental (DSM-IV, 2002, p. 805).

Características diagnósticas

A.1 Evitan tener contacto interpersonal por temor a las críticas, desaprobación o rechazo y pueden rechazar grandes oportunidades por temor a experimentar nuevas situaciones.

A.2 Evitan formar nuevas amistades y suelen no participar en actividades de grupo solo en ofertas repetidas o apoyo generoso.

A.3 En la intimidad personal no tienen seguridad, tienen represión y dificultad para hablar de sí mismos.

A.4 Se preocupan mucho de ser criticados o rechazados en eventos sociales y piensan que pueden detectar las reacciones de su entorno, son tímidos, callados, inhibidos, ya que tienen temor que los rechacen, no aceptan bromas y en algunas actividades desean participar, pero siempre está presente el temor.

A.5 Se sienten inferiores y tienen baja autoestima la inseguridad que tiene es notoria y es difícil de entablar un diálogo.

A.6 Piensan que son ineptos, que no son interesantes y se sienten inferiores a los demás, piensan que es mejor no involucrarse. En caso tengan un trabajo laboral por su temor pueden rechazar (DSM-IV, 2002, p. 803).

2.2.8.3.2 Trastorno de la personalidad dependiente 301.6 (F60.7)

Las personas diagnosticadas con la patología dependiente permiten que los demás tomen decisiones por ellos, no tienen confianza en sí mismos, son sumisos, tienen temor a quedarse solos y priorizan las necesidades del otro antes que la suya. El inicio de esta patología dependiente se da en la adultez y es el más frecuente en la población.

Características diagnósticas

A.1 Tienen dificultad para tomar sus propias decisiones, suelen realizar preguntas desde lo más sencillo a lo complicado, necesitan ser orientados y aceptados por su entorno más cercano.

A.2 Son pasivos y permiten que su entorno (una persona) tome las decisiones por ellos, por ejemplo, con qué ropa se cambiarán, dónde trabajarán, quiénes son sus amigos y qué harán en su tiempo libre y entre otros.

A.3 Tienen dificultad en expresar sus pensamientos por el temor que los dejen o nieguen su pedido.

A.4 No tienen una confianza suficiente; es, por ello, que piden ayuda de una persona para lograr diversas actividades y se definen como ineptos.

A.5 Se someten a diversas actividades que les ha indicado la otra persona, pese a que no están de acuerdo.

A.6 Se sienten incómodos o abandonados en el momento que están solos, ya que suelen estar siempre al lado de la otra persona, en ocasiones son muy tediosos cuando quieren estar al lado de la persona. Si terminan una relación, inmediatamente están buscando a otra persona para que se sienta protegido y apoyado de esa manera no se sentirán solo.

A.7 Para considerar a una persona dependiente sus preocupaciones excesivas deben estar bien sustentadas y válidas (DSM-IV, 2002).

2.2.8.3.3 Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo 301.4 (F60.5).

Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo esta preocupados por el orden, son perfeccionistas y flexibles. Se inicia en la etapa adulta y se debe recibir tratamiento para controlar esos patrones. La prevalencia en la población general es del 1 % y entre el 3 al 10 % acuden al centro de salud mental (DSM-IV, 2002, p. 812).

Características diagnósticas

A.1 Les agrada controlar las reglas, rituales, protocolos, horarios y listas, son demasiados cuidadosos y suelen repetirlas en caso detectan algún error.

A.2 Son perfeccionistas, en situaciones o actividades que no salga como ellos desean sienten una gran molestia y lo realizan nuevamente porque piensan que es un desorden.

A.3 Se dedican mucho al trabajo y son muy productivos, muchas veces se les olvida las actividades recreativas y opinan que es una pérdida de tiempo, y lo postergan frecuentemente. Además, son tercos y rígidos en temas de morales, éticos o axiológicos y respetan a las autoridades y las normas estrictamente en caso comenten algún error son muy crueles con sus palabras hacia sí mismo.

A.4 Evitan deshacerse de los objetos ya gastados y sustentan que luego lo puedan necesitar más adelante y se enojan cuando alguien lo quiere hacer.

A.5 Son muy directos al momento de indicar tareas, les agrada que realicen todo lo que se les indica y que las personas se adapten a su ritmo, suelen dar instrucciones de manera detallada para que lo realicen cómo se acostumbra y no tolera sugerencias ni ofertas piensan que son los únicos que lo harán de la manera que correcta.

A.6 Suelen ser tacaños y avaros piensan que se debe administrar el dinero con mucho cuidado para prevenir situaciones de urgencias.

A.7 Son rígidos y tenaces, cuando planifican algunas actividades se debe realizar como lo planteo no acepta cambios estén de acuerdo o no su entorno (DSM-IV, 2002).

2.3 Definición de Términos Básicos

2.3.1 Funcionamiento familiar

Es la cualidad que tiene el núcleo familiar con el objetivo principal de lograr cierta estabilidad, orden y unión ante las situaciones de la vida cotidiana (Villareal y Paz, 2017).

2.3.2 Patrones de personalidad

Constan de once escalas básicas de las alteraciones o patologías de personalidad consignadas en la prueba clínica MMCI-III, donde se explica los diferentes niveles como leve, moderado y grave; para ello se toma en cuenta el carácter y la personalidad más constante y profundos del individuo para poder identificar las dificultades personales e interpersonales; debemos observar la forma de relacionarse con su entorno, conductas, pensamiento y sentimientos desadaptativo. En caso muestre un nivel grave es probable que se diagnostique con un trastorno de personalidad (Millon, 1999).

2.3.3 Cohesión

Son los lazos que tiene el núcleo familiar, donde se observa la unión o distancia que tienen entre ellos al momento de compartir actividades, juegos lúdicos, amigos y la toma de decisiones (Estrada y Mamami, 2020).

2.3.4 Adaptabilidad

Es la habilidad del núcleo familiar para enfrentar los cambios en la estructura, roles o reglas ante diversas situaciones entre ellas está el estrés (Sánchez et. al, 2011)

2.3.5 Personalidad

Es un patrón complicado con características muy marcadas y que lo realizan de manera inconsciente que son reflejadas en los distintos aspectos del individuo, estos pueden surgir por la manera cómo percibe, siente, piensa, afronta y comporta el individuo frente a su entorno (Millon, 2006).

2.3.6 Trastorno de la personalidad

Es un modelo duradero por una experiencia interna y de la conducta que es causada por alguna experiencia poco frecuente del individuo, que se manifiesta poco a poco un

deterioro de sus capacidades cognitivas durante la adolescencia o la adultez temprana (DSM, 2018)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Identificación de las Variables de Investigación

3.1.1 Definición conceptual

a. Funcionamiento familiar

Se define con la relación entre los integrantes del hogar, donde se observa los lazos emocionales entre ellos y la autonomía que tiene cada individuo en la familia es conocida como la cohesión familiar, además se observa la habilidad de adaptarse a diversos cambios como los roles y reglas en la vida cotidiana es conocida como la adaptabilidad familiar (Chávez, Limaylla, y Maza, 2018).

b. Patrones clínicos de la personalidad

Consiste en once escalas que abarcan los diferentes trastornos de personalidad del instrumento de creado por Theodore Millon MMCM III, el cual describe niveles que abarcan desde una categoría leve a una categoría moderada se síntomas. Además de vincularlo con el carácter profundo y persistente que contravienen las diferencias de las personas (Millon, 1999).

3.1.2 Definición operacional

Título preliminar: Funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de Psicología de un hospital de Ayacucho, en el 2021.

Variable del estudio

- ✓ Funcionamiento familiar
- ✓ Patrones clínicos de la personalidad

Conceptualización de la variable funcionamiento familiar

Es la relación de los miembros de la familia, donde se observa los lazos emocionales entre ellos y la autonomía que tiene cada individuo en la familia es conocida como la cohesión familiar, además se observa la habilidad de adaptarse a diversos cambios como los roles y reglas en la vida cotidiana es conocida como la adaptabilidad familiar (Chávez, Limaylla, y Maza, 2018).

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Cohesión	Vinculación emocional	11, 19, 1, 17	✓ Escala de Likert
	Límites familiares	7, 5	
	Tiempo y amigos	9, 3	
	Intereses y recreación	13, 15	
Adaptabilidad	Liderazgo	6, 8	
	Control	12, 2	
	Disciplina	4, 10	
	Roles y reglas	8, 16, 20, 14	

Conceptualización de la variable patrones clínicos de la personalidad

Consiste en 11 escalas que abarcan los diferentes trastornos de personalidad del instrumento de creado por Theodore Millon MMCM III, el cual describe niveles que abarcan desde una categoría leve a moderada de síntomas. Además de vincularlo con los atributos caracterológicos profundos y persistentes que contravienen las diferencias personales e interpersonales (Millon, 1999).

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Patrones clínicos de la personalidad	Esquizoide (1)	4,10,27,32,38,46,48,57,92,101,105, 142,148,156,165 y 167.	✓Escala dicotómica
	Evitativo (2A)	18,40,47,38,57,69,80,84,99,127,141,146,148,151,158 y 174.	
	Depresivo (2B)	20,24,25,43,47,87,86,112,123,133, 142,145,148,151 y 154.	
	Dependiente (3)	16,35,45,47,56,73,82,84,94,108,120,133,135,141,151 y 169.	
	Histriónico (4)	10,12,21,24,27,32,48,51,57,69,80,88,92,99,123,127 y 174	
	Narcisista (5)	5,21,26,31,35,38,40,47,57,67,69,80,84,85,86,88,93,94,99,116,141,144,159 y 169.	
	Antisocial (6A)	7,13,14,17,21,38,41,52,53,93,101,113,122,136,139,166 y 172.	
	Agresivo (sádico 6B)	7,9,13,14,17,28,33,36,39,41,49,53,64,79,87,93,95,96,116 y 166.	
	Compulsivo (7)	2,7,14,21,29,41,53,59,72,82,97,101,114,137,139,166 y 172.	
	Negativista (pasivo-agresivo;8A)	6,7,15,22,36,42,50,60,79,83,98,115,122,126,133 y 166.	
	Autodestructivo (8B)	18, 19,24,25,35,40,43,70,90,98,104,122,148,161,169	

3.2 Clasificación de la Investigación

3.2.1. Enfoque de investigación

El estudio corresponde a un enfoque cuantitativo y el instrumento primordial es la recolección de datos con la finalidad de llegar a diversas conclusiones y plantear hipótesis. Se tiene como requisito principal que debe tener instrumentos estandarizados para realizar el estudio estadígrafo e instaurar diversas pautas y teorías (Hernández et al., 2014).

3.2.2. Diseño de investigación

El estudio presenta un diseño no experimental-transversal, entendemos que en el diseño está referida con la observación de los hechos que suceden a diario para luego analizarlos. Además, el diseño transversal consta en recoger información (datos) en un momento determinado establecido con el fin de detallar e interrelacionar la incidencia de las variables de análisis (Hernández et al., 2014).

3.2.3. Nivel de investigación

El estudio realizado es de nivel correlacional-causal que explica la relación las variables en un periodo establecido, describe la relación y las causas de las variables y se va registrando lo observado (Hernández et al., 2014)

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Es un conjunto de diferentes casos y que tengan ciertas características predeterminadas y son partes de un universo o colectivo (Hernández et al., 2014). En ese sentido la población a investigar estuvo formada por 300 usuarios mayores de edad que acuden al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho.

3.3.2. Muestra

Es entendida como el subgrupo de una población o universo, el cual es sujeto de estudio para la obtención de los datos propios para las variables analizadas (Hernández et al., 2014)

La muestra de esta investigación estaba conformada por 169 usuarios mayores de edad que concurren al servicio de psicología de un establecimiento de salud de Ayacucho, en el 2021. Asimismo, para calcular la muestra se utilizó la fórmula planteada por Fischer y Navarro en 1996 con el fin de hallar la cantidad con la que se va a realizar la investigación:

$$n = \frac{Z^2.N.p.q}{e^2.(N-1) + Z^2.p.q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

Z = Límite de confianza (1,95)

e = Nivel de precisión o de varianza (0,05)

p = Probabilidad de acierto (0,5)

q = Probabilidad de error (0,5)

N = Población -> finita = 300

n = 169

La muestra que se empleó es del tipo probabilística, esto refiere que todos tienen una probabilidad de ser seleccionados donde detallan las características de la muestra y son seleccionados aleatoriamente (Hernández et al. 2014).

3.3.3. Criterios de exclusión e inclusión

3.3.3.1 Criterios de inclusión

- ✓ Usuarios que asistan al servicio de psicología.
- ✓ Pacientes adultos que tengan 18 hasta los 59 años.

- ✓ Pacientes que respondan correctamente todos los ítems de los cuestionarios.
- ✓ Pacientes que autoricen su evaluación mediante la firma del consentimiento informado.
- ✓ Pacientes de ambos sexos con nivel de instrucción superior al tercer grado.

3.3.3.2 Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que presentan discapacidad mental.
- ✓ Pacientes menores de edad.
- ✓ Pacientes que respondan incorrectamente todos los ítems de los cuestionarios.
- ✓ Pacientes que no concluyeron con los cuestionarios.
- ✓ Pacientes mayores de 60 años.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.4.1. Técnica

La técnica de recopilación de datos viene a ser la elaboración de un plan detallado para recolectar información exacta de acuerdo con el propósito que se tiene, para ello se utiliza diferentes instrumentos de medición con tres requisitos que es la confiabilidad, validez y objetividad (Hernández et al. 2014).

Para ello, se aplicó el cuestionario, el cual contiene preguntas con el fin de medir las variables de análisis que debe ser consecuente con la hipótesis y el planteamiento del problema (Hernández et al. 2014).

3.4.2. Instrumentos

Las pruebas utilizadas en el estudio son la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III en el servicio de psicología.

3.4.2.1 Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad. Fue diseñada por David Olson y sus colaboradores en 1980, con el nombre The family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES III) es la tercera versión basada en el modelo circumplejo donde sus dimensiones son la cohesión y adaptabilidad familiar (Balbin, 2019).

a. Ficha técnica

Nombre original **:** The family adaptability and cohesion evaluation scales-FACES III.

Autores **:** David Olson, Joyce Portener y Joav Lavee (1985)

Finalidad **:** Es útil para obtener el funcionamiento real e ideal y percepción de su funcionamiento familiar.

Administración **:** Individual o colectivo

Duración **:** 15 minutos aproximadamente

Descripción **:** Está conformado por 20 ítems, agrupados de dos dimensiones, Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 10 ítems impares es de Cohesión y los 10 ítems pares de adaptabilidad. De acuerdo al estudio realizado que lleva como título: "Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos" nos manifiesta que la carga factorial de la escala de cohesión: del ítems 1 es (0,61), del ítems 9 es (0,60); del ítems 11 es (0,77); del ítems 13 es (0,70); del ítems 15 es (0,62); del ítems 17 es (0,66); del ítems 19 es (0,72); del ítems 3 es (0,23); del ítems 5 es (0,01); del ítems 7 es (0,33) y la carga factorial de la escala de adaptabilidad: del ítems 2 es (0,62) ; del ítems 4 es (0,62); del ítems 10 es (0,60); del ítems 16 es

(0.43); del ítems 6 es (-0,12); del ítems 8 es (0,04); del ítems 12 es (0,14); del ítems 14 es (0,08); del ítems 18 es (-0,02) y del ítems 20 es (0,01) (Bazo, J. et al, 2016)

Indicaciones **:** Se le indica al evaluado que lea atentamente cada pregunta y responda con sinceridad, decidiendo qué conducta frecuente tiene su familia utilizando la escala de Likert y las opciones que son los siguientes: 1 (casi nunca) 2 (una que otras veces), 3 (a veces), 4 (con frecuencia) y 5 (casi siempre)

Calificación **:** La calificación de la cohesión consiste en sumar los ítems impares de la prueba, por otra parte, para obtener la calificación de adaptabilidad debemos sumar de los ítems pares del instrumento. Luego se ubica cada puntaje en el rango correspondiente en función a su tabla de funcionamiento familiar identificando en el mismo los subdimensiones de la familia.

Adaptación del instrumento: La escala fue adaptada por Rosa María Reusche Lari en 1994 en Lima-Perú, donde realizo una investigación con 443 estudiantes del nivel secundario de ambos géneros. Se comparó dos muestras y se demostró la consistencia interna de dicha prueba y menciona que la confiabilidad de la cohesión es 0.83 y Adaptabilidad es 0.80.

Dimensiones **:** El instrumento tiene dos dimensiones, los cuales detallaremos a continuación:

a. Cohesión tiene cuatro niveles los cuales son los siguientes: Desligada, separada, conectada y amalgamada. Los ítems

consisten en el vínculo emocional, soporte, límites familiares, tiempo y amigos e interés lúdico (Balbin, 2019)

b. Adaptabilidad cuenta con cuatro niveles los cuales son los siguientes: Rígida, estructurada, flexible y caótica. Los ítems consisten en el: liderazgo, control, disciplina, roles y normas (Balbin, 2019)

Finalmente, el funcionamiento familiar presenta los niveles o rasgos de funcionamiento familiar: Balanceados, medio y extremos (Balbin, 2019).

Confiabilidad **:** Con respecto a la confiabilidad podemos decir, que dicho componente se calculará por intermedio del alfa de Cronbach con el modelo de la consistencia interna, el cual establece una puntuación para la dimensión cohesión es de 0.77 y de la dimensión de adaptabilidad es de 0.62, para la escala total es 0.68.

Validez **:** El instrumento de FACES III, fue validado en nuestro país por Baso, Baso, Aguila, Peralta, Mormontoy y Bennett, en una población de estudiantes peruanos teniendo una alfa 0.85 para la escala de cohesión y adaptabilidad o flexibilidad con un alfa 0.86 con lo que se concluye que el Faces III tiene confiabilidad y validez para ser utilizado en población peruana de manera individual o grupal.

Puntuación **:** El resultado se obtiene sumando los ítems como se indica en la calificación luego de ellos se clasifica el tipo de familia según las dimensiones, como se le indica en la siguiente tabla:

Tabla 4

Puntuación de corte para la Faces III

Todos los estadios (Adultos)		
Cohesión	**Rango**	**%**
Desligada	10 – 34	16.3
Separada	35 – 40	33.8
Conectada	41 – 45	36.3
Amalgamada	46 – 50	13.6
Adaptabilidad	**Rango**	**%**
Rígida	10 – 19	16.3
Estructurada	20 - 24	38.3
Flexible	25 – 28	29.4
Caótica	29 - 50	16.0

Nota: La tabla muestra los puntajes de cada nivel según las dimensiones.

3.4.2.1 Inventario Clínico Multiaxial de Millon III:

a. **Ficha técnica:**

Nombre **:** Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III

Nombre original **:** MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory

Autores **:** Th. Millon, con la colaboración de R. Davis y C. Millon.

Procedencia **:** NCS Pearson (1997)

Adaptación española: V. Cardenal y M. P. Sánchez (2007)

Aplicación **:** Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Adultos.

Duración **:** Entre 20 a 30 minutos.

Finalidad **:** Evaluación de 4 escalas de control, 11 de escala básica, 3 de rasgos patológicos, 7 de síndromes de gravedad moderada y 3 de síndrome de gravedad severa.

Baremación **:** Baremos de puntuaciones de prevalencia (PREV) a partir de una muestra clínica española.

Material **:** Manual, cuadernillo, hoja de respuestas y PIN de corrección.

Escalas **:** Está constituida por en las 24 escalas que son las siguientes: (Millon, 2007)

Patrones clínicos de la personalidad. Consta de 11 patrones que son las siguientes:

- ✓ Esquizoide (1)
- ✓ Evitativo(2A)
- ✓ Depresivo (2B)
- ✓ Dependiente (3)
- ✓ Histriónico (4)
- ✓ Narcisista (5)
- ✓ Antisocial (6A)
- ✓ Agresivo (sádico 6B)
- ✓ Compulsivo (7),
- ✓ Negativista (pasivo-agresivo;8A)
- ✓ Autodestructivo (8B)

Patología de la personalidad. Consta de 3 patologías que son las siguientes:

- Ψ Esquizotípico (S)

- Límite (C)
- Paranoide (P).

Síndromes clínicos. Consta de 7 Síndromes que son las siguientes:

- Trastornos de ansiedad (A)
- Trastorno somatomorfo (H).
- Trastorno bipolar (N)
- Trastorno distímico (D)
- Dependencia del alcohol (B)
- Dependencia de sustancias (T)
- Trastorno de estrés post traumático (R).

Síndromes clínicos graves. Consta de 3 Síndromes clínicos graves que son las siguientes:

- Trastorno de pensamiento (SS)
- Depresión mayor (CC)
- Trastorno delirante (PP).

Indicaciones **:** Consta de 175 ítems la cual se debe responder verdadero o falso con el objetivo de evaluar alguna patología o rasgos de personalidad que estén diagnosticadas en el DSM (eje I y eje II).

Escala de validez **:** Los índices modificadores las cuales son los siguientes: Sinceridad (X), Deseabilidad Social (Y), devaluación (Z) y Validez (V) (Millon, 2007)

a. Índice de validez (escala V). Si la puntuación es **0** viene a ser válida en caso la puntuación es **1** indica una validez cuestionable en estos casos debemos revisar si los ítems

65,110 y 157 fueron marcados como verdaderos y se debe volver preguntar dichos ítems a la persona evaluada.

b. Índice de sinceridad (escala X). Este indicador revela si la persona es sincero o reservado en mostrar su comportamiento, para ello la puntuación es inferior a 34 o superior a 178 esto se considera invalido.

c. Índice de deseabilidad social (escala Y). Si la puntuación de PREV es superior al 75 nos indica que el paciente quiere ser aprobado y aceptado de esta manera evitan mostrar algunas dificultades psicológicas.

d. Índice de devaluación (escala Z). Es todo lo contrario al anterior índice, cuando la puntuación es superior a PREV 75 indica que el paciente tiene tendencia a depreciarse la cual entendemos que tiene problemas emocionales y personales, para cerciorarse se necesita realizar una intervención para poder profundizar más en los problemas psicológicos del paciente.

Escala de puntaje **:** Además, se cuenta con una escala de puntaje que son los siguiente:

- ✓ El puntajes mayores o iguales a 85 equivalen a un indicador elevado.
- ✓ El puntaje entre 75 a 84 equivale a un indicador moderado.
- ✓ El puntaje entre 60 a 74 equivale a un indicador sugestivo.
- ✓ El puntaje entre 35 a 59 equivale a un indicador bajo.
- ✓ El puntaje entre 00 a 34 equivale a un indicador nulo.

Estandarización **:** La prueba tuvo un proceso de estandarización con el fin de adaptarla al español durante 4 años. Se elaboró una guía de instrucción para los coordinadores de las diversas universidades y centros, se desarrolló una hoja clínica para registrar las evaluaciones y diagnóstico que

realizaban los expertos. Posteriormente, se obtuvo la tasa de prevalencia de cada trastorno y síndrome española (N=964) es por ello que se generó las puntuaciones de prevalencia española. Es así que se realizó la traducción al español donde hubo varias fases para cerciorar el grado de coincidencia, luego expertos aplicaron el MCMI-III a un número reducido de pacientes para comprobar si lo entendían correctamente. Finalmente, se procesó los datos con 105 profesionales que utilizaron el MCMI-III durante 3 años.

Se menciona que en Latinoamérica especialmente en Brasil y Argentina se viene utilizando el MCMI-III en diferentes investigaciones como los siguientes: Conducta alimentaria, pacientes con cáncer, agresores, consumo de alcohol y drogas, entre otros. La adaptación que en dichos países ya mencionados nos evidencia que la validez y utilidad del MCMI-III nos permite aplicar en Latinoamérica. En esa línea, en el Perú se ha validado el MCMI III para las escalas de ansiedad, depresión, trastorno histriónico, entre otros por la pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Finalmente, dicho instrumento ha sido utilizado para estudios de pregrado y post grado en la Universidad Continental, Universidad Ricardo Palma, Pontificia Universidad Católica del Perú y Universidad Nacional Mayor De San Marcos,

Confiabilidad **:** Con respecto a las 24 escalas del MCMI-III, la fiabilidad según Alfa de Cronbach está por encima del 0,80 esto nos permite plantar que hay

una adecuada consistencia interna para las escalas clínicas y la fiabilidad de test-retest es de 0.85-0.93 puntos

Validez **:** En lo concerniente a este apartado el instrumento MCMI IIII está en dado por la comparación del mismo, con otros instrumentos que midan personalidad como por ejemplo el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI) y cuestionario de síntomas revisado (SCL 90-R) , con quienes muestra una correlación por encima .50, con respecto a la sensibilidad del MCMI III varía entre las puntuaciones que abarcan al 0,44 y 0, 92 con una media de 0.60 al igual que su valor predictivo que varía entre 0,30- 0,8. Por otro lado el MCMI III tiene tres fases de validación: Fase teórico-sustantiva donde se generar los ítems a evaluar, fase interna estructural que consiste en analizar la correlación de los ítems con los síndromes y por ultimo tenemos a la fase de criterio externo que ayuda a optimizar la eficacia y mejorar el diagnóstico. Además, cuenta con 3 escalas de validez que implican la escala de sinceridad (X) se basa en la francesa y como se evalúa, un índice se sensibilidad (Y) donde el evaluado pretende ser neutral y la escala de deseabilidad (Z) consiste en que el evaluado resalta su angustia y exhibe su vulnerabilidad emocional.

3.5 Procedimiento de Recolección de Datos

Se presentaron los permisos en el hospital y en las direcciones respectivas. En ese sentido, el doctor Julio Rondinel García, director del Hospital de Ayacucho, nos permitió acceder al establecimiento, luego de ello se le informó al jefe de servicio del área de Psicología respecto de la investigación y se le garantizó la confidencialidad de cada usuario,

además se establecieron las fechas y horarios que se realizarán la aplicación de las pruebas psicológicas que se ejecutarán de manera presencial utilizando respectivamente los materiales de bioseguridad como las mascarillas, gorra quirúrgica, protector facial, guantes, mandil y botas desechables.

Asimismo, se procedió a entregar a los usuarios el consentimiento informado, las pruebas psicológicas de la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar-FACES III y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, se les brindó las instrucciones necesarias para desarrollar las pruebas psicológicas.

3.6 Proceso de Pruebas de Hipótesis y Análisis de Datos

Para el analizar los resultados que se obtuvieron para el proceso de datos, se utilizó el programa Microsoft Excel 2016 para Windows 2010, luego se analizó con el programa de sistema de *software* llamado Paquete Estadístico de Ciencias Sociales-SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 25, que es apropiado para datos experimentales u observables.

Los datos recolectados fueron procesados mediante la confiabilidad del estadígrafo alfa de Cronbach que busca la correlación de los ítems mediante la consistencia interna que sirve para medir la fiabilidad de la investigación, por lo que, podemos observar las siguientes puntuaciones en la tabla:

Tabla 5

Variable 1: Funcionamiento familiar

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	169	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	169	100,0

Nota: a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 6

Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,845	20

La confiabilidad es de 0.845 a través del estadígrafo alfa de Cronbach el cual, garantiza la confiabilidad altamente significativa en la variable funcionamiento familiar.

Tabla 7

Variable 2: Patrones clínicos de la personalidad

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	168	99,4
	Excluido[a]	1	,6
	Total	169	100,0

Nota: a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 8

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach		N de elementos
,965		175

La confiabilidad es de 0.965 a través del estadígrafo alfa de Cronbach para garantizar la confiabilidad significativa en la variable patrones clínicos de la personalidad.

Posteriormente se aplicó el estadígrafo Kolmogorov-Smirnov[a] para contrastar las hipótesis de la población, considerándose los datos no paramétricos, es por ello que el p valor (sig.) es 0,019 y 0,021 es así que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y acepta la hipótesis alterna (Ha) con un nivel de confianza del 95 % y error del 5 %.

Finalmente, para desarrollar la prueba de hipótesis se realizó a través del estadígrafo Rho de Spearman que busca la asociación de las variables mediante la dirección, fuerza y significancia. Además, se procesó la prueba de normalidad entre ambas variables y se obtuvo un coeficiente de correlación de -0,269 comprobando la relación inversa entre el funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de Resultados

Los resultados obtenidos, luego de procesar los datos de los cuestionarios de FACES III de David Olson y MILLON III de Theodore Millon, están divididos en dos etapas: la primera consiste en datos descriptivos y la segunda en la prueba de hipótesis.

El objetivo principal del estudio fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en usuarios mayores de edad que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021**.**

4.2 Resultados de los Datos Descriptivos de la Población

Tabla 9

Niveles de funcionamiento familiar.

Niveles de funcionamiento familiar	Fi	%
Balanceada	40	23.7%
Medio	85	50.3%
Extrema	44	26.0%
Total	169	100.0%

Nota. The family adaptabilidad and cohesion evaluation scales (FACES III)

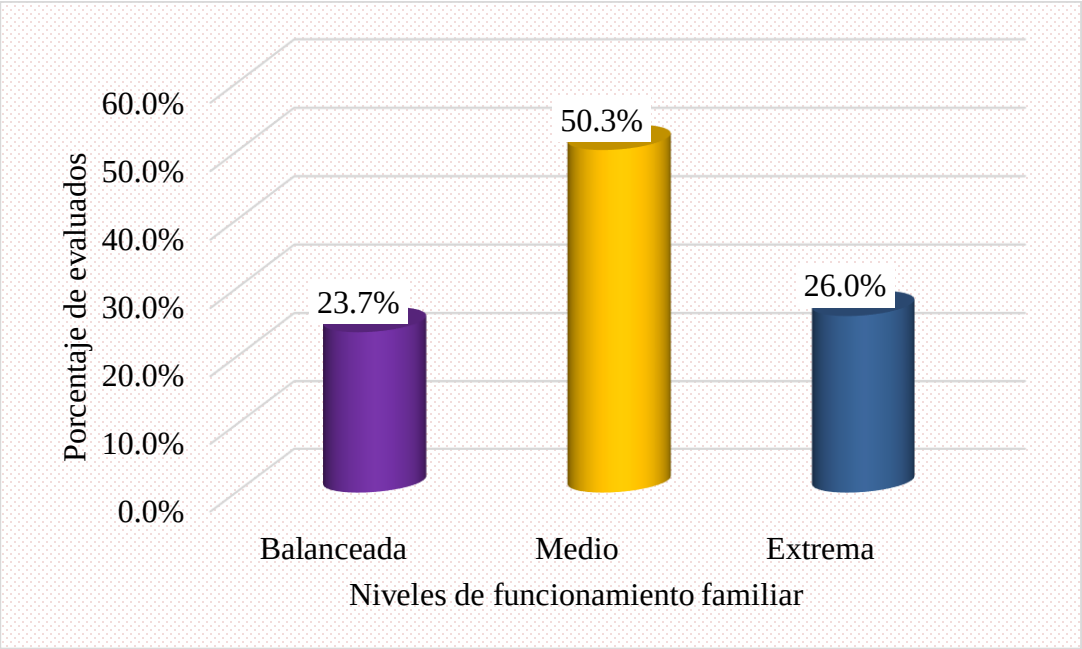


Figura 4. Niveles de funcionamiento familiar. *Nota*: Tabla 9.

En la tabla 9 y figura 4, se observó que los niveles de funcionamiento familiar de los 169 usuarios que acuden al área de Psicología de un establecimiento de salud de Ayacucho, en el 2021 representan el 100 %; se obtuvo que el 23.7 % pertenecen al nivel balanceado; 50.3 %, al nivel medio; y 26.0 %, al nivel extremo. Afirmando que el mayor porcentaje de participantes pertenecen al nivel medio de funcionamiento familiar.

Tabla 10

Dimensiones del funcionamiento familiar

Tipos	Cohesión		Tipos	Adaptabilidad	
	fi	%		fi	%
Desligada	70	41.42 %	Rígida	34	20.12 %
Separada	56	33.14 %	Estructurada	29	17.16 %
Conectada	32	18.93 %	Flexible	39	23.08 %
Amalgamada	11	6.51 %	Caótica	67	39.64 %
Total	**169**	**100.00 %**	**Total**	**169**	**100.00 %**

Nota: The family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES III).

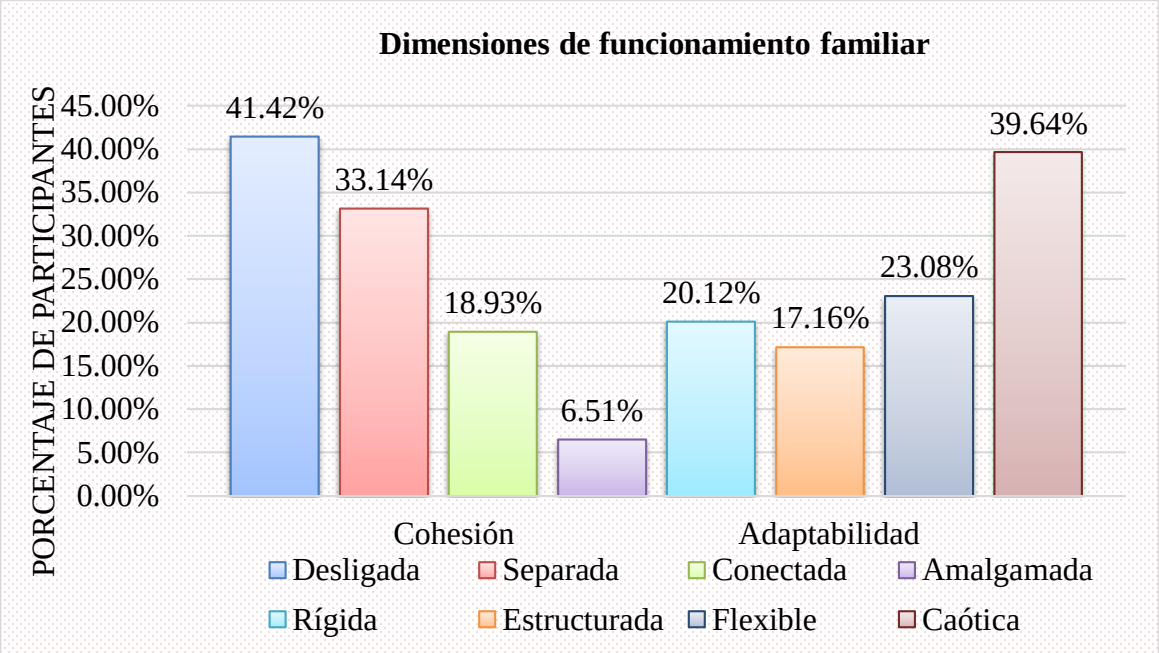


Figura 5. Dimensiones del funcionamiento familiar. *Nota*: Tabla 10.

En la tabla 10 y figura 5, se observó que las dimensiones del funcionamiento familiar de los 169 usuarios que acuden al área de Psicología de un establecimiento de salud de Ayacucho en el 2021 representan el 100 %; se obtuvo que los tipos de familia en la dimensión cohesión el 41.42 % es desligada; el 33.14 %, separada; 18.93 %, conectada; y el l6.51 %, amalgamada. Asimismo, los tipos de familia en la dimensión adaptabilidad el 20.12 % es

rígida; el 17.16 %, estructurada; el 23.08 %, flexible; y el 39.64 %, caótica. Afirmando que el mayor porcentaje de las dimensiones del funcionamiento familiar es el 41.42 % son desligadas y el 39.64 % es caótica.

Tabla 11

Patrones clínicos de personalidad.

Patrones clínicos de personalidad	Nivel										Total	
	Elevado		Moderado		Sugestivo		Bajo		Nulo			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Esquizoide	0	0.0%	4	2.4%	92	54.4%	44	26.0%	29	17.2%	169	100.0%
Evitativo	1	0.6%	12	7.1%	68	40.2%	37	21.9%	51	30.2%	169	100.0%
Depresivo	1	0.6%	22	13.0%	32	18.9%	42	24.9%	72	42.6%	169	100.0%
Dependiente	1	0.6%	3	1.8%	46	27.2%	42	24.9%	77	45.6%	169	100.0%
Histriónico	0	0.0%	0	0.0%	7	4.1%	41	24.3%	121	71.6%	169	100.0%
Narcisista	0	0.0%	2	1.2%	65	38.5%	62	36.7%	40	23.7%	169	100.0%
Antisocial	0	0.0%	1	0.6%	66	39.1%	47	27.8%	55	32.5%	169	100.0%
Agresivo	0	0.0%	1	0.6%	84	49.7%	39	23.1%	45	26.6%	169	100.0%
Compulsivo	1	0.6%	0	0.0%	6	3.6%	64	37.9%	98	58.0%	169	100.0%
Negativista	1	0.6%	1	0.6%	70	41.4%	42	24.9%	55	32.5%	169	100.0%
Autodestructivo	2	1.2%	0	0.0%	80	47.3%	40	23.7%	47	27.8%	169	100.0%

Nota: MCMI – III. Millon Clinical Multiaxial Inventory.

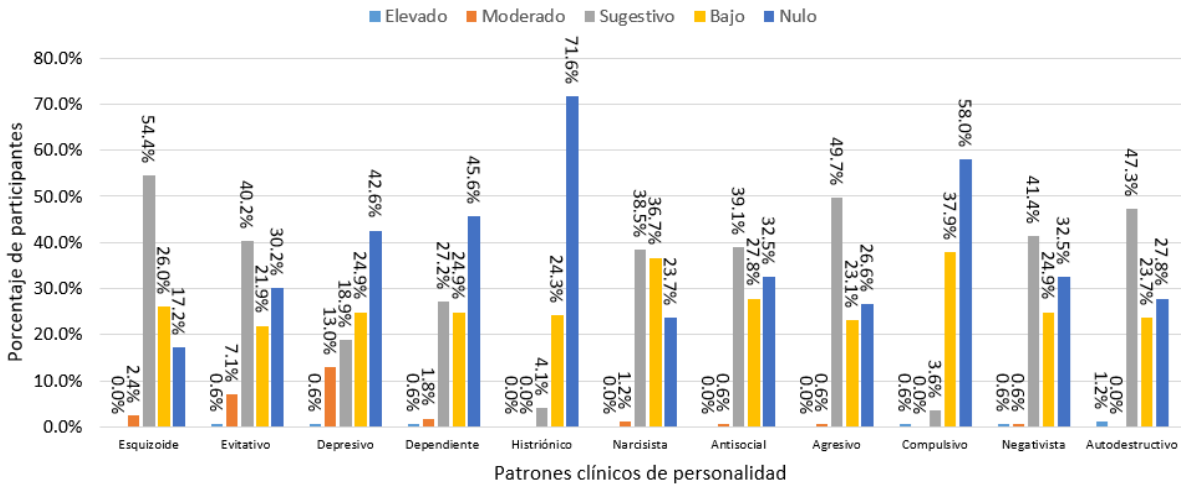


Figura 6. Patrones clínicos de la personalidad. *Nota:* Tabla 11.

En la tabla 11 y figura 6, se observó que los patrones clínicos de la personalidad de los 169 usuarios que acuden al área de Psicología de un establecimiento de salud de Ayacucho, en el 2021, representan el 100 %; se obtuvo como prevalencia un nivel sugestivo de los patrones clínicos de personalidad como el esquizoide que representa el 54.4 %; el evitativo, 40.2 %; el depresivo, 27.2 %; el dependiente, 4.1 %; el narcisista, 38.5 %; el antisocial, 39.1 %; el agresivo (sádico), 49.7 %; el compulsivo, 3.5 %; el negativista, 41.4 %; y el autodestructivista, 47.3 %. Afirmando que el mayor porcentaje de los patrones clínicos de la personalidad es el esquizoide con el 54.4 % y el agresivo (sádico) con el 49.7 %.

4.3 Resultados Inferenciales

4.3.1 Prueba de normalidad

4.3.1.1 Prueba de hipótesis general

Ho: No existe una relación entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021

Ha: Existe una relación entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

Tabla 12

Categorías de funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad.

	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	Estadístico	**gl**	**Sig.**
Funcionamiento familiar	,076	169	,019
Patrones clínicos de la personalidad	,075	169	,021

Nota: Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 12, el p valor (sig.) es 0,019 y 0,021, que son menores a 0,050, por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y acepta la hipótesis alterna (Ha), la cual afirma que los datos sí se ajustan a la distribución F(x) que es una distribución continua, con un nivel de confianza del 95 % y error del 5 %, considerando datos no paramétricos, valorados con el estadígrafo Kolmogorov-Smirnov[a] por tener una muestra de 169 elementos; en consecuencia, se utilizará para la prueba de hipótesis el Rho de Spearman.

4.3.1.2 Prueba de hipótesis especifica

4.3.1.2.1 *Prueba de hipótesis específico 1*

Ho: No existe una relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

Ha: Existe una relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

Tabla 13

Correlación entre funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad.

Correlaciones

			Funcionamiento familiar	Patrones clínicos de la personalidad
Rho de Spearman	**Funcionamiento familiar**	Coeficiente de correlación	1,000	-,269**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	169	169
	Patrones clínicos de la personalidad	Coeficiente de correlación	-,269**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	169	169

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral) y a. Corrección de significación de Lilliefors.

En la tabla 13, el p valor (sig.) es 0,000 < 0,050, por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y acepta la hipótesis alterna (Ha) con un nivel de confianza del 95 % y error del 5 %; además, con el coeficiente de correlación de -0,269; permitiendo concluir que existe relación inversa baja entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

4.3.1.2.2 Prueba de hipótesis específica 2

Ho: No existe una relación entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

Ha: Existe una relación entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

Tabla 14

Correlación entre cohesión familiar y patrones clínicos de la personalidad.

Correlaciones

			Funcionamiento familiar	Patrones clínicos de la personalidad
Rho de Spearman	**Funcionamiento familiar**	Coeficiente de correlación	1,000	-,269**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	169	169
	Patrones clínicos de la personalidad	Coeficiente de correlación	-,269**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	169	169

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral) y a. Corrección de significación de Lilliefors.

En la tabla 14, el p valor (sig.) es 0,000 < 0,050, por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y acepta la hipótesis alterna (Ha) con un nivel de confianza del 95 % y error del 5 %; además, con el coeficiente de correlación de -0,277; permitiendo concluir que existe relación inversa baja entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

4.3.1.2.3 Prueba de hipótesis específica 3

Ho: No existe una relación entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

Ha: Existe una relación entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

Tabla 15

Correlación entre adaptabilidad familiar y patrones clínicos de la personalidad.

Correlaciones

			Adaptabilidad familiar	Patrones clínicos de la personalidad
Rho de Spearman	**Adaptabilidad familiar**	Coeficiente de correlación	1,000	-,191*
		Sig. (bilateral)	.	,013
		N	169	169
	Patrones clínicos de la personalidad	Coeficiente de correlación	-,191*	1,000
		Sig. (bilateral)	,013	.
		N	169	169

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral) y a. Corrección de significación de Lilliefors.

En la tabla 15, el p valor (sig.) es 0,013 < 0,050, por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y acepta la hipótesis alterna (Ha) con un nivel de confianza del 95 % y error del 5 %; además, con el coeficiente de correlación de -0, 191; permitiendo concluir que existe relación inversa muy baja entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.

Tabla 16

Correlación entre funcionamiento familiar y los tipos de patrones clínicos de la personalidad.

		Tipos de patrones clínicos de la personalidad										
Correlaciones		**Esquizoide**	**Evitativo**	**Depresivo**	**Dependiente**	**Histriónico**	**Narcisista**	**Antisocial**	**Agresivo**	**Compulsivo**	**Negativista**	**Autodestructivo**
Funcionamiento familiar	**Rho**	-,320	-,188	-,311	-,261	-,088	-,270	-,157	-,178	-,090	-,288	-,323
	p	,000	,014	,000	,001	,255	,000	,042	,021	,246	,000	,000
	n	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169

Nota. The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III) – MCMI – III. Millon Clinical Multiaxial Inventory

En la tabla 16, en el funcionamiento familiar y tipos de patrones clínicos de la personalidad, se encontró que en el tipo esquizoide existe correlación inversa y de baja intensidad (Rho=-0,320; p=0,000<0.05); en el funcionamiento familiar y el tipo evitativo existe correlación inversa y baja intensidad (Rho=-0,188; p=0,014<0.05, el funcionamiento

familiar y el tipo depresivo existe correlación inversa y de baja intensidad (Rho=-0,311; p=0,000<0.05). Por otra parte, en el funcionamiento familiar y el tipo dependiente existe correlación inversa y de baja intensidad (Rho=-0,261; p=0,001<0.05). Además, el funcionamiento familiar y el tipo histriónico no existe correlación inversa y de muy baja intensidad (Rho=-0,088; p=0,255>0.05). En cuanto al tipo narcisista existe correlación inversa y de baja intensidad (Rho=-0,270; p=0,000<0.05), el funcionamiento familiar y el tipo antisocial existe correlación inversa y de muy baja intensidad (Rho=-0,157; p=0,042<0.05), el funcionamiento familiar y el tipo agresivo existe correlación inversa y de muy baja intensidad (Rho=-0,178; p=0,021<0.05). Por otra parte, funcionamiento familiar y el tipo compulsivo no existe correlación inversa y de muy baja intensidad (Rho=-0,090; p=0,246>0.05). Respecto a funcionamiento familiar y el tipo negativista, se evidencia que existe correlación inversa y de baja intensidad (Rho=-0,288; p=0,000<0.05). Finalmente, el funcionamiento familiar y el tipo autodestructivo evidencian que existe correlación inversa y de baja intensidad (Rho=-0,323; p=0,000<0.05).

Discusión

Los resultados del presente estudio en concordancia con el objetivo general, muestra que el p valor (sig.) es 0,000 < 0,050, por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y acepta la hipótesis alterna (Ha) con un nivel de confianza del 95 % y error del 5 %; además con el coeficiente de correlación de -0,269; lo que demuestra que existe relación inversa baja entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos. Esto evidencia que la mayoría de los usuarios tienen familias de rango medio, lo cual conlleva a la tendencia de patrones clínicos de la personalidad con los indicadores sugestivo, bajo y nulo. Dichos hallazgos se comparan parcialmente con Guzmán (2016), en su tesis "Funcionamiento familiar y los trastornos de personalidad. Estudio comparativo con los estudiantes de la carrera de Orientación Familiar de la Universidad de Cuenca", quien llega a concluir que existe relación entre el funcionamiento familiar y los trastornos de personalidad, la misma que se puede establecer cuantitativamente entre los siguientes índices entre la población el 12,6 % pertenecen a familias disfuncionales y un 4 %-15 % de estudiantes presentan uno de los diversos trastornos de personalidad; sin embargo, se puede acotar que el funcionamiento familiar no es la única variable que influye en el desarrollo de los trastornos de personalidad como señala el estudio realizada. De lo contrastado, se sostiene por Nardone, Gianotti y Rocchi (2003), quienes señalan que la familia es el eje principal de la vida donde se desarrolla vínculos afectivos; además Cava y Musitu (2004) mencionan que la familia nos enseña valores, creencias, normas y diversas conductas. Asimismo, indica que de acuerdo con el tipo y rango de funcionamiento familiar se encuentran se desarrollará diversos rasgos y/o estilos de personalidad. De esta manera, podemos mencionar que la familia tiene un papel preponderante para la vida de la persona, es por ello que nos indica que le funcionamiento familiar determina el buen o mal funcionamiento de sus miembros; por ello, la familia influirá

en el desarrollo de la personalidad que genera indicadores sugestivos de los patrones clínicos de la personalidad, en situaciones que pueden llegar a un indicador moderado o severo de algún trastorno de personalidad, por lo cual es necesario realizar programas de prevención e intervención en las familias.

En cuanto al objetivo específico uno, se obtuvo el p valor (sig.) es 0,000 < 0,050 por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y acepta la hipótesis alterna (Ha) con un nivel de confianza del 95 % y error del 5 %; además, con el coeficiente de correlación de -0,277; demostrando que existe relación inversa baja entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad. Y se demostró que la mayoría de los usuarios tienen familias de tipo desligada, lo cual conlleva a la tendencia de patrones clínicos de la personalidad con los indicadores sugestivos, bajos y nulos. Los cuales se comparan parcialmente con Plascencia (2018), en su tesis "Funcionamiento familiar y las conductas antisociales en adolescentes de una Institución Educativa de Lima, Perú 2017", quien llega a concluir que el 33 % de las personas evaluadas tienen familias de tipo desligada siendo el resultado más alto en la investigación. A su vez, Hernández, Valladares, Rodríguez y Selin (2017) señalan que la familia con un funcionamiento inadecuado genera una comunicación y actitudes que afecta a los miembros de familia, asimismo esta situación va afectando a la personalidad del individuo y a toda la familia. En ese sentido se menciona el vínculo emocional es muy importante en la familia.

La investigación nos dio como resultado que las familias están desligadas y esto afecta a los pensamientos, sentimientos del individuo y a la personalidad del sujeto. Recordemos que la cohesión familiar es muy importante para los miembros de la familia porque facilita un mejor ajuste emocional de las personas, por lo cual se hace necesario trabajar los vínculos emocionales y concientizar la importancia de estos.

Asimismo, en el objetivo específico dos, se logró el p valor (sig.) es 0,013 < 0,050, por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y acepta la hipótesis alterna (Ha) con un nivel de confianza del 95 % y error del 5 %; además, con el coeficiente de correlación de -0, 191; nos permite mencionar que existe relación inversa muy baja entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021. Y se demostró que la mayoría de usuarios tienen familias de tipo caótico, lo cual conlleva a la tendencia de patrones clínicos de la personalidad entre sugestivo, bajo y nulo. Los cuales se comparan parcialmente con Caycho (2018), en su tesis "Funcionamiento familiar y dependencia emocional en estudiantes de 4.° y 5.° de secundaria en instituciones públicas de Lurín", quien llega a concluir que el 59 % de las personas evaluadas tienen familias de tipo caótica siendo el resultado más alto en la investigación. Por su parte, Hidalgo (2017) refiere que la familia con un funcionamiento inadecuado es rígida a los cambios y tienen poca tolerancia, de esta manera va influyendo la personalidad de cada miembro de la familia. Recordemos que la adaptabilidad es importante en la familia porque está relacionado con los roles, funciones y capacidades de afrontamiento a situaciones nuevas y adversas por lo que al observar situaciones estresantes ellos podrán mostrar un adecuado ajuste de ser necesario, lo que facilita un adecuado desarrollo de la personalidad en las diferentes etapas de vida.

En ese sentido, en el objetivo específico tres, se obtuvo que existe relación entre funcionamiento familiar y los tipos de patrones clínicos de la personalidad que es el esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, narcisista, antisocial, agresivo, negativista, autodestructivo; por otra parte, existe una relación muy baja entre funcionamiento familiar y tipos de patrones clínicos de la personalidad que es histriónico y compulsivo. Los cuales se comparan parcialmente con Terrones (2014), en su tesis "Patrones clínicos de personalidad

de internos con diagnóstico de adicciones de sustancias psicoactivas en el Establecimiento Penitenciario Huancayo-2017", quien llega a concluir que el 7 % tiene el patrón clínico de la personalidad histriónica y el 16,3 %, el patrón clínico de la personalidad compulsiva siendo el resultado más bajo en la investigación. Guibert y Torres (2001) sostienen que el núcleo familiar tiene una función importante en el desarrollo de la personalidad, además tiene influencia directa y duradera en los miembros de la familia en el transcurso de su vida este actúa como un agente modulador en su entorno, este depende del funcionamiento familiar que tiene, es por ello que cada uno de los miembros de la familia cumplen diversas funciones, y se logra que puedan expresarse y desarrollarse individualmente. De esta manera podemos mencionar que diversas personas vivieron algunos conflictos familiares donde desarrollaron algunos patrones clínicos de la personalidad, estos resultados aportan a la salud mental para realizar programas preventivas e intervenciones.

La fortaleza principal de estudio es que se realiza en pacientes clínicos. Además, dichos usuarios pertenecen a la región de Ayacucho lo cual nos permite tener una de la relación entre ambas variables de análisis. En ese sentido, los resultados obtenidos nos permiten colegir o comprobar la existencia de dicha relación que puede ser la explicación a los problemas que existen en nuestra comunidad. Así mismo, el estudio se realiza en una población que ha sufrido violencia sociopolítica de manera indirecta ya que son los individuos de la tercera generación los que van a tener alteraciones y repercusiones directa en su salud mental. Posteriormente, el estudio funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021, presenta debilidades, debido a que su aplicación se realiza en condiciones de pandemia situación que agrava las dificultades para poder realizar la investigación y que limita en el proceso de la ciencia en nuestra disciplina.

Finalmente, podemos mencionar que la investigación practicada logra encontrar una relación entre ambas variables de estudio, lo que nos permite explicar que la disfuncionalidad genera problemas en los patrones clínicos de la personalidad, lo que conlleva a futuras dificultades para el ajuste personal, familiar y social. En ese sentido, el estudio nos permite comprobar que a pesar de que la significancia sea inversamente baja, la relación existe y es predominante para cuadros clínicos asociados a la personalidad.

Conclusiones

Observando los objetivos de la investigación, los resultados y la discusión del estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se determinó que existe relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de Psicología con un coeficiente de correlación de -0,269, demostrando que el 50.3 % de los usuarios tienen familias de rango medio, esto conlleva a la tendencia de patrones clínicos de la personalidad entre indicadores sugestivo, bajo y nulo.

2. Se identificó que existe relación entre la cohesión familiar (vínculos afectivos) y los patrones clínicos de la personalidad con un coeficiente de correlación de -0,277, el 41.42 % de los usuarios tienen familias de tipo desligada que consiste en poca interacción con la familia, extrema separación emocional y no comparten actividades que conlleva a la tendencia de patrones clínicos de la personalidad con un indicador sugestivo.

3. Se identificó que existe relación entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de Psicología con un coeficiente de correlación de -0, 191, lo que demuestra que el 39,64 % de los usuarios tienen familias caóticas que se caracterizan por tener cambios frecuentes en las reglas y los roles no son tan específicos; esto conlleva a la tendencia de patrones clínicos de la personalidad con un indicador sugestivo.

4. Existe relación entre el funcionamiento familiar y los tipos patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de Psicología. Se determina que los tipos de patrones clínicos de la personalidad con más prevalencia y con un indicador sugestivo en la ciudad de Ayacucho es el tipo esquizoide con un

54.4 % y agresivo (sádico) con un 49.7 %, Además, los once patrones clínicos de la personalidad tienen una relación con el funcionamiento familiar.

Recomendaciones

1. En relación con los resultados que vinculan las variables, se demostró que existe una correlación entre el funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad por lo que se hace necesario psicoeducar a la familia para disminuir la incidencia o la aparición de los patrones clínicos de la personalidad. La psicoeducación antes mencionada debe estar enmarcada dentro de las pautas de convivencia o estilos de crianza, de tal manera que se pueda mitigar dichos cuadros clínicos.

2. Es necesario realizar actividades preventivas y recuperativas del estilo de crianza saludable, normas de convivencia, comunicación asertiva entre otros temas relevantes que ayuden a contrarrestar las familias desligadas y caóticas de esta manera ayuden al desarrollo de la personalidad.

3. Asimismo, se recomienda la publicidad de los resultados del estudio con el objetivo de continuar con la investigación y que se realicen acciones y estrategias para la familia y el desarrollo de la personalidad.

4. Se exhorta dar a conocer este trabajo de investigación a las autoridades políticas como al Gobierno Regional de Ayacucho y Ministerio de salud, con el fin de promover y desarrollar planes de acción para la salud emocional de la familia para evitar trastornos de la personalidad.

5. A los futuros investigadores se les sugiere realizar estudios que permitan profundizar más sobre el funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad, además priorizar estudios entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad de tipo esquizoide y agresivo-sádico, en diversas instituciones y departamentos; con el fin de obtener resultados que nos permitan generar políticas públicas o programas de intervención institucionales.

Referencias

Aguilar, C (2017) *Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes tardíos.* (Tesis de titulación, Universidad de Cuenca). https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28397/1/Trabajo %20de %20Titulaci %C3 %B3n.pdf

Álvarez, S.K y Maldonado, K.P (2017). *Funcionamiento familiar y dependencia emocional en Estudiantes Universitarios.* (Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín). Archivo digital. http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4785/PSaldesk.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Arias, W (2012). Algunas consideraciones sobren la familia y la crianza desde un enfoque sistémico. *Rev. Psicol. Arequipa, 2(1),* 32-46, https://ucsp. edu.pe/wp-content/uploads/2020/02/Consideraciones-sobre-la-familia-y-la-crianza.pdf

Balbín Aramburu, Alan (2019). *Manual de Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familia Faces III.* Lima.

Baso, J., Baso, O., Aguila, A., Peralta, F., Mormontoy, W., Bennett, I (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III en un estudio en adolescentes. *Rev Perú Med Exp Salud Publica. 33(3), 462-70 http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n3/a11v33n3.pdf*

Basurto Milla, M. J (2010). Funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa pública en la provincia de Huaraz-2018 (Tesis posgrado, Universidad Nacional Federico Villareal). Archivo digital. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3112/UNFV_BASURTO_MILLA_MIGUEL_JHONNATAN_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Camacho, E (2004). Funciones de la Familia. En A. Castro (Ed), *Derecho sobre la familia y el niño.* Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Camacho, S (2002). *Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). http://sisbib-03.unmsm.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=74777

Cardenal, V., Sánchez, P. Ortiz, M (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud, 18*(3) 305-324 https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a04.pdf

Castillo, H (2015, julio 27). Relaciones inestables entre madre e hijo desde el nacimiento se asocian en el desarrollo de la personalidad Borderline. *INSM* (Nota de prensa). *http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/040.html*

Caycho, D.K., (2018). *Funcionamiento familiar y dependencia emocional en estudiantes de 4.° y 5.° de secundaria en instituciones educativas públicas de Lurín".* (Tesis

pregrado, Universidad Autónoma del Perú). Archivo digital. http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/776/1/Caycho %20Ticona %2c %20Dayane %20Karolina.pdf

Chávez, J., Limaylla, A. y Maza, A (2018). *Funcionalidad familiar y habilidades sociales en adolescentes de secundaria de una institución educativa pública, 2017*. (Tesis pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia). Archivo digital. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3566/Funcionalidad_ChavezFarro_Jocelyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cloninger, S (2003). *Teorías de la personalidad.* Pearson Educación de México, S.A de C.V

Encuesta Demográfica de Salud Familiar (2020). *Violencia contra las mujeres, niñas y niños.* (Archivo digital) https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/

Comisión de la Verdad y Reconciliación (enero de 2003). Informe final los escenarios de la vida-tomo IV. https://www.cverdad.org.pe/ifinal/index.php

Eguiluz et al., (2004). Terapia familiar su uso hoy en día. México: PaxMéxico.

Estrada, E., y Mamani, Helen (2020) Funcionamiento familiar y niveles de logro de aprendizaje de los estudiantes de educación. *Investigación Valdivia, 14*(2),96-102

Fischer, L., & Navarro, A (1996). *Introducción a la investigación de mercados.* México D.F.: McGraw-Hill.

Flores, M.C. y Vargas, C.S (2018). *Funcionamiento familiar de los estudiantes de educación secundaria de la I.E. P. Hinsberg-Schools. Huancavelica. 2018*. (Tesis maestría, Universidad Nacional de Huancavelica). Archivo digital. https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2719/T.ACAD-SEGEPE-FED-2019-FLORES %20HUAM %C3 %81N %20Y %20VARGAS %20MONTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fleist J. y Feist G (2007). *Teorías de la personalidad*. Madrid: McGraw-Hill

Guibert, W. y Torres, N (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Rev. Cubana Med. Gen. Integral. 17*(5). 452-60 http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi08501.pdf

Guzmán, A (2016). *Funcionamiento familiar y trastorno de personalidad. Estudio comparativo con los estudiantes de la carrera de orientación familiar de la* Universidad *de Cuenca* (Tesis de maestría, Universidad *de Cuenca*). http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5805/3/12125.pdf

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.

Hospital Herminio Valdizán (2020) *Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-2019) en la salud mental del personal de salud y la población general de China.*

(archivo PDF) http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2020/ABRIL.pdf

Hurtado, J.M. y Pino, K.D.P (2019). *Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con trastorno límite de la personalidad.* (Tesis pregrado, Universidad Católica San Pablo). Archivo digital. https://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/UCSP/15989/1/HURTADO_TORRES_JOI_FUN.pdf

Izquierdo, A (2002). Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*, *13*(2), 617-643. https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0202220617A/16585

Instituto Nacional de Salud Mental (2012). 21 % de las mujeres que viven en lima sufren de violencia frecuente. *El peruano*.http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/014.html

Khan, S. y Kamal, A (2020). Funcionamiento familia adaptativo y trastorno límite de la personalidad: Función mediadora de impulsividad. *Instituto Nacional de Psicología, Pakistán, 70(3),* 86-89, https://applications.emro.who.int/imemrf/308/J-Pak-Med-Assoc-2020-70-1-86-89-eng.pdf

López, M., Barrera, M., Cortes, J. Guines, M., y Jaime, M (2011), Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastornos obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental, 34*(2), 111-120. http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n2/v34n2a4.pdf

Louro, I (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev. Cubana de Salud Pública*. *29 (1)*, 356-46

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2018.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), 1a Ed. Elsevier Masson, Asociación Americana de Psiquiatría, 2002.

Marzilli, E., Cerniglia, L. y Cimino, S (2021). Problemas de personalidad antisocial en la adultez emergente: el papel del funcionamiento familiar, la impulsividad y la empatía. *Brain Sci., 11*(687), 2-15, file:///C:/Users/USER/Downloads/brainsci-11-00687-v2 %20(1).pdf

Minuchin, S. & Fishman, H. C (1986). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Millon, T., Davis, R. y Millon, C (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. TEA. Ediciones, S.A*

Millon, T. y Davis, R (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Millon, T (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (Manual).* Madrid: TEA.

Millon, T (2006). *Trastornos de la personalidad de la vida moderna.* Barcelona: MASSON

MINSA (2005). Informe del componente: Modelo de atención integral del adolescente, Perú.

Morales, C (2003). El abordaje integrativo de la personalidad en la Teoría de Theodore Millon. Interdisciplinaria. *Revista de Psicología y Ciencias Afines, 20(1),* 61-74 https://www.redalyc.org/pdf/180/18020104.pdf

Moreno, A (2014). *Manual de Terapia Sistémica*. Editorial Descleè de Brouwer, S.A, 2015.

Moreno (2007). *Psicología de la personalidad*. Thomson

Olson, D., Sprenkle, D., Russell, C (1979) Circumplex Model Of Marital and Family Systems It: Cohesion and Adaptability Dimensions, family types and clinical aplications. Family Process 14, 1-35

Ortiz, D (2013). *Terapia familiar sistémica*. Quito: Abya Yala.

OMS (2018) La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. (archivo PDF). https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y.

Organización Mundial de la Salud (27 de agosto del 2020). *Día Mundial de la Salud Mental: Una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en Salud Mental*. https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health

Ortega. A, Fernández, A. y Osorio, M (2003). Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Revista Cubana Médica General Integral, 19*(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400002

Plascencia, P.M (2018). *Funcionamiento familiar y las conductas antisociales en adolescentes de una Institución Educativa de Lima, Perú 2017.* (Tesis de posgrado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega). Archivo digital. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3308/TESIS_Paul%20Martin%20Plascencia%20Maldonado.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Quintero (1997). *La familia como sistema.* (Archivo PDF). http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/introduccion_encuentro_familias/contenido_tematico/unidad2/Contenido_Unidad2.pdf

Rivadeneira Samaniego, G., Trelles López, L (2013). *Incidencia de las familias disfuncionales en el proceso de la formación integral en los niños del sexto año de educación básica de la unidad educativa república del Ecuador*. (Tesis

posgrado, Universidad Politécnica Salesiana sede Cuenca). Archivo digital. https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6086/1/UPS-CT002821.pdf

Sánchez, A. y González, A (2011). Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosada de los pacientes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16*(2), 82-88. https://www.redalyc.org/pdf/473/47319326006.pdfç

Sánchez, R (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF, 8(2),163-173.* https://www.scielo.br/j/pusf/a/FsQVk84xCpGV9W8BQpLBVnf/abstract/?lang=es

Universidad Científica del Sur (25 de marzo del 2019). Estudio previene que 3 de cada 10 adolescentes sufriría de trastornos de personalidad. https://www.cientifica.edu.pe/noticias/estudio-previene-que-3-cada-10-adolescentes-sufriria-trastornos-personalidad

Terrones Roman, L. A. (2014). *Trastorno de la personalidad en los alumnos del centro de estudios preuniversitarios de la Universidad Nacional de Cajamarca. Nivel preuniversitarios, ciclo, 2014-1; hallados con la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial del Millon.* (Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca). Archivo digital. https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/55/T_%20362.2%20T328 %202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vega, F**. (**2020). Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú. *El Peruano* https://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html

Vielma, J. (2003). Estilo de crianza, estilos educativos y socialización: ¿Fuentes de bienestar psicológico? Acción Pedagógica., 12(1). 48-55. file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-EstilosDeCrianzaEstilosEducativosYSocializacion-2972859.pdf

Zegarra, C., Cazorla, E. y Chino, B. (2016) Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental "Moisés Heresi" de Arequipa-Perú, entre los años 2011 y 2013. *Rev Neuropsiquiatr. 79*(2),98-107 http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n2/a04v79n2.pdf

Anexos

ANEXO 01. Matriz de consistencia

Título preliminar: "Funcionamiento familiar y patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de Psicología de un hospital de Ayacucho, en el 2021"

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general	**Objetivo general**	**Hipótesis general**	**Variable 1:**	**Enfoque de investigación:**
¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021?	Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021**.**	Existe una relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021**.**	Funcionamiento Familiar **Dimensiones:** **Cohesión familiar:** ✓ Cohesión desligada ✓ Cohesión separada ✓ Cohesión conectada ✓ Cohesión amalgamada	Enfoque Cuantitativo **Nivel de investigación:** Nivel Correlacional - causal **Diseño de investigación:** Diseño no experimental transversal. **Población:** Está constituida por 300
Problemas específicos	**Objetivos específicos**	**Hipótesis específicas**		

• ¿Cuál es la relación entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021? • ¿Cuál es la relación entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021?	• Identificar la relación entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021. • Identificar la relación entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de	• Existe una relación entre la cohesión familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021. • Existe una relación entre la adaptabilidad familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.	**Adaptabilidad familiar:** ✓ Adaptabilidad rígida ✓ Adaptabilidad estructurada ✓ Adaptabilidad flexible. ✓ Adaptabilidad caótica **Variable 2:** Patrones Clínicos de la Personalidad. ✓ Esquizoide (1) ✓ Evitativo (2A) ✓ Depresivo (2B) ✓ Dependiente (3) ✓ Histriónico (4)	personas adultas de género masculino o femenino que asisten al servicio de Psicología en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno en el 2021. **Muestra:** La muestra estuvo conformada por 169 pacientes adultos que asisten al servicio de psicología en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de la ciudad de Ayacucho.

• ¿Cuál es la relación entre del funcionamiento familiar y los tipos de patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021?	psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021. • Identificar la relación entre del funcionamiento familiar y los tipos de patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.	• Existe una relación entre del funcionamiento familiar y los tipos de patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al servicio de psicología de un hospital de Ayacucho en el 2021.	✓ Narcisista (5) ✓ Antisocial (6A) ✓ Agresivo (sádico 6B) ✓ Compulsivo (7) ✓ Negativista (pasivo-agresivo;8A) ✓ Autodestructivo (8B)	**Técnicas e instrumentos de recolección:** **Instrumentos:** ⌛ Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III. ⌛ Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III **Técnica de recolección:** Programa estadístico SPSS Versión 25

Bibliografía de sustento para la justificación y delimitación del problema (en forma APA)	**Bibliografía de sustento usado para el diseño metodológico (en forma APA)**

Basurto Milla, M. J (2010). F*uncionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa pública en la provincia de Huaraz-2018*(Tesis posgrado, Universidad Nacional Federico Villareal). Archivo digital. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3112/UNFV_BASURTO_MILLA_MIGUEL_JHONNATAN_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castillo, H (2015, julio 27). Relaciones inestables entre madre e hijo desde el nacimiento se asocian en el desarrollo de la personalidad borderline. *El peruano.* http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/040.htmlç

Encuesta Demográfica de Salud Familiar (2020). *Violencia contra las mujeres, niñas y niños.* (Archivo digital) https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.

Millon, T., Davis, R. y Millon, C (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. TEA. Ediciones, S.A*

Olson, D.H (2000): *Circumplex Model of Marital & Family Systems. Journal of Family Therapy* 22, 2,144-167.

Balbín Aramburu, Alan (2019). *Manual de Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familia Faces III.* Lima.

Flores Huamán, M.C. y Vargas Montes, C.S (2018). *Funcionamiento familiar de los estudiantes de educación secundaria de la I.E. P. Hinsberg-Schools. Huancavelica. 2018*. (Tesis maestría, Universidad Nacional de Huancavelica). Archivo digital. https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2719/T.ACAD-SEGEPE-FED-2019-FLORES %20HUAM %C3 %81N %20Y %20VARGAS %20MONTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hospital Herminio Valdizán (2020) *Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-2019) en la salud mental del personal de salud y la población general de China.* (Archivo PDF). http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2020/ABRIL.pdf

López, M., Barrera, M., Cortes, J. Guines, M., y Jaime, M (2011), Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastornos obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental,* 34(2), 111-120. http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n2/v34n2a4.pdf

Organización Mundial de la Salud (27 de agosto del 2020). *Día Mundial de la Salud Mental: Una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en Salud Mental.* https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health

Vega, F (2020). Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú. El peruano https://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html

Zegarra, C. Cazorla, E. y Chino, B (2016) Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental "Moisés Heresi" de Arequipa-Perú, entre los años 2011 y 2013. Rev Neuropsiquiatr. 79 (2),98-107 http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n2/a04v79n2.pdf

ANEXO 02: Consentimiento Informado

_____ identificado con el número de documento nacional de identidad _____ corroboró que me informaron sobre el trabajo de investigación donde responderé dos pruebas psicológicas con el nombre de la escala de evaluación y adaptación familiar – FACES III y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, con el objetivo de describir la relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al Servicio de Psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021 realizada por la Bachiller en Psicología Taipe Mercado, Gail Estefany de la Universidad Continental quien me ha invitado a participar en la investigación y participo de manera voluntaria. Asimismo, reconozco que la investigación realizada es confidencial y no se utilizara en otros estudios sin mi consentimiento.

Si en caso de tener dudas de la investigación, puedo comunicarme con la responsable de la investigación al correo 70336489@continental.edu.pe.

_____

Nombres y apellidos:

Participante

Fecha:
Hora:

ANEXO 03. Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar

FACES III-VERSIÓN REAL

I. DATOS PERSONALES:

Edad: ____ Sexo: ____Grado de instrucción: _____Ocupación: _____

Fecha: _____

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, una serie de frases que describe como es su familia Real, responda que tan frecuente se dan esas conductas en su familia y escriba una "X" en los recuadros correspondientes:

1.Casi nunca = CN	2.Una que otra vez =UQOV	3.A veces = AV
4.Con frecuencia = CF	5.Casi siempre = CS	

Nº	DESCRIBA COMO ES SU FAMILIA REAL	CN	UQOV	AV	CF	CS
1	Los miembros de mi familia se apoyan unos a otros.					
2	Para resolver un problema, se toma en cuenta las sugerencias de los hijos.					
3	Aceptamos las amistades que cada miembro de mi familia tiene.					
4	Los hijos pueden opinar acerca de su disciplina.					
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestros familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de mi familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros, que con personas que son externas a la familia..					
8	En mi familia manejamos turnos para realizar los quehaceres del hogar					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos estando en familia.					
12	En nuestra familia, los hijos toman las decisiones					
13	Cuando hay actividades, toda la familia está presente.					
14	Las reglas suelen cambiar en mi familia.					
15	Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.					
16	Nos turnamos las responsabilidades y quehaceres de la casa.					
17	Entre los miembros de mi familia, nos consultamos para poder tomar decisiones.					
18	En mi familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien se encargará de las labores en el hogar.					
COHESION: (Puntajes impares) = **Tipo:**						
ADAPTALIDAD: (Puntajes pares) = **Tipo:**						

ANEXO 04. Inventario clínico Multiaxial de Millon III

MCMI - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellidos

N° identificación ○○○○○○○○ Fecha de nacimiento ○○/○○/○○ Sexo ○V ○M

Profesión actual

1. ESTADO CIVIL

○ No ha estado casado ○ Casado en 1er matrimonio ○ Casado (segundas nupcias o más)
○ Separado ○ Divorciado ○ Vive en pareja
○ Viudo ○ Otros (especificar) _____

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con un aspa el nivel más alto que haya cursado)

○ Primarios (hasta 6° de Educación Primaria) ○ 3er curso de estudios universitarios
○ 8° de EGB o Graduado escolar ○ Estudios universitarios
○ ESO o FP ○ Otros niveles (indicar) _____
○ COU o Bachillerato _____

3. ENTORNO EN EL QUE RESPONDE LA PRUEBA (marque con un aspa el que corresponda)

○ Centro docente (escuela, universidad, etc.) ○ Centro de salud (consultas)
○ Ingresado en un centro hospitalario o clínica ○ Orientación o selección profesional
○ Centros de detención ○ Otros (indicar)

4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen Residencia

5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

○ Matrimonial o familiar ○ Confianza en sí mismo ○ Trabajo, estudios o empleo
○ Cansancio o enfermedad ○ Soledad ○ Alcohol
○ Drogas ○ Problemas mentales ○ Conducta antisocial
○ Otros (especificar) _____

A COMPLEMENTAR POR EL EXAMINADOR

¿Paciente internado? SÍ ○ NO ○

Trastorno Eje I presentado:

○ Hace menos de 1 semana ○ Entre 1 y 4 semanas ○ Hace más de 4 semanas

Autor: Theodore Millon.
Adaptación española: Violeta Cardenal y Mª Pilar Sánchez
Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.
Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

MCMI -III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

CUADERNILLO

INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.
2. Para contestar en la hoja de respuestas utilice un LÁPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluídas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. SI ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO correspondiente a la letra «V» (Verdadero). Si por el contrario la frase NO REFLEJA NI CARACTERIZA su forma de ser, MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO de la letra «F» (Falso). Así:

		V	F
1	Soy un ser humano	1. ☒	☐

Como esta frase es verdadera para UD. se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).

2	Mido más de tres metros	2. ☐	☒

Esta frase es falsa para UD. por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de las letras F (Falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellena el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

Autor: Theodore Millon.
Adaptación española: Violeta Cardenal y Mª Pilar Sánchez
Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.
Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

MCMI-III Inventario Clínico Multiaxial de MILLON-III

1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.

2 Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.

3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.

4 Gran parte del tiempo me siento débil y cansado

5 Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.

6 La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.

7 Si mi familia me presiona es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.

8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco

9 Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.

10 Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.

11 Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.

12 Muestro mis emociones fácil y rápidamente.

13 En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.

14 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia

15 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.

16 Soy una persona muy agradable y sumisa.

17 Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.

18 Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.

19 Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.

20 He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.

21 Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.

22 Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.

23 Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.

24 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.

25 Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.

26 Los demás envidian mis capacidades.

27 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.

28 Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.

29 La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.

30 Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.

31 Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.

32 Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.

33 Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.

34 Últimamente he perdido los nervios.

35 A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.

36 Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.

37 Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.

38 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.

40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.

41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas

42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado

43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.

44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.

45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.

46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.

47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.

48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente

49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.

50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.

51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante y divertido.

52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.

53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.

54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.

55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.

56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.

57 Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.

58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.

59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.

60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.

61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.

62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.

63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.

64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.

65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.

66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.

67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.

68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.

69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.

70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.

71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.

72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia donde voy en la vida.

73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE 3

74 No puedo dormirme y me levanto tan cansado como al acostarme.

75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.

76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.

77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.

78 Aunque esté despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.

79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.

80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.

81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.

82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.

83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.

84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.

85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.

86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.

87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.

88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aíslo de los demás.

89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.

90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.

91 El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.

92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.

93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.

94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.

95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.

96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasíadas cosas.

97 Estoy de acuerdo con el refrán "Al que madruga Dios le ayuda".

98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.

99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.

100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.

101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.

102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

103 Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.

104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.

105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.

106 He tenido muchos períodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.

107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.

108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

109 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.

110 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.

111 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.

112 He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.

113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.

114 Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.

115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.

116 He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.

117 La gente piensa que a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.

118 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.

119 La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.

120 Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.

121 Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.

122 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.

123 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.

124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.

125 A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.

126 Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesta.

127 No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.

128 Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.

129 Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuse una amenaza real para mi vida.

130 Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.

131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.

132 Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.

133 Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.

134 Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.

135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.

136 Sé que he gastado mas dinero del que debiera comprando"drogas ilegales".

137 Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.

138 Noto que la gente esta hablando de mí cuando pasó a su lado.

139 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.

140 Creo que hay una conspiración contra mí.

141 Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.

142 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.

143 Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.

144 Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE 5

145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.

146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.

147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.

148 Pocas cosas en la vida me dan placer.

149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.

150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.

151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.

152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.

153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.

154 He intentado suicidarme.

155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.

156 No entiendo por qué algunas personas me sonríen.

157 No he visto un coche en los últimos diez años.

158 Me pongo muy tenso con las persona que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.

159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.

160 Mi vida actual se ve todavía afectada por "imágenes mentales" de algo terrible que me pasó.

161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.

162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.

163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.

164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.

165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.

166 Casi siempre actuó rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.

167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.

168 Con mucha freuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.

169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.

170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.

171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.

172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.

173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.

174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.

175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

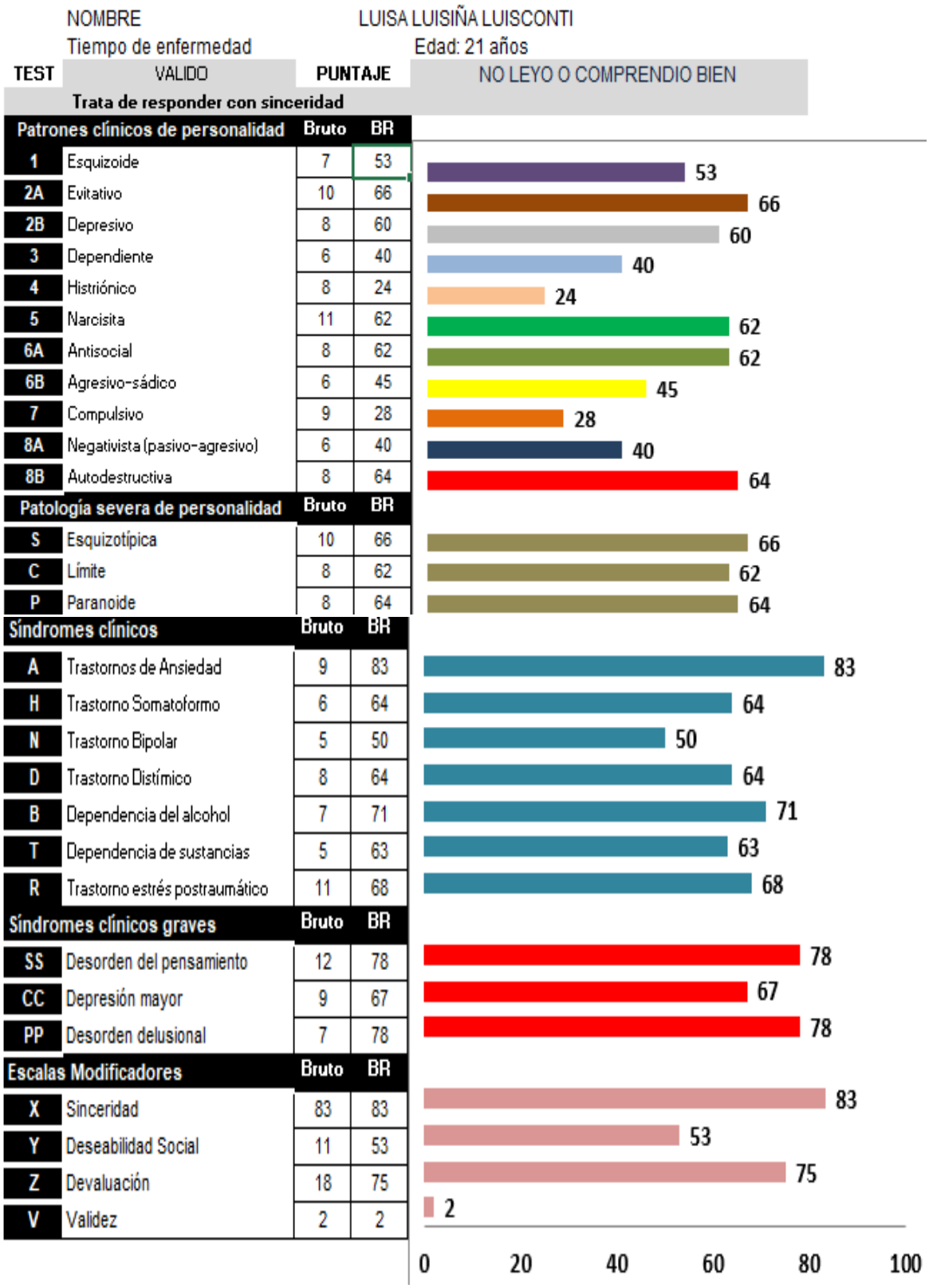
FIN DE LA PRUEBA.
COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO NINGUNA
FRASE SIN CONTESTAR.

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con un aspa (X) la respuesta (V= Verdadero, F= Falso)
que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F

Hoja de resultados



NOMBRE LUISA LUISIÑA LUISCONTI
Tiempo de enfermedad Edad: 21 años

TEST	VALIDO	PUNTAJE	NO LEYO O COMPRENDIO BIEN
	Trata de responder con sinceridad		

Patrones clínicos de personalidad		Bruto	BR
1	Esquizoide	7	53
2A	Evitativo	10	66
2B	Depresivo	8	60
3	Dependiente	6	40
4	Histriónico	8	24
5	Narcisita	11	62
6A	Antisocial	8	62
6B	Agresivo-sádico	6	45
7	Compulsivo	9	28
8A	Negativista (pasivo-agresivo)	6	40
8B	Autodestructiva	8	64
Patología severa de personalidad		**Bruto**	**BR**
S	Esquizotípica	10	66
C	Límite	8	62
P	Paranoide	8	64
Síndromes clínicos		**Bruto**	**BR**
A	Trastornos de Ansiedad	9	83
H	Trastorno Somatoformo	6	64
N	Trastorno Bipolar	5	50
D	Trastorno Distímico	8	64
B	Dependencia del alcohol	7	71
T	Dependencia de sustancias	5	63
R	Trastorno estrés postraumático	11	68
Síndromes clínicos graves		**Bruto**	**BR**
SS	Desorden del pensamiento	12	78
CC	Depresión mayor	9	67
PP	Desorden delusional	7	78
Escalas Modificadores		**Bruto**	**BR**
X	Sinceridad	83	83
Y	Deseabilidad Social	11	53
Z	Devaluación	18	75
V	Validez	2	2

ANEXO 05. Solicitud de aprobación para la aplicación de pruebas psicológicas

HOSPITAL DE APOYO
"JESÚS NAZARENO"
Jr. Ciro alegria Nº 800. Jesús Nazareno-Ayacucho-Perú
Telef. Nº 315419 Fax Nº 066 315419 Teléf. Emergencia 314800
Mail:hajesusnazareno@yahoo.com

FICHA DE ACEPTACION PARA LA APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLOGICAS EN LA INVESTIGACIÓN "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES ADULTOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE PSICOLOGIA DEL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO EN EL AÑO 2021"

1.- RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN: Hospital de Apoyo "Jesús Nazareno"

2.- DIRECCIÓN: Jr. Ciro Alegría Nº 800

3.- RESPONSABLE DEL CONTROL DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTA: Lic. Ruth Moisés Ríos

4.- EGRESADA QUE APLICARÁ LOS INSTRUMENTOS PARA LA INVESTIGACION:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CARRERA PROFESIONAL	INSTITUCIÓN PROCEDENCIA	PERIODO
01	TAIPE MERCADO, GAIL ESTEFANY	Bach. En Psicología	UNIVERSIDAD CONTINENTAL	del 13/08/21 al 30/10/21

Lic. Enf. Julio Bondad el García
DIRECTOR H.A.J.N.

MINISTERIO DE SALUD
Ruth Moisés Ríos
RESPONSABLE DE CAPACITACIÓN

La Bach. en Psicología se compromete a cumplir con las normas administrativas del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.

Jesús Nazareno, 13 de agosto del 2021

ANEXO 06. Oficio de aprobación del Proyecto de Tesis

Universidad Continental

Huancayo, 12 de octubre del 2021

OFICIO N° 083-2021-CE-FH-UC

Señor(a):

GAIL ESTEFANY TAIPE MERCADO

Presente-

EXP. 083-2021

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES ADULTOS QUE ASISTEN AL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE AYACUCHO, EN EL AÑO 2021" ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atte,

Dra. Claudia Ríos Cataño
Presidenta del Comité de Ética
Facultad de Humanidades

ANEXO 07. Muestra de consentimiento informado

Consentimiento Informado

Luz [illegible] identificado con el número de documento nacional de identidad 4[illegible] corroboró que me informaron sobre el trabajo de investigación donde responderé dos pruebas psicológicas con el nombre de la escala de evaluación y adaptación familiar – FACES III y el Inventario Clínico Multialxial de Millon III, con el objetivo de describir la relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al Servicio de Psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021 realizada por la Bachiller en Psicología Taipe Mercado, Gail Estefany de la Universidad Continental quien me ha invitado a participar en la investigación y participo de manera voluntaria. Asimismo, reconozco que la investigación realizada es confidencial y no se utilizara en otros estudios sin mi consentimiento.

Si en caso de tener dudas de la investigación, puedo comunicarme con la responsable de la investigación al correo 70336489@continental.edu.pe.

Nombres y apellidos: Luz Maviela

Participante

Fecha: 06 – 09 – 21
Hora: 11.30 am

Consentimiento Informado

_____ identificado con el número de documento nacional de identidad _____ corroboró que me informaron sobre el trabajo de investigación donde responderé dos pruebas psicológicas con el nombre de la escala de evaluación y adaptación familiar – FACES III y el Inventario Clínico Multialxial de Millon III, con el objetivo de describir la relación entre el funcionamiento familiar y los patrones clínicos de la personalidad en pacientes adultos que asisten al Servicio de Psicología de un Hospital de Ayacucho, en el año 2021 realizada por la Bachiller en Psicología Taipe Mercado, Gail Estefany de la Universidad Continental quien me ha invitado a participar en la investigación y participo de manera voluntaria. Asimismo, reconozco que la investigación realizada es confidencial y no se utilizara en otros estudios sin mi consentimiento.

Si en caso de tener dudas de la investigación, puedo comunicarme con la responsable de la investigación al correo 70336489@continental.edu.pe.

Nombres y apellidos:

Participante

Fecha: 09-10-2021
Hora: 8:50 am

ANEXO 08. Muestra de pruebas psicológicas aplicadas

MCMI - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellidos [redacted]

N° identificación [redacted] Fecha de nacimiento ○○/○○/○○ Sexo ○ V ⊗ M

Profesión actual Ama de Casa

1. ESTADO CIVIL

- ○ No ha estado casado
- ○ Separado
- ○ Viudo
- ⊗ Casado en 1er matrimonio
- ○ Divorciado
- ○ Otros (especificar) _____
- ○ Casado (segundas nupcias o más)
- ○ Vive en pareja

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con un aspa el nivel más alto que haya cursado)

- ○ Primarios (hasta 6° de Educación Primaria)
- ○ 8° de EGB o Graduado escolar
- ○ ESO o FP
- ○ COU o Bachillerato
- ○ 3er curso de estudios universitarios
- ○ Estudios universitarios
- ⊗ Otros niveles (indicar) primaria Incompleta.

3. ENTORNO EN EL QUE RESPONDE LA PRUEBA (marque con un aspa el que corresponda)

- ○ Centro docente (escuela, universidad, etc.)
- ○ Ingresado en un centro hospitalario o clínica
- ○ Centros de detención
- ○ Centro de salud (consultas)
- ○ Orientación o selección profesional
- ○ Otros (indicar)

4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen Yanahuanca Residencia Selva

5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

- ○ Matrimonial o familiar
- ⊗ Cansancio o enfermedad
- ○ Drogas
- ○ Otros (especificar) _____
- ○ Confianza en sí mismo
- ○ Soledad
- ○ Problemas mentales
- ○ Trabajo, estudios o empleo
- ○ Alcohol
- ○ Conducta antisocial

A COMPLEMENTAR POR EL EXAMINADOR

¿Paciente internado? SÍ ○ NO ○

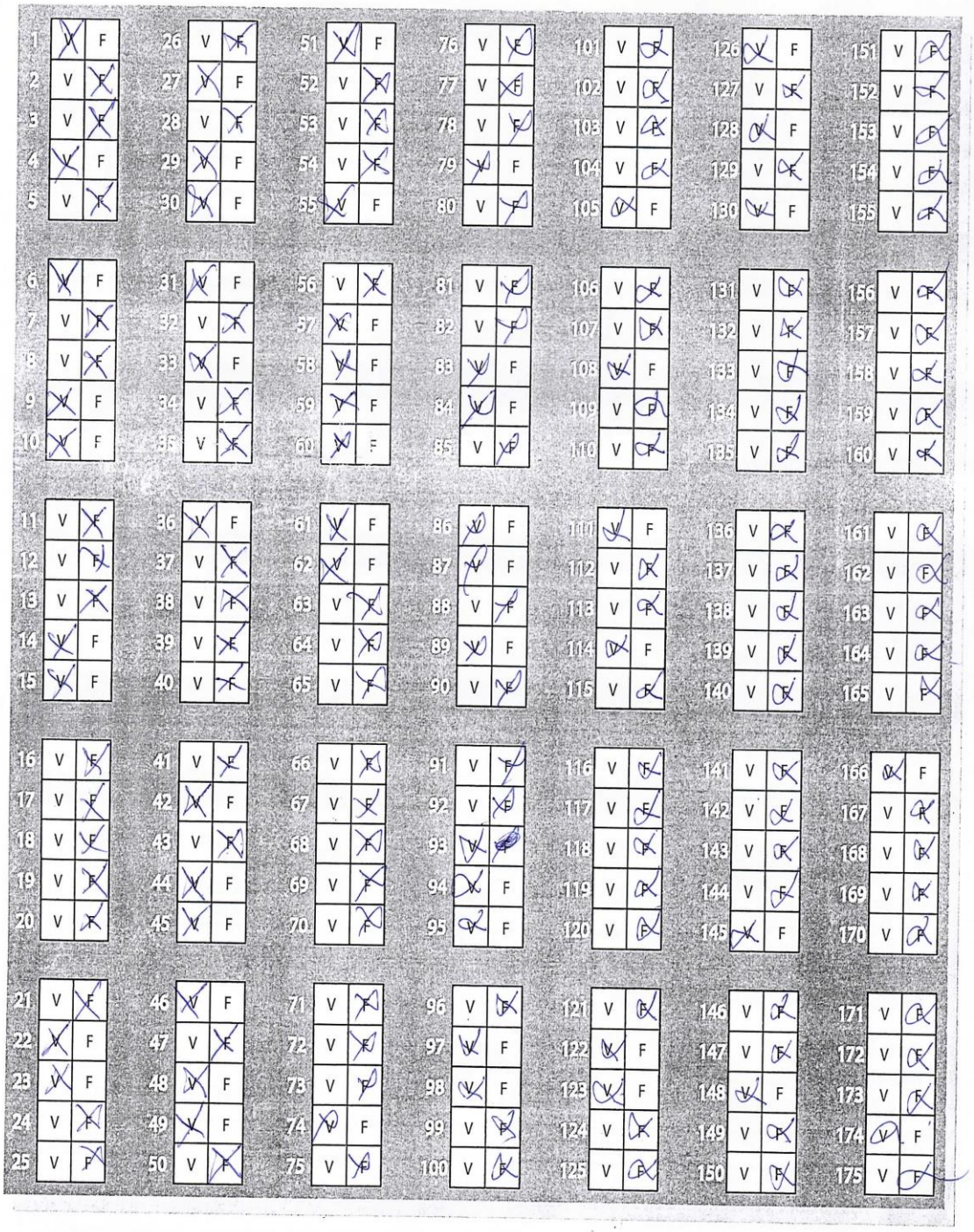
Trastorno Eje I presentado:

- ○ Hace menos de 1 semana
- ○ Entre 1 y 4 semanas
- ○ Hace más de 4 semanas

Autor: Theodore Millon.
Adaptación española: Violeta Cardenal y Mª Pilar Sánchez
Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.
Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con un aspa (X) la respuesta (V= Verdadero, F= Falso) que mejor le describa a usted y a su manera de ser.



FACES III – VERSIÓN REAL

I.DATOS PERSONALES:

Edad: 37 **Sexo:** Femenino **Grado de instrucción:** Primaria Incompleta
Ocupación: Ama de Casa **Fecha:** 11/09/2021

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, una serie de frases que describe como es su familia Real, responda que tan frecuente se dan esas conductas en su familia y escriba una "X" en los recuadros correspondientes:

1. Casi nunca = CN	2. Una que otras vez =UQOV	3. A veces = AV
4. Con frecuencia = CF	5.Casi siempre = CS	

Nº	DESCRIBA COMO ES SU FAMILIA REAL	CN	UQOV	AV	CF	CS
1	Los miembros de mi familia se apoyan unos a otros.		X			
2	Para resolver un problema, se toma en cuenta las sugerencias de los hijos.		X			
3	Aceptamos las amistades que cada miembro de mi familia tiene.		X			
4	Los hijos pueden opinar acerca de su disciplina.			X		
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestros familiares más cercanos.			X		
6	Cualquier miembro de mi familia puede tomar la autoridad.	X				
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros, que con personas que son externas a la familia..				X	
8	En mi familia manejamos turnos para realizar los quehaceres del hogar			X		
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.	X				
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo los castigos	X				
11	Nos sentimos muy unidos estando en familia.		X			
12	En nuestra familia, los hijos toman las decisiones	X				
13	Cuando hay actividades, toda la familia está presente.			X		
14	Las reglas suelen cambiar en mi familia.				X	
15	Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	X				
16	Nos turnamos las responsabilidades y quehaceres de la casa.	X				
17	Entre los miembros de mi familia, nos consultamos para poder tomar decisiones.			X		
18	En mi familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.	X				
19	La unión familiar es muy importante.				X	
20	Es difícil decir quien se encargará de las labores en el hogar.	X				
COHESIÒN: (Puntajes impares) = **Tipo:**						
ADAPTALIDAD: (Puntajes pares) = **Tipo:**						

MCMI - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellidos

N° identificación Fecha de nacimiento 29 / 09 / 89 Sexo ◉ V ○ M

Profesión actual Contador

1. ESTADO CIVIL

- ○ No ha estado casado
- ○ Separado
- ○ Viudo
- ○ Casado en 1er matrimonio
- ○ Divorciado
- ○ Otros (especificar) _____
- ○ Casado (segundas nupcias o más)
- ◉ Vive en pareja

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con un aspa el nivel más alto que haya cursado)

- ○ Primarios (hasta 6° de Educación Primaria)
- ○ 8° de EGB o Graduado escolar
- ○ ESO o FP
- ◉ COU o Bachillerato
- ○ 3er curso de estudios universitarios
- ○ Estudios universitarios
- ○ Otros niveles (indicar) _____

3. ENTORNO EN EL QUE RESPONDE LA PRUEBA (marque con un aspa el que corresponda)

- ○ Centro docente (escuela, universidad, etc.)
- ○ Ingresado en un centro hospitalario o clínica
- ○ Centros de detención
- ◉ Centro de salud (consultas)
- ○ Orientación o selección profesional
- ○ Otros (indicar)

4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen Ayacucho Residencia Ayacucho

5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

- ○ Matrimonial o familiar
- ○ Cansancio o enfermedad
- ○ Drogas
- ○ Otros (especificar) _____
- ○ Confianza en sí mismo
- ○ Soledad
- ◉ Problemas mentales
- ○ Trabajo, estudios o empleo
- ○ Alcohol
- ○ Conducta antisocial

A COMPLEMENTAR POR EL EXAMINADOR

¿Paciente internado? SÍ ○ NO ○

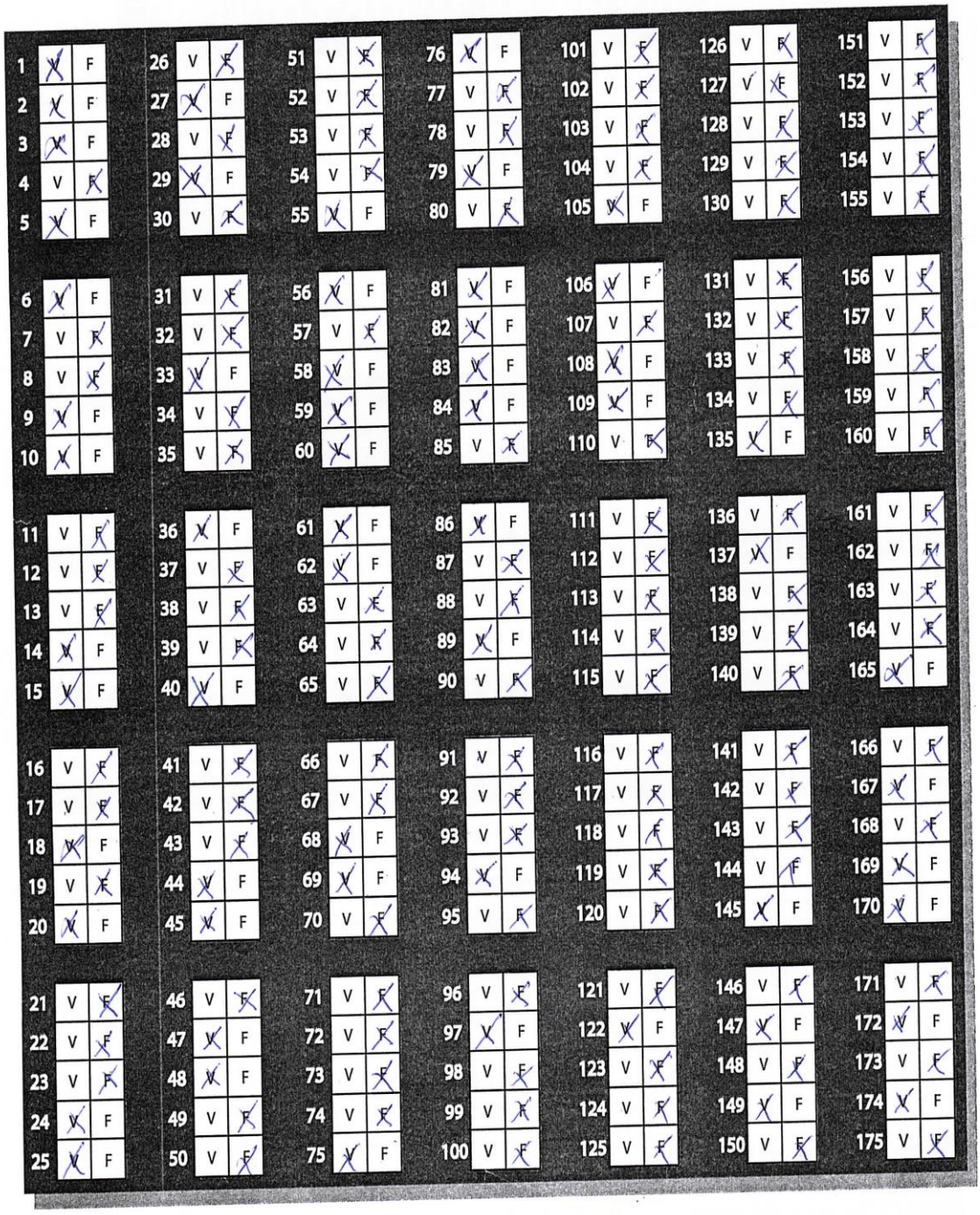
Trastorno Eje I presentado:

○ Hace menos de 1 semana ○ Entre 1 y 4 semanas ○ Hace más de 4 semanas

Autor: Theodore Millon.
Adaptación española: Violeta Cardenal y Mª Pilar Sánchez
Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.
Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con un aspa (X) la respuesta (V= Verdadero, F= Falso) que mejor le describa a usted y a su manera de ser.



FACES III – VERSIÓN REAL

I. DATOS PERSONALES:

Edad: 52 **Sexo:** Masculino **Grado de instrucción:** Superior
Ocupación: Contador **Fecha:** 09-10-2021

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, una serie de frases que describe como es su familia Real, responda que tan frecuente se dan esas conductas en su familia y escriba una "X" en los recuadros correspondientes:

1. Casi nunca = CN	4. Con frecuencia = CF
2. Una que otras vez =UQOV	5. Casi siempre = CS
3. A veces = AV	

Nº	DESCRIBA COMO ES SU FAMILIA REAL	CN	UQOV	AV	CF	CS
1	Los miembros de mi familia se apoyan unos a otros.		X			
2	Para resolver un problema, se toma en cuenta las sugerencias de los hijos.			X		
3	Aceptamos las amistades de cada miembro de mi familia.			X		
4	Los hijos pueden opinar acerca de su disciplina.		X			
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestros familiares más cercanos.					X
6	Cualquier miembro de mi familia puede tomar la autoridad.		X			
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros, que con personas que son externas a la familia..				X	
8	En mi familia manejamos turnos para realizar los quehaceres del hogar		X			
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.			X		
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo los castigos			X		
11	Nos sentimos muy unidos estando en familia.		X			
12	En nuestra familia, los hijos toman las decisiones			X		
13	Cuando hay actividades, toda la familia está presente.				X	
14	Las reglas suelen cambiar en mi familia.			X		
15	Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	X				
16	Nos turnamos las responsabilidades y quehaceres de la casa.			X		
17	Entre los miembros de mi familia, nos consultamos para poder tomar decisiones.				X	
18	En mi familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.		X			
19	La unión familiar es muy importante.					X
20	Es difícil decir quien se encargará de las labores en el hogar.		X			
COHESIÒN: (Puntajes impares) = **Tipo:**						
ADAPTALIDAD: (Puntajes pares) = **Tipo:**						